

SÍNDROME DO LOBO MÉDIO: RELATO DE CASO

MIDDLE LOBE SYNDROME: CASE REPORT

Fernando Luiz Westphal,* Luís Carlos de Lima,** José Corrêa Lima Netto,***
Márcia dos Santos da Silva,**** Caio Ferreira Soares,***** Danielle Cristine Westphal*****

RESUMO

A Síndrome do Lobo Médio é caracterizada por colapsos recorrentes do lobo médio do pulmão direito que levam à atelectasia crônica e predisposição a infecções de vias aéreas inferiores. Neste trabalho, apresentamos um caso de Síndrome do Lobo Médio, no qual o paciente possuía um histórico clínico de pneumonias de repetição e exames de imagem que evidenciaram a presença de atelectasias e bronquiectasias no lobo médio pulmonar. Durante a broncoscopia foi observada a compressão extrínseca do brônquio por lifonodomegalias. Diante da confirmação diagnóstica, optou-se por realizar a lobectomia. Apesar do tratamento da Síndrome do Lobo Médio em crianças ser preferencialmente conservador, casos como o que foi relatado, em que há presença de atelectasias, bronquiectasias, infecções recorrentes ou obstrução brônquica, é necessária a adoção de condutas mais agressivas, com ressecção cirúrgica da região acometida, a fim de evitar disseminação da infecção para outras áreas do pulmão.

DESCRITORES: Atelectasia pulmonar, bronquiectasia, pneumonia.

ABSTRACT

The Middle Lobe Syndrome is characterized by recurrent collapse of the middle lobe of the right lung leading to atelectasis and predisposition to chronic infections of the lower airways. We present a case of Middle Lobe Syndrome, in which the patient had a clinical history of recurrent pneumonia and imaging studies demonstrating the presence of atelectasis and bronchiectasis in the middle lobe lung. During bronchoscopy was observed extrinsic

*Professor-adjunto e coordenador da disciplina de Cirurgia Torácica da Universidade Federal do Amazonas.

**Chefe do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

***Médico assistente do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

****Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas.

*****Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Amazonas.

compression of the bronchus by lymphonomegaly. Given the diagnostic confirmation, it was decided to perform lobectomy. Despite treatment of Middle Lobe Syndrome in children preferably be conservative, cases such as that reported, in which there is presence of atelectasis, bronchiectasis, recurrent infections or bronchial obstruction, it is necessary to adopt more aggressive behavior, with surgical resection of the region affected, in order to avoid dissemination of infection to another parts of lung.

KEYDOWRDS: Pulmonary Atelectasis, bronchiectasis, pneumonia.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Lobo Médio (SLM) caracteriza-se por colapsos recorrentes do lobo médio, levando a um quadro clínico que envolve bronquiectasias, pneumonias de repetição e atelectasias desse lobo pulmonar.¹

Em pacientes pediátricos, os sintomas têm início principalmente ao redor dos três anos de idade e comumente está associado à asma.² O sintoma mais frequente é a tosse persistente, que pode estar associada à hemoptise, dor torácica, dispneia e febre.³

O objetivo deste trabalho é descrever um caso de Síndrome do Lobo Médio em um paciente pediátrico que apresentava infecções pulmonares recorrentes, além de realizar uma revisão da literatura.

RELATO DO CASO

D.G.S., dez anos e oito meses, foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Sociedade Beneficente Portuguesa por apresentar infecções recorrentes de vias aéreas inferiores desde o primeiro mês de vida. Ao exame físico, apresentou como única alteração a presença de roncos em terços médio e inferior do hemitórax direito. Os exames complementares apresentaram os seguintes resultados:

a) Radiografia de tórax: sinais de atelectasia em terço médio do pulmão direito (Figuras 1A e B);

b) Tomografia computadorizada de tórax: presença de broncogramas aéreos envolvendo lobo médio, principalmente em segmento medial, com redução volumétrica dele (Figura 2);

c) Broncoscopia: compressão extrínseca do lobo médio por provável aumento linfonodal.

O paciente foi submetido à toracotomia lateral direita, com acesso à cavidade torácica pelo 5.º espaço intercostal direito. Foram observados atelectasia e hepatização do segmento medial do lobo médio pulmonar. O tratamento instituído foi a ressecção do lobo médio (Figura 3). O paciente evoluiu sem complicações recebendo alta hospitalar no 5.º dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

ASLM, entidade clínica e radiológica, é caracterizada por atelectasia crônica do lobo médio do pulmão direito com episódios de pneumonia e sintomas respiratórios crônicos ou recorrentes, podendo ser apenas um achado radiológico com antecedentes clínicos pouco expressivos¹.

A fisiopatogenia da SLM envolve principalmente fatores anatômicos. O ramo brônquico que se dirige ao lobo médio forma um ângulo agudo com o brônquio fonte que o origina e geralmente é menos calibroso e mais longo que os demais. Esses três fatores contribuem para a retenção crônica de secreções brônquicas e episódios recorrentes de infecção. A

presença de gânglios linfáticos ao redor desse ramo brônquico também contribui para a fisiopatogenia da síndrome, pois, na vigência de processos infecciosos, os gânglios podem aumentar de tamanho e comprimir o brônquio, aumentando ainda mais o acúmulo de secreções. Episódios repetidos de inflamação induzem a fibrose e o estreitamento do brônquio, fator determinante para completar o ciclo vicioso de infecção e inflamação que determinam a formação de atelectasia e bronquiectasia crônicas, com colapso total ou parcial do lobo médio.⁴

As causas da SLM se dividem em obstrutivas e não-obstrutivas. As principais causas obstrutivas são a compressão extrínseca por linfonodos ou tumores e anormalidades no diâmetro, estrutura ou comprimento brônquico, secundárias a aspiração de corpo estranho, edema de mucosas ou presença de tumores. Já as causas não-obstrutivas envolvem basicamente os distúrbios de ventilação colateral e processos inflamatórios primários.^{5, 6}

A síndrome ocorre em indivíduos de qualquer idade; no entanto, o diagnóstico em pacientes pediátricos tende a ser mais difícil por causa da apresentação clínica inespecífica.^{3, 7} A maioria dos casos de SLM em crianças ocorre de forma secundária à asma e o paciente pode se recuperar

espontaneamente. No entanto, a resolução dos sintomas agudos nem sempre é acompanhada de reexpansão do parênquima pulmonar atelectasiado e esse acaba não sendo prontamente identificado.^{2, 8} Neste trabalho, o paciente não tinha história de asma e apresentava como único dado clínico relevante o histórico de pneumonias de repetição, associado ao achado radiológico de colapso do lobo médio pulmonar.

A presença de atelectasia do lobo médio na radiografia de tórax em crianças com sintomas respiratórios recorrentes é suficiente para a suspeita diagnóstica de SLM. A tomografia computadorizada de tórax também auxilia no diagnóstico, pois, além de evidenciar atelectasias e bronquiectasias no lobo médio, identifica possíveis obstruções e estreitamentos brônquicos. Quando a SLM for de origem obstrutiva, a broncoscopia é suficiente para confirmar o diagnóstico.^{3, 9} No caso relatado, a atelectasia do lobo médio foi observada tanto na radiografia de tórax quanto na tomografia computadorizada e o diagnóstico foi confirmado após a visualização da obstrução brônquica por meio da broncoscopia.

O tratamento da SLM em pacientes pediátricos é preferencialmente conservador por intermédio de antibioticoterapia, drenagem postural e broncodilatadores.^{3, 7} Nos casos em

que houver atelectasia crônica ou recorrente, evidências de bronquiectasia ou obstrução brônquica, o tratamento preconizado é a ressecção precoce do lobo médio a fim de evitar o envolvimento dos outros lobos pulmonares.^{8, 10} Neste trabalho, a presença de obstrução brônquica foi fator determinante para a abordagem cirúrgica do paciente.

Em conclusão, ressaltamos a importância do diagnóstico precoce da SLM em pacientes pediátricos. Apesar de a apresentação clínica ser inespecífica, a realização de uma simples radiografia de tórax em crianças com sintomas respiratórios recorrentes e inespecíficos é suficiente para guiar o diagnóstico de SLM, antes que o processo evolua para complicações crônicas que necessitem de um tratamento cirúrgico mais amplo que a lobectomia média.

REFERÊNCIAS

1. Barreto SM, Palombini DV, Tovar RB. Considerações sobre a síndrome do lobo médio. *AMRIGS*. 1982; 26(3): 196-201.
2. Springer C, Avital A, Noviski N, Maayan C, Ariel I, Mogel P *et al*. Role of infection in the middle lobe syndrome in asthma. *Arch Dis Child*. 1992; 67(5): 592-4.
3. Boloorsaz MR, Khalilzadeh S, Khodayari AA, Farhoodfar N, Mir S, Sadeghi M. Middle Lobe Syndrome in Children. *Tanaffos*. 2009; 8(1): 50-5.
4. Albo RJ, Grimes OF. The Middle Lobe

Syndrome: A Clinical Study. *Dis Chest*. 1966; 50(5): 509-18.

5. Wagner RB, Johnston MR. Middle lobe syndrome. *Ann Thor Surg*. 1983; 35(6): 679-86.

6. Culiner MM. The right middle lobe syndrome: A non-obstructive complex. *Dis Chest*. 1966; 50(1): 57-66.

7. Livingston GL, Holinger LD, Luck SR. Right middle lobe syndrome in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1987; 13(1): 11-23.

8. De Boeck K, Willems T, Van Gysel D, Corbeel L, Eeckels R. Outcome after right middle lobe syndrome. *Chest*. 1995; 108(1): 150-2.

9. Priftis KN, Mermiri D, Papadopoulou A, Anthracopoulos MB, Vaos G, Nicolaidou P. The role of timely intervention in middle lobe syndrome in children. *Chest*. 2005; 128(4): 2504-10.

10. Ayed AK. Resection of the right middle lobe and lingula in children for middle lobe/lingula syndrome. *Chest*. 2004; 125(1): 38-42.

FIGURAS

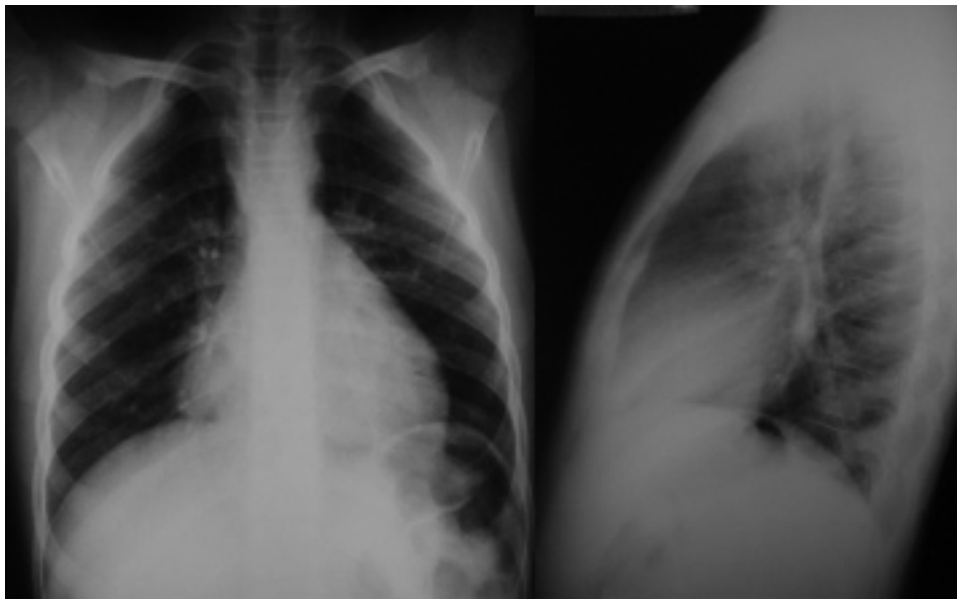


Figura 1 - Radiografia de tórax nas incidências PA (A) e perfil (B) mostrando atelectasia do terço médio do pulmão direito.



Figura 2 - Tomografia computadorizada de tórax mostrando bronquiectasias e redução volumétrica do lobo médio.

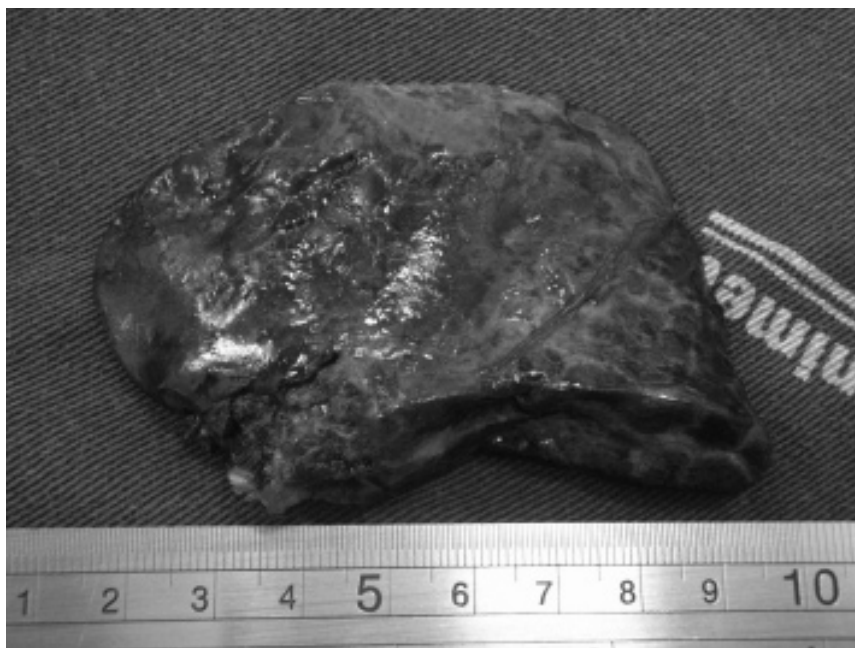


Figura 3: Lobo médio com sinais de hepatização consequente ao processo inflamatório crônico.

Instituição em que o trabalho foi realizado:

Universidade Federal do Amazonas - Departamento de Clínica Cirúrgica.

Endereço para correspondência:

Fernando Luiz Westphal - Hospital Universitário Getúlio Vargas, Coordenação de Ensino e Pesquisa. Av. Aripuanã, 4 - Praça 14 de Janeiro, Manaus - AM, Brasil. CEP: 69020-170

E-mail: f.l.westphal@uol.com.br