

**Título:** Nem tudo o que chia é asma, nem mesmo num sibilante recorrente

**Autores:** Diana Amaral, Jenny Badas, Bonito Vítor, Catarina Ferraz, Luísa Guedes Vaz

**Instituição:** Serviço de Pediatria, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar São João, Porto

**Resumo:**

Caso clínico: Lactente de 16 meses, sexo masculino, com antecedentes de sibilância recorrente desde os 5 meses e história familiar de atopia, internado de 27 de março a 1 de abril de 2016, no Serviço de Pediatria do CHSJ por crise de broncospasmo com hipoxemia. Constatada, durante esse internamento, diminuição persistente dos sons respiratórios no hemitórax (HT) esquerdo e manutenção de acessos de tosse produtiva, apesar da terapêutica instituída. Orientado, na data de alta, para a Consulta Externa (CE), onde já mantinha seguimento. Regressa ao SU, 8 dias após a alta, por agravamento clínico, com acessos de tosse mais frequentes e emetizantes, rinorreia anterior hialina e febre. Mãe com coriza. Na admissão, taquipneia, spO<sub>2</sub> 91% em ar ambiente, tiragem inter e subcostal moderadas e balanço toraco-abdominal, sem adejo ou cianose; obstrução nasal moderada; expansão torácica aparentemente simétrica e auscultação pulmonar (AP) com sons respiratórios francamente diminuídos no HT esquerdo, sem aumento do tempo expiratório ou ruídos adventícios. Na radiografia de tórax é verificado desvio da traqueia para a direita (já evidente nas radiografias de tórax do internamento anterior, entretanto revistas) e hipotransparência no terço médio do HT esquerdo, com sinal de silhueta cardíaca. Analiticamente apresentava leucocitose (27830 leuc/uL, com 57% de neutrófilos) e PCR de 17.5 mg/L. Colhida HC (negativa). Foi internado sob terapêutica endovenosa com ampicilina. Realizada TC pulmonar em D4 de internamento, que revelou atelectasia da língula, sinais de retenção aérea e hiperinsuflação do restante LSE e LIE, condicionando discreto desvio contralateral do mediastino, e redução do calibre da vertente distal do brônquio principal esquerdo (BPE), numa extensão pericentimétrica. Perante este resultado foi programada broncofibroscopia. Nesta foi constatado tecido de granulação na porção terminal do BPE e, abaixo deste, visualizado corpo estranho. O procedimento foi convertido em broncoscopia rígida e foram extraídos múltiplos fragmentos de corpo estranho do LSE e LIE. Após o procedimento esteve sob ventilação mecânica menos de 24 horas, foi alterado esquema de antibioticoterapia para amoxicilina e ácido clavulânico (que cumpriu durante 14 dias) e foi iniciada corticoterapia. Verificada progressiva resolução dos sinais de dificuldade respiratória e normalização da AP. Manteve-se apirético desde a admissão e sem necessidade de oxigenoterapia suplementar desde o 3º dia pós-procedimento. Foi realizada broncofibroscopia de controlo, 14 dias após a inicial, que foi normal. Teve alta, orientado para a CE, mantendo a medicação habitual.

Discussão: A aspiração de corpos estranhos para a via aérea é uma causa comum de morbidade e mortalidade em idade pediátrica, sobretudo abaixo dos 2 anos de idade. A suspeita baseia-se na história de episódio de engasgamento, mas, quando este não é presenciado, a clínica pode ser subtil, com sintomatologia que se manifesta dias ou meses após o acidente, e que muitas vezes é devida às complicações decorrentes da aspiração, como a inflamação e infecção da via aérea. A presença de corpos estranhos nos brônquios principais traduz-se geralmente por tosse e pieira, o que, em conjunto com a febre, dificultou o diagnóstico no nosso doente, que não tinha qualquer história de engasgamento presenciado e em que a patologia de base já fazia prever esta sintomatologia nas agudizações por infecções víricas e/ou sobreinfecções bacterianas. Neste caso, a avaliação judiciosa da radiografia, perante uma agudização sem a resposta esperada ao curso terapêutico, permitiu o diagnóstico.

**Título:** Pneumotórax espontâneo bilateral e recorrente

**Autores:** Tânia Martins, Joana Cunha de Oliveira, Catarina Ferraz, Teresa Nunes, Tiago Coelho, Luísa Guedes Vaz

**Instituição:** Hospital de S. João, Porto

**Resumo:**

Introdução: Embora a patogénese do pneumotórax espontâneo primário seja multifatorial, o biótipo longilíneo, sexo masculino e tabagismo são fatores de risco conhecidos. Predomina em adolescentes e adultos jovens. No primeiro episódio várias estratégias terapêuticas podem ser usadas, nomeadamente observação clínica com oxigenoterapia de alto débito, aspiração, drenagem pleural ou tratamento cirúrgico, de acordo com as dimensões e sintomatologia associada. A abordagem ideal permanece controversa. Existe risco de recorrência de 50% após o primeiro episódio e de 56% após o segundo. O tratamento cirúrgico está associado a um menor risco, motivo pelo qual alguns autores defendem que a cirurgia torácica vídeo-assistida deve ser considerada logo no primeiro episódio para além de ser o tratamento de eleição em casos de recorrência. Descrição do caso: Adolescente de 17 anos, sexo masculino, sem antecedentes patológicos de relevo, que pratica 2 horas diárias de atletismo em grupo não federado. Observado a 28 de Dezembro de 2015 por toracalgia esquerda com 2 horas de evolução, agravada pelo esforço e inspiração profunda e associada a dispneia. Sem febre ou história de fatores desencadeantes (traumatismo, exercício físico recente ou viagem de avião). Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória, SatO<sub>2</sub> 98% em ar ambiente e com diminuição global dos sons respiratórios mais pronunciada à esquerda na auscultação pulmonar. A radiografia de tórax revelou pneumotórax esquerdo de médio volume. Realizou aspiração com saída de aproximadamente 1L/ar e posteriormente iniciou oxigenoterapia de alto débito. Em radiografia de controlo imagem de pneumotórax sobreponível, pelo que se decidiu a colocação de dreno torácico com selo de água, com melhoria franca e expansão pulmonar esquerda quase total em radiografia posterior. Manteve-se internado durante 6 dias com evolução clínica favorável e teve alta orientado para consulta de Pneumologia Pediátrica. Recorreu novamente ao serviço de urgência a 31 de Janeiro de 2016 quando se objetivou pneumotórax espontâneo à direita. Por falência do tratamento conservador foi submetido a bolhectomia e pleurectomia apical direita a 3 de Fevereiro de 2016. No primeiro dia do pós-operatório detetado pneumotórax contralateral associado a derrame pleural. Realizou drenagem com colocação de dreno torácico e detetado pneumo-hemotórax. Após 24 horas de vigilância e apesar da estabilidade hemodinâmica decidiu-se toracoscopia exploradora por ausência de resolução do quadro (drenagem continua de hemotórax aproximadamente 1 ml/h). Submetido a pleurectomia e bolhectomia apical esquerda a 6 de Fevereiro de 2016 tendo sido detetada pequena hemorragia no ápex pulmonar e pleura parietal - provável rompimento de bridas aquando de pneumotórax espontâneo. Discussão: o problema neste caso clínico prende-se com o curto espaço de tempo decorrido entre os pneumotórax esquerdo e direito e a sua recorrência à esquerda. A recorrência do pneumotórax é a complicação mais comum e ocorre na grande maioria dos casos nos primeiros 6 meses. Neste doente o intervalo foi de 28 dias. O aparecimento de pneumotórax contralateral é de cerca de 5-15%. Assim salienta-se o caso pela raridade da ocorrência bilateral e recorrência em tão curto espaço de tempo.

**Título:** Cavitação pulmonar em contexto de pneumonia – um caso clínico

**Autores:** Joana Soares, Maria Manuel Zarcos, Teresa Rezende

**Instituição:** Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Leiria

**Resumo:**

Introdução: As imagens cavitárias na radiografia torácica podem ter várias etiologias e a sua abordagem depende da clínica e da evolução. Após exclusão de patologia malformativa, estas lesões evoluem habitualmente para a cura, podendo raramente necessitar de intervenção cirúrgica. Descrição do caso: Menina de 6 anos com antecedentes de asma sem profilaxia. Recorre à urgência por febre e tosse com 4 dias de evolução. Ao exame estava febril com ar doente, com diminuição do murmúrio vesicular no terço superior direito e múltiplas cáries dentárias. Realizou radiografia torácica com condensação de limites bem definidos na metade superior do pulmão direito com nível hidroaéreo. Fez avaliação analítica com parâmetros de infeção bacteriana e foi internada com ampicilina e clindamicina. Ao 6º dia de internamento por persistência do quadro clínico e das alterações imagiológicas, alterou-se a ampicilina para ceftriaxone. Melhoria clínica posterior com alta ao 19º dia assintomática. As hemoculturas revelaram-se negativas. Radiografia de controlo após 1 mês mostra imagem cavitária no terço superior direito. Cerca de 3 meses depois recorre novamente com febre e tosse. Apresentava dificuldade respiratória ligeira, sibilos e ferveores bilaterais na auscultação pulmonar. Repetiu radiografia com aumento da cavidade, pelo que realizou TC torácica que mostrava cavitação de parede regular e minimamente espessada no lobo superior direito e condensação parenquimatosa heterogénea à esquerda. Internada com ceftriaxone e broncodilatador durante 6 dias com melhoria clínica. Manteve vigilância em consulta com imagem em aparente regressão lenta e sem sintomatologia associada.

Discussão: Tanto o abscesso pulmonar como o pneumatocelelo apresentam lesão cavitária na radiografia torácica que tendem para resolução espontânea. Neste caso parece tratar-se de uma pneumonia complicada de abscesso, sendo o único fator de risco a presença de múltiplas cáries dentárias. A persistência imagiológica implica também manter o seguimento, sendo questionável a opção por uma atitude expectante ou uma abordagem mais interventiva.

**Título:** Doença pulmonar quística difusa isolada

**Autores:** Catarina Salgado, Luísa Lobo, Teresa Bandeira, Ana Saianda

**Instituição:** Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria do Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa.

**Resumo:**

As doenças pulmonares quísticas são um grupo heterogéneo, sistematizadas pela origem congénita ou adquirida e apresentação focal ou difusa. Na idade pediátrica, na ausência de diagnóstico pré-natal de lesão compatível com malformação congénita ou depois disso com doença conhecida, a sobreposição dos achados radiológicos pode tornar o diagnóstico definitivo difícil.

Caso: Rapaz de 3 anos, que aos 44 dias de idade foi transferido para a Unidade de Pneumologia do Serviço de Pediatria de um hospital terciário, por quadro de dificuldade respiratória e imagem radiológica a caracterizar. Mãe com doença renal crónica e hipertensão arterial, medicada na gravidez com nifedipina. Ecografias fetais sem alterações, ecocardiograma fetal às 22 semanas e amniocentese com cariótipo XY. Fez indução maturativa pulmonar. Cesariana às 32 semanas por indicação materna, com necessidade de reanimação com ventilação por pressão positiva intermitente. Baixo peso ao nascer (1520g). Ventilado com nCPAP de D1 a D5, desde então em ventilação espontânea. Em D44 de vida iniciou quadro de polipneia e ligeira tiragem intercostal, sem outra sintomatologia. Fez radiografia torácica com imagem hipertransparente, arredondada, heterogénea no hemitórax direito. Por suspeita de malformação pulmonar realizou tomografia computadorizada torácica (TCt) com formação quística com 20 mm no lobo inferior direito (LID) interpretada como malformação adenomatoideia quística. Teve alta com oxigenioterapia que cessou aos 5 meses e 28 dias de idade cronológica. Manteve seguimento em consulta de pneumologia e neonatologia, sem intercorrências respiratórias relevantes e bom desenvolvimento estatura ponderal. Apesar da melhoria clínica e radiológica progressiva, sem evidência de alterações na radiografia do tórax, aos 3 anos repetiu TCt para avaliação de evolução das lesões imagiológicas, que demonstrou manutenção da área quística com 13 mm no LID, constituída por vários pequenos quistos; evidenciando-se também vários quistos pulmonares dispersos, principalmente no pulmão direito, o maior com 8,5 mm no lobo superior e micronódulo subpleural no LID com 4 mm. Colocou-se diagnóstico de doença pulmonar quística difusa (DPQD) e alargou-se à avaliação multidisciplinar.

Discute-se diagnóstico diferencial de DPQD, incluindo a necessidade de progressão em exames complementares invasivos, versus atitude expectante, dada a baixa probabilidade de diagnósticos com gravidade prognóstica.

**Título:** Sequestro extra-lobar - quando operar com segurança?

**Autores:** Tânia Martins, Joana Cunha de Oliveira, Catarina Ferraz, Ana Fragoso, Luísa Guedes Vaz

**Instituição:** Hospital de S. João, Porto

**Resumo:**

**Introdução:** O sequestro pulmonar é uma malformação congénita rara, com uma incidência de aproximadamente 0.15-6.45% e classifica-se em intra-lobar (73% dos casos) e extra-lobar (24%). O sequestro extra-lobar consiste em tecido pulmonar anómalo envolto na sua própria pleura, sem conexão com a árvore traqueobrônquica e com vascularização sistémica. Frequentemente localiza-se nos lobos inferiores do pulmão esquerdo (80%) junto ao seio costo-frénico, perto da glândula suprarrenal e em aproximadamente 10% dos casos, abaixo do diafragma. Predomina no sexo masculino (80%) e associa-se em cerca de 50% a outras malformações congénitas, nomeadamente hérnia diafragmática congénita, *pectus excavatum* e malformações cardíacas. O diagnóstico ecográfico pré-natal pode ser estabelecido por volta da 20<sup>a</sup> semana de gestação, sendo a ressonância magnética a melhor forma de avaliação e seguimento no 2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> trimestre da gestação. A terapêutica após o nascimento deverá ser individualizada, de acordo com a sintomatologia e a presença de outras malformações congénitas. Sequestrectomia é o tratamento cirúrgico de eleição, cujo sucesso depende de uma adequada visualização do suprimento sanguíneo. Portanto uma avaliação imagiológica pré-cirúrgica é imperativa.

**Descrição do caso:** Lactente de 3 meses, sexo masculino, orientado para consulta de Pneumologia Pediátrica por sequestro pulmonar. Antecedentes pessoais: gestação de 40 semanas, vigiada com visualização ecográfica às 23 semanas e 3 dias de formação hiperecogénica bem delimitada à esquerda com cerca de 27.5x21.7x18.5 mm, abaixo do diafragma e com irrigação proveniente da aorta descendente (provável sequestro extra-lobar). Confirmação ecográfica e por ressonância magnética fetal posterior e exclusão de outras malformações associadas. Serologias maternas 3<sup>o</sup> trimestre negativas. Parto eutócico com índice de Apgar 8/9/10. Somatometria adequada à idade gestacional. Exame objetivo ao nascimento sem alterações. Alta ao 3<sup>o</sup> dia. Boa evolução estatura-ponderal e desenvolvimento psicomotor adequado à idade. Realizou estudo ecográfico torácico e abdominal pós natal que evidenciou uma lesão ecogénica de configuração triangular na base pulmonar esquerda (cerca de 5 cm) e com vascularização arterial com origem provável da artéria torácica distal, aspetos que corroboram o diagnóstico pré-natal de sequestro pulmonar. Para melhor caracterização da vascularização realizou angiotomografia computadorizada que revelou lesão em topografia paravertebral esquerda, medindo cerca de 40x35x30 mm, que condiciona desvio lateral da suprarrenal esquerda e anterior do cárdia, definindo-se a hemicúpula diafragmática superiormente, traduzindo sequestro pulmonar extra-lobar infradiafragmático com difícil caracterização da vascularização. Após discussão multidisciplinar com Radiologia e Cirurgia Pediátrica, face à estabilidade clínica do lactente e à necessidade de caracterização da irrigação sanguínea do sequestro opta-se por repetir estudo imagiológico aos 6 meses para posterior orientação clínica.

**Discussão:** Este caso clínico transformou-se num caso problema pela indecisão da data ideal para a ressecção cirúrgica com segurança. O sequestro extra-lobar raramente produz sintomas ou tem transformação maligna pelo que muitos autores sugerem vigilância. No entanto não se pode excluir que as lesões tenham um componente misto semelhante à malformação adenomatóide quística, logo a recessão cirúrgica por sequestrectomia é o tratamento de eleição. Para o sucesso e diminuição de complicações peri e pós-operatórias uma caracterização pormenorizada da vascularização do sequestro é necessário e este foi o motivo pelo qual se protelou o tratamento cirúrgico.