



Revista Portuguesa de Pneumologia

ISSN: 0873-2159

sppneumologia@mail.telepac.pt

Sociedade Portuguesa de Pneumologia
Portugal

Rezende, Dária; Matos, Inês V.; João Oliveira, M; Costa, Conceição; Reis, Luciana; Reis, M.
Guilhermina; Ferreira, Paula

Pneumomediastino espontâneo multiloculado em recém-nascido: Caso Clínico
Revista Portuguesa de Pneumologia, vol. XVI, núm. 1, enero-febrero, 2010, pp. 163-169
Sociedade Portuguesa de Pneumologia
Lisboa, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169720111011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Caso Clínico

Case Report

Dária Rezende¹
Inês V Matos²
M João Oliveira¹
Conceição Costa¹
Luciana Reis³
M Guilhermina Reis²
Paula Ferreira¹

Pneumomediastino espontâneo multiloculado em recém-nascido: Caso clínico

Spontaneous multiloculated pneumomediastinum in a newborn: case report

Recebido para publicação/received for publication: 09.04.15

Aceite para publicação/accepted for publication: 09.07.08

Resumo

O pneumomediastino espontâneo num recém-nascido (RN) de termo não submetido a ventilação mecânica ou sem patologia pulmonar subjacente é uma entidade rara. A existência de septos internos e a tendência à loculação são particularidades do pneumomediastino neonatal. Os autores apresentam o caso clínico de um recém-nascido de termo, fruto de uma gravidez vigiada, com ecografias fetais normais, nascido de cesariana, sem necessidade de reanimação, que iniciou gemido e sinais de dificuldade respiratória às 2 horas de vida. A radiografia do tórax efectuada em D₂ mostrou imagem de hipertransparência

Abstract

Spontaneous pneumomediastinum in a term baby without assisted ventilation or known underlying pulmonary disease is uncommon. The authors present a case report of a term baby delivered by caesarean that developed mild respiratory distress after birth. The pulmonary X-ray on day 2 showed an abnormal gas lucency adjacent to the left cardiac border elevating thymic border indicative of pneumomediastinum. Our case demonstrates two unique features of neonatal pneumomediastinum – the presence of multiple internal septae and its tendency to loculate locally.

¹ Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

² Serviço de Pediatria

³ Serviço de Radiologia

Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto
Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 Porto

Dária Alexandra Ramos Rezende da Silva Ribeiro
Tel.: 966 542 300
e-mail: dariarezende@gmail.com

adjacente ao bordo cardíaco esquerdo e retroesternal e hipotransparência do lobo superior esquerdo. A tomografia axial computadorizada torácica, realizada em D5, evidenciou pneumomediastino multiloculado com múltiplos septos internos.

Os autores apresentam este caso pela sua raridade e aspectos imagiológicos específicos

The authors present this case for its rarity and the specific imagiological aspects.

Rev Port Pneumol 2010; XVI (1): 163-169

Key-words: Loculated pneumomediastinum, differential diagnostics.

Rev Port Pneumol 2010; XVI (1): 163-169

Palavras-chave: Pneumomediastino multiloculado, diagnósticos diferenciais.

Introdução

Pneumomediastino é definido como a presença de ar dentro do mediastino^{1,2,3}.

Surge habitualmente em doentes com patologia pulmonar subjacente, submetidos a ventilação mecânica ou associado a procedimentos técnicos invasivos, endotraqueobronquicos ou esofágicos, cateterismos cardíacos, cirurgia torácica ou a traumatismos torácicos^{1,2}.

Há ainda os casos, mais raros, que surgem não associados a nenhuma das situações referidas, em doentes sem doença pulmonar concomitante, denominados “pneumomediastinos espontâneos”^{1,3}.

O pneumomediastino no período neonatal ocorre em cerca de 2,5 casos por cada 1000 nados-vivos^{1,4}. Quando isolado, é geralmente assintomático, mas deve ser considerado sempre que o recém-nascido apresenta dispneia ou polipneia súbita, sem doença pulmonar aparente¹. Na maioria dos casos, surge associado a patologia pulmonar do recém-nascido, nomeadamente a síndrome

de aspiração meconial, a pneumonia, a doença das membranas hialinas, à ventilação mecânica ou a traumatismos associados ao parto¹.

O pneumomediastino espontâneo é muito raro neste grupo etário e, quando surge, pode ter tendência à loculação^{2,5}.

Caso clínico

Recém-nascido de termo, sexo masculino, filho de mãe saudável com 34 anos.

Trata-se de uma primeira gestação, vigiada, com serologias e marcadores víricos negativos. Na ecografia pré-natal, realizada às 12 semanas de gestação, foi detectada translucência da nuca aumentada, pelo que foi efectuada amniocentese às 16 semanas, que revelou um cariótipo normal (46, XY). O ecocardiograma fetal às 25 semanas e as ecografias fetais posteriores foram normais.

O parto ocorreu às 38⁺¹ semanas de gestação, por cesariana (trabalho de parto estacionário e risco infeccioso), num hospital privado.

Fez duas doses de ampicilina profiláctica antes do parto, por ter rastreio para *Streptococcus agalactiae* positivo às 34 semanas.

A ruptura da bolsa amniótica decorreu no período perioperatório e o líquido amniótico era normal.

Foi-lhe atribuído um índice de Apgar de 9/10 ao 1.º e 5.º minutos de vida, respectivamente. O RN, de sexo masculino, não necessitou de reanimação e apresentava uma antropometria adequada à idade gestacional: peso de 3290 g (P25), comprimento de 50 cm (P50), perímetro cefálico de 35,5 cm (P25-75).

O exame físico ao nascimento era normal.

História da doença

Às 2 horas de vida iniciou gemido expiratório associado a taquipneia (FR 80-100 cpm) e tiragem sub e intercostal ligeira a moderada, com agravamento progressivo e necessidade de oxigénio suplementar, pelo que foi transferido para o nosso serviço às 5 horas de vida.

À *admissão* apresentava razoável aspecto geral, boa perfusão periférica, em ventilação espontânea com oxigénio suplementar (FiO_2 30%), Sat_pO_2 97%, taquipneia (FR ~75cpm) e tiragem subcostal. À auscultação pulmonar, murmúrio vesicular mantido e crepitações dispersas.

O restante exame objectivo era normal.

Analiticamente apresentava hemograma normal e marcadores de infecção negativos. A radiografia do tórax era compatível com taquipneia transitória do RN (Fig. 1).

Por risco infeccioso e por suspeita de sépsis neonatal precoce iniciou antibioticoterapia com ampicilina e gentamicina.



Fig. 1

Evolução no internamento: Manteve-se sempre em ventilação espontânea, sem necessidade de O_2 suplementar, embora com sinais de dificuldade respiratória ligeiros a moderados (taquipneia e tiragem subcostal) até D6. Repetiu radiografia do tórax em D₂ de vida (Fig. 2), a qual evidenciou imagem de hipertransparência de limites bem definidos nas regiões paracardiaca esquerda e retroesternal (setas), parecendo haver o sinal da “vela” (ponta de seta) e hipotransparência do lobo superior esquerdo.

Para melhor caracterização desta imagem realizou tomografia axial computadorizada torácica em D₅, que revelou no mediastino

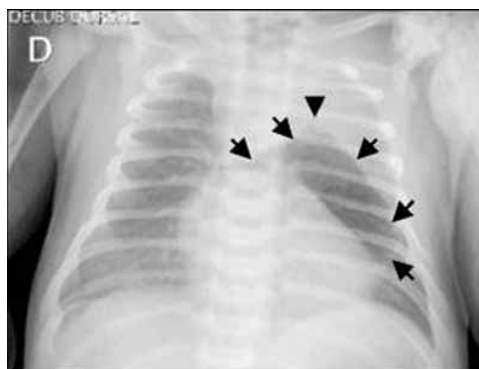


Fig. 2

PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO MULTILOCULADO EM RECÉM-NASCIDO: CASO CLÍNICO

Dária Rezende, Inês V Matos, M João Oliveira, Conceição Costa, Luciana Reis, M Guilhermina Reis, Paula Ferreira



Fig. 3



Fig. 6

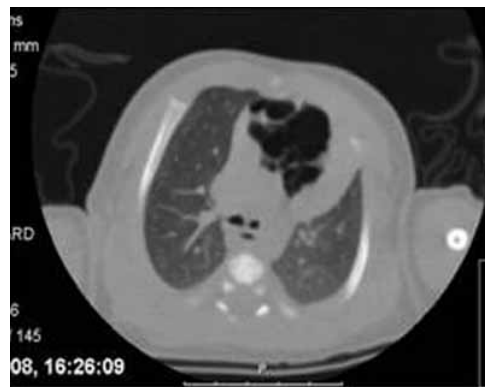


Fig. 4



Fig. 7



Fig. 5

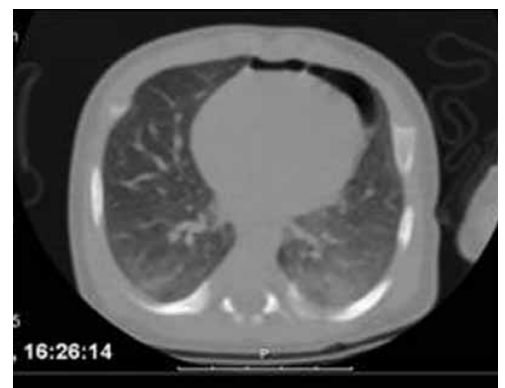


Fig. 8

PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO MULTILOCULADO EM RECÉM-NASCIDO: CASO CLÍNICO

Dária Rezende, Inês V Matos, M João Oliveira, Conceição Costa, Luciana Reis, M Guilhermina Reis, Paula Ferreira

ântero-superior esquerdo uma lesão de conteúdo puramente aéreo, com finos septos internos, medindo cerca de 5cm, desviando súpero-lateralmente o timo. Esta lesão era independente dos campos pulmonares, sendo compatível com **pneumomediastino multiloculado** (Figs. 3 a 8).

Iniciou oxigenoterapia suplementar (3L/min), na tentativa de mais rápida resolução do pneumomediastino, que manteve até D₁₀.

Para exclusão de possíveis causas de pneumomediastino secundário, em D₈ realizou trânsito esofágico contrastado que excluiu perfuração esofágica (Figs. 9 e 10). Note-se que mantinha imagem de pneumomediastino (setas).

Foi programada broncofibroscopia para exclusão de perfuração da traqueia, não efectuada por recusa dos pais.

Do restante estudo, foram detectados, em ecocardiograma realizado em D₃ de vida, comunicação interventricular (CIV) médio-septal com *shunt* esquerdo-direito restritivo sem significado hemodinâmico e *foramen ovale* patente mínimo.

Em D₁₀ foi realizada radiografia do tórax, que mostrou reabsorção parcial do pneumomediastino (Fig. 11), tendo sido posteriormente transferido para o serviço de pediatria, para manutenção dos cuidados.

A evolução clínica foi favorável, mantendo-se sem sinais de dificuldade respiratória, hemodinamicamente estável, a alimentar-se bem, com boa tolerância e com boa evolução ponderal.

O controlo imagiológico em D₁₇ foi normal (Fig. 12).

O RN teve alta ao 17.º dia de vida, orientado para as consultas de pediatria/pneumologia (CHP) e de cardiologia pediátrica (HSJ).

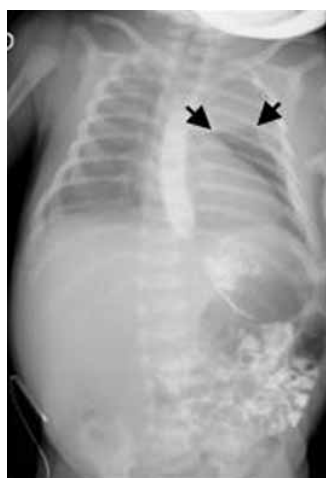


Fig. 9

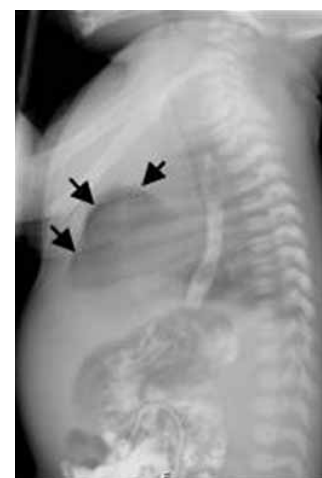


Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12

Aos 45 dias de idade efectuou tomografia axial computadorizada torácica de controlo, que demonstrou completa resolução do pneumomediastino multiloculado, sem quaisquer alterações pleuropulmonares associadas.

Aos 9 meses de idade, apresenta uma boa evolução com crescimento estaturoponderal e desenvolvimento psicomotor adequados.

Discussão

Nos recém-nascidos, o pneumomediastino pode ser loculado e multisseptado, ao contrário do que acontece nas crianças mais velhas e adultos. A forma loculada é devida à limitação pela fásia que envolve o timo e que se continua com a fásia fibrosa do pericárdio, com a pleura parietal e com a persistência do ligamento esternopericárdico^{1,6}. O sinal da “vela”, semelhante à vela de um barco, traduzindo a dissecação lateral do timo em relação ao pericárdio pelo ar, é formado e mantido na posição por tecido fascial^{2,4,5,6}. O ar “disseca” o tecido conjuntivo e interlobular da cápsula tímica dando a aparência multisseptada^{2,5,6}. O caso clínico apresentado ilustra exactamente esta entidade. A forma loculada e o sinal da vela são bem visíveis nas imagens de radiografia do tórax e a tomografia axial computadorizada torácica evidencia a presença dos múltiplos septos internos que a definem.

Nas crianças mais velhas e nos adultos, em que o timo e a fásia tímica se encontram atrofizados e o ligamento esternopericárdico já não existe, o ar que se encontra no mediastino estende-se ao tecido celular subcutâneo do pescoço, traduzindo-se clinicamente por enfisema subcutâneo^{1,3,5,7}.

A forma loculada de pneumomediastino pode simular outras patologias que se apre-

sentam habitualmente sob a forma de “bolha” de gás intratorácico, nomeadamente a malformação adenomatóide quística pulmonar, o enfisema lobar congénito e os quistos tímicos⁵. No caso clínico apresentado, estas patologias eram muito improváveis, uma vez que as ecografias fetais eram normais e a primeira radiografia do tórax também não evidenciava alterações do parênquima pulmonar. A realização da tomografia axial computadorizada torácica foi fundamental para excluir estas patologias e estabelecer o diagnóstico.

O pneumomediastino espontâneo num recém-nascido de termo, sem ter sido submetido a ventilação mecânica ou sem patologia pulmonar subjacente, é muito raro^{1,5}. No caso apresentado, o recém-nascido não tinha sido submetido a ventilação mecânica, nem sequer a ventilação com autoinsuflador manual ao nascimento, nem havia evidência radiológica de lesão pulmonar intrínseca, pelo que se considerou a hipótese de se tratar de um pneumomediastino espontâneo. No entanto, com o objectivo de detectar possíveis causas secundárias do pneumomediastino que pudessem pôr em risco a vida do doente, foi efectuado estudo radiológico contrastado do esófago, que permitiu excluir a perfuração esofágica, e foi programada broncoscopia para exclusão de perfuração da traqueia, que não chegou a ser realizada inicialmente por recusa dos pais nem numa fase mais tardia pela evolução clínica e imagiológica.

Nos casos com evolução favorável, com exclusão prévia de malformações pulmonares associadas, a tomografia axial computadorizada torácica de controlo é discutível, devendo ser ponderada caso a caso.

O pneumomediastino espontâneo, isolado, geralmente tem resolução espontânea, sem necessitar de tratamento específico. No RN de termo, uma elevada concentração de oxigénio inspirado está associada à reabsorção do ar extraalveolar^{1,4}, pelo que foi esta a opção terapêutica no caso apresentado. A drenagem do pneumomediastino é difícil porque o ar está colectado, mas está recomendada em casos raros de pneumomediastino maligno ou sob tensão com compromisso cardiovascular^{1,4}.

Bibliografia

1. Chen CJ, Hsu ML, *et al.* Neonatal spontaneous pneumomediastinum. J Med Sci 2003; 23(1):49-52.
2. Lee CT, *et al.* Spontaneous multiseptated cystic pneumomediastinum in a term newborn. Pediatr Neonatology 2008; 49(5): 197-200.
3. Bullaro FM, *et al.* Spontaneous pneumomediastinum in children – A literature review. Pediatric Emergency Care 2007; 23(1):28-30.
4. Jerald P. Kuhn, Thomas L. Slovis, Jack O. Haller. Respiratory disorders in the newborn. Caffey's Pediatric Diagnostic Imaging-10th edition.
5. Low ASC, *et al.* Spontaneous multiloculated multiseptated pneumomediastinum in a newborn baby: the spinnaker sail is rigged – CT features with pathologic correlation. Pediatric Radiol 2003; 33:712-715.
6. Franken EA, *et al.* Pneumomediastinum in newborn with associated dextroposition of the heart. 1970; 6:252-259.
7. Fatureto MC, Santos JP, *et al.* Pneumomediastino espontâneo: Asma. Rev Port Pneumol 2008; XIV(3):437-441.