



Pancreatite aguda litiásica – caso clínico

Margarida Chaves¹, Cristina Silvério¹, Anabela Brito¹, Helena Oliveira², Ascensão Santos³, Nuno Lynce¹

1 - Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Cascais

2 - Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de Cascais

3 - Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar de Cascais

Resumo

A pancreatite aguda é uma patologia rara na idade pediátrica. Apresenta-se o caso de uma adolescente obesa, internada por icterícia obstrutiva. A ecografia abdominal mostrou vesícula litiásica, sem dilatação da via biliar principal. Teve alta após melhoria e cinco dias depois foi reinternada por dor abdominal intensa, vômitos e hiperamilasémia. Confirmou-se ecograficamente litíase vesicular com via biliar principal dilatada. Após terapêutica médica de suporte e melhoria clínica, realizou-se colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), com esfínterectomia e extração de cálculo da via biliar principal. Em ambulatório, foi submetida a colecistectomia laparoscópica, com boa evolução. Numa adolescente obesa com dor abdominal e icterícia obstrutiva, o diagnóstico de litíase da via biliar principal deve ser considerado precocemente, evitando complicações graves como a pancreatite aguda.

Palavras-chave: Pancreatite aguda; litíase biliar; obesidade; adolescente; CPRE; colecistectomia.

Acta Pediatr Port 2006;37(5):197-9

Acute gallstone pancreatitis – a case report

Abstract

Acute pancreatitis is an uncommon condition in paediatric age. A case of an obese adolescent admitted with cholestatic jaundice is reported. The abdominal ultrasonography showed gallstones without dilatation of common bile duct. She was discharged after improvement but five days later was readmitted with severe abdominal pain, vomiting and an elevated serum amylase. Ultrasonography confirmed gallstones with dilatation of common bile duct. After supportive medical management and clinical improvement, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with sphincterotomy and extraction of common bile duct calculi was performed. Laparoscopic cholecystectomy was done after dischar-

ged, with good evolution. In an obese adolescent with abdominal pain and cholestatic jaundice the early diagnosis of common bile duct stones must be considered, avoiding major complications like acute pancreatitis.

Key-words: acute pancreatitis; cholelithiasis; obesity; adolescent; ERCP; cholecystectomy

Acta Pediatr Port 2006;37(5):197-9

Introdução

A pancreatite aguda é uma patologia rara na infância, mas mais frequente na adolescência^{1,3}. As etiologias mais frequentes são os traumatismos abdominais fechados, as infecções virais, as doenças multissistémicas, as anomalias congénitas e a microlitíase biliar^{2,7}. Em cerca de 30% dos casos a etiologia permanece desconhecida⁵, embora a pancreatite idiopática seja rara em crianças abaixo dos seis anos¹.

A litíase biliar pode ocorrer em todas as idades, sendo contudo rara em crianças saudáveis⁸. Dos factores de risco destacam-se a doença hemolítica crónica, a obesidade, a doença ou ressecção ileal, a doença hepática crónica, a fibrose quística, a prematuridade, a alimentação parentérica prolongada e certos grupos raciais ou étnicos^{3,8-10}.

Os cálculos biliares na infância podem ser pigmentares (70%), de colesterol (15 a 20%) ou de composição desconhecida⁸. Na primeira década de vida predominam os cálculos pigmentares, que podem ser pretos (bilís estéril) ou castanhos (bilís infectada). Os cálculos de colesterol representam 90% dos cálculos detectados na adolescência^{8,10}. Neste grupo etário a discinésia biliar é um factor predisponente importante ao favorecer a formação de lamas biliares^{10,11}.

A manifestação clínica mais frequente é a dor abdominal recorrente, tipo cólica, localizada ao quadrante superior direito. A colecistite aguda pode ser a primeira manifestação com febre, dor e massa palpável no hipocôndrio direito^{8,10}. Analiticamente pode ocorrer aumento da bilirrubina, da

Recebido: 15.03.2006

Aceite: 17.08.2006

Correspondência:

Ana Margarida Chaves
Rua Dórdio Gomes nº 7, 3º A
2780-232 Oeiras
E-mail: amchaves@sapo.pt

gamaglutamiltranspeptidase (GGT) e da fosfatase alcalina (FA) se os cálculos estiverem alojados nas vias extra-hepáticas. Se houver obstrução ao nível da ampola pode ocorrer aumento da amilase e lipase ⁴.

A ecografia abdominal é o método de eleição para o diagnóstico de cálculos e lamas biliares, permitindo também detectar alterações anatómicas da vesícula biliar e dilatação das vias biliares ^{3,9,10}. Segundo alguns autores, o aumento do diagnóstico accidental de cálculos biliares em crianças e adolescentes assintomáticos deve-se ao uso mais frequente desta técnica na avaliação da dor abdominal ⁹. A radiografia simples do abdómen apenas mostra cálculos com elevado conteúdo de cálcio. Em casos específicos, a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) permitem detectar alterações subtis das vias biliares e localizar cálculos intraductais ¹⁰.

As complicações desta patologia incluem distensão e perfuração da vesícula biliar, quando a obstrução ocorre ao nível do cístico, e pancreatite aguda quando ocorre ao nível da ampola ^{8,10}.

No que se refere à abordagem terapêutica, nos casos assintomáticos é recomendada vigilância, pois menos de 20% causam complicações ¹⁰. Na presença de litíase sintomática o tratamento de eleição é a colecistectomia laparoscópica ^{3,10-12}, com realização de colangiografia intraoperatória que permite excluir a presença de cálculos intraductais ^{3,8,10}. Os cálculos da via biliar principal (VBP) ocorrem em cerca de 2 a 6 % das crianças com colelitíase, muitas vezes associados a icterícia obstrutiva e pancreatite. A CPRE com extracção de cálculos, antes ou após a colecistectomia laparoscópica, é a técnica de eleição nestes casos ^{3,10,11,13}.

O prognóstico da litíase biliar é bom nos casos não complicados ¹⁰.

Caso Clínico

Adolescente de 13 anos, raça negra, natural e residente em Cascais, obesa (índice de massa corporal = 30) e sem antecedentes familiares relevantes.

Foi internada por astenia, adinamia, dor abdominal generalizada, vômitos, icterícia e colúria. Apresentava icterícia e hepatoesplenomegália ligeira. O estudo analítico efectuado revelou hiperbilirrubinémia conjugada (bilirrubina total 3,36 mg/dl; bilirrubina directa 2,26 mg/dl), aumento das transaminases (ALT 215 UI/L; AST 131 UI/L), da fosfatase alcalina (FA 311 UI/L), da gamaglutamiltranspeptidase (GGT 380 UI/L) e da amilase (145 UI/L). Tinha hemoglobina de 14 g/dl e parâmetros de infecção negativos (Proteína C Reactiva 0,01 mg/dL). As serologias virais para hepatite A, B e C foram negativas e o perfil lipídico era normal. Por suspeita de cólica biliar, foi efectuada ecografia abdominal que mostrou cone de sombra compatível com vesícula litíásica, sem dilatação aparente da via biliar principal (VBP), sem patologia das vias biliares intra-hepáticas, com pâncreas, baço e fígado normais e sem líquido livre intra-abdominal. Ocorreu melhoria clínica e laboratorial, tendo alta ao nono dia de internamento com o diagnóstico de litíase biliar e orientada para as consultas de Pediatria e de Cirurgia Geral.

Cinco dias depois é reinternada por dor abdominal intensa no hipocôndrio direito e epigastro e vômitos, apresentando escleróticas icterícas e abdómen muito doloroso à palpação nas regiões referidas. Analiticamente apresentava hiperamilasémia (amilase 1149 UI/L), aumento das transaminases (AST 910 UI/L; ALT 747 UI/L) e bilirrubina total de 1,66 mg/dl. Colocou-se como hipótese pancreatite aguda litíásica. Reptiu-se a ecografia abdominal, que confirmou a presença de litíase e VBP com calibre máximo de 7 mm. Foi instituída terapêutica de suporte, com soro de manutenção e analgesia. Permaneceu em pausa alimentar e com entubação nasogástrica durante dois dias, iniciando posteriormente dieta líquida sem gorduras, com boa tolerância. Ao 14º dia de internamento, após melhoria clínica e laboratorial (amilase 72 UI/L, AST 36 UI/L e ALT 82 UI/L), foi efectuada CPRE, com esfínterectomia, papilotomia e extracção de cálculo da VBP (Figura 1).

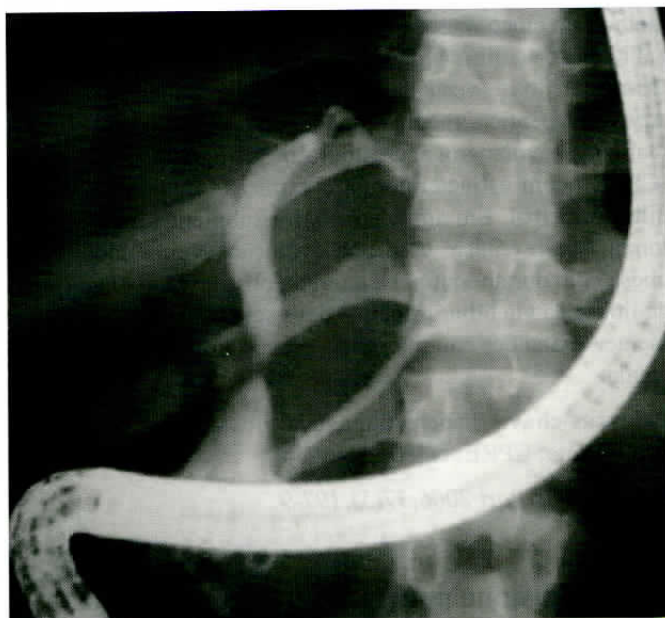


Figura 1 – Imagem de CPRE, mostrando obstrução na via biliar principal.

Teve alta com colecistectomia laparoscópica programada, que decorreu sem complicações. O exame anatomo-patológico da peça operatória (Figura 2 A e B) mostrou cálculos de colesterol e a presença de colecistite crónica litíásica, com hiperplasia da mucosa. Foi reavaliada em consultas de Cirurgia e de Pediatria Geral, estando até à data assintomática e mantendo obesidade por má adesão às medidas instituídas.

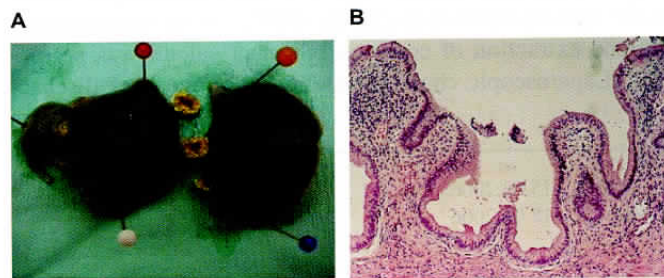


Figura 2 – Imagens de anatomia patológica. A – Imagem da peça operatória com vários cálculos de colesterol. B – Imagem histológica revelando colecistite crónica litíásica com hiperplasia da mucosa.

Discussão

O caso clínico descrito mostra que numa adolescente obesa com dor abdominal localizada a nível dos quadrantes superiores, vômitos e icterícia obstrutiva, o diagnóstico de litíase da via biliar principal (VBP) deve ser colocado de imediato^{3,8,10}. A ecografia é o método de imagem de primeira linha perante esta suspeita^{3,9,10}. Embora não tenha revelado imagem sugestiva de cálculo na VBP ou a sua dilatação, o quadro clínico e as alterações analíticas iniciais, sugestivas de fígado em sofrimento por obstrução biliar, impunham a realização imediata de CPRE com esfínterectomia e limpeza da VBP. A ocorrência de melhoria clínica e laboratorial e a ausência de confirmação ecográfica de litíase da VBP condicionaram a opção terapêutica escolhida. Contudo, a realização precoce de CPRE no primeiro internamento talvez pudesse ter evitado a ocorrência de uma complicação grave como a pancreatite aguda. À semelhança do descrito na literatura, a CPRE terapêutica revelou-se segura neste caso, com melhoria clínica significativa após remoção dos cálculos¹³⁻¹⁵. Esta técnica tem sido aplicada de forma crescente no diagnóstico e intervenção nos doentes pediátricos com pancreatite e, embora invasiva, permite obter imagens de grande resolução, a visualização directa da ampola e a intervenção terapêutica, nomeadamente a remoção de cálculos ou a esfínterectomia^{4,5}.

Em oposição, perante uma criança ou adolescente com litíase vesicular e sem sinais clínicos, analíticos ou radiológicos de obstrução da via biliar principal, a terapêutica conservadora é a abordagem recomendada, com reavaliação ecográfica anual. Verifica-se que em alguns casos ocorre resolução espontânea, possivelmente através da migração dos cálculos pela via biliar principal^{9,12}.

A obesidade, por si só, é um factor de risco para litíase biliar⁸⁻¹¹. A instituição de medidas dietéticas e o incentivo à prática de exercício físico, com seguimento regular em consulta, foram tentados neste caso, sem grande sucesso, pela má adesão da adolescente e família.

Apesar da complicação grave resultante da patologia litíásica e da opção terapêutica inicial, a evolução clínica foi favorável. Este caso pretende assim alertar os Pediatras para uma patologia pouco usual na prática clínica diária. O seu diagnóstico precoce e um tratamento atempado são essenciais para um bom prognóstico³.

Agradecimento

Aos colegas do Serviço de Gastroenterologia do Hospital dos Capuchos que efectuaram a CPRE, pelo seu contributo decisivo no diagnóstico e terapêutica do caso descrito.

Referências

1. Lopez MJ. The changing incidence of acute pancreatitis in children: a single-institution perspective. *J Pediatr* 2002;140:622-4.
2. Werlin SL. Pancreatitis. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000. p1191-2.
3. Akel S, Khalifeh M, Akel MM. Gallstone pancreatitis in children: atypical presentation and review. *Eur J Pediatr* 2005;164:482-5.
4. Nydegger A, Couper R, Oliver MR. Childhood pancreatitis. *J Pediatr Gastroenterol Hepatol* 2006;21:499-509.
5. Jackson W. Pancreatitis: etiology, diagnosis and management. *Curr Opin Pediatr* 2001;13:447-51.
6. De Banto J, Goday P, Pedroso M, Iftikhar R, Fazel A, Nayyar S et al. Acute pancreatitis in children. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1726-31.
7. Petersen C, Goetz A, Bürger D, Mildnerberger H. Surgical therapy and follow-up of pancreatitis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997;25:204-9.
8. Suchy FJ. Diseases of the Gallbladder. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000. p1223-4.
9. Debray D, Pariente D. Cholelithiasis in infancy: a study of 40 cases. *J Pediatr* 1993;122:385-91.
10. Sokol R, Narkewicz M. Liver & Pancreas. In: Hay WW, Hayward AR, Levin MJ, Sondheimer JM, editors. *Current Pediatric Diagnosis and Treatment*. 16th ed. New York: Mc Graw Hill; 2003. p671-5.
11. Whitcomb J. Cholelithiasis, cholecystitis, and common bile duct stones. *Curr Opin Pediatr* 1997; 9: 276-82.
12. Miltenburg D, Schaffer R, Breslin T, Brandt M. Changing indications for pediatric cholecystectomy. *Pediatrics* 2000;105:1250-3.
13. Hsu R, Draganov P, Leung J, Tarnasky P, Yu A, Hawes R et al. Therapeutic ERCP in the management of pancreatitis in children. *Gastrointest Endosc* 2000;51:396-400.
14. Zargar S, Javid G, Khan B, Yattoo G, Shah A, Gulzar G et al. Endoscopic sphincterotomy in the management of bile duct stones in children. *Am J Gastroenterol* 2003;98:586-9.
15. Pfau P, Chelimsky G, Kinnard M, Sivak M, Wong R, Isenberg G et al. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in children and adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;35:619-23.