

COLECISTITE AGUDA ACALCULOSA EM PACIENTE PEDIÁTRICO PREVIAMENTE HÍGIDO: RELATO DE CASO

ACUTE ACALCULOUS COLECYSTITIS IN A CHILD WITHOUT UNDERLYING PATHOLOGY: CASE REPORT

Nicolle Schio¹; Fernanda Volpato França¹; Ana Beatriz Artigas Guimarães²; Dayana Filippim³; Maria Cristina da Silveira⁴

RESUMO

Objetivo: relatar um caso de colecistiteacalculosa aguda no serviço do Hospital Pequeno Príncipe. **Métodos:** estudo restrospectivo de relato de caso. **Discussão:** Paciente de 13 anos, masculino, previamente hígido, admitido no Hospital Pequeno Príncipe com quadro de dor em flanco direito, associada a náuseas, inapetência e diarreia líquida há 1 semana, com melhora parcial ao uso de analgésicos comuns (paracetamol e dipirona), porém com recorrência da dor. Realizou ultrassonografia de abdome total que mostrou colecistite aguda alitiásica e exames laboratoriais com provas de atividade inflamatória positivas. Paciente foi internado para tratamento conservador com antibioticoterapia. Apresentou resolução do quadro após 1 semana de tratamento, tendo alta hospitalar e sendo encaminhado para investigação ambulatorial. **Conclusão:** A colecistiteacalculosa aguda é uma patologia rara, de baixa prevalência na população geral e principalmente pediátrica. Deve-se suspeitar especialmente em pacientes críticos e hospitalizados por longos períodos, contudo, casos em pacientes previamente hígidos podem ser não tão infrequentes.

Descritores: colecistiteacalculosa aguda, criança, pediatria, infância

ABSTRACT

Objective: To report a case of acalculous acute cholecystitis of a patient in Pequeno Príncipe Hospital. **Methods:** retrospective case report. **Discussion:** A 13 year-old male, without underlying pathology, admitted to the Pequeno Príncipe Hospital with abdominal pain, associated to nausea, loss of appetite and liquid diarrhea for one week, with partial improvement with use of common analgesics (paracetamol and dipyron), but with recurrence of pain. Held total abdomen ultrasound that showed acute acalculous cholecystitis and laboratorial exams with positive inflammatory signs. Patient was admitted for conservative treatment with antibiotics and presented resolution of the condition after 1 week of treatment and was referred for outpatient ambulatory investigation. **Conclusion:** The acalculous acute cholecystitis is a rare disease of low prevalence overall and especially in pediatric population. Should be suspected in critically ill and hospitalized patients for long periods, however, in previously healthy patients may not be as infrequent as we think.

Keywords: acute acalculous cholecystitis, child, pediatrics, childhood.

- 1- Médica residente do Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba, Paraná.
- 2- Médica da especialidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas de Curitiba, Paraná.
- 3- Chefe do setor de Pronto-Atendimento do Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba, Paraná.
- 4- Chefe do setor do Pronto-Atendimento e médica da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba, Paraná.

Contato do Autor / Mail to:

Nicolle AmboniSchio-niccaschio@hotmail.com

Rua Desembargador Westphalen 824, apto 1706b, Curitiba, Paraná.CEP: 804101-51

INTRODUÇÃO

A colecistiteacalculosa aguda (CAA) é uma inflamação da parede da vesicular biliar sem a presença de cálculos, sendo responsável por 4 a 10% dos casos de colecistite aguda^{1,2}. É mais comum no gênero masculino e normalmente está associada com quadros de doenças graves e pacientes cronicamente hospitalizados. Porém, essa entidade existe como manifestação incomum em diversas doenças infecciosas e não-infecciosas. Na faixa etária adulta é rara e se faz ainda mais incomum na faixa pediátrica^{1,3}.

RELATO DE CASO

Paciente N.C.S, 13 anos, peso de 55kg, pardo, masculino, previamente hígido, admitido no setor de Pronto Atendimento do Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba/PR, com quadro de dor em flanco direito, tipo pressão, sem irradiação, associada a náuseas, inapetência e diarreia líquida sem sangue, muco ou pus, com evolução de 1 semana e melhora parcial ao uso de analgésicos comuns (paracetamol e dipirona), porém com recorrência da dor. Negava febre, vômitos, alterações urinárias ou outros sintomas. Ao exame físico encontrava-se em bom estago geral, eupnéico, acianótico, anictérico, corado, hidratado e afebril. Oroscoopia e otoscopia sem alterações significativas; sem linfonodomegalias; aparelho respiratório com murmúrio vesicular positivo e bilateral, sem ruídos adventícios; aparelho cardiovascular com bulhas cardíacas rítmicas, normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros, com pulsos palpáveis e simétricos em todos os membros; abdome depressível e flácido, sem massas ou visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes, com dor a palpação profunda de hipocôndrio direito, com piora da dor durante apalpação com inspiração profunda; sem outros sinais dignos de nota.

Exames complementares mostravam leucocitose de 18.630 leucócitos, com 67% de segmentados, 4% de bastões, 21% de linfócitos, 1% de eosinófilos; restante de hemograma normal, transaminase oxalacética de 31 U/L, transaminase pirúvica de 34 U/L, fosfatase alcalina de 173 U/L e gama glutiltrasnferase de 26 U/L, proteína C reativa de 143,6 mg/dL, uréia de 20 mg/dL e creatinina de 0,6 mg/dL.

Realizou ultrassonografia de abdome total que mostrou espessamento de parede vesicular, com presença de lama biliar em fundo vesicular, sem presença de cálculos, caracterizando colecistite aguda alitiásica (Figura 1).

O paciente foi internado na enfermaria da cirurgia pediátrica para início de tratamento. Foi optado por tratamento conservador com uso de Ciprofloxacino 500mg/dose de 12 em 12 horas por 7 dias. Devido ao quadro alitiásico e bom estado geral do paciente, foi

optado por manter tratamento conservador, sem necessidade de intervenção cirúrgica.

O paciente apresentou melhora importante da náusea, diarreia e dor após terceiro dia de internamento. Exames laboratoriais apresentaram diminuição importante na proteína C reativa e na leucocitose. Terminou o tratamento após 7 dias de internamento, sendo liberado com alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial para investigação.

DISCUSSÃO

A colecistite aguda acalculosa (CAA) é uma inflamação da parede da vesicular biliar sem a presença de cálculos, sendo responsável por 4 a 10% dos casos de colecistite aguda^{1,2}. É mais comum no gênero masculino e normalmente está associada a outras patologias em 60% dos casos, principalmente em pacientes com quadros críticos como grandes queimados, traumas extensos, doenças onco-hematológicas, imunossupressão grave, cardiopatias e nefropatias terminais, diabetes melito descompensados, dentre outros^{1,3-5}. Porém, essa entidade existe como manifestação incomum em diversas doenças infecciosas e não-infecciosas não críticas. Na faixa etária adulta é rara e se faz ainda mais incomum na faixa pediátrica¹ porém nos casos de colecistite aguda em crianças, a variante acalculosa corresponde a 30-50% dos casos⁶. Pode aparecer ainda em pacientes assintomáticos e previamente hígidos⁷.

A CAA tem como fisiopatologia a estase biliar, que culmina com liberação de mediadores inflamatórios locais que causam isquemia e necrose da parede, favorecendo o crescimento bacteriano e causando inflamação local que culmina em dor localizada em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos^{1,3}. Além desses sintomas, pode ter como manifestações clínicas febre, distensão abdominal e menos frequentemente massa palpável ou icterícia^{2,8}. A suspeição dessa patologia é pequena devido a sua baixa incidência. Os exames laboratoriais podem mostrar leucocitose na maioria dos casos e aumento de enzimas hepáticas em metade dos pacientes. Exames de imagem como ultrassonografia e tomografia de abdome ajudam no diagnóstico definitivo, mostrando normalmente distensão vesicular, espessamento de parede (>4 mm), lama biliar, gás intramural e edema perilesional^{4,9}. Nosso paciente apresentava uma dor abdominal mal localizada de início, recorrente, associada a náuseas e diarreia, porém não detinha nenhum outro sintoma mais evidente de colecistite, o que levou à demora do diagnóstico, sendo tratado primeiramente com medicações sintomáticas para quadro de gastroenterite infecciosa. Somente depois de manter dor por 1 semana que veio a procurar o serviço do Hospital Pequeno Príncipe, sendo então diagnosticado corretamente.

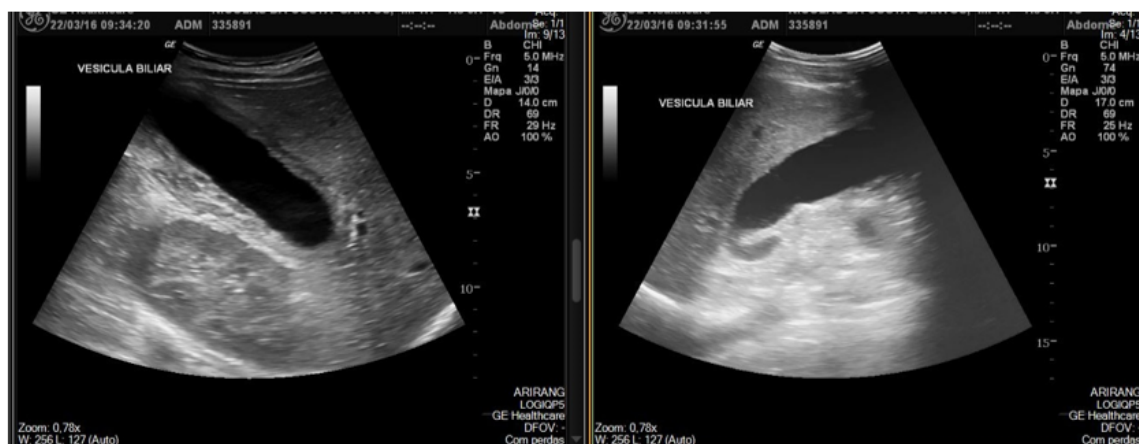


Figura 1 – Vesícula biliar com espessamento de parede e lama biliar na ultrassonografia de abdômen total.

Sabe-se que algumas doenças podem apresentar colecistitecalculosa como um sintoma incomum na evolução. Na reumatologia, existem relatos sobre colecistitecalculosa no lúpus eritematoso sistêmico. Acredita-se que ocorra devido a trombofilia e o quadro inflamatório generalizado, podendo comprometer a vascularização da vesícula biliar⁸. Na doença de Still, patologia rara que cursa com CAA, a incidência da colecistite é extremamente incomum¹⁰. Colecistitecalculosalinfocítica também apresenta-se como causa ainda mais rara, sem uma fisiopatologia conhecida, só sendo possível seu diagnóstico pela imunohistopatologia¹¹.

Nas causas infecciosas, aparecem como agentes de colecistite a leptospirose; malária¹²; salmonelose, que apresentando tropismo pela vesícula biliar¹³; hepatite A, B e C, sendo mais comum seu aparecimento nos quadros de hepatite A e B^{14,15}; dengue, que apresenta CAA em torno de 10% dos casos¹⁶; mononucleose infecciosa, associado a crianças do sexo feminino, com evolução benigna⁴; dentre outros agentes etiológicos infecciosos. Nosso paciente não foi investigado da parte infecto-contagiosa no momento da admissão, porém é importante ressaltar o papel das infecções subagudas ou latentes como desencadeadoras de CAA, a exemplo dos quadros de salmonelose assintomáticos ou gastroenterites leves, que podem cursar com colecistite¹⁷.

O tratamento é cirúrgico na maioria das vezes, devido a chance aumentada de perfuração vesicular, porém pode-se optar por tratamento conservador em casos sem maiores complicações^{3,5,18}. A escolha de tratamento conservador de nosso paciente levou em consideração a ausência de complicações e baixa gravidade do quadro. Por ser um paciente previamente hígido e que teve alta hospitalar após 7 dias de internamento com boa evolução, preferiu-se manter investigação ambulatorial para tentar definir a causa da CAA.

CONCLUSÃO

A CAA é uma patologia rara, de baixa prevalência na população geral e principalmente pediátrica, porém é

importante diagnóstico diferencial em quadros de dores abdominais sem causa definida, que podem cursar com aumento de enzimas hepáticas e marcadores inflamatórios. Deve-se suspeitar especialmente em pacientes críticos e hospitalizados por longos períodos, contudo, casos em pacientes previamente hígidos podem não ser tão infrequentes, devendo o médico estar alerta para tal patologia, já que é de fácil resolução e manuseio se o diagnóstico for precoce, com bom prognóstico, sendo o tratamento cirúrgico reservado para quadros mais graves da patologia.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- Blasco-Alonso J, Santiago-Garcia-Caro E, Gil-Gomez R, Jimenez-Alcantara C, Sanchez-Yanez P, Milano-Manso G. Acute acalculous cholecystitis: a not so rare disease. *Revista española de enfermedades digestivas : organo oficial de la Sociedad Española de Patología Digestiva*. 2014;106(7):487-90. Epub 2014/12/10.
- Yasuda H, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Kimura Y, et al. Unusual cases of acute cholecystitis and cholangitis: Tokyo Guidelines. *Journal of hepatobiliary-pancreatic surgery*. 2007;14(1):98-113. Epub 2007/01/26.
- Tsakayannis DE, Kozakewich HP, Lillehei CW. Acalculous cholecystitis in children. *Journal of pediatric surgery*. 1996;31(1):127-30; discussion 30-1. Epub 1996/01/01.
- Branco L, Vieira M, Couto C, Coelho MD, Laranjeira C. Acute Acalculous Cholecystitis by Epstein-Barr Virus Infection: A Rare Association. *Infectious disease reports*. 2015;7(4):6184. Epub 2016/01/12.
- Nanni G. Acute acalculous cholecystitis in childhood. *Postgraduate medicine*. 1983;74(5):269-70, 74. Epub 1983/11/01.
- Crystal RF, Fink RL. Acute acalculous cholecystitis in childhood. *Clinical pediatrics*. 1971;10(7):423-6. Epub 1971/07/01.

7. Poddighe D, Tresoldi M, Licari A, Marseglia GL. Acalculous Acute Cholecystitis in Previously Healthy Children: General Overview and Analysis of Pediatric Infectious Cases. *International journal of hepatology*. 2015;2015:459608. Epub 2015/12/08.
8. Manuel V, Pedro GM, Cordeiro LB, Miranda SM. Acute acalculous cholecystitis in systemic lupus erythematosus: a rare initial manifestation. *Revista brasileira de reumatologia*. 2016;56(2):181-4. Epub 2016/04/03. Colecistite aguda acalculosa no lupus eritematoso sistêmico: uma manifestação inicial rara.
9. Bondonny JM, Garbe JF, Bechraoui T, Micheau M, Candito D. [Acute acalculous gallbladder disease in children: acute cholecystitis or acute gallbladder distension (author's transl)]. *Chirurgie pédiatrique*. 1979;20(1):31-6. Epub 1979/01/01. Pathologie vésiculaire aigue non lithiasique de l'enfant: cholecystite aigue ou distension vésiculaire aigue (a propos de 2 cas).
10. Vallianou NG, Kouvidou C, Naxaki A, Aristodimou A. Acalculous cholecystitis with multiple organ failure and disseminated intravascular coagulation in a patient with adult onset Still's disease. *Annals of gastroenterology : quarterly publication of the Hellenic Society of Gastroenterology*. 2014;27(3):289-90. Epub 2014/07/01.
11. Jessurun J. Lymphocytic cholecystitis/cholangitis. *American journal of clinical pathology*. 2015;143(1):36-41. Epub 2014/12/17.
12. Carvalho D, Azevedo C, Coelho R, Ferreira A, Figueiredo P, Santos L, et al. [Acute acalculous cholecystitis in a patient with severe malaria]. *Acta medica portuguesa*. 2011;24 Suppl 3:631-4. Epub 2012/08/08. Colecistite aguda alitiasica num doente com malaria grave.
13. Jaramillo Samaniego JG. [Acalculous acute cholecystitis during the course of typhoid fever in children]. *Revista de gastroenterologia del Peru : organo oficial de la Sociedad de Gastroenterologia del Peru*. 2001;21(1):36-41. Epub 2002/08/10. Colecistitis aguda alitiasica en el curso de la fiebre tifoidea en niños.
14. Omar A, Osman M, Bonnet G, Ghamri N. Acute acalculous cholecystitis caused by Hepatitis C: A rare case report. *International journal of surgery case reports*. 2016;19:78-81. Epub 2016/01/02.
15. Arroud M, Benmiloud S, Oudghiri B, Afifi MA, Hida M, Bouabdallah Y. Acute acalculous cholecystitis revealing hepatitis A virus infection in children. *Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association*. 2009;15(4):277. Epub 2009/10/02.
16. Berrington WR, Hitti J, Casper C. A case report of dengue virus infection and acalculous cholecystitis in a pregnant returning traveler. *Travel medicine and infectious disease*. 2007;5(4):251-3. Epub 2007/06/19.
17. Ternberg JL, Keating JP. Acute acalculous cholecystitis. Complication of other illnesses in childhood. *Arch Surg*. 1975;110(5):543-7. Epub 1975/05/01.
18. Karkera PJ, Sandlas G, Ranjan R, Gupta A, Kothari P. Acute acalculous cholecystitis causing gall bladder perforation in children. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*. 2010;15(4):139-41. Epub 2010/12/21.