CBS - (14045) - O QUE SE ESCONDE ATRÁS DE UMA ATELECTASIA PULMONAR LOBAR PERSISTENTE?

Raquel Camara[5]; Ana Ferreira[1]; Lara Ortins[2]; Pedro Miguel[1]; Lia Oliveira[3]; Ana Saianda[3,4]; Rosário Ferreira[3,4]; Teresa Bandeira[3,4]

1 - Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE; 2 - Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada – Centro Hospitalar Açores; 3 - Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE; 4 - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 5 - Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário – Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Introdução

A abordagem terapêutica padronizada da atelectasia em idade pediátrica é controversa dado existirem poucos estudos dedicados ao tema.

Descrição do caso

Lactente de 6 meses, sexo feminino, ex-pretermo (30 semanas, peso ao nascer 1550g), internamento em unidade de cuidados intensivos neonatais nos primeiros 42 dias de vida, com necessidade de ventilação durante 8 dias (invasiva durante 3 dias) e oxigénio suplementar durante 39 dias (alto fluxo nos primeiros 30 dias). Internamentos aos 2 e 3 meses por bronquiolite aguda e atelectasia do lobo superior direito (LSD); por persistência da atelectasia realizou broncofibroscopia que identificou traqueobroncomalácea e edema da mucosa no LSD, com resolução parcial da atelectasia após lavagem brônquica dirigida e instilação de N-acetilcisteína. Desde então foi várias vezes levada ao serviço de urgência por dificuldade respiratória e infecções respiratórias,sempre medicada em ambulatório.

Internada aos 6 meses por dificuldade respiratória e hipoxémia (identificação de m*etapneumovirus* nas secreções nasofaríngeas). Ao 6º dia de internamento verificou-se agravamento clínico, com insuficiência respiratória global; realizou-se radiografia torácica que revelou hipotransparência do 1/3 superior do hemitórax direito, sugestiva de atelectasia do LSD. No exame bacteriológico das secreções brônquicas foi isolado *Haemophilus influenzae* multissensível e *Moraxella catarrhalis*, pelo que se iniciou antibioticoterapia dirigida. Ao 10º dia de internamento, por ausência de melhoria do quadro de dificuldade respiratória, com hipoxemia persistente, prostração, e persistência da imagem de atelectasia, iniciou-se CPAP (6cmH2O). Assistiu-se a melhoria clínica, radiológica e gasométrica progressiva, tendo alta em D17, com CPAP nos períodos de sono, sem necessidade de oxigénio suplementar

Discussão

As atelectasias em idade pediátrica são muitas vezes fenómenos autolimitados, mas dependendo da sua etiologia (obstrutiva, reabsortiva ou compressiva) podem necessitar de uma abordagem mais interventiva com recurso a broncofibroscopia e ventilação não invasiva, como se verificou no caso apresentado.

Palavras-chave : atelectasia pulmonar persistente, CPAP, traqueobroncomalacea, broncofibroscopia