



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA

www.rpped.com.br



RELATO DE CASO

Quilotórax bilateral espontâneo após vômitos excessivos em criança

Antonio Lucas Lima Rodrigues^{a,*}, Mariana Tresoldi das Neves Romaneli^b,
Celso Dario Ramos^b, Andrea de Melo Alexandre Fraga^b,
Ricardo Mendes Pereira^b, Simone Appenzeller^b, Roberto Marini^b
e Antonia Teresinha Tresoldi^b

^a Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil

^b Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil

Recebido em 11 de janeiro de 2016; aceito em 24 de março de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Quilotórax;
Vômito;
Ducto torácico;
Cintilografia;
Criança

KEYWORDS

Chylothorax;
Vomiting;
Thoracic duct;
Scintigraphy;
Child

Resumo

Objetivo: Relatar o caso de uma criança com quilotórax bilateral devido a etiologia pouco frequente: lesão do ducto torácico após quadro de vômitos excessivos.

Descrição do caso: Menina, sete anos, apresentava edema facial crônico iniciado após quadro de hiperemese. À avaliação, também apresentava derrame pleural bilateral, com líquido quiloso obtido na toracocentese. Após extensa investigação clínica, laboratorial e radiológica da etiologia do quilotórax, foi definido ser secundário a lesão do ducto torácico por aumento da pressão intratorácica pela manifestação inicial de vômitos, corroborado por achados de linfocintilografia.

Comentários: À exceção do período neonatal, o quilotórax é achado infrequente de efusão pleural em crianças. As causas são diversas, incluindo trauma, neoplasia, infecção e doenças inflamatórias; contudo, etiologia como a aqui descrita é pouco relatada na literatura.

© 2016 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Este é um artigo Open Access sob a licença CC BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>).

Bilateral spontaneous chylothorax after severe vomiting in children

Abstract

Objective: To report the case of a child with bilateral chylothorax due to infrequent etiology: thoracic duct injury after severe vomiting.

Case description: Girl, 7 years old, with chronic facial swelling started after hyperemesis. During examination, she also presented with bilateral pleural effusion, with chylous fluid

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.04.003>

* Autor para correspondência.

E-mail: antoniollrodrigues@yahoo.com.br (A.L.L. Rodrigues).

0103-0582/© 2016 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Este é um artigo Open Access sob a licença CC BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>).

obtained during thoracentesis. After extensive clinical, laboratory, and radiological investigation of the chylothorax etiology, it was found to be secondary to thoracic duct injury by the increased intrathoracic pressure caused by the initial manifestation of vomiting, supported by lymphoscintigraphy findings.

Comments: Except for the neonatal period, chylothorax is an infrequent finding of pleural effusion in children. There are various causes, including trauma, malignancy, infection, and inflammatory diseases; however, the etiology described in this study is poorly reported in the literature.

© 2016 Published by Elsevier Editora Ltda. on behalf of Sociedade de Pediatria de São Paulo. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

O quilotórax é definido como o acúmulo de linfa no espaço pleural, causado por lesão no ducto torácico, e é uma causa infrequente de derrame pleural em crianças.^{1,2} Pode levar à morbidade respiratória considerável e tem uma lista extensa de causas, com grande dificuldade diagnóstica.^{1,2} Este estudo tem por objetivo relatar o caso de uma criança com quilotórax bilateral espontâneo.

Descrição do caso

Paciente do sexo feminino, sete anos, branca, encaminhada por suspeita diagnóstica de lúpus eritematoso sistêmico. Relatava história, havia cinco meses, de início abrupto de vômitos e distensão abdominal autolimitados, após ingestão de grande quantidade de chocolate; em sequência, passou a apresentar edema crônico de face, de caráter insidioso e permanente. Após três meses do início dos sintomas e extensa avaliação de quadros alérgicos, foi submetida à tomografia computadorizada de tórax e abdome, que evidenciou linfonodomegalia abdominal e derrame pleural bilateral. Foi feita drenagem de tórax em outro serviço, com relato de líquido pleural leitoso. Fez, também, no serviço de origem, avaliações laboratoriais, cuja maioria dos resultados estava dentro dos valores de normalidade (incluindo hemograma, função renal, C3, C4, fator reumatoide, anti-Sm,

anti-Ro, anti-La, anti-ds-DNA), exceto por fator antinuclear positivo, na titulação de 1:640, padrão nuclear pontilhado grosso.

Na primeira consulta ambulatorial neste serviço, a paciente foi submetida a nova radiografia de tórax (fig. 1A), que evidenciou recorrência do derrame pleural bilateral. Foi feita toracocentese à direita, cujo líquido mostrou cor branca leitosa; leucócitos 1.120mm^3 (linfócitos 96%, neutrófilos 3%, plasmócitos 1%); hemácias 710mm^3 ; proteínas 3,7g/dL; glicose 87mg/dL; triglicérides 2.855mg/dL. A criança foi internada, mantida em jejum e iniciada terapêutica com nutrição parenteral. Após 21 dias, sem redução do volume do quilotórax, foi feita drenagem torácica bilateral, com retirada de 450mL de secreção quilosa à direita e 300mL à esquerda. Os drenos foram mantidos em selo d'água, com redução acentuada do edema palpebral. Três dias após a drenagem foi iniciada dieta hipogordurosa. Os drenos foram retirados após 25 dias.

Foi solicitada dosagem sérica do fator de crescimento vasoendotelial-D (VEGF-D), marcador que, em níveis elevados, é útil para o diagnóstico de linfangioleiomiomatose, cujo resultado de 125pg/mL, pouco acima do valor de referência (31-86pg/mL), descartou tal possibilidade. Foi feita linfocintilografia (fig. 2) com administração intradérmica de radiofármaco no dorso do pé e captação subsequente das imagens do radiotraçador que evidenciaram extravasamento do mesmo na topografia do introito torácico bilateralmente, compatível com lesão do ducto torácico, secundária ao

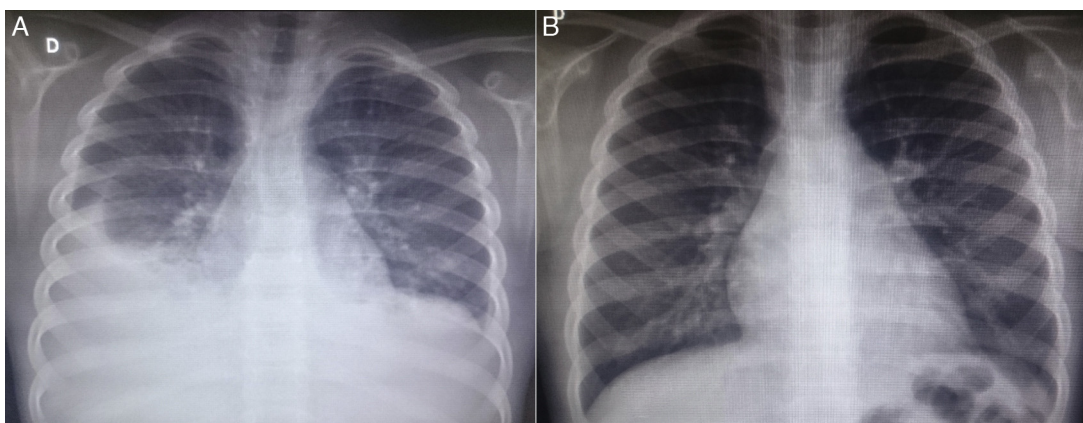


Figura 1 Imagens de radiografia de tórax da paciente em incidência posteroanterior; A – à admissão da paciente, observa-se obliteração dos seios costofrênicos bilateralmente, com opacidade pleuropulmonar à direita; B – seis meses após a alta, em consulta ambulatorial, radiografia sem alterações.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8813738>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8813738>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)