

Quistos Pulmonares Congénitos: Caso Clínico

ARMÉNIA OLIVEIRA, CONCEIÇÃO D'OREY, MÁRIO MATEUS, ANGELINA MARTINS, TERESA NUNES,
INÊS AZEVEDO, LUÍSA GUEDES VAZ, HERCÍLIA GUIMARÃES

Departamento de Pediatria – Hospital de S. João, Porto

Resumo

Os autores referem um caso clínico de quistos pulmonares congénitos num recém-nascido de 16 dias de vida, cuja forma de apresentação foi a de um pneumotórax hipertensivo.

Alertam ainda, para a possibilidade deste diagnóstico perante um pneumotórax de difícil resolução ou recidivante sem outra patologia subjacente concomitante.

Palavras-chave: Quistos pulmonares congénitos, malformação adenomatoide quística pulmonar, pneumotórax.

Summary

The authors report a clinical case of congenital lung cysts in a sixteen days old newborn, presented as a large tension pneumothorax.

They emphasize that this diagnosis must be considered if expansion is particularly slow or if the pneumothorax recurs with difficult resolution.

Key-words: Congenital lung cyst, congenital cystic adenomatoid malformation, pneumothorax.

Caso Clínico

A maioria dos quistos pulmonares observados durante o período neonatal são adquiridos ⁽¹⁻³⁾ e resultantes da rotura alveolar devida à hiperinsuflação ou à infecção. Os quistos no período neonatal surgem habitualmente como complicações associadas a pneumonia, a enfisema intersticial e a displasia broncopulmonar.

As formações quísticas pulmonares congénitas são relativamente raras, tendo sido descritas por Buntain em 1974, 4 categorias anatomo-patológicas: malformação adenomatoide quística, quisto broncogénico, enfisema lobar e sequestro pulmonar ⁽¹⁻⁴⁾.

O tipo patológico mais comum é o quisto único, multilobulado, com comunicação com a árvore traqueobrônquica ⁽⁴⁾. Os quistos únicos estão geralmente localizados na periferia do pulmão e representam provavelmente anomalias do desenvolvimento brônquico que ocorre tardiamente na vida fetal. Não se associam habitualmente com lesões quísticas em outros órgãos nem com qualquer malformação específica. A sintomatologia é habitualmente resultante da distensão gradual ou abrupta do quisto, que leva a um aumento da tensão intratorácica e à compressão das estruturas vizinhas ⁽⁴⁾.

Por vezes a apresentação clínica é manifestada pela infecção, sendo nestes casos difícil averiguar se os quistos são secundários à infecção, ou se foram posteriormente infectados ⁽²⁾.

Se existe agravamento clínico, sobretudo com recidivas e pneumotórax e/ou infecções frequentes, o prognóstico torna-se reservado, sendo imperativa a realização de lobectomia ou pneumectomia ⁽³⁾.

Recém-nascido de 16 dias de vida, do sexo feminino, de raça caucasiana, natural e residente em Barcelos, transferido para o Hospital S. João, por dificuldade respiratória.

Primeiro filho de pais jovens, não consanguíneos, saudáveis e sem patologia familiar relevante.

A gestação teve a duração de 35 semanas, foi vigiada e sem intercorrências, o parto foi hospitalar, o índice de Apgar foi 5/6/8 (ao 1.º, 5.º e 10.º minutos respectivamente) e o recém-nascido necessitou de reanimação com oxigénio por máscara eambu.

A antropometria ao nascer foi de 2400 gramas (P 50), 44,5 cm (P 25-50) cm e 31.5 cm (P 25-50).

Esteve internado durante os primeiros 4 dias de vida por dificuldade respiratória, interpretada como taquipneia transitória do recém-nascido, mantendo-se assintomático no ambulatório até ao 16.º dia de vida, altura em que houve reaparecimento de dificuldade respiratória com agravamento progressivo.

No exame objectivo, na admissão, apresentava retração inter e subcostal, taquipneia (85 ciclos/minutos), gemido persistente e discreta diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito. O abdómen estava distendido, embora depressível e sem organomegalias palpáveis.

A radiografia toracoabdominal demonstrou uma imagem radiolucida, arredondada, na base pulmonar direita (fig. 1), sendo repetida após 6 horas, evidenciando-se nessa altura um pneumotórax hipertensivo (fig. 2).

Foi colocado dreno torácico ao nível do 2.º espaço intercostal direito na linha médioclavicular e iniciada ventilação mecânica. Este dreno foi mantido até ao 5.º dia de internamento (21.º dia de vida).

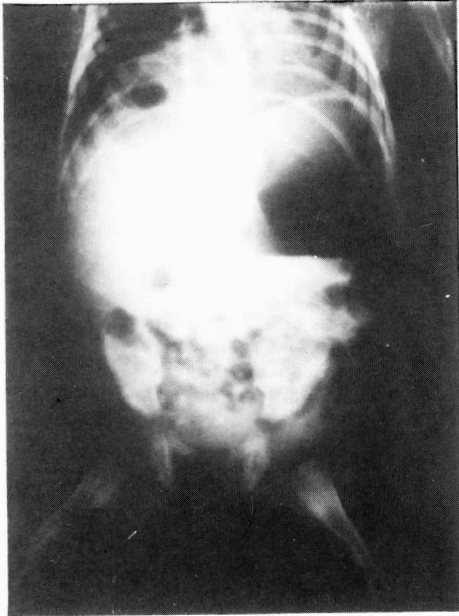


FIGURA 1

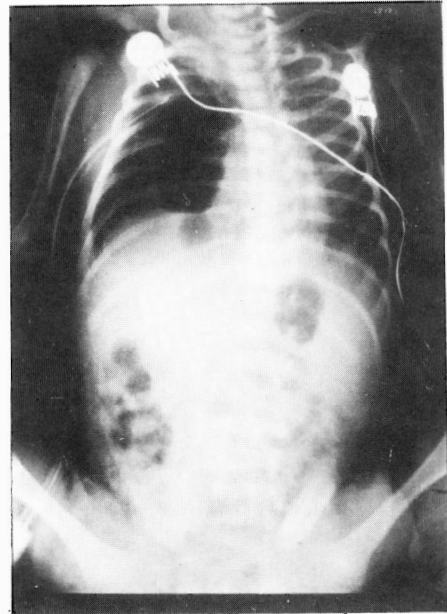


FIGURA 3

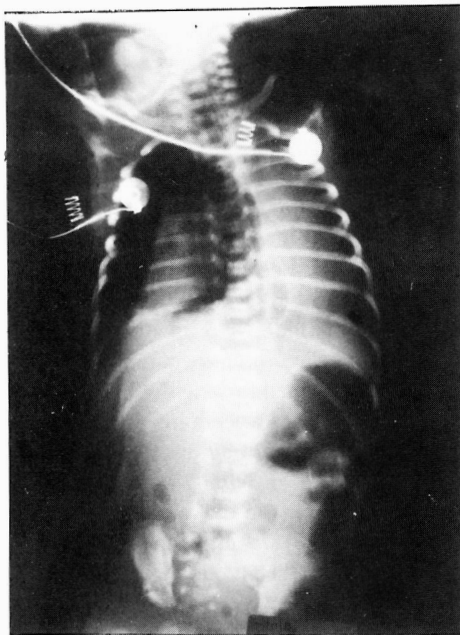


FIGURA 2

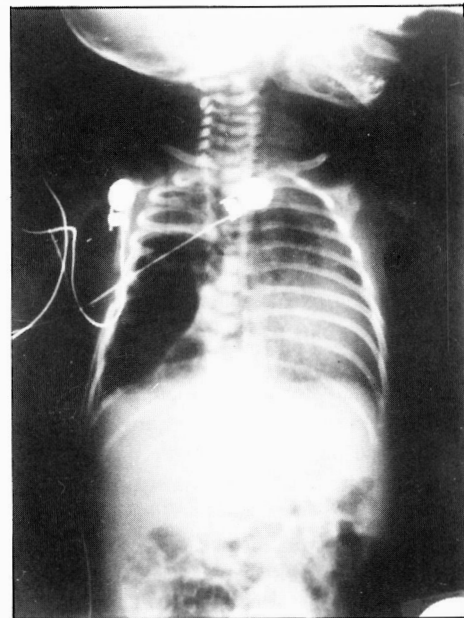


FIGURA 4

Ao 7.^o dia de internamento (23.^o dia de vida), por reestabelecimento do pneumotórax foi colocado novo dreno que foi mantido mais 3 dias (evolução radiológica – figs. 3-5).

Os exames, bacteriológico e virológico, de secreções nasofaríngeas foram negativos. O doseamento de tripsina imuno-reactiva e as provas de suor apresentaram valores normais. A tomografia axial computadorizada do tórax (fig. 6), demonstrou a existência de duas formações quísticas no pulmão direito, situadas respectivamente no vértice e na base. A cintigrafia pulmonar (fig. 7) revelou uma perfusão pulmonar simétrica, com irregularidade na base pulmonar direita devida a pequeno derrame.

A criança teve alta ao 15.^o dia de internamento encontrando-se assintomática e sem alterações radiológicas significativas (fig. 7). Foi orientada para consulta de Neonatologia e de Pneumologia Pediátrica.

Tem actualmente 4 meses de idade e a evolução foi até ao momento favorável, sendo de salientar o facto de não ter tido qualquer infecção das vias aéreas inferiores ou recidiva do pneumotórax.

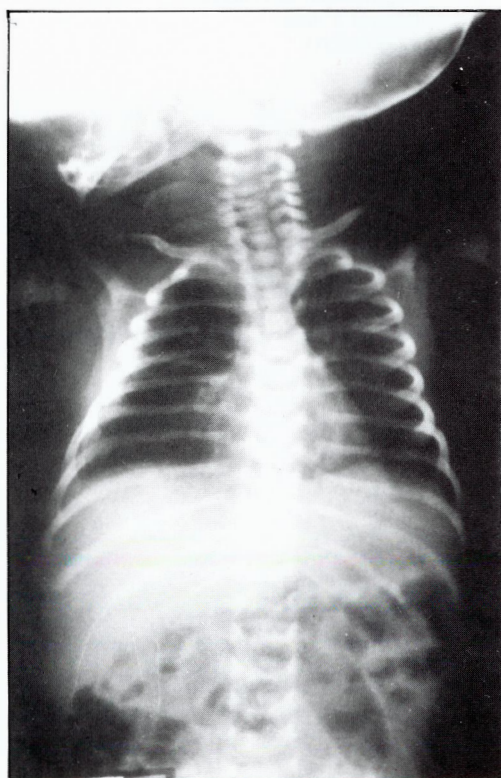


FIGURA 5

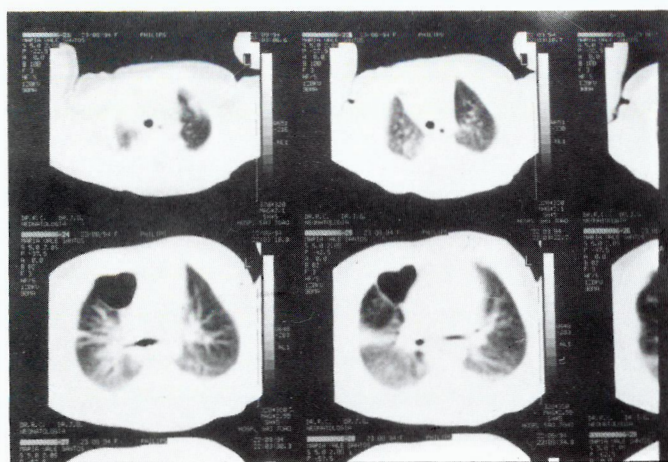


FIGURA 6

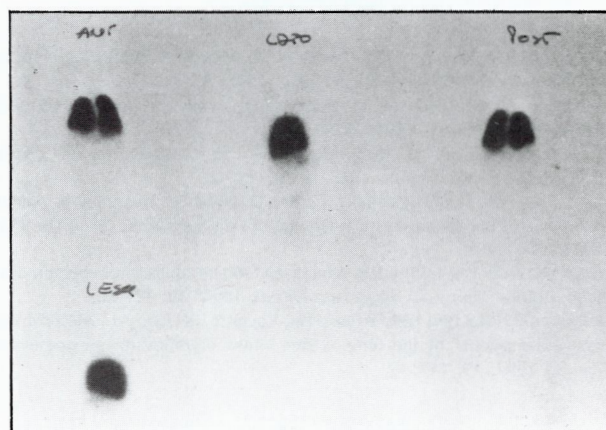


FIGURA 7

Discussão

As formações quísticas no período neonatal, surgem habitualmente como complicações de pneumonia, enfisema intersticial ou displasia broncopulmonar ⁽¹⁻³⁾. Embora, sendo uma causa rara de quistos neonatais, dada a elevada incidência de fibrose quística, esta deverá integrar os diagnósticos diferenciais.

A negatividade dos exames bacteriológicos e virológicos, os doseamentos de imunotripsina reactiva e iontoferese normais, e a persistência do padrão radiológico (duas imagens bem delimitadas radiolúcidas de localização basal e apical), confirmaram a natureza congénita destas formações e excluíram estes diagnósticos.

A presença de comunicação com a árvore traqueobrônquica e os achados radiológicos, tornavam improváveis outras causas de quistos congénitos como: o enfisema lobar, o sequestro pulmonar e os quistos broncogénicos. O diagnóstico diferencial deverá incluir também a malformação adenomatoide quística, que habitualmente se apresenta como uma massa multiquística localizada a um lobo, por vezes associada a polydramnios materno, a hidropsia fetal, a hipoplasia pulmonar e a outras malformações ⁽¹⁻⁴⁾. Segundo alguns autores, não existe uma clara distinção clínica e radiológica entre esta entidade e os quistos intrapulmonares congénitos ⁽¹⁻⁴⁾.

A sintomatologia é habitualmente resultante da distensão gradual ou abrupta do quisto e, mais raramente, no período neonatal, da infecção ⁽¹⁻⁴⁾. O prognóstico dos quistos pulmonares congénitos depende fundamentalmente da sintomatologia associada. Se existe hiperinsuflação com pneumotórax recidivante e/ou infecção recorrente torna-se imperioso o recurso à cirurgia ⁽¹⁻³⁾.

É controversa a cirurgia quando os quistos são achados ocasionais e não estão relacionados com qualquer sintomatologia.

Esta criança tem actualmente 4 meses e encontra-se assintomática, só a evolução clínica e imagiológica permitirá decidir quando, ou se alguma vez será necessário recorrer à cirurgia.

BIBLIOGRAFIA

1. Behrman RE, Vaughan VC. Nelson's Textbook of Pediatrics. 14th ed. Philadelphia, WB. Saunders Company, 1992: 471-3.
2. Robertson NRC. Textbook of Neonatology. 2nd ed. London, Churchill Livingstone Company, 1992: 540-53.
3. Phelen DP, Landau LI. Respiratory Illness in Children. 1st ed. Oxford, Blackwell Scientific Publication, 1990: 313-42.
4. McCullagh M, MacConnachie I, Garvie D, Dykes E. Accuracy of prenatal diagnosis of congenital cystic adenomatoid malformation. *Arch Dis Child* 1994; 71: 111-3.
5. Hasan N, Gray ES, Jeffrey RR, Youngson GG. Intralobar bronchopulmonary sequestration: antenatal diagnosis. *Thorax* 1994; 49: 379-80.
6. Klaveren RJ, Hassing HM, Tilburg JM, Lacquet LK, Cox AL. Mesenchymal cystic hamartoma of the lung: a rare cause of relapsing pneumothorax. *Thorax* 1994; 49: 1175-6.
7. McGinnis HD, Blickman JG. Bubbly intrapleural mucous simulating congenital lobar emphysema. *Pediatr Radiol* 1993; 23: 386-7.
8. Brink DA, Balsara ZN. Prenatal ultrasound detection of intra-abdominal pulmonary sequestration with postnatal MRI correlation. *Pediatr Radiol* 1991; 21: 227.
9. Adzick NS, Harrison MR. Fetal cystic adenomatoid malformation: Prenatal diagnosis and natural history. *J Pediatr Surg* 1985; 20: 483-8.

Correspondência: Arménia Oliveira
Departamento de Pediatria
Hospital S. João
4200 PORTO