



Trabalhos Científicos

Título: Enfisema Lobar Em Recém Nascido

Autores: JULIANA BORTOLUZZI DOS SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); PALOMA FERNANDES COELHO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); BRUNA BARRETO SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); MARIANA COLODETTI (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); NATALIA DAMASCENO FIGUEIREDO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); PAULA MAGALHÃES ZERBONE (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); MARCELLA BAIÃO BRUNO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); CAROLINA FLEISCHMAN (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); MAYARA DA MATA ANDRADE (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); PATRICIA CARVALHO BATISTA MIRANDA (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); MARIA APARECIDAVIANNA RIBEIRO LEITE (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); IVANETE COELHO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); KATIA FARIAS E SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); MARINA VALVERDE PAGANI (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); NATHALIE REMBISCHEWSKI (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO); LUANDA SILVEIRA PAPI (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO)

Resumo: Introdução: O enfisema lobar congênito (ELC) é uma anomalia rara do desenvolvimento pulmonar e a apresentação neonatal ocorre em cerca de 50% dos casos, em predomínio no sexo masculino (2 a 3:1). O envolvimento unilobar é o mais frequente. Caso clínico: RN nascido a termo no dia 24/05/17, de cesariana, APGAR 9/9, sem má formações aparentes, PN:3875g. Mãe com pré natal adequado. RN foi encaminhado para o alojamento conjunto logo após o parto. No dia seguinte, apresentou taquidispnéia grave, cianose, gemência e murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, sendo necessária ventilação mecânica por 20 dias na UTI neonatal. A broncoscopia realizada foi normal. A tomografia de tórax mostrou hiperinsuflação pulmonar à esquerda e desvio do mediastino para o lado contralateral, pois o RX foi inconclusivo. Foi prescrito antibioticoterapia venosa e foi encaminhado para lobectomia. Discussão: Trata-se de uma anomalia no desenvolvimento da parede da árvore pulmonar que origina hiperinsuflação de um ou mais lobos pulmonares, com consequente compressão das estruturas vizinhas. A progressão clínica é lenta e algumas crianças permanecem assintomáticas por período variável de horas a meses, porém 50% das crianças afetadas desenvolve sintomas no primeiro mês de vida. Os sintomas iniciais são a taquipnéia e a dispnéia, seguidos de cianose quando há agravamento da insuficiência respiratória; Cerca de 10% a 15%, apresentam evolução rápida para insuficiência respiratória e requerem toracotomia de emergência. A causa mais frequente é um defeito congênito da cartilagem de suporte do brônquio do lobo envolvido. O diagnóstico é feito pelo raio-x de tórax ou tomografia de tórax, quando o raio -x não é conclusivo. Conclusão: A história natural do ELC é geralmente progressiva, levando a insuficiência respiratória sendo o tratamento de eleição a lobectomia. O ELC corresponde a cerca de 3,5% das afecções cirúrgicas do tórax na criança.