

Distress respiratorio, un problema di cuore

Roberta Russo¹, Benedetta Breglia¹, Simona Spetrino², Eliana Zito², Emma Acampora³, Emma Coppola³, Laura Liguori³, Luisa Occhiati³, Daniela Coppola³

1) Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Salerno

2) Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Napoli

3) UOC Pediatria, ASL "Napoli3sud", Castellammare di Stabia (NA)

r.russo18@studenti.unisa.it – e.acampora@aslnapoli3sud.it

INTRODUZIONE:

La causa più comune di distress respiratorio nel lattante sono le infezioni respiratorie, ma non bisogna mai dimenticare l'iter-diagnostico-differenziale (difetti cardiaci, corpi estranei nelle vie aeree, allergie e condizioni neurologiche) soprattutto quando ci sono elementi suggestivi.

CASI CLINICI

M.F., 3 mesi, peso: 4.100 kg (<5°), giunge per inappetenza e positività al Sars-Cov2. In anamnesi ipoalimentazione e arresto della crescita da un mese. Si presenta sofferente, con rientramenti sottocostali, FR di 50 apm e SpO₂=92% in aria, all'auscultazione rantoli e ronchi bilaterali, soffio sistolico 3/6 di Levine in mesocardio. Pratica: esami ematici (linfocitosi), Rx torace (accentuazione della trama polmonare). Dati gli elementi di sospetto praticava ecocardiografia con riscontro di ampio difetto interventricolare anteroposteriore di 1 cm con importante shunt sinistro-destro e segni di sovraccarico destro, iperafflusso polmonare, insufficienza mitralica severa, ipertrofia del ventricolo sinistro, versamento pericardico.

D.M.B., 9 mesi, peso: 10 Kg (90-95°), giunge per dispnea ingravescente da qualche giorno. All'auscultazione: Penetrazione dell'aria ridotta nei campi basali di destra, soffio 2/6 di Levine ubiquitario. Pratica: esami ematochimici (leucocitosi neutrofila, anemia, aumento di PCR e Troponina – film-array positivo per Adenovirus e Rhinovirus), Rx torace (addensamento parenchimale in campo medio-basale destro, ombra cardiaca aumentata), Ecocardiografia (dilatazione ventricolare sinistra con FE=23% con aspetto ipertrabecolato e in gran parte acinetico, severa insufficienza mitralica, lieve insufficienza aortica e tricuspoidale, dilatazione atriale sinistra, versamento pericardico, dotto arterioso con shunt sinistro-destro).

DISCUSSIONE:

I due casi sono esempi emblematici in cui un distress respiratorio di cui si era anche ipoteticamente identificata una diagnosi di infezione respiratoria sottendevano invece uno scompenso cardiaco che è stato possibile trattare rapidamente identificando quei campanelli di allarme che ne hanno posto il sospetto (ipoalimentazione, arresto di crescita, soffio, aumento della troponina)

CONCLUSIONI:

Volevamo sottolineare l'importanza di non fermarsi alla prima diagnosi, anche quando la causa sembra evidente specialmente quando non c'è miglioramento clinico dopo terapia e anamnesi o esame obiettivo rilevano campanelli d'allarme per altra condizione.