

COVID-19: caso 112

Francesco MESSINA, Giuseppe IELLO, Claudio FRANZUTTI, Pietro ARCIELLO, Carmela FALCONE, Antonio ARMENTANO, Nicola ARCADI

Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostiche e Terapeutiche

U.O.C. di Radiologia – Ospedale Riuniti

Azienda Ospedaliera Grande Ospedale Metropolitano (G.O.M.)
“Bianchi-Melacrino-Morelli”

Reggio Calabria

Paziente di sesso maschile, 70 anni, affetto da sindrome mielodisplastica ad alto rischio, già in trattamento e follow-up Ematologico. Ipertensione arteriosa (in trattamento farmacologico) ed ateromasia carotidea.

Giunge al Pronto Soccorso con una sintomatologia clinica caratterizzata da febbre (38,5 – 39 °C) da circa quattro giorni, tosse secca, dispnea e dolore toracico persistente.

EO: MV notevolmente ridotto in entrambi gli ambiti polmonari.

EGA: ipossia. Saturazione O₂: 80%.

ECG: assenza di alterazioni suggestive per ischemia.

Riferisce di non avere avuto contatti con pazienti Covid-19 positivi noti, né di essere stato, in precedenza, nei territori dichiarati come “zona rossa” del Nord Italia.

Esami di Laboratorio: Leucopenia. Trombocitopenia. Anemia. Aumento dei valori di PCR, LDH e procalcitonina. I valori del D-Dimero e della troponina erano nei limiti.

RX Torace (proiez. in decubito supino obbligato):



Presenza di esteso e sfumato addensamento parenchimale in corrispondenza del campo polmonare medio-superiore a destra. Coesistono altri addensamenti parenchimali proiettantesi in corrispondenza di entrambi i campi polmonari inferiori. Parziale obliterazione pleurogena dei SCF. Ombra cardiaca nei limiti. Calcificazioni ateromasiche del bottone aortico.

L'esame RX viene completato, in urgenza, da studio TC del Torace, eseguito in condizioni basali ed algoritmo ad alta risoluzione (HRCT), con apparecchiatura 64Multislices, le cui immagini ottenute sono state analizzate con slice-thickness di 1,2 mm e successive ricostruzioni MPR, che ha confermato la presenza di esteso addensamento parenchimale con aspetto "a vetro smerigliato", occupante gran parte del lobo superiore a destra. Altri addensamenti parenchimali, "a vetro smerigliato" erano identificabili in corrispondenza della regione dorsale del LSS ed al segmento apicale del LIS. Addensamenti analoghi, di minore entità, erano identificabili in corrispondenza delle regioni basali dorsali di entrambi i lobi inferiori. Immagine cardiaca nei limiti. Non evidenza di versamento pericardico. Appena minimo versamento pleurico identificabile in sede bi-basale.

- 
- 
- 

Nel frattempo, arrivò il risultato del Tampone SARS-CoV-2: positivo.

Il paziente viene, così, ricoverato presso la U.O.C. di Malattie Infettive del nostro Ospedale, HUB di riferimento Covid per l'intera provincia di Reggio Calabria, sia instaurando prontamente terapia multi-farmacologica ed O2-terapia, che valutando costantemente i suoi parametri clinici e laboratoristici, data anche la sua grave patologia di base, insieme ai colleghi Ematologi.

A distanza di cinque giorni le sue condizioni cliniche peggiorarono notevolmente, nonostante le cure, tanto da doverlo intubare d'urgenza. Gli esami di laboratorio continuavano ad essere alterati, maggiormente gli indici di flogosi e la procalcitonina.

Veniva, pertanto, eseguito RX Torace (proiez. in decubito supino obbligato, in reparto) e, a distanza di 72 ore, indagine HRCT di controllo.



L'RX Torace risultò peggiorato rispetto all'ingresso, in quanto aumentarono gli addensamenti parenchimali polmonari, presentando adesso aspetto tendente alla confluenza, sino all'opacamento polmonare completo bilaterale (più evidente a dx). Vi era anche interessamento interstiziale bilaterale, a carattere reticolo-micronodulare. Ombra cardiaca nei limiti.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

HRCT dimostrò la presenza di estese e multiple aree addensativo/consolidative, in parte confluenti, multifocali, a carico di entrambi i polmoni, con maggiore evidenza in sede lobare superiore nei due lati. Era presente una diffusa smerigliatura di fondo della densità polmonare, con associato ispessimento reticolare ed interstiziale, bilaterale. Era aumentato il versamento pleurico d'ambo i lati (più evidente a destra). Alcuni subcentimetrici linfonodi aumentati si identificavano in sede ilo-mediastinica. Non evidenza di versamento pericardico. Immagine cardiaca nei limiti.

In Terapia Intensiva il paziente venne trattato mediante CPAP (alla quale rispose discretamente), proseguendo e rinforzando la terapia multi-farmacologica già impostata.

Venne osservato e strettamente monitorizzato nei suoi parametri vitali, con lenta evoluzione del quadro clinico verso la stabilità.

Il caso presentato dimostra l'utilità dell'HRCT oltre che nelle prime fasi della diagnosi anche per valutare bene il decorso e la severità della malattia, in presenza anche di altre patologie concomitanti, orientando quindi verso il migliore management clinico del paziente.