

Colecistite alitiásica por dengue. Relato de casos*

Acalculous cholecystitis in dengue. Case reports

Luiz José de Souza¹, Sônia Maris Oliveira Zagne², Paulo Gustavo Araújo³, Luisa Oliveira Zagne⁴, Natally de Souza Maciel⁴, Nathália Felix Araujo⁴

*Recebido da Faculdade de Medicina de Campos, Sociedade Brasileira de Clínica Médica Regional, Hospital Plantadores de Cana e Centro de Referência da Dengue, Campos dos Goytacazes, RJ.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Destacar a importância de investigar a colecistite alitiásica em pacientes com dengue, que tenham dor abdominal como sinal de alerta, através da exposição de dois casos diagnosticados no Centro de Referência da Dengue (CRD) no município de Campos dos Goytacazes no primeiro semestre de 2007.

RELATO DOS CASOS: Dois pacientes encaminhados ao CRD com quadro clínico de dengue foram submetidos à anamnese, exame físico, rotina laboratorial na admissão e em decorrência de importante queixa algica abdominal, foi realizada ultrassonografia dessa região. As ultrassonografias, em ambos os casos, evidenciaram vesícula biliar distendida com paredes difusamente espessadas, sem evidências ou sinais de litíase em seu interior (colecistite alitiásica). A pesquisa IgM para dengue foi realizada no 8º dia após o início do quadro e confirmou a suspeita clínica inicial.

CONCLUSÃO: A colecistite alitiásica é uma manifestação atípica da dengue, normalmente autolimitada, que deve ser pesquisada em todos os pacientes que tenham dor abdominal (como sinal de alerta) e a conduta adequada restringe-se ao tratamento de suporte, devendo a cirurgia ser reservada às complicações.

Descritores: Colecistite Acalculosa, Dengue

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Attests the importance of the acalculous cholecystitis investigation in dengue fever patients who present abdominal pain as an alert sign. The article is based on two case reports diagnosed at the Dengue Reference Center (DRC) in the municipality of Campos dos Goytacazes in the first half severing of 2007.

CASE REPORT: Two patients sent to DRC suspected of having dengue fever were evaluated for a medical history, and subjected to physical examination and routine laboratory tests on admission and were given abdominal ultrasound when they presented with abdominal pain. The ultrasound findings were that the gallbladder wall was diffusely thickened with no evidence or signs of lithiasis in its interior (acalculous cholecystitis). The serological IgM proved that it was dengue fever on the eighth day after the first symptom.

CONCLUSION: The acalculous cholecystitis is an atypical manifestation of dengue fever. It is usually auto-limited, and has to be researched in all patients with abdominal pain as an alert sign. The appropriate conduct is support treatment, and surgical treatment may be reserved only for complications.

Keywords: Acalculous Cholecystitis, Dengue.

INTRODUÇÃO

Dengue é uma doença infecciosa aguda de etiologia viral, que constitui um sério problema de saúde pública no mundo, especialmente na maioria dos países tropicais¹. Existem quatro sorotipos denominados: DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. A infecção por um dos sorotipos não confere proteção cruzada².

As infecções apresentam grande espectro de doença humana variando de formas clinicamente inaparentes, até formas graves e fatais (febre hemorrágica da dengue, graus III e IV / síndrome do choque da dengue), além das formas atípicas, com acometimentos cardíacos, neurológicos ou hepáticos, os quais vêm se tornando cada vez mais frequentes³.

Na dengue clássica a primeira manifestação é a febre, geralmente alta (39° C a 40° C), de início abrupto, associado à cefaléia, prostração, mialgia, artralgia, dor retro-orbitária, exantema máculo-papular acompanhado ou não de prurido. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia podem ser observados. No final do período febril podem surgir ma-

1. Chefe da Enfermaria de Clínica Médica do Hospital Plantadores de Cana; Tesoureiro da Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM) Regional Rio de Janeiro; Coordenador do Centro de Referência da Dengue – Diagnóstico e Tratamento, Campos, RJ.

2. Professora Assistente da Disciplina de Semiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ.

3. Coordenador de Graduação da Faculdade e Medicina de Campos (FMC), Professor Auxiliar da Disciplina de Clínica Médica da (FMC) Campos, RJ.

4. Graduando (5º Ano) da Faculdade de Medicina de Campos, RJ.

Apresentado em 07 de outubro de 2008

Aceito para publicação em 03 de dezembro de 2008

Endereço para correspondência:
Sociedade Brasileira de Clínica Médica Regional
Av. Alberto Torres, 217 – Centro
28035-580 Campos dos Goytacazes, RJ.
Fone/Fax: (22) 2723-9243
Email: sbcm.rol@terra.com.br; nathalia_araujo_85@hotmail.com

nifestações hemorrágicas, como epistaxe, petéquias, gengivorragia, metrorragia e outros sintomas.

A presença de manifestações hemorrágicas não é exclusiva da febre hemorrágica da dengue, e quadros com plaquetopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$) podem ser observados, com ou sem essas manifestações. É importante diferenciar esses casos de dengue clássica com manifestações hemorrágicas e/ou plaquetopenia dos casos de febre hemorrágica da dengue (FHD)⁴.

A presença de sinais de alerta indica a possibilidade de gravidade do quadro, sendo os principais sintomas dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hipotensão postural, hipotensão arterial, pressão diferencial < 20 mmHg (pressão arterial convergente), hepatomegalia dolorosa, hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena) extremidades frias, cianose, pulso rápido e filiforme, agitação e/ou letargia, diminuição da diurese, diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia, aumento repentino do hematócrito e desconforto respiratório.

As principais manifestações atípicas encontradas na dengue são: hepatite, colecistite alitiásica⁵, pancreatite, púrpura trombocitopênica, síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), miocardite, além de manifestações do sistema nervoso como encefalite, encefalopatia, síndrome de Guillain Barré e polineurite múltipla.

RELATO DOS CASOS

Caso 1:

Paciente do sexo feminino, 38 anos, branca, do lar, natural de Campos dos Goytacazes, procedente do Hospital Ferreira Machado, com queixa principal de “dor na barriga”, dor no corpo, febre alta, mialgia, artralgia, cefaléia de forte intensidade, dor retro-orbitária, epigastralgia, náuseas e vômitos que pioravam com a alimentação, de início havia 8 dias. Diante do quadro clínico e exames laboratoriais, foi transferida para o Centro de Referência da Dengue (CRD). História patológica pregressa: nada digno de nota. Negava tabagismo, alcoolismo ou uso de drogas ilícitas. História familiar: nada digno de nota.

Ao exame físico apresentava-se sonolenta, orientada, eupnéica, hipocorada ($++/4$), anictérica, acianótica, febril, prova do laço positiva. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, frequência cardíaca (FC) de 104 bpm; pressão arterial (PA) = 100 x 60 mmHg, pulsos amplos, enchimento capilar satisfatório. Sistema respiratório: sem alterações. Abdômen flácido, doloroso à palpação profunda difusamente, porém com predomínio na região epigástrica e hipocôndrio direito, sinal de Murphy e peristalse presente.

Os exames laboratoriais mostravam leucócitos 1.800 μL (segmentados = 49%, linfócitos = 37%, bastões = 0%, eosinófilos = 1%); hemácias 4.450 $\text{M}/\mu\text{L}$; hematócrito = 35,6%; hemoglobina = 11,1 g/dL; plaquetas 36.000 μL ; TGP: 283 μL ; TGO: 144 μL ; sorologia para dengue IgM: reagente no 8º dia, após o início dos sintomas.

Ao exame de ultrassonografia abdominal total observou-se

vesícula biliar distendida com paredes difusamente espessadas sem evidências ou sinais de litíase em seu interior (colecistite alitiásica); ausência de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas; moderada quantidade de líquido livre na cavidade pélvica (Figura 1).

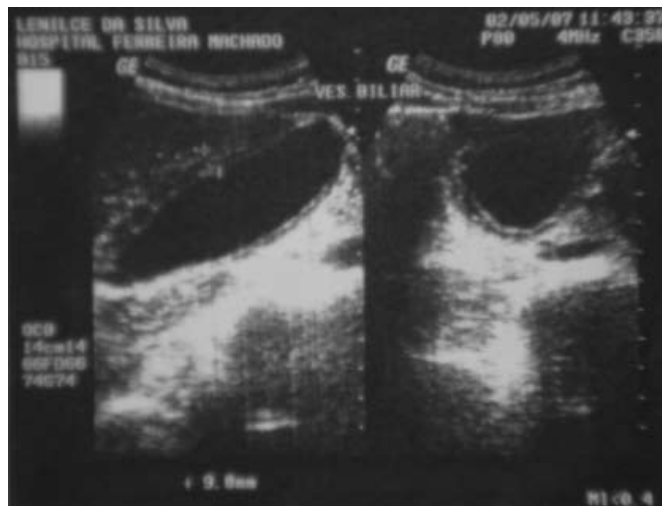


Figura 1 – Ultrassonografia abdominal – colecistite acalculosa

A paciente evoluiu com melhora clínica no 11º dia de internação, depois de administração de hidratação venosa vigorosa e tratamento sintomático. Realizou-se controle laboratorial rigoroso até a elevação das plaquetas e a redução das enzimas hepáticas. No 12º dia encontrava-se estável, assintomática e com melhora clínica aparente, recebendo alta hospitalar.

Caso 2:

Paciente do sexo feminino, 33 anos, natural de Campos dos Goytacazes, com queixa principal de “Dor na barriga” e febre. Havia quatro dias iniciou quadro progressivo de mialgia, febre, prostração e dor abdominal, sendo atendida no CRD e internada para acompanhamento médico. História patológica pregressa: nada digno de nota. Negava tabagismo, alcoolismo ou uso de drogas ilícitas. História familiar: nada digno de nota.

Ao exame físico apresentava-se orientada, eupnéica, normocorada, anictérica, acianótica, febril, prova do laço positiva; ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, FC = 104 bpm, PA = 100 x 60 mmHg. Sistema respiratório: sem alterações; apresentava abdômen flácido doloroso à palpação profunda, na região epigástrica e no hipocôndrio direito, sinal de Murphy e peristalse presente. Os exames complementares apresentavam leucócitos = 3.400; plaquetas = 55.000 μL ; TGO :30 μL ; TGP: 42 μL ; sorologia para dengue IgM: reagente.

Ao exame ultrassonográfico apresentava vesícula biliar distendida com paredes difusamente espessadas sem evidências ou sinais de litíase em seu interior (colecistite alitiásica) no 5º dia de evolução sintomatológica (Figura 2). Diminuição da espessura das paredes da vesícula biliar no 8º dia de evolução, configurando a regressão do quadro inflamatório (Figura 3).



Figura 2 – Ultrassonografia abdominal – diminuição da espessura das paredes da vesícula biliar (regressão do quadro inflamatório)

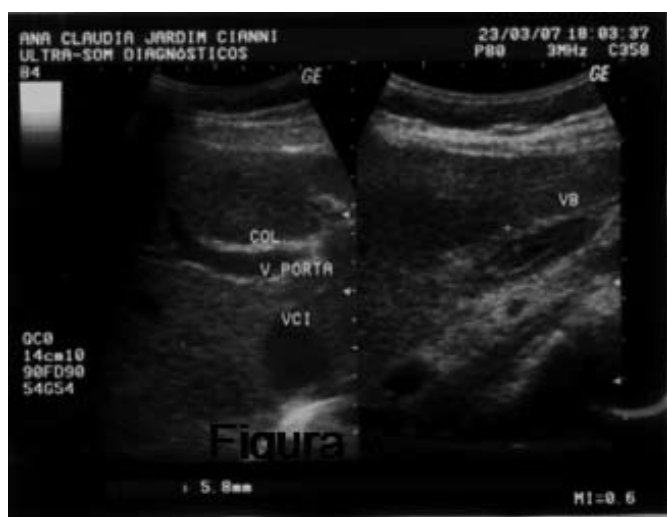


Figura 3 – Ultrassonografia abdominal – vesícula biliar distendida com paredes difusamente espessadas

A paciente apresentou progressão do quadro no 6º dia de internação, com aumento da dor abdominal, ascite moderada, queda do estado geral, hipotensão (PA = 80 x 40 mmHg) e os exames laboratoriais apresentaram plaquetopenia e hemoconcentração. Administrou-se vigorosa hidratação, por via venosa, que de imediato interveio no processo, levando a melhora clínico-laboratorial. Dois dias depois apresentou-se hemodinamicamente estável e com melhora radiológica. Recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

A inflamação aguda da vesícula biliar classicamente pode ser ocasionada por fatores mecânicos, inflamatórios químicos e bacterianos, sendo a inflamação da parede da vesícula biliar que suceder a obstrução do ducto cístico por um cálculo, a causa mais comum de colecistite aguda⁶.

A colecistite acalculosa ou alitiásica ocorre em 5% a 10% dos pacientes com colecistite aguda. As manifestações clínicas de apresentação da colecistite acalculosa são indistinguíveis da forma com cálculo, porém, a ocorrência do quadro clínico de dor no quadrante superior direito na vigência de doenças infecciosas bacterianas, doenças crônicas como diabetes *mellitus* ou pós-operatório, deve remeter ao primeiro diagnóstico⁶.

Recentemente, a colecistite alitiásica tem sido descrita associada a viroses, principalmente como uma das manifestações atípicas da dengue, sendo mais comum do que as causadas por salmonelose, rickettsiose e leptospirose. Sua patogenia ainda é desconhecida, porém, acredita-se que seja resultado da microangiopatia da vesícula causada pela dengue⁷.

Diante do exposto, pacientes com dengue apresentando dor abdominal como sinal de alerta, a colecistite alitiásica é uma forma atípica não muito rara deve ser investigada. Méndez e González demonstraram através de um estudo com 913 crianças com dengue a incidência de 9% desta entre as manifestações atípicas¹¹.

Nos pacientes com dengue e dor abdominal a ultrassonografia tem sido o método de imagem de escolha, sendo descrita uma diversidade de achados ultrassonográficos abdominais de relevância para reforçar tal hipótese em casos suspeitos e excluir possíveis diagnósticos diferenciais⁹. Vabo e col. em estudo ultrassonográfico em 38 casos confirmados de dengue, apontaram como achado mais freqüente (47,4% - 18 casos), o espessamento difuso da vesícula biliar, estando associado ou não a quadro clínico de colecistite alitiásica, como por exemplo, dor no hipocôndrio direito, no ponto cístico, sinal de Murphy, febre, náuseas e vômitos⁸. Em outro estudo Setiawan e col. demonstraram em crianças, que o espessamento da parede da vesícula maior que 3 mm estava significativamente associado a casos mais graves da doença, podendo ser usado como critério para admissão hospitalar e monitoração. Uma espessura maior que 5 mm identificavam pacientes com febre hemorrágica da dengue, com maior risco de desenvolvimento de choque hipovolêmico e óbito¹⁰.

A colecistite alitiásica na dengue é normalmente autolimitada⁵, sendo utilizado o tratamento conservador. A indicação cirúrgica está reservada a casos onde haja complicações como peritonite difusa.

Wu e col., apresentaram um estudo com 10 pacientes com colecistite alitiásica, e demonstraram a diferença no prognóstico frente à conduta adotada. Dois foram colecistectomizados, um submetido à drenagem percutânea por loja hepática e os demais receberam tratamento conservador, os que foram submetidos à procedimentos invasivos apresentaram complicações hemorrágicas e tempo de internação hospitalar de 16 e 18 dias, enquanto os tratados conservadoramente, obtiveram alta em média de 4 dias⁵.

Nos casos apresentados a evolução se deu como descrita na maior parte dos relatos existentes, cursando sem outras complicações e atingindo regressão total do quadro dentro do período esperado.

Por conseguinte, evidencia-se que a colecistite alitiásica é

uma apresentação atípica, não tão infreqüente, em pacientes com dor abdominal na dengue. Esta não deve ser esquecida pelo médico, tendo em vista o fácil manuseio, quando diagnosticada precocemente e o bom prognóstico quando fornecido o suporte adequado, reservando-se os procedimentos invasivos às formas com pior prognóstico³.

REFERÊNCIAS

1. Programa Nacional de Controle da Dengue. [base de dados na internet]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23614&janela=1>.
2. Nogueira RMR. Dengue no Estado do Rio de Janeiro, 1986-1991: Perfil Laboratorial das Epidemias pelos Vírus Dengue 1 e Dengue 2. [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 1994.
3. Souza, LJ de. Dengue: Diagnóstico Tratamento e Prevenção. Rio de Janeiro: Rubio; 2007.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gesta. Dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Wu KL, Changchien CS, Kuo CM, et al. Dengue fever with acute acalculous cholecystitis. *Am J Trop Med Hyg*, 2003;68:657-660.
6. Kasper D, Braunwald E, Fauci AS, et al. *Harrison Medicina Interna*. 16^a Ed, Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006.
7. Khor BS, Liu JW, Lee IK, et al. Dengue hemorrhagic fever patients with acute abdomen: clinical experience of 14 cases. *Am J Trop Med Hyg*. 2006;74:901-904.
8. Vabo KA, Torres Neto G, Santos AAS, et al. Achados ultra-sonográficos abdominais em pacientes com dengue. *Radiol Bras*, 2004;37:159-162.
9. Pramuljo HS, Harun SR. Ultrasound findings in dengue haemorrhagic fever. *Pediatr Radiol*, 1991;21:100-102.
10. Setiawan MW, Samsi TK, Pool TN, et al. Gallbladder wall thickening in dengue hemorrhagic fever: an ultrasonographic study. *J Clin Ultrasound*, 1995;23:357-362.
11. Méndez A, González G. Abnormal clinical manifestations of dengue hemorrhagic fever in children. *Biomedica (Bogotá)*. 2006;26:61-70.