

Febbre di Pontiac

Dopo un periodo di incubazione di 24-48 ore, si manifesta in **forma acuta simil-influenzale**, senza interessamento polmonare e si risolve in 2-5 giorni. I sintomi iniziali sono costituiti da malessere generale, mialgie e cefalea, seguiti rapidamente da febbre, a volte con tosse e gola arrossata; possono essere presenti diarrea, nausea e lievi sintomi neurologici quali vertigini o fotofobia.

Legionellosi polmonare (*Malattia dei Legionari*)

Dopo un **periodo di incubazione** variabile da **2 a 10 giorni** (in media 5-6 giorni), si manifesta come una **polmonite, con o senza manifestazioni extrapolmonari**. La polmonite non ha caratteri di specificità, né clinici né radiologici.

Nei **casi più gravi** può insorgere bruscamente con **febbre, dolore toracico, dispnea, cianosi, tosse produttiva**, associati alla obiettività toracica di **consolidamento polmonare**.

Nei **casi lievi** (ma che, se non tempestivamente diagnosticati e adeguatamente trattati possono evolvere in polmonite grave) l'esordio può essere insidioso con febbre, malessere, osteoartralgie, tosse lieve non produttiva.

I quadri radiologici non sono patognomonicamente, potendosi riscontrare sia **addensamenti di tipo alveolare** focali, singoli o multipli, monolaterali o disseminati con o senza evoluzione escavativa, sia quadri inizialmente a **impegno interstiziale**.

A volte, possono essere presenti sintomi gastrointestinali, neurologici e cardiaci; alterazioni dello stato mentale sono comuni.

In un paziente affetto da **legionellosi a impronta sistemica** possono essere presenti uno o più dei seguenti segni e sintomi: bradicardia, lieve aumento delle transaminasi, ipofosfatemia, diarrea e dolore addominale.

Tra le complicanze della legionellosi vi possono essere: ascesso polmonare, empiema, insufficienza respiratoria, shock, coagulazione intravascolare disseminata (CID), porpora trombocitopenica e insufficienza renale.

La polmonite da *Legionella* non ha quindi caratteristiche cliniche che permettano di distinguerla da altre forme atipiche o batteriche di polmonite comunitaria, né ha stigmati specifiche che consentano di sospettarla tra le eziologie di polmonite nosocomiale e/o dell'ospite immunocompromesso.

Come tale, quindi, va sempre sospettata sul piano clinico tra le infezioni polmonari, comunitarie e nosocomiali ^{2,3}.