

Hidrotórax Recidivante por Fístula Meningo-Pleural

MARIA JOÃO TAVARES, TERESA BANDEIRA, JOSÉ GUIMARÃES, ISABEL AMARAL, L. MARQUES PINTO

Hospital de Santa Maria — Faculdade de Medicina de Lisboa
Unidade de Pneumologia — Serviço de Pediatria

Resumo

Apresenta-se um caso clínico de hidrotórax recidivante em criança com síndrome de Crouzon e derivação ventrículo-peritoneal, na qual foi diagnosticado um meningocele torácico com fístula meningo-pleural.

Palavras-chave: Hidrotórax meningocele torácico, fístula meningo-pleural, derivação ventrículo-peritoneal

Summary

We report a case of recurrent hydrothorax in a child with Cronzon's Disease and ventriculoperitoneal shunt in wich we detected a thoracic meningocele with meningo-pleural fístula.

Key-words: Hydrothorax, thoracic meningocele, meningo-pleural fístula, ventriculo-peritoneal shunt.

Introdução

Todas as situações que provoquem uma alteração das pressões hidrostática ou coloidosmótica ao nível da membrana pleural podem ser responsáveis por um derrame pleural com características de transudado.

É o caso do aumento da pressão capilar sistémica ou pulmonar, do aumento da pressão linfática local, da hipoalbuminémia ou da diminuição da pressão intrapleural.

A causa mais frequente de transudado pleural é em primeiro lugar a insuficiência cardíaca congestiva (70-90%). A cirrose hepática e a síndrome nefrótica podem — devido à hipoalbuminémia — ser responsáveis por esta situação clínica. Também durante uma diálise peritoneal ⁽¹⁾ pode haver passagem de líquido para a cavidade pleural.

Causas mais raras de transudado são as complicações da cateterização da veia sub-clávia ^(2, 3) e da derivação ventrículo-peritoneal (devido à migração do catéter para a cavidade pleural) ^(4, 5). A literatura refere igualmente como causa rara de transudado pleural, hidrotórax e fistulização do canal raquidiano para a pleura.

Vamos agora descrever um caso raro de hidrotórax numa criança com síndrome de Crouzon à qual tinha sido colocada uma derivação ventrículo-peritoneal para resolver o seu problema de hidrocefalia activa.

Caso Clínico

A. A. L. sexo masculino, 14 meses de idade, apresentando diversas malformações cranio-faciais: acrocefalia, nariz em bico de papagaio, maxilar hipoplásico, lábio superior pequeno, lábio

inferior protuberante, hipertelorismo, exoftalmia e estrabismo externo. Esta criança com um síndrome de Crouzon tinha sido submetida a duas intervenções neurocirúrgicas: aos três meses por craniosinostose e aos seis meses por hidrocefalia activa. Nesta altura foi-lhe colocado um shunt de derivação ventrículo-peritoneal.

É internada, pelo Serviço de Urgência, por febre e dificuldade respiratória de aparecimento súbito. Ao exame objectivo tínhamos uma criança com malformações cranianas e faciais já descritas, com atraso do desenvolvimento estatura ponderal e psico-motor. Febril (39°), taquicárdica (F.C. 130 p.p.m.), polipneica (F.R. — 60 ciclos/min.), cianosada, com adejo nasal e tiragem global.

A observação revelava diminuição do murmúrio vesicular, da transmissão das vibrações vocais e maciez à percussão no hemitórax direito. Sopro sistólico grau II/IV no B.E.E. Hepatomegalia 2 cm abaixo do rebordo costal. Os membros não apresentavam alterações.

A teleradiografia do tórax mostrava um volumoso derrame pleural à direita e a gasimetria arterial uma insuficiência respiratória global com acidémia — PH - 7,18 PCO₂ - 80,3 HCO₃ - 29,4 Sat O₂ - 71,1.

Realizou-se toracentese com saída de 400 cc de líquido claro, transparente, que a análise laboratorial mostrou tratar-se de um transudado: exame citoquímico-proteínas, 0,25 g/dl, glicose - 151 mg/dl, LDH-52 u/l, ADA-6 u/l, amilase - 19 u/l, Colesterol - 71 mg/dl, Triglicéridos - 0mg/dl, células - 77/mm³ (alguns linfócitos, alguns neutrófilos e células mesoteliais), o exame bacteriológico foi negativo.

Os exames complementares efectuados — provas de função hepática e renal, proteinograma — foram normais. Da mesma forma o foi a avaliação cardiológica. A ecografia abdominal realizada não apresentou alterações. Ficaram assim excluídas as hipóteses diagnósticas mais frequentemente implicadas na causalidade de um transudado.

O derrame pleural refez-se rapidamente, tendo sido necessárias várias toracenteses, a intervalos de 3-4 dias, com saída de cerca de 400-500 cc de líquido pleural com as características anteriormente descritas.

Considerando a existência de um transudado recorrente numa criança com malformações congénitas múltiplas e portadora de derivação ventriculo-peritoneal foram colocadas duas hipóteses diagnósticas: 1 — Complicação da derivação ventriculo-peritoneal com migração do cateter para a cavidade pleural 2 — Malformação raquidiana-meningocele torácico com fístula meningo-pleural.

As radiografias torácicas realizadas durante o internamento evidenciavam a ponta do cateter abaixo de hemicupula diafragmática direita e excluim assim a 1.^a hipótese (Fig. 1).

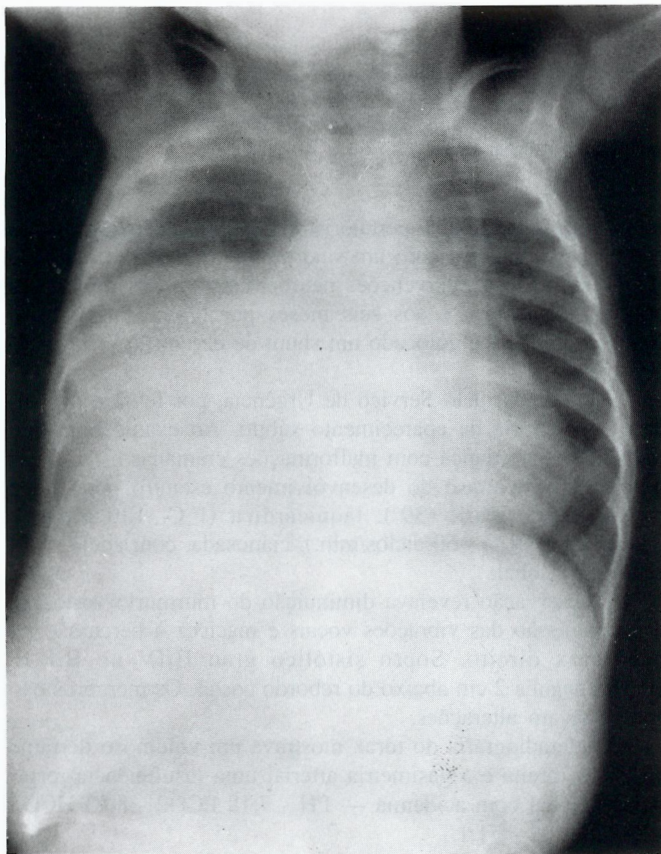


FIG. 1 — Radiografia do tórax e abdome evidenciando ponta do cateter ventriculo-peritoneal no abdome.

Foi pedida a colaboração da neurocirurgia na avaliação do caso clínico e das hipóteses diagnósticas. Foi-nos sugerida a realização de cisternografia isotópica para evidenciar a provável existência de fístula meningo-pleural. A injeção intra-tecal de ¹¹¹In-DTPA revelou acumulação precoce de contraste no campo pulmonar direito, com aparecimento tardio e discreto na cavidade abdominal (Fig.2).

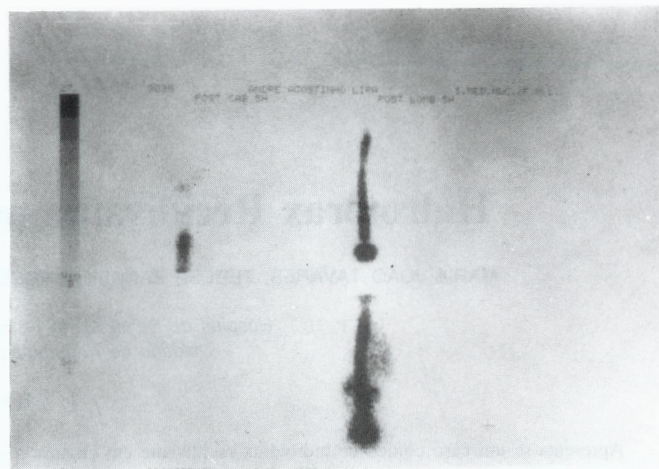


FIG. 2 — Cisternografia isotópica revelando precocemente contraste no campo pulmonar direito.

A mielografia, realizada em consequência, mostrou a presença de um meningocele torácico anterior, ao nível de D8 — D9 — D10 (Fig. 3).

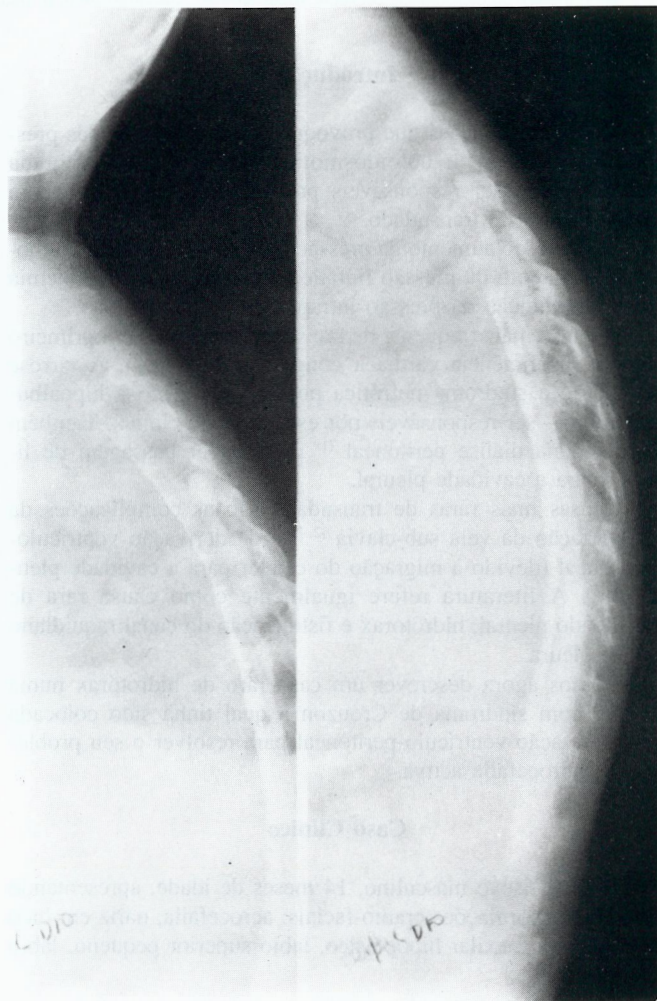


FIG. 3 — Mielografia evidenciando meningocele torácico anterior.

Para avaliar o funcionamento da derivação ventrículo-peritoneal, foi feita a sua revisão no serviço de neurocirurgia do Hospital de Santa Maria. Verificou-se que o cateter se encontrava fixo na superfície superior do fígado, debaixo da hemicupula diafragmática direita e que o sistema não estava funcionando.

Após a revisão da D. V. P. a drenagem de liquor para o peritoneu normalizou-se, a pressão no sistema diminuiu, não se tendo verificado recidiva do derrame pleural.

Discussão

A fistulização meningo-pleural é uma causa rara de derrame. Na literatura mundial estão descritos 37 casos, sendo 26 traumáticos (8 em crianças), 9 de causa iatrogénica pós toracotomia e 2 casos de rotura espontânea de meningocele torácico (Portigliatti-Barbos em 1953 e Rytzman em 1973).⁽⁶⁾

Em crianças existem publicados apenas 8 casos de fístula traumática — por acidente de viação — sendo, portanto, o presente caso, tanto quanto sabemos, o primeiro de fístula espontânea meningo-pleural em idade pediátrica.

O método auxiliar de diagnóstico utilizado na detecção da fístula foi a mielografia isotópica com injeção intratecal de 111 In-DTPA. Embora forneça menos detalhes anatómicos do que a mielografia standard, sendo portanto menos eficaz na localização da fístula, é muito mais sensível a detectar pequenos trajetos de fistulização^(7, 8, 9).

A mielografia standard foi útil na caracterização anatómica da lesão, revelando um meningocele torácico anterior ao nível de D8 — D9 — D10.

BIBLIOGRAFIA

1. Fishman A. Pulmonary diseases and disorders. 2nd ed. Mc Graw — Hill Book Company. 1988.
2. Steiger MJ, Morgan AG. Diagnostic aspiration of an iatrogenic hydrothorax following subclavian catheterization. *Postgrad Med J.* 1990; 66 (778): 672-3.
3. Gaudio R, Tommasi A., Occhiogrosso M., Vailati G. Respiratory distress caused by migration of ventriculoperitoneal shunt catheter into the chest cavity. *Neurosurgery.* 1988; 23(6): 768-9.
4. Dickman CA, Gilbertson D, Pittman HW, Rekeate HL, Daily — WJ. Tension hydrothorax from intrapleural migration of a ventriculoperitoneal shunt. *Pediatr — Pediatr-Neurosci* 1989; 15: 313-6.
5. Pollack, IF, Pang D, Hall W. Subarachnoid — pleural and subarachnoid — mediastinal fistulae. *Neurosurgery* 1990; 26(3): 519-25.
6. Rytzman A. Lateral intrathoracic meningocele with spontaneous rupture into the pleural cavity diagnosed with RIHSA myelography. *Neuroradiology* 1973; 5: 165-8.
7. Krasnow A, Collier B, Isitman A, Hellman R, Joestgen. The use of radionuclide cisternography in the diagnosis of pleural cerebrospinal fluid fistulae — *J. Nucl Med.* 1989; 30: 120-3.
8. Hofstetter K, Bejelland J, Patton D, Woolfender J, Henry R. Detection of bronchopleural — subarachnoid fistula by radionuclide myelography. *J. Nucl. Med.* 1977; 18: 981-3.

Correspondência: Maria João Tavares
Rua Vasco da Gama n.º 27 r/c Esq.
2700 Amadora