



Trabalhos Científicos

Título: Colecistite Alitiásica : Relato De 2 Casos Em Paciente Pediátrico Previamente Hígido

Autores: ANTONIO MONTEIRO DE CARVALHO MALHEIROS (FSM), ANNA CAROLINA CHIGANE DE ANDRADE (FSM), MARIA URUAHY POVOA DUARTE VILLELA (HMMC), FELIPE DE SOUZA BOMFIM (HMMC), BRUNA LARISSA COSTA SOUZA MARANHÃO (FSM), PIETRO DE ALMEIDA ZAVANELLA (HMMC), CARLA RAQUEL PORTILLA SANCHEZ DI TULIO (HMMC), OTAVIO SILVA DO CANTO (HMMC), PATRICIA MIRANDA (HMMC), KARLA DE OLIVEIRA ABHRAÃO (HMMC), PALOMA FERNANDES COELHO (HMMC), MONICA ROSENBLATT (HMMC), CAROLINA FLECK DOS REIS LARA (FSM), ANDRE FILIPE FREIND (HMMC), KATIA FARIAS E SILVA (FSM E UERJ)

Resumo: A colecistite aguda ocorre predominantemente como uma complicação da doença do cálculo biliar e geralmente se desenvolve em pacientes com história de cálculos biliares sintomáticos. Em 5 a 10% dos casos, a colecistite aguda pode desenvolver-se sem cálculos biliares, colecistite alitiásica (CAA). Feminina, 14 anos, apresentou linfonodomegalia cervical, odinofagia e febre, evoluindo com icterícia, dor abdominal e sinal de Murphy positivo. Exames mostraram proteína C reativa elevada de 2,40 mg/dl e hepatograma compatível com síndrome colestática. TC abdominal revelou vesícula pouco distendida com líquido livre em adjacência. Após 3 dias, US constatou vesícula biliar distendida e espessada, sem cálculos, sugerindo CAA. Sorologia para Epstein Barr IgM foi positiva. Recebeu alta após melhora da colestase. Feminina, 8 anos, apresentou febre baixa intermitente e polissierosite que evoluiu em 24 horas para anasarca, comprometendo sua respiração. Inicialmente foi suspeitado dengue, porém o teste foi negativo. Após transferência para CTI pediátrico, foi diagnosticada pneumonia e iniciado tratamento com cefepime e vancomicina IV. Após toracocentese de alívio, foi detectado inflamação na vesícula biliar a partir de US abdominal, compatível com CAA. Diagnóstico de sepsis de foco pulmonar evoluiu com melhora progressiva e alta. A CAA ocorre devido a uma disfunção ou hipocinesia diminui esvaziamento vesicular, por mecanismos de lesão visceral isquêmica, resposta inflamatória sistêmica e estase biliar. Expressam-se por clínica de dor, desconforto abdominal em quadrante superior direito, febre e icterícia. Acomete em geral indivíduos hospitalizados e em estado crítico, doenças crônicas ou imunodeficientes e a prevalência é no sexo masculino na pediatria. O diagnóstico da CAA é feito pela clínica, e imagem (US ou TC), sugerindo combinação de pelo menos três das seguintes alterações: aumento da espessura da parede vesicular (>3,5mm), aumento de volume, presença de barro biliar intraluminal, sinal de Murphy, detecção de gás intramural e fluido líquido pericolecístico. Em relação ao tratamento, deve-se iniciar antibioticoterapia e a indicação cirúrgica (colecistectomia ou colecistostomia) depende do risco de ruptura e gravidade clínica. Sua alta taxa de mortalidade, em média de 10 a 67%, está associada a condições pré estabelecidas do paciente, que podem culminar com quadro de gangrena e perfuração da vesícula biliar. Mas nos casos onde há bom estado geral o tratamento conservador na fase aguda é indicado e a cirurgia pode ser avaliada eletivamente. A CAA é uma condição rara, mas potencialmente grave e por isso deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de dor abdominal na emergência. É ainda mais rara na faixa etária pediátrica e em pacientes previamente hígidos. Os sintomas inespecíficos podem acarretar diagnóstico tardio. É essencial a vigilância clínica para detecção precoce de perfuração e sepsis.