

PRESENÇA DE QUILOTÓRAX EM PACIENTE NEONATAL COM HIDROPSIA FETAL E DERRAME PLEURAL - RELATO DE CASO

Érika da Cunha Ibiapina; Fabiano Cunha Gonçalves; Sandra de Caldas Lins



Serviço de Neonatologia do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) – Brasília /DF



Entende-se por quilotórax o acúmulo de líquido linfático no espaço pleural. Sua incidência em recém-nascidos tem sido relatada em 1:10 000 nascimentos. O quilotórax primário representa menos de 10% de todos os quilotóraces, ocorre congenitamente, em associação com anomalias cromossômicas ou como quilotórax espontâneo. O quilotórax secundário pode resultar do rompimento do sistema linfático por trauma, cirurgia cardiotorácica, obstrução ou aumento da pressão na veia cava superior. O manuseio pré-natal do quilotórax consiste de toracocentese ou shunts pleuro-amnióticos para prevenir a hipoplasia pulmonar. No período pós-natal, o manuseio da efusão pleural pode ser conservadora ou cirúrgica. O tratamento conservador com oferta de dietas com baixo teor de gordura e alto teor de proteína com triglicérides de cadeia média, nutrição parenteral, drenagem pleural, o uso de pressão positiva no final da expiração durante a ventilação mecânica e pleurodese química e mecânica têm sido realizados.

O octreotide tem sido utilizado na população pediátrica para tratamento do quilotórax, embora a literatura em recém-nascido (RN) seja limitada. Os autores relatam o caso de um RN prematuro de 35 e 5 dias, com peso ao nascer 3060g, que apresentou diagnóstico de hidropsia e derrame pleural. Fez uso de óxido nítrico para tratamento contra hipertensão pulmonar. Drenado aproximadamente 90 ml de líquido pleural ao dia, com elevada contagem de linfócitos, além de altos níveis de triglicerídeos. Iniciado octreotide, sendo que o dreno de tórax foi retirado após o quinto dia de uso da medicação e após redução na drenagem. RN recebeu alta após 2 meses de internação.



Quilotórax