

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

ENFISEMA LOBAR INFANTIL
Relato de 2 casos

*ADALBERTO MICHELS
*ARMANDO VIEIRA LORGA
*GABRIEL KUBIS

* Ddos da Faculdade de Medicina da UFSC

Florianópolis, junho de 1981.

ÍNDICE → Deve-se considerar SUMÁRIO

	Página
I - RESUMO.....	03
II - INTRODUÇÃO.....	04
III - RELATO DE CASOS.....	08
IV - COMENTÁRIOS.....	18
V - SUMMARY.....	21
VI - REFERÊNCIAS.....	22

U.S.A.-SO ABSTRACT

I - RESUMO

Os autores apresentam 02 casos de ENFISEMA LOBAR INFANTIL, enfermidade não rara em nosso meio. Aspectos etiológicos, clínicos de diagnósticos, de tratamento cirúrgico, são analisados.

A importância do diagnóstico precoce se impõe, pois a terapeutica cirúrgica instituída é curativa e com excelente prognóstico.

II - INTRODUÇÃO

O Enfisema Lobar Congênito (ELC) é uma alteração anatômica caracterizada por superinsuflação de um lobo pulmonar, normalmente causando dano respiratório severo (5).

O primeiro Enfisema Lobar Congênito foi reconhecido por Bartholinus em 1687 (10). Nelson mencionado por Jones (7) em 1932 seguiu o curso de paciente com Enfisema Lobar Congênito. Leape e Longino publicaram 21 casos a mais em 1964 (10). A literatura inglesa de 1969 relata 129 casos nos últimos 15 anos (8).

O Enfisema Lobar Congênito é considerado infrequente e nos últimos anos há aumento do número de descrições e que permite supor que não é tão raro como se crê (8). Nas últimas duas décadas tem sido diagnosticados com frequência crescente (8).

Os sinônimos para esta entidade incluem Enfisema Lobar Congênito, Enfisema Hipertrófico Localizado, Enfisema Hipertrófico Congênito, Enfisema Infantil Progressivo, Enfisema Obstrutivo Congênito, Enfisema Lobar Obstrutivo (10), Enfisema Lobar Gigante, Enfisema Lobar Fetal (3).

Os termos Enfisema Lobar Infantil e Enfisema Lobar da Infância recentemente se tornaram mais populares, por não ser esta patologia somente diagnosticada logo ao nascimento (5).

A incidência quanto ao sexo é controvertida, a maioria dos autores consideram a predominância no sexo masculino na razão 2:1 (3,5,10,11).

Quanto a incidência familiar a maioria dos autores dizem não haver predominância (3,4,5,10,11), tendo sido descrito por Hendren Mckee o caso de um menino com Enfisema do Lobo Superior Esquerdo cuja irmã faleceu por esta entidade (6).

É uma entidade rara na raça negra (4,5). Há uma distinta predileção pelo Lobo Superior Esquerdo (LSE), seguido do Lobo Superior Direito (LSD), Lobo Médio Direito (LMD) e alguns casos de Lobo Inferiores (1,3,5,8,10,11,12).

As causas de Enfisema Lobar Infantil não são claras em 56% dos casos relatados (8). A obstrução de passagem de ar por um mecanismo valvular de contenção é dito ser um fator predisponente apesar de tal obstrução não ser sempre aparente (1,2,3,4,5,8,10,11,12). Overstreet em 1939 relatou uma deficiência da cartilagem brônquica capaz de possibilitar colapso de bronquios, conseqüente enfisema lobar. Desde então muitas idéias tem sido sugeridas para explicar a patogênese. A sugestão mais comum na literatura é de uma cartilagem anormal revestindo uma porção da árvore brônquica, permitindo o colapso de um segmento brônquico, quando se desenvolve pressão negativa durante a respiração (1,2,3,4,5,8,10,11,12).

Displasia cartilaginosa do bronquio é relatado como fator etiológico em 27% dos casos (8,10,11). Acredita-se que esta cartilagem anormal em muitos casos é uma cartilagem imatura, que esta presente normalmente em crianças e que usualmente não representa um estado patológico (8).

Robrtson e James sugeriram que a distensão lobar é causada por obstrução intraluminal, produzida por uma valvula, formada por uma dobra de mucosa anormal (3,4,5,8,11).

Estenose inflamatória do bronquio também relatadas (2,3,8). Outras causas menos frequentes são mencionadas, como: compressão extraluminal por compressão vascular anormal (veia pulmonar anormal, ductos arteriosos, artéria pulmonar anormal), aumento de estruturas regionais como linfonodos (1,2,3,4,5,8,10,11,12).

Cerca de 90% das crianças afetadas sofrem distúrbios respiratórios durante os primeiros dias de vida (em pequena % os sintomas estão ausentes) (5). A história do distúrbio respiratório no período neonatal deveria alertar para a possibilidade de Enfisema Lobar Infantil (8).

Frequentemente o distúrbio respiratório é intermitente.

O curso pode ser rapidamente progressivo com distúrbios respiratórios severos manifestados em horas (2,3,5,8,9,10).

O sintoma mais frequente é a dificuldade respiratória aguda ou dispnéia. A cianose, respiração ruidosa, tosse, traquiplnéia, retrações intercostais são sinais e sintomas também frequentes (1,2,3,4,5,8,9,10,11,12).

Ao exame físico revela assimetria de tórax quando causada pela hiperinsuflação unilateral. Os dados de percussão estão mais evidentes, Murmúrio Vesicular (MV), bem diminuídos, estertores e sibilos podem ser audíveis, a frequência respiratória está aumentada e por vezes desvio do ictus cordis para o lado contra-lateral (1,2,3,4,5,8,9,10,11,12).

É descrito com frequência a associação do Enfisema Lobar Infantil com patologias cardíacas, pectus excavatum (2,3,4,8,9,11).

O melhor meio diagnóstico isolado é o Rx simples do tórax em PA e PERFIL (9). A imagem radiológica é de hiperopção lobar, dentro da qual, mediante exame cuidadoso, pode definir-se trama bronco-vascular. O restante do pulmão é comprimido a medida que se expande progressivamente o lobo afetado. O mediastino e a silueta cardíaca estão desviados para o lado oposto a lesão, o diafragma se observa distendido e retificado. Havendo aumento da distensão do lobo, se observa um defeito no mediastino anterior que corresponde a uma herniação do lobo afetado para o lado oposto (1,2,3,4,5,8,9,10,11,12).

O uso da broncospia e broncografia é discutida. Na maioria dos casos é um procedimento perigoso e por vezes fatal, recomendando-se seu uso aos casos de difícil diagnóstico. (1,3,4,8,9,11).

O diagnóstico diferencial deve se fazer com outras causas de tensão intra-pleural, tais como: pneumotorax espontâneo (diagnóstico diferencial mais importante (1), atelectasia, cisto pulmonar congênito (pneumatocele), aspiração de corpo de estranho, obstrução parcial de bronquio por lesão endobrônquica ou para-brônquica, hipoplasia pulmonar, hernia diafragmática (1,3,4,5,8,10,11,12).

É concenso que o tratamento seja Cirúrgico, ou seja, a lobectomia ou em em alguns casos pneumectomia. Há autores que postulam o tratamento clínico, com umidificação, drenagem postural, fisioterapia torácica, antibióticos e broncoaspiração. O tratamento Cirúrgico imediato ao diagnóstico vai depender da severidade dos sintomas e das condições do paciente na ocasião (1, 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12).

Os resultados a longo prazo são excelentes, a mortalidade se deve aos casos em que se associam cardiopatias congênitas ou casos bilaterais extensos.

III - RELATO DE CASOS

CASO Nº 1

F.J.O., do sexo masculino, branco, com 13 dias de idade (nascido em 06/12/77), procedente e natural de Florianópolis. Registro Geral 51211 do Hospital Infantil Edith Gama Ramos - Florianópolis - SC. Internado em 19/12/77. - Inamps - queixa principal de dispnéia progressiva.

Recém-nascido enviado do berçário da Maternidade Carmela Dutra, tendo nascido com sintomatologia respiratória: dispnéia, e após perda de peso. Na ocasião feito diagnóstico de pneumonia aspirativa por líquido amniótico, apresentando disnéia, taquipnéia, tiragens intercostais e subdiafragmáticas com diminuição da ventilação em hemitorax direito, sendo solicitado Rx simples de torax em PA, evidenciando-se pneumonia por aspiração em base do pulmão direito, com provavel lesão neste local (frequência respiratória de 120 respirações por minuto, frequência cardíaca de 160 batimentos por minuto e hematócrito de 41%). Após vinte quatro horas ao nascimento notou-se som timpânico a percussão em ápice do hemi-torax direito. Permaneceu o quadro, surgindo sibilos bilateralmente e frequência respiratória de 130 respirações por minuto. Foi medicado com antiinflamatório tendo obtido melhora, aceitando bem a alimentação, ganho de peso ponderal e melhora da ventilação nos seis primeiros dias.

Reinício do quadro com dispnéia, tiragens intercostais principalmente após as mamadas, com perda de peso ponderal. Solicitado Rx simples do torax em PA evidenciando-se Enfisema em Lobo Superior Direito (LSD). O Rx contrastado demonstrou uma formação adenomatóide cística do pulmão.

Medicado com cefaloridina e betametoazona. Nas doze horas que antecederam a transferência para o Hospital Infantil a frequência respiratória aumentou, sendo mais acentuada em hemi-torax direito a amplitude torácica.

Mãe de 27 anos, segundo gestação, bolsa rota há mais de vinte quatro horas, sendo tratada com ampicilina e apresentava hematócrito de 29%. Parto tipo cesareana, aos nove meses, nascendo com 3750 g., deprimido, com cianose, necessitando ser colocado em tenda de oxigênio.

Recebeu como alimentação leite industrializado. Na história morbida familiar não apresentava particularidades.

No exame físico de internação encontrou-se, um recém-nascido: afebril, hidratado, dispneco, acianótico e com batimentos de asa de nariz.

No exame do torax observa-se assimetria, amplitude diminuída em hemitorax esquerdo com tiragens intercostais e subdiafragmáticas. À percussão um timpanismo em ápice de hemi-torax direito. Na ausculta pulmonar, estertores bolhosos em base do hemi-torax direito e discretos sibilos.

As bulhas cardíacas eram rítmicas e taquicardiacas. Abdome, genitais e membros sem particularidades.

Os exames complementares foram Rx simples de torax em PA e PERFIL que mostrava acentuada hiperinsuflação do LSD com hérnia do mediastino, desvio do mediastino para o lado oposto, consolidação do LMD e LSD, coração de aspecto normal. O hematócrito igual a 37% e Hemoglobina igual a 10,1 mg/100 ml.

As hipóteses diagnósticas foram: mal formação adenomatóide cística e enfisema lobar infantil. Sendo operado duas horas após a transferência.

- Toracotomia postero-lateral direita no 5º EICD.,
- LSD hiperinsuflado, exteriorizando-se com facilidade, de consistência aumentada e com crepitação,
- LID e LM de aspectos e consistência normal expandindo-se normalmente após a exteriorização do LSD,
- Bronquio do LSD sem sinais de estenose, ausência de secreção bronquica,

- Lobectomia superior direita, com fechamento do bronquio pela técnica de Sweet,
- Drenagem da cavidade torácica com sonda de Nelaton nº 12,
- Fechamento por planos,

Anestesia realizada foi geral inalatória.

Material enviado para exame anátomo-patológico.

A evolução do pós-operatório: no primeiro dia permaneceu com sonda-naso-gástrica e dreno de torax em selo d'água com aspiração contínua. Medicado com penicilina cristalina e Kanamicina. Hidratação de manutenção e nebulização contínua. Fez picos febris. No segundo dia, permanecia com terapêutica inalterada, estando ativo e chorando, taquipneico, afebril e diminuição do MV em ápice do pulmão direito. No terceiro dia com terapêutica inalterada e com ventilação pulmonar melhorada. No quarto dia suspensão hidratação e fechamento do dreno torácico.

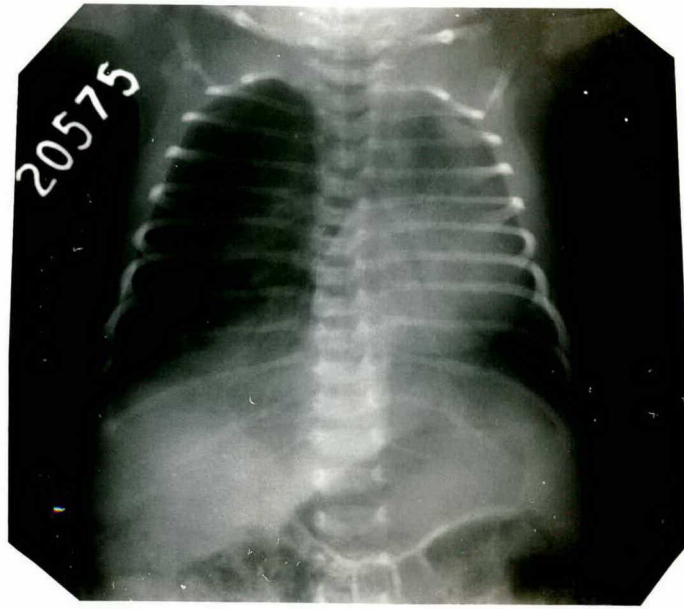
Apresentava-se afebril e na ausculta pulmonar discretos sibilos. No quinto dia o paciente encontrava-se ativo, chorando, aceitando a dieta e na ausculta pulmonar ausência de ruídos adventícios. Pulmões expandidos. No sexto dia foi retirado dreno de torax. No sétimo dia controle radiológico com pulmões expandidos. Tendo alta hospitalar no oitavo dia em bom aspecto. Permanecendo internado oito dias no HIEGR.

O resultado do anátomo-patológico:

MACROSCOPIA: Lobo pulmonar medindo 8 x 6, 5 x 3cm. com ausência global de crepitação. A pleura lisa, brilhante e translúcida mostrando rico pontilhado hemorrágico. A superfície de corte do parênquima de aspecto esponjoso.

MICROSCOPIA: O exame histológico demonstra pulmão exibindo áreas de hemorragia da pleura visceral. Os alvéolos, ductos alveolares e bronquiolos estão difusamente distendidos, sem haver destruição parenquimatosa e septal. Raramente vemos interstício espessado por acúmulo de mono e polimorfonucleares.

DIAGNÓSTICO: ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO (INFANTIL).



CASO Nº 01

a). Rx simples de torax em PA: (15/12/77)

- Acentuada hiperinsuflação do LSD com Hernia do Mediastino,
- Desvio do Mediastino para o lado oposto,
- Consolidação do Lobo Médio e LID,
- Coração normal.



- b). Pós-Operatório - Controle Rx simples de torax em PA:
- Pulmão expandido,
 - Presença de Dreno no Espaço Pleural Direito,
 - Coração normal.



- c). Pós-Operatório - Controle Rx simples de torax em PA:
- Pulmão expandido,
 - Presença de Dreno no Espaço Pleural Direito,
 - Coração normal.

CASO Nº 2

G.M. , do sexo masculino, branco, com 2 meses de idade (nascido em 29/07/78), procedente e natural de Itajaí. Registro Geral 55965 do Hospital Infantil Edith Gama Ramos - Florianópolis - SC. Internado em 28/9/78 - Funrural - queixa principal de "cansaço" intenso.

Com início súbito de dispnéia aos esforços que progressivamente aumentou de intensidade, surgindo após sibilos, procurando serviços médicos, sendo encaminhado aquela Unidade (HIEGR).

A mãe relata ter feito pré-natal e feito tratamento devido a uma provável incompatibilidade sanguínea. Parto do tipo cesárea na, aos nove meses, nascendo com 3.800 gr., chorando logo e sem outras alterações.

Ao desenvolvimento apresentou sorriso social e sustentação cefálica com 01 mês de idade. Alimentado com leite materno 01 mês, após com leite animal (vaca). Não foi feito nenhum esquema de imunização. Como patologias refere dispnéia desde os oito dias de idade. Mãe com 42 anos de idade e pai com 47 anos de idade, com bronquite asmática, três irmãos saudáveis, três nati-mortos. Relata casos de coqueluche na localidade.

No exame físico de internação encontrou-se um lactente com peso igual a 5500 gr., frequência cardíaca de 100 batimentos por minutos, frequência respiratória de 45 movimentos respiratórios por minuto, e temperatura axilar de 37 graus centígrados. Paciente irritado e hiperativo. Afebril, hidratado, dispneico e acianótico. No exame do torax observa-se expansibilidade mantida, presença de tiragens diafragmáticas.

Na ausculta pulmonar revelava: murmúrio vesicular (MV) presente com estertores subcrepitantes em lobos superiores (LSD e LSE) e sibilos mais acentuados em lobos inferiores (LID e LIE). As bulhas cardíacas eram rítmicas e normofonéticas. Abdome, períneo e membros sem particularidades.

O exame complementar foi Rx simples de torax em PA, onde observou-se área de consolidação em 1/3 médio do pulmão direito.

As hipóteses diagnósticas foram: bronquiolite e broncopneumonia.

Na evolução clínica foi: no primeiro dia encontrava-se afebril, hidratado, dispneico, taquicárdio e com tiragens sub-diafragmáticas. Na ausculta pulmonar sibilos e roncos disseminados. Medicado com penicilina cristalina, hidrocortizona, toefilina, hidratação e nebulização. No segundo dia terapêutica inalterada mas piora do quadro geral apresentando tiragens acentuadas, respiração profunda e gemente. Hematócrito igual a 25%, Hemoglobina igual a 8,4 mg/100 ml, discreta leucocitose. No terceiro dia quadro inalterado, sendo administrado penicilina procaína e dexametazona. No quarto e quinto dias quadro inalterado. No sexto dia melhora do quadro geral, permanecendo com a mesma terapêutica. No sétimo dia quadro inalterado, sendo solicitado Rx simples de torax em PA para controle, observando-se absorção parcial das lesões inflamatórias. No oitavo dia diagnóstico de Enfizema Lobar Congênito e melhora do quadro. No nono dia diminuição do murmúrio vesicular (MV) a direita. Realizado transfusão de sangue. No décimo dia piora do quadro, mantida terapêutica. No décimo primeiro dia paciente dispneico, apresentando tiragens intercostais, batimentos de asa de nariz. Na ausculta pulmonar estertores de fins bolhas em base do pulmão esquerdo e sibilos disseminados. Conduta terapêutica, cefazolina, hidrocortizona, betametazona, hidratação e nebulização. No décimo segundo dia o quadro permanecia inalterado. No décimo terceiro dia a piora do quadro clínico sendo solicitado gasometria arterial. No décimo quarto dia com discreta melhora do quadro e o resultado da gasometria arterial foi $pH = 7,2$, $PO_2 = 50,2$, $PCO_2 = 42,0$, $HCO_3 = 17,2$ e $BE = - 5,8$. No décimo quinto dia melhora do quadro. Do décimo sexto dia ao vigéssimo dia quadro inalterado. Apresentou evacuações com fezes líquidas. No vigéssimo primeiro dia apresentou-se dispneico, febril. Solicitado coprológico funcional. Hidratação parenteral. No vigéssimo segundo dia diagnosticado Síndrome Diarreico Agudo. Do vigéssimo terceiro dia ao vigéssimo sétimo dia melhora do quadro geral tendo obtido alta hospitalar, para retorno ao serviço de Cirurgia Pediátrica.

A segunda internação hospitalar foi em 09/11/78. Apresentava-se há sete dias com tosse produtiva, dispnéia e cianose, procurando o Hospital Infantil Edith Gama Ramos. Referiam os pais que apresentava dispnéia e cianose desde o nascimento. No exame físico encontrou-se um lactente afebril, acionótico, dispnéico, batimentos discretos de asa de nariz, tiragem supra-esternal. Ao exame de torax apresentava expansibilidade mantida com tiragens sub-costais. Na ausculta pulmonar sibilos e roncos generalizados. As bulhas cardíacas eram rítmicas e normofonéticas. O abdome estava distendido, sem visceromegalias.

As hipóteses diagnósticas foram: enfisema lobar infantil (congenito), traqueobronquite ou bronquiolite. Na evolução clínica observou-se: No primeiro dia apresentava-se com dispnéia, tiragens intercostais, respiração ruidosa. Ausculta pulmonar com sibilos e roncos disseminados. Terapêutica instituída: trimetropin + sulfametoxazol, teofilina, e nebulização contínua. No segundo dia quadro inalterado, acrescentando penicilina procaína, teofilina, hidrocortizona, hidratação e nebulização. No terceiro dia crise de cianose. No quarto dia quadro inalterado e acrescentado dexametazona. No quinto, sexto e sétimo dia quadro inalterado. No oitavo dia crise do broncoespasmo. No nono dia melhorado. No décimo dia observou-se sibilos discretos e tiragens diafragmáticas. No décimo primeiro dia quadro melhorado. Ventilação simétrica e pulmões limpos. No décimo segundo dia o resultado do Hematócrito foi igual a 23% e Hemoglobina igual a 11,1 mg/100 ml. No décimo terceiro dia o Rx simples de torax em PA com regressão parcial das lesões pulmonares. No décimo quarto dia foi realizado a cirurgia: lobectomia média direita,

- Toracotomia no 5º EICD,
- exteriorização do lobo médio que se achava hiperinsuflado em confronto com os outros dois,
- abertura da grande cissura e descolamento do lobo médio para identificação dos vasos,
- ligadura vascular com Dexon 2-0,
- isolamento e secção do bronquio do lobo médio,
- fechamento do bronquio pela técnica de Sweet com seda 3-0
- fechamento da parede por planos.

Anestesia realizada foi Geral Inalatória.

A evolução clínica no pós-operatório: o primeiro dia apresentava respiração normal, com secreção bronquica, chorando, permaneceu em aspiração contínua. Uma crise de broncoespasmo. No segundo dia apresentava discreta dispnéia, chorando e afebril. Na ausculta pulmonar apresentava roncos, sibilos e estertores disseminados. Terapêutica cefalotina, dexametazona, teofilina, hidratação e nebulização. No terceiro dia retirada da sonda nasogastrica. Aceitando a dieta, afebril, pinçado o dreno de torax. Na ausculta pulmonar apresentava roncos e sibilos. No quarto dia retirado o dreno de torax. No quinto dia respirando bem, pulmões expandidos com roncos e sibilos disseminados. Terapêutica com gentamicina. No sexto dia apresentava-se afebril, com discretos roncos e sibilos na ausculta pulmonar. No sétimo dia afebril, com tiragens intercostais e roncos disseminados. No oitavo dia, respiração melhorada. No nono dia quadro inalterado. No décimo dia afebril, eupneico, roncos disseminados. No décimo segundo dia quadro inalterado obtendo alta hospitalar em bom estado geral. Retorno em 05/01/79 para avaliação. Retorno em 09/01/79 apresentava-se com 6 Kg. ganhando peso, afebril em bom estado geral. Controle radiológico sem particularidades. Retorno em 09/02/79 ganhando peso, afebril e em bom estado geral. Controle radiológico sem particularidades. Permaneceu internado na primeira internação vinte e sete dias. Na segunda internação permaneceu por vinte e seis dias.

O resultado do anátomo-patológico: 11/12/78.

MACROSCOPIA: Lobo pulmonar medindo 7,5x5, 5x2,5 cm., apresentando-se aos cortes esbranquiçados, de aspecto esponjoso com cavidades maiores esparsas medindo até 1,0cm no maior eixo. Na compressão na superfície de corte mostrava saída de líquido branco espumoso.

MICROSCOPIA: Pulmão apresentando alvéolo bastante distendido, alguns rompidos (hiperinsuflação). Nas estruturas bronquicas, não é visto tecido cartilaginoso. Áreas de hemorragia intra-alveolar.

DIAGNÓSTICO: ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO (INFANTIL), POR HIPOPLASIA DE TECIDO CARTILAGINOSO.

IV - COMENTÁRIOS

A patogenia do Enfisema Lobar Infantil (Enfisema Lobar Congênito), tem sido discutida em detalhes por Hendren e Mckee, Leap e Longino, Murray, Campbell e outras. Obstrução brônquica intrín-sica é atribuída principalmente a deficiência cartilaginosa, muco-sa brônquica reduntante ou estenose brônquica. A obstrução ex-trín-sica resulta principalmente por aumento de linfonodos ou devi-do a vasos anômalos. Em metade dos pacientes a etiologia permane-ce desconhecida.

No caso nº 1 não ficou demonstrada qualquer anormalidade intrín-sica no brônquio. Superfície de corte do parênquima de aspec-to esponjoso, alvéolos, ductos alveolares e bronquiolos difusa-mente distendidos, sem destruição parênquima e septal. Interstí-cio espessado.

Já no caso nº 2 encontra-se alterações intrín-sicas no brônquio, alvéolos distendidos, alguns rompidos (Hiperinsuflação, ausência de tecido cartilaginoso nas estruturas bronquicas, com áreas de hemorragia intra alveolar).

Sintomas, sinais físicos, sexo e idade não foram diferen-tes de trabalhos anteriores.

Os primeiros sintomas aparecem em poucos casos no instante do nascimento, alguns casos na primeira semana de vida e a maio-ria se manifesta entre a primeira semana e os dois primeiros me-ses de vida. Nos casos relatados a sintomatologia ocorreu de forma precoce. No caso nº 1 o diagnóstico de Pneumonia aspirati-va, tendo a mãe bolsa amniótica rompida há mais de vinte e quatro horas, incubriu o diagnóstico de Enfisema Lobar Infantil por alguns dias, entretanto com a melhora do quadro clínico o exame radiológico veio a comprova-lo. No caso nº 2 a clínica de início, faria suspeitar de patologia respiratória. Entretanto somente

quando se somou um quadro de infecção respiratória é que se veio a realizar o diagnóstico. Em nenhum dos casos relatados evidenciou-se cardiopatia congênita associada que é de certa forma não infrequente nos relatos descritos.

O Rx simples de torax é o melhor meio diagnóstico, confirmando a suspeita clínica. A imagem radiológica de hiperaeração lobar, comprimindo ou não parenquima pulmonar, por vezes desviando o mediastino ao lado oposto a lesão, são sugestivos da enfermidade.

Nos casos descritos as imagens encontradas foram fortemente indicativas de Enfisema Lobar Infantil.

Frequentemente são acometidos os Lobos Superiores Direito e Esquerdo (LSD e LSE) e Lobo Médio (LM). No primeiro caso o Lobo Superior Direito (LSD) foi o acometido. No segundo caso comprometeu-se o Lobo Médio Direito (LMD).

Tendo conhecimento de que a broncografia e broncoscopia, são meios diagnósticos um tanto desencorajadores por serem de alto risco, no caso nº 1 realizou-se uma broncografia, revelando imagem compatível de Má Formação Adenomatóide Cística do Pulmão.

O diagnóstico diferencial se faz principalmente com o Pneumotorax espontâneo, Atelectasia, Cisto Pulmonar Congênito etc. Em ambos os casos o diagnóstico na internação ficou obscuro pela associação de infecção pulmonar. No primeiro caso a dúvida com Má Formação Adenomatóide Cística do Pulmão permaneceu até a vinda do resultado do exame Anátomo-Patológico.

O Tratamento cirúrgico pela Lobectomia tem sem dúvida preferência unânime entre os autores dos trabalhos anteriores. Vem corroborar o fato o prognóstico apresentado por todos.

A Lobectomia Superior Direita, no caso nº 1, realizou-se de forma imediata, por apresentar clínica severa de insuficiência respiratória. A espera neste procedimento poderá acarretar a morte por comprometimento de estruturas adjacentes. Entretanto, no caso nº 2, a Lobectomia Média Direita, realizou-se somente por volta do 4º mês de vida quando as condições clínicas permitiram uma intervenção segura.

Nos casos descritos o pós operatório imediato e tardio, e o follow-up no 2º caso, vieram comprovar que o tratamento cirúrgico foi nestes casos uma medida salvadora.

Convém salientar a importância do diagnóstico precoce e correto, sendo o radiológico o melhor, em lactentes com sintomatologia de insuficiência respiratória. Preconizando o tratamento cirúrgico como melhor medida.

V - SUMMARY

The authors report 2 cases of Lobar Emphisema in Infants, pathology not uncommum among us. They annalyse the ethiological, clinical diagnosis and surgycal fatures.

The impontance of the early diagnosis is of great value, once the sugical treatment is radical and with excelent prognosis.

VI - REFERÊNCIAS

- 1 - BAUM, G.L. Textbook of Pulmonary Diseases. 2a. ed., Boston, Little Brown and Company; 1974.
- 2 - BUCKNER, D.M. - Congenital Lobar Emphysema. Clinics in Perinatology 5: 105 - 13, 1978.
- 3 - CAMPBELL, D., BAUER, A.J., and HEWLETT, T.H. - Congenital ' Localized Emphysema. J.Thoracic and Cardiovas. Surg. 41: 575 - 86, 1961.
- 4 - DAVIS, C., FREANT, L.J., and HENDERSON, K.C. - Congenital ' Lobar Emphysema. Southern Medical Journal/72: 696 - 98, 1979.
- 5 - FRASER, R.G., PARÉ, J.A.P. - Diagnosis of Diseases of the Chest, 2a. ed., London, WB Sanders Company, 1977.
- 6 - JONES, J.C., ALMOND, C.H., SNYDER, H.N. y cols. Lobar Emphysema and Congenital Heart Disease in Infancy. J. Thorac. Cardio. Surg. 49: 1, 1965.
- 9 - LINCOLN, J.C.R., STARK, J., SUBRAMANIAN, S., ABERDEEN, E., CARTER, R.E.B., BERRY, C.L., PATH, M.C., WATERSTON, D.J. Congenital Lobar Emphysema. Annals of Surgery. 173: 55-62, 1971.
- 10- MALMACEDA, G.P., KONG, R.C. - Med. Hosp. Infant. Mex 36: ' 445 - 52, May. Jun. 1979.
- 11- MURRAY, G.F. - Congenital Lobar Emphysema. Surgery Gynecology & Obstetrics. March 1967: 611 - 22, 1967.
- 12- TARANTINO, A.B. - Doenças Pulmonares. 1a. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976.

**TCC
UFSC
PE
0062**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0062

Autor: Michels, Adalberto

Título: Enfisema lobar infantil : relat



972800918

Ac. 253710

Ex.1 UFSC BSCCSM