

UNO STRANO CASO DI “POLMONITE” CON GRAVE INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

Buccelletti F, Mazzone M, Portale G, Mirabella C, Forte P,
Petroli A e Gentiloni Silveri N.

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Università Cattolica del Sacro Cuore, Pol. A. Gemelli – Roma

ANAMNESI

Paziente di 65 anni, fumatore, affetto da ipertensione arteriosa, diabete mellito in buon compenso con la terapia farmacologica in atto, fibrillazione atriale cronica, con storia pregressa di epatite virale A e B e ulcera duodenale.

Giunge in Pronto Soccorso per:

- **Iperpiressia**
- **Faringodinia**
- **Dispnea a carattere ingravescente.**

ESAMI EFFETTUATI IN P.S.

● Gli esami di laboratorio:

Iperglicemia, ipercreatininemia, e leucocitosi neutrofila.

● Radiografia del torace:

versamento pleurico bilaterale ed ipodiafania basale sinistra.

● Emogasanalisi arteriosa:

SaO₂ 75%, PaO₂ 51.4 mmHg, PaCO₂ 61.5 mmHg, pH 7.221

DIAGNOSI DI AMMISSIONE

Focolaio Broncopneumonico

ESAMI EFFETTUATI

DURANTE LA DEGENZA

Angio-TC del torace:

Versamento pleurico sinistro con addensamento omolaterale, enfisema mediastinico, linfadenomegalia di tipo flogistico.

Drenaggio pleurico destro:

Fuoriuscita di liquido puruloide, materiale purulento e necrotico.

DIAGNOSI CONCLUSIVA

Perforazione esofagea
“spontanea” e mediastinite
acuta necrotizzante

Con perforazione “spontanea” dell’esofago ci si riferisce alla perforazione esofagea in assenza di cause strumentali (iatrogene) o traumatiche. La maggior parte dei casi è dovuta alla **Sindrome di Boerhave** che si verifica dopo episodi di vomito forzato con aumento improvviso della pressione e distensione dell’esofago distale. La diagnosi precoce in Dipartimento di Emergenza risulta difficile e può essere erroneamente interpretata come polmonite, pancreatite, pneumotorace o infarto del miocardio.