

CASO CLÍNICO/CLINICAL CASE

# Pneumonia no período neonatal\*

## Pneumonia in the newborn

CRISTINA BATISTA<sup>1</sup>, ADELAIDE TABORDA<sup>2</sup>, VITOR BASTOS<sup>2</sup>, CARMO ABREU<sup>2</sup>, FRANCELINA LOPES<sup>3</sup>, AURÉLIO REIS<sup>3</sup>, JOÃO FONSECA<sup>4</sup>

Hospital de S. Teotónio de Viseu (HSTV) – Serviço de Pediatria

(Director: Dr. J. M. Castanheira)

Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC) – Serviço de Cirurgia

(Director: Dr. Oliveira Simões)

### RESUMO

A fístula traqueoesofágica isolada é uma anomalia rara que ainda apresenta dificuldades de diagnóstico.

Os autores descrevem o caso de um recém-nascido, que se apresentou com pneumonia lobar, perda de peso e distensão abdominal. O diagnóstico de fístula traqueoesofágica tipo H foi confirmado

### ABSTRACT

The isolated tracheoesophageal fistula is a rare condition which continues to cause problems with diagnosis.

We report a boy which presented lobar pneumonia, weight loss and abdominal distension. Bronchoscopy revealed a large H-type tracheoesophageal fistula. The child had a favourable clinical course

1 Interna de Pediatria do HSTV

2 Assistente Hospitalar de Pediatria do HSTV

3 Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia Pediátrica do HPC

4 Chefe de Serviço de Pediatria do HSTV

\* Apresentado no V Congresso Português de Pediatria, Lisboa 1998

Recebido para publicação: 99.05.24

Aceite para publicação: 00.01.06

por broncoscopia. A evolução clínica foi favorável após correcção cirúrgica.

Pretende-se realçar a importância de um alto nível de suspeição para que o diagnóstico seja realizado precocemente permitindo, assim, um melhor prognóstico.

REV PORT PNEUMOL 2000; VI (2):163-167

**Palavras-chave:** Fistula traqueoesofágica; Recém-nascido; Pneumonia.

after surgical repair.

With this case we intend to emphasize the need of a high doubt level to early diagnosis.

REV PORT PNEUMOL 2000; VI (2):163-167

**Key-words:** Tracheoesophageal fistula; newborn; pneumonia.

## INTRODUÇÃO

A fistula traqueoesofágica (FTE) congénita isolada ou tipo H foi descrita, na autópsia, por Lamb em 1873, contudo a primeira correcção cirúrgica só ocorreu em 1939 com Imperatori (1). É uma entidade rara, representando cerca de 4% das anomalias esofágicas (2,3,4,5). O seu diagnóstico pode oferecer, por vezes, dificuldades quando as manifestações são subtis, havendo descritos casos que só foram diagnosticados após a primeira infância (2,3,4).

Por se tratar de uma situação rara, com algumas dificuldades de diagnóstico, os autores descrevem um caso de FTE numa criança com quase 1 mês de idade.

## CASO CLÍNICO

Recém-nascido de 27 dias de vida, do sexo masculino, 1º filho de um casal jovem, saudável e sem consanguinidade. A gestação foi normal e nasceu de parto eutócico às 40 semanas, com peso de 2700 gramas (g) e sem necessidade de reanimação (índice de Apgar: 8/9 ao 1º e 5º minutos, respectivamente).

O período neonatal precoce decorreu sem incidentes, tendo tido alta ao 3º dia de vida com aleitamento materno exclusivo.

Aos 14 dias de vida foi internada, durante 24 horas, por febre num contexto de infecção respiratória superior, com evolução favorável.

Aos 27 dias de idade foi referenciado, ao nosso

Hospital, pelo médico assistente, por má evolução ponderal. Não havia episódios de engasgamento, vômitos ou alterações do trânsito intestinal. A avaliação na admissão revelou uma criança com boa vitalidade, desnutrição marcada e dificuldade respiratória, com necessidades de FiO<sub>2</sub> de 0,3; a auscultação pulmonar evidenciou ferveores e diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito; o abdómen apresentava-se distendido, depressível e sem organomegalias; pesava 2600 g – menos 100g do que o PN (inferior ao percentil 5). A telerradiografia do tórax revelou imagem de hipotransparência nos 2/3 superiores do campo pulmonar direito (Fig.1). Iniciou antibioterapia endovenosa (ampicilina – 100mg / Kg/dia e netilmicina – 7,5mg/Kg/dia) associada a cinesiterapia respiratória.

Ao 2º dia de internamento surge mau estado geral e agravamento da dificuldade respiratória (SDR), com necessidade de maiores concentrações de oxigénio (FiO<sub>2</sub> >0,4) e de frequente aspiração de secreções. Perante esta evolução foram evocados vários diagnósticos (Fibrose Quística, Pneumonia a *Clamídia*, Refluxo gastroesofágico e Défice Imunitário) e programados exames complementares (Quadro I). À terapêutica anterior associou-se ceftazidima, cisapride, medidas antirefluxo e alimentação por sonda nasogástrica (SNG) verificando-se melhoria importante do quadro clínico, mantendo contudo necessidades de FiO<sub>2</sub> de cerca de 0,3 e necessidade frequente de aspiração de secreções.

Ao 14º dia de internamento constataram-se



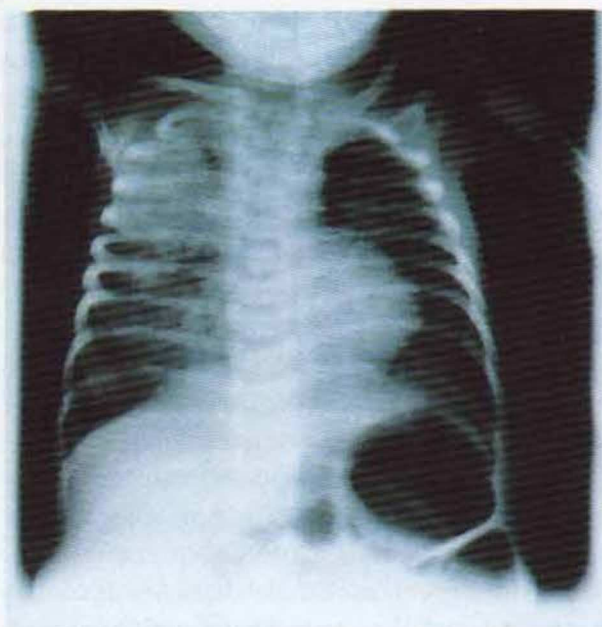


Fig. 1 – Telerradiografia do tórax realizada na admissão

então, episódios esporádicos de engasgamento desde o nascimento.

Cerca de 24 horas depois, no decurso de introdução de leite pela SNG, verificou-se novo agravamento súbito com SDR grave e mau estado geral, tendo-se aspirado secreções e leite da orofaringe. Iniciou vancomicina, suspendeu a ceftazidima (que fazia há 12 dias) e ficou em pausa alimentar. Assistiu-se a melhoria rápida do quadro clínico, o que deu suporte ao diagnóstico de fistula traqueoesofágica congénita, pelo que foi contactada a Cirurgia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC). O trânsito esofagogástrico realizado, no HPC, evidenciou normal motilidade esofágica, mas não permitiu a visualização de fistula, cuja presença foi confirmada por broncofibroscopia (fistula traqueoesofágica isolada ou tipo H – Fig 2). Realizou correcção cirúrgica (laqueação e secção do trajecto fistuloso) aos dois

#### QUADRO I

Exames Complementares realizados durante o internamento

<b>Hemograma</b>	
Leucócitos	15,5 X 10 <sup>9</sup> /L
Neutrófilos segmentados	67%
Linfócitos	26%
Hemoglobina	13,6g/dl
Plaquetas	362 X 10 <sup>9</sup> /L
<b>VS</b>	37 mm
<b>Proteína C reactiva</b>	3,8 mg/dl
<b>Urocultura</b>	Negativa
<b>Imunoglobulinas</b>	IgA: 14,7 mg/dl
	IgG: 646,0 mg/dl
	IgM: 51,7mg/dl
<b>Serologia Clamidia</b>	Negativa
<b>Tripsina Imunoreactiva</b>	21, ηg/ml
<b>Telerradiografia tórax</b>	Condensação nos 2/3 superiores do pulmão direito
<b>Ecografia abdominal</b>	Normal

episódios de engasgamento e tosse durante a amamentação, o que fez evocar o diagnóstico de FTE e assim iniciar alimentação exclusivamente por SNG. Interrogada, de novo, neste sentido a mãe refere,

meses de idade, não se tendo verificado qualquer complicação pós-operatória. Apresentou excelente recuperação ponderal mantendo ausência de clínica respiratória.





Fig. 2 – Aspecto da fistula traqueoesofágica observado na broncoscopia.

As reavaliações seguintes, aos três e aos seis meses de vida, revelaram uma criança sem problemas respiratórios, com boa evolução estaturoponderal (peso no P<sub>5-10</sub>, estatura no P<sub>5</sub>) e desenvolvimento psicomotor adequado à idade.

## DISCUSSÃO

A fistula traqueoesofágica isolada é uma situação rara que continua a causar dificuldades de diagnóstico. Os sintomas ocorrem, habitualmente, desde o nascimento, contudo a sua intermitência motiva por vezes grandes atrasos na sua detecção, nalguns casos após o ano de idade (2,3,4). No nosso doente foi colocado o diagnóstico com cerca de 1 mês de idade, como na generalidade dos casos descritos. À semelhança de outros (4) há, no nosso caso, informação retrospectiva de sintomas desde o nascimento, contudo a sua ocorrência esporádica não permitiu a sua valorização pelos pais.

As manifestações evocadoras de FTE são: episódios de engasgamento ou cianose durante a alimentação, secreções traqueais abundantes, infecções respiratórias recorrentes atípicas e distensão abdominal. Embora a nossa criança se apresentasse com uma

pneumonia, a exuberância do quadro clínico fez pensar, inicialmente, noutros diagnósticos (fibrose quística, défice imunitário,...). A constatação de episódios de engasgamento com a amamentação levou à suspeita diagnóstica, como na maioria dos casos referidos na literatura (4,5,6,7).

A melhoria dos sintomas com a alimentação por SNG é característico da FTE (1,3). Na nossa criança após uma melhoria inicial verificou-se agravamento abrupto, no decurso da alimentação. Isto ter-se-á devido, provavelmente, à deslocação da SNG, o que explicaria a presença de leite na orofaringe.

O diagnóstico é confirmado por estudos radiológicos ou endoscopia (1,3,4,5,7). Alguns autores defendem que os estudos radiológicos com contraste têm vantagem por permitir detectar alterações da coordenação da deglutição e a presença de refluxo gastroesofágico. No entanto, a endoscopia permite visualizar a correcta localização da fistula e identificar anomalias associadas nos tubos respiratório e digestivo superiores. O recurso às duas técnicas é muitas vezes necessário, como aconteceu na nossa criança.

A cirurgia correctiva foi realizada por via cervical, como na quase totalidade dos casos descritos na literatura.

A evolução da nossa criança esteve de acordo com o bom prognóstico defendido para as situações de FTE congénita não complicada (1). A evolução será menos favorável quando a FTE surge associada com outras alterações: cardiopatias congénitas, outras anomalias das vias aéreas ou esofágicas, ou outras situações mais complexas (associações CHARGE, VATER) (8).

A FTE congénita isolada é sintomática desde o nascimento, apesar de os sintomas poderem ser intermitentes, pelo que a suspeita deve ser colocada quando há episódios de engasgamento com a amamentação. A realização de um diagnóstico precoce poderá permitir um prognóstico muito favorável.

Correspondência:  
Adelaide Taborda  
H. S. Teotónio de Viseu  
3500 Viseu

---

**BIBLIOGRAFIA**

---

1. BENJAMIN B, PHAM T. Diagnosis of H-type tracheoesophageal fistula. *Journal of Pediatric Surgery* 1991; 26: 667-671.
  2. TEASDALE AR, NIELSEN MS. Late presentation of tracheoesophageal fistula. *Anaesthesia* 1994; 49: 307-308.
  3. GUZZETTA PC, ANDERSON KD, EICHELBERGER MR et al. General surgery. In: Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG, ed. *Neonatology. Pathophysiology and Management of the Newborn*, fourth edition. Philadelphia: J B Lippincott Company 1994: 923-928.
  4. CRABBE DCG, KIELY EM, DRAKE DP, SPITZ L. Management of the isolated congenital tracheo-oesophageal fistula. *Eur J Pediatr Surg* 1996; 6: 67-69.
  5. HOLDER TM. Esophageal atresia and tracheoesophageal malformations. In: Ashcraft K W, Holder T M, ed. *Pediatric Surgery*, second edition. Philadelphia: W B Saunders Company 1993: 249-269.
  6. TRACY T, SILEN ML, WEBER TR, CZERVINSKE MP. Neonatal surgical disorders that affect respiratory care. In: Barnhart S L, Czervinske M P, ed. *Perinatal and Pediatric Respiratory Care*. Philadelphia: W B Saunders Company 1995: 482-486.
  7. GLASSON MJ. Respiratory and cardiac problems in childhood. In: MacMahon R A, ed. *An Aid to Paediatric Surgery* second edition. Melbourne: Churchill Livingstone 1991: 174.
  8. HURST JA, MEINECKE P, BARAITSER M. Balanced t (6; 8) (6p8p; 6q8q) and the CHARGE association. *J Med Genet* 1991; 28: 54-55.
-