

NASCER E CRESCER

revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2016, vol XXV, n.º 2

Caso radiológico

Maria Miguel Gomes¹, Augusta Gonçalves¹, Helena Silva¹

Lactente do sexo masculino com seis meses.

Antecedentes pessoais: gestação de termo, vigiada e sem intercorrências, somatometria ao nascimento adequada, índice de Apgar 10/10 no 1º e 5º minuto e período neonatal sem intercorrências. Aos 4 meses apresentou episódio de bronquiolite aguda com resolução em ambulatório. Antecedentes familiares: história de atopia na mãe.

Recorreu ao Serviço de Urgência por febre, recusa alimentar e dificuldade respiratória. Ao exame objetivo encontrava-se alerta, hemodinamicamente estável, saturação periférica de oxigénio em ar ambiente de 98%, frequência respiratória de 48

ciclos por minuto e com tiragem intercostal moderada. Na auscultação pulmonar constatou-se diminuição dos sons respiratórios do terço inferior do hemitórax direito, sibilos e crepitações bilaterais. A investigação laboratorial não mostrou alterações. Realizou radiografia de tórax com incidências postero-anterior e lateral (Figura 1 e 2).

Qual o seu diagnóstico?



Figura 1 – Radiografia de tórax - Incidência postero-anterior”.



Figura 2 – Radiografia de tórax - Incidência lateral”.

¹ S. de Pediatria, Hospital de Braga. 4710-243 Braga, Portugal.
mariamgomes@hotmail.com; aug.goncalves@gmail.com;
tizleite@hotmail.com

DIAGNÓSTICO

Eventração diafragmática direita

DISCUSSÃO

A radiografia de tórax com incidências postero-anterior e lateral revelou hipotransparência do terço inferior do hemitórax direito com elevação contínua do hemidiafragma.

A eventração diafragmática corresponde a uma substituição do tecido muscular por tecido fibroelástico. A incidência é de 1:1400. É mais frequente no sexo masculino e atinge preferencialmente o hemidiafragma esquerdo. A maioria dos casos é assintomática. Nos casos mais graves pode ocorrer dificuldade respiratória no período neonatal.¹ A cirurgia deve ser realizada segundo critérios definidos, como ter altura radiológica superior a 7 arcos costais posteriores ou sintomatologia persistente.¹⁻⁴ A realização da cirurgia precoce permite prevenir alterações patológicas pulmonares.^{1,3,4} O prognóstico após cirurgia é bom, com mobilidade e espessura muscular semelhante à do músculo contralateral.²⁻⁴

Neste caso o lactente após o primeiro episódio de bronquiolite aguda manteve episódios persistentes de sibilância apesar da terapêutica instituída com inaladores agonista beta-2 adrenérgicos de curta duração e inaladores com corticóide, pelo que foi decidido realizar correcção cirúrgica com plicatura toracoscópica aos 12 meses. A cirurgia decorreu sem intercorrências.

Registou-se melhoria clínica, embora mantivesse necessidade de continuar terapêutica com montelukaste 4 mg por dia, por manter raros episódios de sibilância em contexto de infeções respiratórias. Atualmente, com 24 meses, não foi constatada recidiva cirúrgica.

ABSTRACT

Six-month old male, with previous acute bronchiolitis at 4 months and a positive family history of atopy was brought to the Emergency Room with fever, poor feeding, and shortness of breath. On physical examination he was hemodynamically stable, pulse oximetry of 98%, respiratory frequency of 48 cycles per minute and intercostal retractions. Pulmonary auscultation showed decreased breath sounds at the inferior third of the right hemithorax and bilateral wheezing and crackles. Laboratory investigations were unremarkable. Chest radiography with posteroanterior and lateral incidence showed opacity at the inferior third of the right hemithorax, continuous elevation of the right hemidiaaphragm - diaphragmatic eventration. Because of persistent respiratory symptoms after therapy with inhaled short-acting beta-2 agonists and inhaled corticosteroids, surgery with thoracoscopic plication was undertaken to correct the defect. Currently, at 24 months, there is no recurrence of the eventration.

Keyword: Diaphragmatic Eventration; Auscultation; Thoracic Radiography; Child.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrido P, Acastello E. Eventración diafragmática en edad pediátrica. *Rev Med Clin Condes* 2009; 20: 776-81.
2. Snyder C W, Walford N E, Danielson P D, Nicole M, Chandler N. M. A simple thoracoscopic plication technique for diaphragmatic eventration in neonates and infants: technical details and initial results. *Pediatric Surgery International* 2014; 30: 1013-6.
3. Hu J, Wu Y, Wang J, Zhang C, Pan W, Zhou Y. Thoracoscopic and laparoscopic plication of the hemidiaaphragm is effective in the management of diaphragmatic eventration. *Pediatric Surgery International* 2014; 30: 19-24.
4. Le Pimpec-Barthes F, Pricopi C, Mordant P, Arame A, Badia A, Grand B, Bagan P, Hernigou A, Riquet M. Dysfonctions et paralysies diaphragmatiques: de la physiopathologie au traitement chirurgical. *Rev Pneumol Clin* 2014; 70: 95-107.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Miguel Gomes
Hospital de Braga
Sete Fontes,
4710-243 São Victor, Braga
Email: mariamgomes@hotmail.com

Recebido a 01.04.2015 | Aceite a 29.02.2016