



RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

CASO CLÍNICO INTERATIVO

Um paciente com história de pneumonia recorrente. Qual o seu diagnóstico?

Autores: Patrícia Fernandes Barreto¹, Adriana Paiva Mesquita², Alessandra Pimentel³

Organização: Sandra Mara Amaral*

CASO INTERATIVO

Identificação

PS, 3 anos, branco, masculino, natural e residente no Rio de Janeiro.

QP: tosse e febre

HDA: A mãe relatou início do quadro com febre, que não foi aferida, e tosse produtiva 3 dias antes da internação. Foi realizada radiografia de tórax na Unidade de Emergência, sendo diagnosticada pneumonia, e iniciou do tratamento com penicilina cristalina. Após melhora clínica, o paciente recebeu alta no 4º dia com prescrição de amoxicilina oral por mais 7 dias. Na revisão ambulatorial, encontrava-se assintomático, mas em decorrência da persistência da imagem radiológica a antibioticoterapia foi prolongada por mais uma semana e o paciente foi encaminhado para investigação. Na consulta com o especialista, a mãe trouxe exame radiológico de março de 2002 (oito meses antes), notando-se que a imagem já estava presente, entretanto, com dimensões menores.

HPP: pneumonia em março de 2002 tratada ambulatorialmente.

História de gestação, parto e desenvolvimento: Nasceu de parto normal, após gestação sem intercorrências. Crescimento e desenvolvimento normais. Calendário vacinal completo, sem efeitos adversos.

H. social: Mora em casa de alvenaria com três cômodos onde residem três pessoas. História negativa para tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas. Não mora com o pai. Não cohabita com animais. Não existem fábricas perto de casa. Frequenta a creche. Não há contato com pessoa com tuberculose ou paciente tossidor crônico.

Exame físico

Paciente em bom estado geral, eutrófico, cooperativo, hipocorado (+/4), acianótico, perfundindo bem, anictérico.

AR: Expansibilidade torácica preservada, sem alterações à palpação e à percussão, MV audível bilateralmente com diminuição em base de hemitórax esquerdo paravertebral. FR: 26 irpm.

ACV: RCR em 2T sem sopros ou extrassístoles.

Abdome: Globoso, flácido sem visceromegalias ou massas, peristalse audível.

Pulsos palpáveis sem edemas.

Conduta em 06/11/2002

Realizado RX de esôfago contrastado

Colhido hemograma completo: normal

Encaminhado para realização de TC de tórax e abdome

A radiografia de tórax (06/11/2003) (Figura 1) mostrava imagem hipotransparente homogênea arredondada com contornos bem definidos em terço médio de hemitórax esquerdo, central, não apagando silhueta cardíaca. No perfil, evidenciava-se massa ocupando grande parte do mediastino posterior mantendo a nitidez de seus contornos.

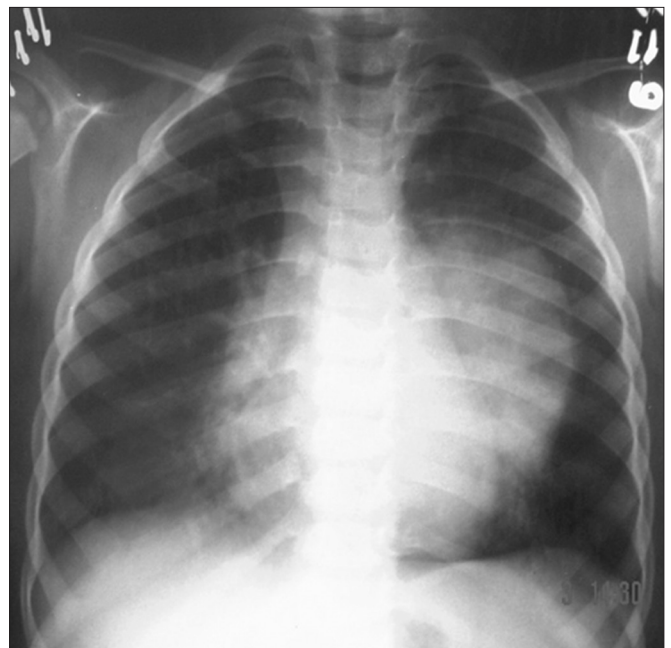


Figura 1. Imagem de hipotransparencia arredondada no terço médio esquerdo.

¹ Professora Assistente de Pneumologia Pediátrica da UNI-RIO. Pneumologista pediátrica do Instituto Fernandes Figueira. Doutoranda do Programa de Medicina Tropical da FIOCRUZ.

² Pneumologista Pediátrica do Hospital Municipal Jesus. Coordenadora da Residência Médica em Pediatria do Hospital Municipal Jesus. Mestre em Saúde da Criança – Universidade Federal Fluminense.

³ Pneumologista Pediátrica do Hospital Federal de Bonsucesso. Mestre em Saúde da Criança – Universidade Federal Fluminense.

* Pediatra. Pneumologista. Hospital Federal dos Servidores do Estado. Rio de Janeiro, RJ.

O exame com esôfago contrastado (06/11/2002) confirmou a localização posterior da lesão, sem compressão esofagiana.

1. Diante da história de “pneumonia recorrente”, de mesma localização e radiografia evidenciando massa em mediastino posterior, que diagnóstico seria o mais provável?

- A Teratoma
- B Seminoma
- C Ganglioneuroma
- D Linfoma de Hodgkin
- E Linfoma não Hodgkin

COMENTÁRIOS

- Localizar a massa nas diferentes divisões do mediastino ajuda a estreitar o diagnóstico. Porém, várias lesões como adenopatias, linfomas e lesões vasculares e linfáticas podem ocorrer em vários compartimentos. Lesões de grandes dimensões podem se estender a mais de um compartimento.
- As principais causas de massa mediastinal posterior são de origem neurogênica. São os cistos neurogênicos, a meningocele anterior e os tumores que se originam dos gânglios simpáticos (neuroblastoma, ganglioneuroblastoma e ganglioneuroma), dos nervos periféricos (neurofibroma e schwannoma) e das células paraganglionares (paragangliomas).

A tomografia computadorizada de tórax e abdome (07/11/2002) (Figuras 2, 3A-B, 4 e 5): massa tumoral sólida arredondada com contornos bem delimitados ocupando mediastino posterior esquerdo, aparecendo a partir da bifurcação traqueal, sem aparentes calcificações e não modificando após injeção de contraste. No abdome, havia estrutura arredondada, sólida no quadrante superior esquerdo sem calcificações.

2. Em relação às massas mediastinais, qual das afirmativas é correta?

- A O timoma e o carcinoma tímico são massas do mediastino médio incomuns na criança.
- B A presença de calcificações sela o diagnóstico de teratoma.
- C O neuroblastoma pode causar a síndrome de Claude-Bernard Horner.
- D As neoplasias cardíacas e pericárdicas em geral ocupam o mediastino anterior.
- E Metástases intrapulmonares são menos comuns que as metástases para os gânglios mediastinais.

COMENTÁRIOS

- O timoma e o carcinoma tímico realmente são raros na criança, mas são tumores do mediastino anterior.



Figuras 2, 3A-B, 4 e 5. Imagens da tomografia computadorizada de tórax evidenciando massa tumoral sólida arredondada com contornos bem delimitados ocupando mediastino posterior esquerdo.

- Quando pensar em massas do mediastino anterior, lembre-se dos 4 T: timo, tireoide, teratoma/tumores de células germinativas e os linfomas de células T.
- Calcificações não são exclusivas dos teratomas e podem ocorrer nos neuroblastomas e neurofibromas.
- A síndrome de Claude-Bernard-Horner e a síndrome de compressão de veia cava superior são descritas em pacientes com lesão mediastinal alta.
- O mediastino médio é ocupado por coração e vasos (espaço vascular). Como exemplos de

massas de mediastino médio, temos: os linfomas, outras adenopatias, linfangioma/hemangioma e neoplasias cardíacas e pericárdicas.

- Massas mediastinais são mais comuns que massas intrapulmonares e têm uma maior probabilidade de malignidade. Entretanto, as metástases intrapulmonares são mais frequentes que as metástases ganglionares, mas estas também ocorrem, especialmente com osteossarcomas, neuroblastomas e tumor de Wilms.

3. Em relação aos tumores neurogênicos, pode-se afirmar que:

- A Os neuroblastomas são os tumores sólidos extracranianos mais comuns na infância e predominam em escolares e adolescentes.
- B Os ganglioneuromas/ neuroblastomas podem causar hipertensão arterial, que geralmente é devida à produção de catecolaminas pelo tumor.
- C Os neuroblastomas torácicos são mais comuns que os neuroblastomas abdominais.
- D Os neurofibromas podem estar associados a lesões cutâneas, escoliose e deformidades costais.
- E Os neuroblastomas torácicos não infiltram tecidos moles e não comprimem vias aéreas.

COMENTÁRIOS

- Os neuroblastomas são os tumores sólidos extracranianos mais comuns na infância, porém, são mais frequentes em pacientes mais jovens. Cerca de 85% dos casos ocorrem em crianças menores de 4 anos. Alguns casos são detectados na ultrassonografia fetal.
- Os neuroblastomas/ ganglioneuromas são associados com algumas síndromes paraneoplásicas como síndrome *feocromocitoma-like*, diarreia decorrente da produção de peptídeo vasointestinal e síndrome de Claude-Bernard Horner.
- A hipertensão arterial associada ao neuroblastoma decorre mais frequentemente da compressão de vasos renais e estimulação do sistema renina-angiotensina que da secreção de catecolaminas pelo tumor.
- Os neuroblastomas abdominais são mais frequentes que os mediastinais. Aproximadamente 50% dos abdominais se originam das adrenais.
- A maioria dos neurofibromas está associada à neurofibromatose tipo I, anteriormente conhecida como doença de von Recklinghausen, que apresenta manchas café-com-leite, sardas axilares e inguinais, lesões na íris (nódulos de Lisch), cifoescoliose e outras lesões ósseas.
- Os neuroblastomas podem estar associados a nódulos subcutâneos escuros constituindo a síndrome do *muffin de blueberry* (mirtilo).
- Os neuroblastomas como outras massas mediastinais podem infiltrar tecidos moles adjacentes e comprimir as vias aéreas.

4. Os tumores cardíacos fazem parte do diagnóstico diferencial de massas do mediastino médio. Qual das afirmativas é verdadeira?

- A Os mixomas são os tumores cardíacos mais comuns da infância, assim como no adulto.
- B Muitas neoplasias cardíacas estão associadas a síndromes como síndrome de Gorlin, Beckwith-Wiedemann e síndrome de Carney.
- C Os rhabdomyosarcomas cardíacos têm forte associação com a neurofibromatose tipo I.
- D O fibroma cardíaco é uma lesão benigna que não causa disfunção cardíaca significativa.
- E As neoplasias cardíacas malignas em geral são tumores primários.

COMENTÁRIOS

- O mixoma cardíaco é a neoplasia cardíaca mais comum nos adultos, mas é incomum na criança.
- Os rhabdomyosarcomas cardíacos são hamartomas e têm estreita relação com a esclerose tuberosa. A detecção de múltiplasmassas miocárdicas no feto ou no recém-nascido é um forte indício de esclerose tuberosa.
- O fibroma cardíaco, embora seja uma lesão benigna, pode causar disfunção cardíaca significativa.
- As neoplasias cardíacas malignas, em geral, são secundárias e decorrentes da extensão venosa ou de embolia tumoral, mais comumente do tumor de Wilms, do hepatoblastoma e do neuroblastoma.

EVOLUÇÃO

Em 7 de novembro de 2002, a criança foi encaminhada ao INCA após realização dos exames.

Após consulta, foi realizada ressonância magnética de tórax e indicada cirurgia. Houve exérese da massa após biópsia de congelação. O diagnóstico foi de **GANGLIONEUROMA DE MEDIASTINO POSTERIOR**.

A evolução pós-operatória foi satisfatória e o paciente atualmente encontra-se bem clinicamente, assintomático e fazendo acompanhamento na Pneumologia Pediátrica.

SUGESTÕES BIBLIOGRÁFICAS

1. Newman B. Thoracic neoplasms in children. *Radiol Clin North Am.* 2011;49(4):633-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcl.2011.05.010>
2. Kim JY, Hofstetter WL. Tumors of the mediastinum and chest wall. *Surg Clin North Am.* 2010;90(5):1019-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2010.06.005>
3. Davenport KP, Blanco FC, Sandler AD. Pediatric malignancies: neuroblastoma, Wilms tumor, hepatoblastoma, rhabdomyosarcoma, and sacrococcygeal teratoma. *Surg Clin North Am.* 2012;92(3):745-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2012.03.004>
4. Fatimi SH, Bawany SA, Ashfaq A. Ganglioneuroblastoma of the posterior mediastinum: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:322. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-5-322>
5. Oelschager AE A, Sawin R. Teratomas and ovarian lesions in children. *Surg Clin N Am.* 2012; 92: 599-613.