

QUILOTÓRAX CONGÊNITO : RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA *

CONGENITAL CHYLOTHORAX : A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

PEDRO MUÑOZ FERNANDEZ **
MARIA D'ANDREA A. BRACCO ***
GABRIELA ZUSKIN ***

FERNANDEZ,P.M; BRACCO,M.D; ZUSKIN,G. – Quilotórax Congênito: Relato de um Caso e Revisão de Literatura.

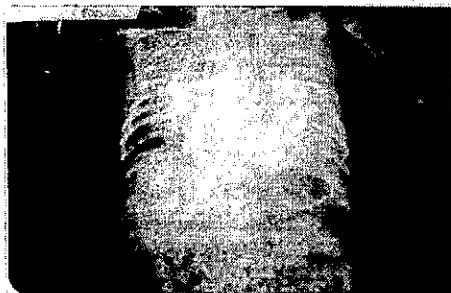
RESUMO: Os autores apresentam um caso de Quilotórax Congênito, acompanhado de revisão de literatura mundial, onde discutem as controvérsias relacionadas ao diagnóstico e tratamento.

Unitermos: Quilotórax Congênito.

1. RELATO DO CASO : R.N. DE M.E.S.M.

Nascida de mãe branca, 25 anos, do lar, secundigesta sendo último parto normal sem intercorrências. O seu parto foi cesariana indicado por distocia funcional, feito sob anestesia peridural. Ao nascer, apresentou Apgar de 1º minuto = 1, de 2º minuto = 3 e de 3º minuto = 6. Após as manobras de reanimação foi levada ao berçário sendo mantida em incubadora, capuz de oxigênio, com melhora clínica.

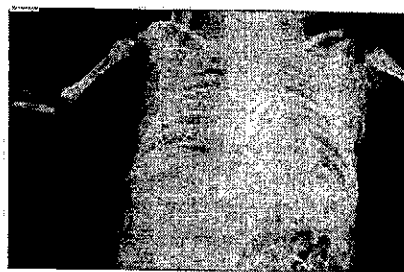
Ao 2º dia a R.N. mantinha-se em regular estado geral, ativa, corada, hidratada, afebril, com cianose importante e taquidispnéia. Ao exame do aparelho respiratório apresentou frequência de 52 inspirações por minuto, tiragem intercostal leve, presença de murmúrio vesicular bilateral porém diminuído à esquerda, sem ruídos adventícios. Ao exame do aparelho cardiovascular apresentava bulhas cardíacas rítmicas, normofonéticas, sem sopros, com frequência de 120 batimentos por minuto. O abdome encontrava-se flácido, com fígado palpável a 2,5 cm do rebordo costal direito e com ruídos hidroaéreos presentes, sem sinais de peritonismo. Os membros apresentavam-se sem edema, com pulsos palpáveis e simétricos. Manteve-se o capuz de oxigênio, introduziu-se penicilina e amicacina e solicitou-se RX de Tórax (Fig 01).



Ao 3º dia o quadro mantinha-se inalterado.

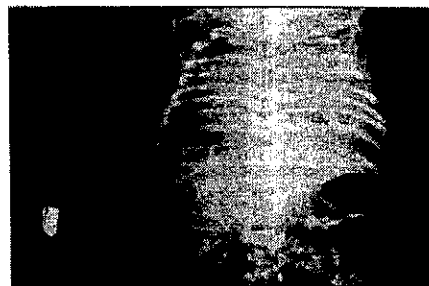
Ao 4º dia a R.N. apresentou significativa melhora do quadro, evoluindo sem cianose.

Solicitou-se novo RX (Fig. 02), que mostrou regressão total do derrame pleural. Iniciou-se então alimentação pela via oral, com leite materno.



No 5º e 6º dia a R.N. manteve-se inalterada.

No 7º dia houve piora do quadro respiratório com taquidispnéia, cianose de extremidades, tiragem diafragmática e intercostal, batimentos de asa de nariz, frequência respiratória de 61 inspirações por minuto e murmúrio vesicular diminuído à esquerda. Introduziu-se oxacilina. A R.N. alimentava-se com leite materno. Diante piora clínica, solicitou-se novo RX que apresentou imagem de velamento de hemitórax esquerdo (Fig 03).



Optou-se então por punção e drenagem do derrame pleural com saída de material espesso amarelado, encaminhando para exame citológico e bioquímico.

Ao 8º dia, levantou-se a hipótese de Quilotórax e, por isso, prescreveu-se pausa alimentar para avaliar a diminuição da drenagem pleural. A R.N. encontrava-se acianótica, eupneica

* Trabalho realizado na Disciplina de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da Fundação do Abc

** Docente da Disciplina de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da Fundação do Abc

*** Alunos do 5º ano da Faculdade de Medicina do ABC

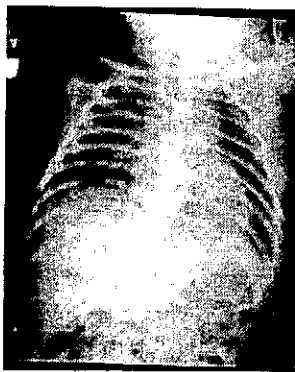
com murmúrio vesicular bilateral, porém diminuído em base de hemiotórax esquerdo. Observou-se drenagem de 150mL. Solicitou-se novo Rx (Fig. 04) .



No 9º dia a R.N. apresentava somente desconforto respiratório leve com drenagem de 30 mL.

Ao 10º dia, com introdução da alimentação, houve drenagem de 70 mL. O dobro da drenagem do período de jejum. Com isso, introduziu-se alimentação à base de triglicérides de cadeia média (TCM) e leite desnatado (LD). Solicitou-se RX de controle.

Entre o 11º e o 17º dia, a R.N. evoluía bem com drenagem regressiva (Fig 05).



No 18º dia, retirou-se o dreno torácico e obtiveram-se os resultados da análise do líquido pleural.

Dosagem de Lípides Totais: 1692 mg/dl

Colesterol: 121 mg/dl

Triglicérides: 153 mg/dl

Sódio: 137 mEq/l

Potássio: 3,9 mEq/l

Cloretos: 98 mEq/l

Proteínas: 6,9 g/dl

Glicose: 38 mg/dl

Cultura: Não houve crescimento bacteriano.

Bacterioscópico: Células Epiteliais Superficiais e Profundas raras; Leucócitos abundantes; Hemácias frequentes; Muco escasso; Trichomonas e Fungos ausentes;

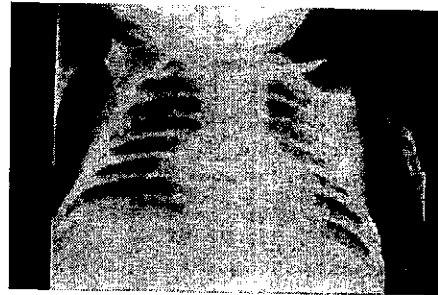
Citológico: Aspecto límpido e coloração amarelada, com turvação após centrifugação. Glicose: 67 mg%;

Exame Microscópico: Esfregaços constituídos quase que exclusivamente por linfócitos, raras células mesoteliais e hemácias íntegras. Os linfócitos, mostram

preservação das características morfológicas nucleares e citoplasmáticas. Células neoplásicas ausentes.

Neste período houve aumento progressivo TCM e do LD, com boa aceitação.

A paciente recebeu alta ao 21º dia, em bom estado geral, sem derrame pleural ao RX (Fig. 06).



2- DISCUSSÃO

Defini-se Quilotórax (QT), como o acúmulo de linfama cavidade pleural.

No período neonatal, ele pode ser: espontâneo ou secundário a intervenções cirúrgicas do tórax, atrombose de veia cava superior, complicações de drenagem de um pneumotórax, associado a Síndrome de Turner 97) e Down, entre outras causas.

Defina-se por Quilotórax Congênito (QCT) aquele cujo diagnóstico é feito intraútero ou até a primeira semana de vida e não relacionado a nenhuma etiologia. O Quilotórax Espontâneo (QTE) aparece em adultos ou crianças com mais de uma semana, onde fatores como o trauma, neoplasia ou inflamação tem maior importância.

Este caso retrara um QTC, pois manifestou-se ao nascimento por bradicardia, dificuldade respiratória, cianose, tônus e reflexos abolidos, evoluindo com retratação intercostal e batimento de asas de nariz. Encontram-se dados similares a estes na literatura, associados frequentemente ao polihidramnio, que não foi relatado neste caso.

Na literatura contata-se incidência maior do QT em R.N. do sexo masculino, porém neste caso, trata-se de R.N. do sexo feminino.

Convém lembrar que a sintomologia se deve frequentemente a derrame pleural unilateral, do lado direito (60% dos casos) ou bilateral. No presnte caso, observou-se velamento do hemiotórax esquerdo.

O diagnóstico pode ser feito no período antenatal ou período pós-natal, sendo que a sua comprovação, em ambos os casos, só é dada pela análise do líquido pleural. A suspeita diagnóstica antenatal é feita por ultrassonografia, que mostra acúmulo de líquido na cavidade pleural e, no período pós natal, com um RX simples de tórax a suspeita diagnóstica pode ser confirmada.

Na literatura encontrou-se como referência na macroscopia, líquido de coloração amarelada e na microscopia, predomínio de linfócitos (95% a 100%), que alguns autores consideram patognomônico de QT. Além disso, proteínas variam de 2,1 a 7,4 g/dl, lipídeos de 9 a 25 g/dl e colesterol de 0,5 a 2 g/l.. Nos resultados encontrados, observa-se analogia com literatura, sendo portanto o diagnóstico altamente sugestivo de QT.

Quanto ao tratamento, existem controvérsias. A terapêutica pode consistir em toracocentese isolada, tanto ante como pós-natal. Nesta, é feita drenagem contínua por aspiração intermitente. Se houver perda de mais de 100 ml/dia por ano de idade em uma criança de mais de 2 ou 3 semanas, indica-se cirurgia. Já a toracocentese antenatal, pode ser feita pela drenagem contínua intraútero através de shunt pleuro amniótico com retirada do dreno logo após o nascimento. Apesar deste método permitir uma expansão efetiva dos pulmões, o derrame pleural acumula-se em horas, porém a drenagem do líquido, facilita a reanimação ao nascimento. Uma toracocentese adequada deve ser acompanhada de um combate rigoroso à inanição, administrando-se dieta rica em proteínas e calorías.

Preconiza-se também, a introdução do TCM pela via oral, já que este não se utilizam da via linfática. São retirados em 4 a 6 semanas com a resolução do QT. Alguns autores porém, discutem se a introdução do TCM diminui o volume do derrame pleural.

Como alternativas no tratamento do QT, podem utilizar-se os shunts pleuro venoso e pleuro peritoneal. Este é instalado por um sistema de catéteres de baixa pressão tipo ventrículo peritoneal. Esta terapêutica foi utilizada em crianças com refratariedade aos outros tratamentos.

Tem-se como outra alternativa de tratamento a cirúrgica, sendo na toracotomia feita a ligadura do ducto linfático ou a sutura da pleura. Este método apresenta algumas desvantagens, pois além de ser muito invasivo, nem sempre consegue-se visualizar o ducto torácico, além de poder ocorrer variações anatômicas que dificultam o procedimento cirúrgico.

No caso relatado, optou-se como terapêutica pela toracocentes associada à introdução do TCM obtendo-se bons resultados.

CONCLUSÃO

O Quilotórax, embora sendo uma doença de aparecimento raro, é um importante diagnóstico diferencial inserido na Síndrome do Desconforto Respiratório Precoce;

Existem controvérsias quanto ao tratamento que pode ser dietético, associado ou não a toracocentese, ou cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ALONSO,C.R.P. et al. Quilotórax esponta-neo: Siete casos de diagnóstico pre-natal. Na.Esp.Pediatr., 30(1): 19-22, 1989.
2. ARENAL,J. et al. Quilotórax espontâneo neonatal: A propósito de cinco obser-vaciones. Na Esp.Pediatr., 1:49-54,1984.

3. AZIZKITAN,R. et al - Pleuroperitoncal shunts in the management of neonatal chvlothorax. J.Pediatr. Surg.,18(6):842-50,1983.
4. BOOTH,P. et al. Pleuro-amniotic shunting for fetal chylothorax. Farly Human Development., 15:365-67,1987.
5. CHERNICK,V. et al. Pneumothorax and chylothorax in the neonatal period. J. Pediatr., 76(4): 624-32,1970.
6. JERNITE,M. et al. Traitment médical de l'épanchement chyleux du nouveau-né: A propos de 3 cas. Arch.Fr.Pediatr. 49:811-14,1992.
7. KIRKIANO,I. Chylotorax in the infancy and childhood. A method of tratement. Arch.Dis.Child., 40:186-191,1965.
8. KOFFLER,H. et al. Congenital chylotho-two cases associated with maternal polyhydramnios. Am.J.Dis.Chil.,132: 638,1978.
9. MARISCAL,E. et al. Síndrome de Noonan en un neonato. Bol.Cat.Pediatr., 5:89-96,1980.
10. MOEMAN,P. et al. Congenital Pulmonary Lymphagiectasis with Chylothorax: A Heterogeneous Lymphatic Vessel Ab-Normality. Am.J. of Med.Gen., 47:54-58,1983.
11. PHILIPPE,H.J. et al. Diagnostic anténatal et prise de chylothorax congenital. Arch.Fr.Pediatr., 47:737-40,1990.
12. PWTRES,R.R. et al. Congenital bilateral chylothorax. Antepartum diagnosis and succesful intrauterine surgical management. JAMA, 248:1360-61 1982.
13. RANDOLPH,J.G. et al. Congenital Chulo-lothorax. A.M.A. Arch. Of Surg., 74:405-417,1957.
14. ROBINSON,C.L.N. The management of chylothorax. The Na.of Thorac.Surg., 39(1):90-95,1985.
15. SADE,R.M. et al. Pleuroperitoneal shunt for persistent pleural drainage Fontan procedure. J. Thorac.Cardiovasc.Surg 100:621-23,1990.
16. VAN AERDE, J.et al. Spontaneous chylo-thorax in newborns. Am.J.Dis. Child. 138:961-64,1984.
17. VAN STAATE, N. et al. Chylothorax in the neonat period. Eur.J. Pediatr., 152:2-5,1993.
18. VAIN,N.E. et al. Neonatal chylothorax: A report and discussion of nine consecu-tive cases. J.of Pediatr.Surg.,15(3):261-64,1980.

FERNANDEZ,P.M.; BRACCO,M.D.; ZUSKIN,G. - Quilotórax Congênito: Relato de um Caso e Revisão de Literatura.

SUMMARY- The authors report a case of Congenital Chylothorax, with a review of the medical literature. They discuss the controversy about the diagnostic and the management of this disease.

KEY WORDS: Congenital Chylothorax.