

Colecistite aguda acalculosa na infância

Acute acalculous cholecystitis in childhood

Fabio Yoriakai Yamaguchi*, Gilmara da Silva Aguiar*, José Henrique Buseti**, Roberto Siniscalchi*, José Francisco de Góis Filho*

Resumo

Colecistite aguda acalculosa é uma doença pouco frequente em adultos e incide geralmente em pacientes em estado crítico. Em crianças, sem outras patologias associadas, torna-se ainda mais rara. Os autores relatam um caso de criança de 5 anos de idade, masculino, com quadro de dor abdominal, febre e vômitos, sendo diagnosticada colecistite aguda acalculosa.

Unitermos

Colecistite aguda acalculosa; infância.

Abstract

Acute acalculous cholecystitis is an unusual illness in adults and generally occurs in critical ill patients. In children without another associated disease, it becomes rarer. The authors relate a case of a male five-year-old child with abdominal pain, fever and vomits, having been diagnosed acute acalculous cholecystitis.

Keywords

Acute acalculous cholecystitis; childhood.

Introdução

Colecistite aguda acalculosa é uma inflamação aguda da vesícula biliar, na ausência de cálculos. Representa de 4% a 8% dos casos de colecistite aguda e, ao contrário da colecistite calculosa, é mais comum em homens, em uma proporção de 1,5:1¹. Tende a ocorrer em associação com outras doenças, especialmente traumas, queimaduras, grandes cirurgias, sepsis, politransfusões e doenças sistêmicas debilitantes. Os pacientes geralmente apresentam doença crítica, necessitando de cuidados intensivos, estando alguns em uso de nutrição parenteral total². Em crianças, a colecistite aguda é um evento raro, principalmente em sua forma acalculosa.

Relato de caso

Paciente MSF, 5 anos, sexo masculino, branco, admitido no setor de pronto-socorro com quadro de dor abdominal em região de flanco direito, contínua, de início há três dias, associado a febre e vômitos, referindo parada de evacuações. Ao exame físico, encontrava-se em regular

estado geral, hipodratado, hipoativo, anictérico, acianótico, afebril. Sem alterações em orofaringe e sem adenomegalias. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Ao exame abdominal, apresentava distensão discreta, ruídos hidroaéreos diminuídos, com dor e defesa à palpação de flanco e hipocôndrio direitos, com dor à descompressão brusca. Sem massas ou vesícula palpáveis. Exames complementares mostravam leucocitose (12.300 leucócitos) sem desvio à esquerda, TGO: 57, TGP: 151, exame de urina normal. Radiografia de abdômen normal. Ultra-sonografia com vesícula biliar distendida, de 8,75 x 3,74 cm, sem espessamento de parede e sem cálculos.

O paciente foi submetido à laparotomia, no dia 24/6/2003, na qual se evidenciou vesícula biliar inflamada, com edema e hiperemia de parede, túrgida, com aderências inflamatórias. Sem alterações em outros órgãos. Foram realizadas colecistectomia convencional e apendicectomia, sem intercorrências. À abertura da vesícula, evidenciou-se conteúdo espesso, hidrópico, com necrose de mucosa e ausência de cálculos.

O exame anatomopatológico confirmou colecistite crônica agudizada, e, em apêndice cecal, hiperplasia folicular.

O paciente foi tratado com antibióticos no período pós-operatório, tendo boa evolução clínica e alta após três dias. No seguimento tardio, permaneceu assintomático e realizou exames de controle (hemograma, função hepática), que foram normais.

Discussão

A colelitíase em crianças é um evento pouco frequente e sua etiologia está relacionada a causas diferentes dos adultos. A maioria dos cálculos é do tipo pigmentar, em virtude de doença hemolítica congênita, fibrose cística, nutrição parenteral prolongada e ressecção intestinal extensa decorrente de malformações intestinais, com circulação enteroepática anormal^{3,4}.

A colecistite aguda acalculosa representa aproximadamente 6% das colecistites agudas, sendo mais frequente no sexo masculino e associada a condições sistêmicas críticas. Sua etiologia está associada a estase vesicular, com a liberação de mediadores inflamatórios como prostaglandinas e

* Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, São Paulo.

** Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, São Paulo. Disciplina de Anatomia da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.

leucotrienos pelo epitélio da vesícula biliar, causando inflamação, obstruções venosa e linfática, isquemia e necrose, que favorecem a proliferação bacteriana.

A colecistite aguda em crianças é rara. Quando na forma acalculosa, torna-se ainda menos freqüente, sendo geralmente associada a pacientes críticos. Existem poucos relatos na literatura, com casuísticas individuais pequenas.

O primeiro relato de colecistite em crianças foi feito por Gibson em 1722⁵, e a primeira apresentação sobre o assunto foi feito por Potter em 1938⁶. Os primeiros relatos de colecistite aguda acalculosa em crianças foram feitos na década de 1960^{7,8}.

Em virtude da raridade dessa patologia, existe baixo índice de suspeição no diagnóstico diferencial de abdômem agudo em crianças. Existe associação com outras patologias em 60% dos casos, o que pode contribuir ainda mais para o retardo no diagnóstico definitivo⁹. Os principais sintomas são dor abdominal em quadrantes superiores (70%) e vômitos (35%) e os principais achados clínicos são hipersensibilidade em hipocôndrio direito e febre em 75% dos casos. Distensão abdominal e ausência ou diminuição de ruídos intestinais estão presentes em 25% dos casos. Massa palpável e icterícia são menos freqüentes², e esta última, quando presente, geralmente se deve ao processo inflamatório adjacente. Os cálculos no ducto comum podem estar presentes em 6% dos casos¹⁰. Exames subsidiários revelam leucocitose em 75% dos

casos e elevação de transaminases em 50% dos pacientes. A colecintigrafia pode ser realizada em pacientes de suspeição de colecistite acalculosa, com acurácia de de 88% (menor que na colecistite calculosa)¹¹. A ultra-sonografia pode demonstrar distensão da vesícula e espessamento da parede, porém, esses achados não estão sempre presentes e, quando o fazem, podem ser inespecíficos.

O tratamento de escolha é a colecistectomia, em razão do maior risco de perfuração e gangrena do que as formas calculosas. A mortalidade da colecistite acalculosa é maior do que a da colecistite calculosa em virtude da concomitância com outras condições agravantes ou pelo diagnóstico mais tardio¹².

Conclusões

A colecistite aguda acalculosa em crianças é uma patologia rara, com baixo índice de suspeição nos quadros dolorosos abdominais. Apresenta-se mais freqüentemente associada à doença sistêmica grave. Os principais sintomas são dor em hipocôndrio direito e vômitos, com hipersensibilidade local e febre ao exame físico. Os exames complementares podem ajudar no diagnóstico, apesar de serem pouco específicos.

Apesar de incomum, a hipótese de colecistite aguda acalculosa deve estar presente no diagnóstico diferencial de doenças abdominais em crianças, a fim de instituir-se terapêutica precoce e adequada para os pacientes.

Referências bibliográficas

1. Howard RJ. Acute acalculous cholecystitis. *Am J Surg* 1981;141:94.
2. Petersen SR, Sheldom GF. Acute acalculous cholecystitis – A complication of hyperalimentation. *Am J Surg* 1979; 138:814.
3. Grosfeld JL, Rescorla FJ, West KW, Vane DW. Gastrointestinal injuries in childhood: Analysis of 53 cases. *J Pediatr Surg* 1989;24:580.
4. Grosfeld JL, Rescorla FJ, Skinner MA et al. The spectrum of biliary disorders in infants and children: experience with 300 cases. *Arch Surg* 1994;129:513.
5. Snyder CC. Cholecystitis and cholelithiasis in young children. *JAMA* 1925;85:31 (Quotes Gibson 1722).
6. Potter AH. Biliary disease in young subjects. *Surg Gynec Obstet* 1938;66:604.
7. Hopkins JW, Lynn HB, and Dower JW. Acute noncalculous cholecystitis in e three year old child. *Clin Pediat* 1962;1:105.
8. Marks C, Espinosa J, Hyman LJ. Acute acalculous cholecystitis in childhood. *J Pediatr Surg* 1968;3:608.
9. Ternbergm JL, Keating JP. Acute acalculous cholecystitis. Complication of other illnesses in childhood. *Arch Surg* 1975;110:543.
10. Ulin AW, Nojac JC, Martin WJ. Cholecystitis in childhood with associated obstructive jaundice. *Surgery* 1952;31:312.
11. Freitas JE. Cholescintigraphy in acute and chronic cholecystitis. *Semin Nucl Med* 1982;12:18.
12. Long TN, Heimbach DM, Carrico CJ. Acalculous cholecystitis in critically ill patients. *Am J Surg* 1978; 136:31.

Endereço para correspondência

Instituto de Morfologia da FMABC
Av. Príncipe de Gales, 821
Santo André, SP – CEP 09060-650