



Trabalhos Científicos

Título: Linfonodomegalia: Relato De Caso

Autores: ANA LUCIA FOLETTO ANTONELLO (ULBRA); PRISCILA WERNER (ULBRA); CRISTIANO DO AMARAL DE LEON (ULBRA); JÉSSICA ULLMANN WEBER (ULBRA); MARINA MAGAGNIN NASPOLINI (ULBRA); NATHÁLIA TRAVI CANABARRO (ULBRA); MILENA PRUX BORGES (ULBRA); AMANDA MILMAN MAGDALENO (ULBRA); ISADORA LINCK DA SILVA RAMOS (ULBRA); LÍVIA MARTINS (ULBRA); MAURA HELENA BRAUN DALLA ZEN (ULBRA); PAULA SUEDEKUM KRUPP (ULBRA); VANESSA FERRARI WALLAU (ULBRA)

Resumo: Introdução: A linfonodomegalia é usual em crianças, podendo ocorrer predominantemente por proliferação de elementos linfoides normais ou raramente por infiltração de células malignas ou fagocíticas. São considerados normais linfonodos axilares e cervicais de até 1cm e inguinais até 1,5cm. A adenopatia pode ser generalizada ou localizada, reacional ou bacteriana. Relato de caso: Paciente masculino, 4 anos, 17 kg, procurou atendimento por tosse seca e coriza hialina há 10 dias, há 4 dias com tosse emetizante e secretiva; apresentou pico febril de 39°C. Havia realizado tratamento com prednisolona e nebulização por 5 dias, sem melhora. Suspenso prednisolona e iniciado nebulização com fenoterol, mantendo-se afebril. Ao exame: prostrado, choroso e pálido; ausculta pulmonar com murmúrio vesicular rude, abdome sem megalias, aumento de gânglios inguinais. História pregressa de asma sem tratamento. Negava alergias e contato com tuberculose; vacinas atualizadas. Solicitado radiografia de tórax: espessamento difuso do interstício pulmonar, proeminência hilar bilateral (linfonodomegalias?). Laboratoriais: hemoglobina 11,9; hematócrito 37,4; leucócitos 7.400; bastões 0%; sódio 139; potássio 3,7; ureia 31; creatinina 0,43; plaquetas 170.000; TTPA 25 segundos. Realizou tomografia de tórax: tênue espessamento do interstício pulmonar, peri-hilar e bilateral. Traqueia e brônquios péricios, ausência de derrame pleural. Coração e pericárdio sem anormalidades. Aorta torácica e vasos supra-aórticos sem alterações. Linfonodomegalias mediastinais e hilares, a maior subcarinal. Paciente internou para investigação. Optado por mediastinotomia exploradora paraesternal com biópsia que evidenciou linfonodo sem alterações e lavado brônquico negativo para tuberculose, fungo e células malignas. Discussão: A linfonodomegalia normalmente está relacionada a processos inflamatórios locais. Na maioria dos casos ocorre pós-infecções virais, porém investigar cuidadosamente é importante para excluir possíveis etiologias malignas, auto-imunes, HIV, etc. Conclusão: um bom exame físico e exames complementares facilitam o diagnóstico e possível tratamento nos casos de linfonodomegalias. É de extrema importância diagnosticar a etiologia desse aumento ganglionar principalmente em se tratando de doenças malignas.