

CORREÇÃO DE TETRALOGIA DE FALLOT E QUILOTORAX: UMA ABORDAGEM CONSERVADORA – RELATO DE CASO

TETRALOGY OF FALLOT SURGICAL CORRECTION AND CHYLOTHORAX: CONSERVATIVE THERAPY – CASE REPORT

NATHAN FERREIRA MOREIRA DE LACERDA^{1*}, MATHEUS PIRES BRAGA¹, MILLENA MELO GALDINO¹, ÍTALO JOSÉ ARAÚJO SILVEIRA DE SA¹, ANDRÉ TELIS DE VILELA ARAÚJO²

1. Acadêmico de graduação do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); 2. Médico cirurgião cardíaco e orientador do Núcleo de Estudos do Coração e Evidências (NECORE) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

* Rua do Sol, 100, Holanda's Sun Place, Apt. 01, Manáira, João Pessoa, Paraíba, Brasil. CEP: 58043-330. nathan.lacerda@live.com

Recebido em 19/11/2016. Aceito para publicação em 16/01/2017

RESUMO

O quilotorax é uma complicação cirúrgica rara, caracterizada pelo acúmulo de líquido linfático na cavidade pleural, que pode surgir no pós-operatório de correções cirúrgicas de cardiopatias congênitas. Estima-se que acometa 0,56 a 1,9% desses pacientes, sendo um quadro de manejo incerto e baseado na experiência de grandes centros. O trabalho pretende relatar a condução de um caso de quilotorax diagnosticado após 3 meses de cirurgia corretiva de Tetralogia de Fallot em um hospital pediátrico na cidade de João Pessoa – Paraíba. JFS, um ano de idade, foi readmitido em pós-operatório tardio com picos febris, sinais de congestão pulmonar e hepatomegalia. Após realização de drenagem torácica, foi diagnosticado derrame de caráter quiloso, tendo a equipe optado pelo tratamento conservador. Iniciou-se dieta específica para quilotorax e nutrição parenteral sem lipídeos, além de antibioticoterapia, octeótride e de outros medicamentos de proteção cardiovasculares. O paciente evoluiu clinicamente bem após três meses de internação, não sendo necessária intervenção cirúrgica para correção de quilotorax após instituição de tratamento com análogo de somatostatina.

PALAVRAS-CHAVE: Tetralogia de fallot, quilotorax, cuidado do lactente, cardiologia.

ABSTRACT

Chylothorax is a rare surgical complication, characterized by the accumulation of lymphatic fluid in the pleural cavity, which may arise postoperatively from surgical corrections of congenital heart diseases. It is estimated that it affects 0.56 to 1.9% of these patients, being an uncertain management framework based on the experience of large centers. The study intends to report the conduction of a chylo-thorax case diagnosed after 3 months of corrective surgery of Tetralogy of Fallot in a pediatric hospital in the city of João Pessoa - Paraíba. JFS, one year old, was readmitted late in the postoperative period with febrile peaks, signs of pulmonary congestion and hepatomegaly. After thoracic drainage, a chylous effusion was

diagnosed, and the team chose conservative treatment. A specific diet for chylothorax and parenteral nutrition without lipids was started, as well as antibiotic therapy, octetrost and other cardiovascular protection drugs. The patient progressed clinically well after three months of hospitalization, and no surgical intervention was necessary to correct chylothorax after institution of somatostatin analogue treatment.

KEYWORDS: Tetralogy of fallot, chylothorax, infant care, cardiology.

1. INTRODUÇÃO

Um dos fatores que podem comprometer o pós-operatório de cardiopatias congênitas em crianças é o quilotorax. Esta complicação é caracterizada pelo acúmulo de líquido linfático na cavidade pleural e decorre da obstrução da drenagem linfática, seja devido a malformações linfáticas congênitas, neoplasias ou traumatismos¹.

O quilotorax surge raramente como uma complicação cirúrgica, mas tem sido descrita principalmente em procedimentos realizados no estreito torácico superior esquerdo. Estima-se que a incidência dessa complicação seja de 0,56 a 1,9%¹ no pós-operatório de correções cirúrgicas de cardiopatias congênitas.

Em um estudo brasileiro, realizado com 3.092 crianças submetidas a correção cirúrgica de cardiopatias congênitas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 64 (2,2%) apresentaram quilotorax como complicação pós-operatória. Em 50 (78,1%) dessas, o tratamento clínico foi bem-sucedido, enquanto esse falhou em 14 (21,9%), as quais foram submetidas à ligação do ducto torácico por videotoracoscopia. A ligação do ducto torácico obteve sucesso em 12 pacientes (86%) e falhou em 2 casos, os quais foram resolvidos com medidas clínicas adicionais, como dieta pobre em gorduras e nutrição parenteral¹.

2. RELATO DE CASO

Paciente JFS, um ano de idade, sexo masculino, com diagnóstico de cardiopatia congênita associada a imperforação anal com fistula, em pós-operatório tardio de cirurgia corretiva de Tetralogia de Fallot, evoluiu com quilotórax em hemitórax direito após três meses de cirurgia corretiva.

O paciente foi admitido com picos febris, sinais de congestão pulmonar e hepatomegalia, sendo por isso transferido para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Após melhora clínica e alta hospitalar, retorna devido a desconforto respiratório importante e derrame pleural à direita, quando foi iniciada drenagem torácica. Inicialmente, o aspecto da secreção era esbranquiçado, mas, com a evolução do quadro, passou a apresentar derrame de caráter quiloso além de edema em membros inferiores.

Manteve-se a terapia conservadora, com dieta específica para quilotórax e nutrição parenteral sem lipídeos. O tratamento também se baseou em antibioticoterapia, uso de octeótride e de outros medicamentos de proteção cardiovascular.

Após perda de dreno torácico no 27º dia de internação hospitalar, a criança apresentou piora considerável no quadro de dispneia, necessitando de recolocação do dreno. Teve a dieta normalizada e o dreno retirado após melhora do quadro clínico, evoluindo com ganho de peso. Após três meses de internação em UTI, a criança apresentou quadro de pneumonia e sepse, mas que respondeu satisfatoriamente ao tratamento medicamentoso instituído. Recebeu alta hospitalar após melhora clínica e laboratorial e teve demais procedimentos de cirurgia intestinal programados para outro momento.

3. DISCUSSÃO

A evolução clínica do quilotórax após cirurgia cardíaca é geralmente arrastada, sendo necessárias drenagens torácicas subsequentes ou até mesmo contínuas, até a melhora clínica do paciente. O derrame quiloso, a hipoproteïnemia e a desnutrição causada pela perda lipídica e proteica contribuem para o surgimento de novas complicações, como falência respiratória e infecções nosocomiais. (345).

O seu tratamento ainda não está bem estabelecido, sendo recomendada conduta conservadora na maioria dos casos, com a associação de dieta hipolípida suplementada com triglicerídeos de cadeia média ou alimentação parenteral total. Em casos de falência terapêutica quatro semanas após início de tratamento conservador, recomenda-se abordagens cirúrgicas, como laqueação do canal torácico, pleurodese, ou shunts pleuro-peritoneais em situações refratárias à terapêutica cirúrgica previamente realizado.

Embora o seu mecanismo exato não esteja completamente compreendido, sabe-se que o octeotíde é um aná-

logo da somatostatina que inibe a secreção de alguns hormônios hipofisários e gastrointestinais, diminuindo o fluxo gastrointestinal e, por consequência, o fluxo linfático. Os resultados obtidos com o uso de octeotíde em pacientes com quilotórax são promissores, com experiências positivas em diversos centros de referência. Dentre os efeitos observados na literatura, a diminuição do tempo de tratamento e da necessidade de intervenção cirúrgica são as principais repercussões do tratamento com esta droga⁸.

4. CONCLUSÃO

A indicação cirúrgica de ligadura do ducto torácico pode ser feita em pacientes debilitados, porém, nem sempre é totalmente eficaz, já que envolve uma extensa ressecção cirúrgica e não se adequa bem as muitas variações anatômicas do ducto torácico, sendo necessária a manutenção do tratamento clínico. A terapia clínica baseada em dieta específica pobre em lipídeos, prevenção de insuficiência cardíaca congestiva, o uso de octeótride e drenagem pleural, mostrou-se bastante eficaz no tratamento do quilotórax.

REFERÊNCIAS

- [01] Pego-Fernandes PM, Nascimbem MB, Ranzani OT, Shimoda MS, Monteiro R, Jatene FB. Videotoroscopia como uma opção no tratamento cirúrgico do quilotórax após cirurgia cardíaca pediátrica. *J Bras Pneumol.* 2011; 37(1):28-35.
- [02] Luján EA, Moreno MM, Azuero KB et al. Tratamiento del quilotórax posquirúrgico con octeotíde. *An Pediatr* 2003;58(4):390-2.
- [03] Chan S, Lau W, Wong W et al. Chylothorax in children after congenital heart surgery. *Ann Thorac Surg* 2006;82:1650-7. 3. Chan EH, Russell JL, Williams WG et al. Postoperative chylothorax after cardiothoracic surgery in children. *Ann Thorac Surg* 2005;80:1864-71.
- [04] Caritg J. El niño intervenido de cardiopatías congénitas en la UCI: el corazón va bien, pero no todo lo demás. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular* 2004;10(4):244-249. 5.
- [05] Hamdan MA, Gaeta ML. Octreotide and low-fat breast milk in postoperative chylothorax. *Ann Thorac Surg* 2004;77:2215-7.
- [06] Paramés F, et al. Octeotíde – Uma terapêutica Opcional para Quilotórax Pós-cirúrgico em Crianças com Cardiopatia Congênita. *Rev Port Cardiol* 2009; 28:799-807.
- [07] Farames F, Freitas I, Fracata J, Trigo C, Pinto MFF. Octeotíde – Uma terapêutica Opcional para Quilotórax Pós-cirúrgico em Crianças com Cardiopatia Congênita. *Rev Port Cardiol* 2009; 28 (7-8): 799-807.
- [08] Yildirim SV, Kervancioglu M, Saritas B, Varan B, Mercan S, Tokel K. Octreotide infusion for the treatment of chylothorax in pediatric cardiac intensive care unit. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2005; 5 (4): 317-8.