UNA POLMONITE PARTICOLARE- Un caso clinico da tener presente

Data 09 settembre 2026
Categoria casi_clinici

Viene presentato il caso di un paziente di sesso maschile, di anni 68, da anni ospite di Comunità Riabilitativa Assistenziale Psichiatrica (CRAP) per disturbo schizofrenico con ritardo mentale severo. Il caso viene presentato per le difficoltà diagnostiche differenziali insorte fra polmonite lipoidea e neoplasia polmonare in un paziente ad alto rischio di aspirazione cronica, con imaging (TC e PET/TC) fortemente suggestivo per eteroplasia.

STORIACLINICA
Paziente con disturbo schizofrenico e severo ritardo mentale, edentulia pressoché totale, ipotiroidismo, IPB.
Per tale corredo patologico il paziente segue terapia con farmaci più farmaci antipsicotici, anche ad alte dosi, levotiroxina sodica e tamsulosina.
Il paziente giunge alla nostra osservazione per tosse persistente produttiva in fumatore di 50 pacchetti/anno.

All'esame obiettivo polmonare si evidenzia una normale e simmetrica escursione degli emitoraci, lieve ottusità alla percussione in basale sinistra, congruente con l'abitudine tabagica si apprezza fremito vocale tattile e murmore vescicolare accentuato su tutti i campi, indice di saturazione O2, a riposo, 90%.

Stante l'obiettività polmonare, acquisito il consenso informato da parte del tutore del paziente, consenso acquisito successivamnete ogni qualvolta necessario, si riteneva utile procedere ad esame rx-grafico polmonare che evidenziava quanto segue: “Tenue e disomogenea ipodiafania rotondeggiante si proietta in PA nel seno costofrenico di sinistra (Artefatto da apice costale? Altro?). Aspecifico ispessimento della parete di alcuni bronchi...”.
Non risolutivo ai fini diagnostici l'esame rx-grafico, si riteneva utile sottoporre il paziente a TAC toracica senza e con mdc che escludendo lesioni in corrispondenza del seno costofrenico di sx, evidenziava: “…grossolana banda di tessuto a densità simil-adiposa in basale sinistra. …al segmento posteriore del LID formazione/consolidazione a densità disomogenea e margini irregolari, ….che sembra raccordarsi in parte anche a livello dell'ilo omolaterale, caratterizzata da discreto ed irregolare contrastenhancement dopo iniezione di mdc, sulla cui natura non è possibile esprimersi con certezza (flogosi? eteroplasia?)... Le diramazioni bronchiali dell'ilo di destra sembrano in parte, anch'esse, circondate da tessuto ipodenso e disomogeneo, nel cui contesto sembra comunque riconoscersi broncogramma aereo (flogosi? eteroplasia?)...”.

Si inviava, quindi, il paziente a consulenza specialistica di ChirurgiaToraco-Polmonare.

Nel corso di detta consulenza, stante l'imaging, veniva ritenuto utile procedere a Tomoscintigrafia Globale Corporea che evidenziava: “ … modesto incremento del metabolismo glucidico a carico di irregolare area di consolidazione parenchimale …, che sembra in parte raccordarsi a livello dell'ilo omolaterale, di incerto significato, pertanto meritevole di ulteriore approfondimento. ... Si segnalano aree di iperfissazione del radiofarmaco di pertinenza linfonodale in sede paratracheale superiore destra, paratracheale inferiore destra e precarenale...”.

Stante l'esito delle indagini di imaging il paziente veniva ricoverato presso l'U.O. di Chirurgia Toracica ove veniva sottoposto a lobectomia inferiore destra.
Stante un sostanziale regolare decorso post-operatorio, veniva dimesso con diagnosi di “neoformazione polmonare del LID sottoposta a lobectomia destra ed in via di definizione istologica”.
Esame istologico: “A) Lobo polmonare con architettura completamente sovvertita per la presenza di massivo e diffuso infiltrato istiocitario endoalveolare ed interstiziale.... Il quadro morfologico depone per una possibile polmonite lipidica...”, quindi risolutivo per **diagnosi definitiva di “polmonite lipoidea”.**

DISCUSSIONE
Epidemiologia
L'epidemiologia della polmonite lipoidea è variegata, essendo stata riscontrata tanto in pazienti pediatrici con difficoltà di deglutizione congenite e/o patologiche, quanto in pazienti adulti con problemi psichiatrici, come nel caso in esame, per compromissione della deglutizione su base iatrogena (farmaci antipsicotici) quanto, in paziemti anziani su base organica (edentuliasevera).
Negli ultimi anni si riscontra un aumento dell'incidenza in adolescenti e/o giovani adulti da imputarsi all’utilizzo di sigarette elettroniche ed in lavoratori esposti a spray, cosmetici o lubrificanti a base oleosa.

Incidenza
La polmonite lipidica o lipoidea è, tutt'oggi, una patologia misconosciuta o mis-diagnosticata, in quanto presenta sintomi aspecifici e comuni ad altre affezioni respiratorie; ciò fa sì che la sua incidenza esatta sia tuttora sconosciuta. Inoltre, a volte, come nel caso in discussione, anche l'imaging risulta poco dirimente.

Polmonite lipoidea come mimic radiologico e PET-metabolico della neoplasia polmonare
Il caso in esame è emblematico di un fenomeno ben descritto in letteratura: la polmonite lipoidea può presentarsi, sia alla TC sia alla PET/TC, con caratteristiche fortemente sovrapponibili a quelle di una neoplasia polmonare primitiva,

generando falsi positivi che possono condurre a procedure invasive non necessarie.
Alla TC, l'accumulo di materiale lipidico può assumere l'aspetto di una massa a margini irregolari, con broncogramma aereo, talora con enhancement dopo mezzo di contrasto, indistinguibile da una neoformazione.
Alla PET/TC, la componente infiammatoria cronica istiocitaria e la flogosi granulomatosa da corpo estraneo determinano un aumentato metabolismo glucidico, che può risultare sovrapponibile a quello di lesioni maligne.

Evoluzione
La prognosi della polmonite lipoidea è generalmente favorevole se diagnosticata precocemente e se vengono rimosse le cause determinanti.
Ove la diagnosi sia tardiva, e si sia instaurata un'infiammazione cronica, può assistersi alla comparsa di complicanze permanenti, tra cui:
- fibrosi polmonare progressiva; infezioni ricorrenti; cuore polmonare cronico.

Trattamento
Stante la scontata eliminazione della causa, le opzioni di trattamento prevedono terapia di supporto quali l'ossigenoterapia, in caso di desaturazione, e corticosteroidi quali il prednisone.
La terapia con antibiotici non è indicata se non in caso di infezione batterica concomitante.
In alcuni casi, ove la lesione sia particolarmente voluminosa, è indicato il lavaggio polmonare totale (Whole Lung Lavage).
L'intervento chirurgico è considerato un'opzione di ultima istanza da riservarsi a casi del tutto particolari quale sospetto di neoplasia maligna in cui non ci sia modo di porre diagnosi differnziale certa.

Follow-up
1. Monitoraggio radiologico (TC del torace ad alta risoluzione): da ripetersi a distanza di 3-6 mesi dalla diagnosi iniziale, o prima in caso di peggioramento dei sintomi.
2. Valutazione funzionale respiratoria: spirometria completa e studio della diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio(DLCO).

CONSIDERAZIONI
Il paziente in esame, con il senno del poi, è identificabile a pieno tra i soggetti a rischio di insorgenza di una polmonite lipoidea a genesi multifattoriale.
Genesi iatrogena: assunzione di antipsicotici, farmaci noti per avere ripercussioni negative sul riflesso della deglutizione.
Base organica: edentulia severa, che comporta disfunzione della motilità linguale con conseguente, concreto, rischio di aspirazione ed aumentata probabilità di micro-inalazioni nelle vie aeree.

CONCLUSIONI
Il caso conferma come la polmonite lipoidea debba sempre essere inclusa nella diagnosi differenziale delle lesioni polmonari sospette per neoplasia nei pazienti con fattori di rischio aspirativo cronico, anche quando l'imaging (TC e PET/TC) risulti fortemente suggestivo per eteroplasia.

Leonida Iannantuoni - MMG – Foggia
Annamaria Bellesia - MMG- Medico in formazione specialistica in Neurologia – Foggia

BIBLIOGRAFIA
Polmonite lipoidea: epidemiologia, eziopatogenesi e quadro anatomo-patologico
1. Marchiori E, Zanetti G, Mano CM, Hochhegger B. Exogenous lipoid pneumonia. Clinical and radiological manifestations. Respir Med. 2011;105(5):659-666.
2. Betancourt SL, Martinez-Jimenez S, Rossi SE, Truong MT, Carrillo J, Erasmus JJ. Lipoid pneumonia: spectrum of clinical and radiologic manifestations. AJR Am J Roentgenol. 2010;194(1):103-109.
3. Bandla HP, Davis SH, Hopkins NE. Lipoid pneumonia: a silent complication of mineral oil aspiration. Pediatrics. 1999;103(2):E19.
4. Hadda V, Khilnani GC. Lipoid pneumonia: an overview. Expert Rev Respir Med. 2010;4(6):799-807.
5. Simmons A, Rouf E, Whittle J. Not your typical pneumonia: a case of exogenous lipoid pneumonia. J Gen Intern Med. 2007;22(11):1613-1616.
6. Kim CH, Kim EJ, Lim JK, et al. Comparison of exogenous and endogenous lipoid pneumonia: the relevance to bronchial anthracofibrosis. J Thorac Dis. 2018;10(4):2461-2466.
7. Cunha e Sá D, et al. Lipoid pneumonitis: new insights - a systematic review. Eur Respir J. 2024;64(Suppl 68):PA4284.
8. Lipoid Pneumonia. In: StatPearls . Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2026.
Diagnosi differenziale radiologica e con PET/TC rispetto al carcinoma polmonare
9. Talwar A, Mayerhoff R, London D, Bilfinger T, Lazzaro R, Schaffer JR, Berger JS. False-positive PET scan in a patient with lipoid pneumonia simulating lung cancer. Clin Nucl Med. 2004;29(7):426-428.
10. Fox BD, Shechtman I, Shitrit D, et al. A “fat chance” it’s malignant: lipoid pneumonia simulating lung cancer on PET scan. Thorax. 2007;62(5):464.
11. Mokhlesi B, Angulo-Zereceda D, Yaghmai V. False-positive FDG-PET scan secondary to lipoid pneumonia mimicking a solid pulmonary nodule. Ann Nucl Med. 2007;21(7):411-414.
12. Kanaji N, Bandoh S, Takano K, et al. Pattern of FDG-PET uptake in lipoid pneumonia simulating lung cancer. Respir Med Case Rep. 2020;31:101186.

13. Bonifácio G, et al. Unmasking the mimic: lipoid pneumonia imitating primary lung cancer – a case report series of a diagnostic challenge. Front Oncol. 2025;15:1538418.
14. Ferreira Bezerra F, et al. Small samples, big problems: lipoid pneumonia mimicking lung adenocarcinoma. J Bras Pneumol.2023;49(3):e20230034.
Diagnosi, trattamento e follow-up
15. Trabelsi S, et al. Lipoid pneumonia: a challenging diagnosis. Ther Clin Risk Manag. 2015;11:841-845.
16. Wagenaar SS. Evaluation of lipoid pneumonia (review, diagnosi differenziale con eteroplasia polmonare).
17. Trilla Herrera E, et al. Exogenous Lipoid Pneumonia Complicated by Mineral Oil Aspiration in a Patient With Chronic Constipation: A Case Report and Review. Cureus. 2020.
18. Wootton SH, Sabo RT, Ahmed MM. Lipoid pneumonia: a preventable complication. Am J Med Sci. 2006;331(6):334-335.
Genesi iatrogena: antipsicotici, disfagia e polmonite ab ingestis
19. Miarons M, Rofes L. Antipsychotic Drug Use and Community-Acquired Pneumonia. Curr Infect Dis Rep. 2011;13(3):262-268.
20. Rudolph JL, Gardner KF, Gramigna GD, McGlinchey RE. Covert dysphagia and recurrent pneumonia related to antipsychotic treatment. J Psychiatry Neurosci. 2018;43(2):143-144.
21. Dziewas R, Warnecke T, Schnabel M, Ritter M, Nabavi DG, Schilling M, Ringelstein EB, Reker T. Neuroleptic-induced dysphagia: case report and literature review. Dysphagia. 2007;22(1):63-67.
22. Kucia K, Merk W, Zieba A. Antipsychotics and swallowing difficulties. Expert Rev Clin Pharmacol. 2019;12(3):199-208.
23. Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. N Engl J Med. 2001;344(9):665-671.