

Litíase Biliar na Criança

RICARDO COSTA, CARMEN CARVALHO, ERMELINDA SILVA,
ROSA ALMERINDA, CIDADE RODRIGUES

Serviço de Cirurgia Pediátrica – Hospital Maria Pia

Resumo

Foram revistos 17 casos de litíase biliar em crianças, diagnosticadas no nosso hospital entre 1989 e 1995. Em 5 crianças (28%) foram encontrados factores de risco. O sintoma mais frequente foi a dor abdominal (59%). O diagnóstico foi efectuado por ultra-sonografia em 16 crianças (94%). A indicação cirúrgica foi a criança sintomática, tendo-se efectuado colecistectomia em 10 crianças (59%). As crianças assintomáticas (5 casos) encontram-se em seguimento na consulta externa. Propõe-se uma norma de actuação para o estudo e seguimento das crianças com esta patologia.

Palavras-chave: Litíase biliar, colecistectomia, ultra-sonografia, criança.

Summary

A review was made of 17 cases of pediatric cholelithiasis, diagnosed in our Hospital between 1989-1995. We found risk factors in 5 children (28%). The most frequent symptom was abdominal pain (59%). Diagnosis was made by echography in 16 cases (94%). Surgery was required in each children with symptoms, and cholecystectomy was performed in 10 cases (59%). Asymptomatic children (5 cases) are still in surveillance in ambulatory. We present some considerations on study and follow up of these children.

Key-words: Cholelithiasis, Cholecystectomy, echography, children.

Introdução

A primeira referência a litíase biliar na criança foi dada por Gibson e data de 1737⁽¹⁾.

Nos últimos anos a incidência de litíase biliar na criança aumentou, devido ao maior índice de suspeição, à identificação de factores de risco e à utilização mais liberal da ultra-sonografia no estudo dos doentes de risco e da dor abdominal^(1, 7, 9).

O estudo teve como objectivo conhecer a frequência relativa dos factores predisponentes, a forma de apresentação, o tratamento realizado, a relação entre a idade de apresentação e a evolução clínica.

Material e Métodos

No período de 1 de Julho de 1989 a 1 de Setembro de 1995 foram diagnosticadas 17 crianças com litíase biliar no Serviço de Cirurgia Pediátrica. Efectuou-se um estudo retrospectivo com base na consulta dos processos clínicos recolhendo-se os seguintes dados: idade de diagnóstico, idade de aparecimento da sintomatologia, sexo, antecedentes familiares, factores predisponentes, formas de apresentação clínica, estudo analítico, atitude terapêutica, tipo de cirurgia, exame anatomopatológico e seguimento.

A população foi dividida em dois grupos etários, tendo como limite os dois anos de idade. Este limite teve como fundamento 2 aspectos: a diferente etiologia e a diferente probabilidade de resolução espontânea.

Resultados

No quadro A descrevem-se os dados clínicos de todos os doentes estudados. A idade média de diagnóstico foi de 6 anos e 6 meses (min. = 4 m / max. = 14 anos e 6 m) observando-se um predomínio do grupo com idade superior a 2 anos (Fig. 1).

Existiu um predomínio do sexo masculino quer global (1,8 M / 1 F) quer por grupo etário (Fig. 1).

Antecedentes familiares de litíase biliar foram observados em 2 crianças (12%): caso 1 e 5.

A litíase idiopática esteve presente em 12 crianças (72%). Os factores predisponentes apareceram nas restantes 5 crianças (28%): obesidade (caso 1); toxoplasmose congénita (caso 2); anemia hemolítica (caso 9 e 16 de causa ainda não esclarecida e o caso 17 trata-se de uma esferocitose hereditária).

A forma de apresentação clínica divide-se em: criança sintomática (72%); criança assintomática (28%).

A sintomatologia inicial mais frequente foi a dor abdominal (10 crianças – 59%), acompanhada de vômitos (6 crianças) e diarreia (1 criança) (Fig. 2). A icterícia colestática observou-se em 2 crianças (casos 2 e 16). As duas crianças com colestase eram portadoras respectivamente de toxoplasmose congénita e de anemia hemolítica de causa ainda não esclarecida (aguarda-

QUADRO A
Dados Clínicos da População Estudada

caso	sexo	idade diagnóstico	clínica	estudo analítico	diagnóstico ecográfico	atitude terapêutica
1	F	11A 10M	dor abdominal	rastreio hemolise - função hepática N perfil lipídico N	cálculo vesicular	colecistectomia 16/12/93
2	M	4 M	icterícia intermitente colúria fezes acólicas e vômitos	serologia toxoplasmose +, rastreio hemolítico -, função hepática alterada, perfil lipídico N	dilatação da VBP	colecistectomia+coledocoduodenostomia 26/12/92
3	M	11A 10M	dor abdominal	rastreio hemolise -	cálculos múltiplos	colecistectomia 25/8/89
4	F	14 A 6 M	dor abdominal +vômitos	função hepática N	litíase vesicular	colecistectomia 17/9/89
5	M	9 A 7 M	dor abdominal+vômitos	função hepática N	cálculo único 5 mm ∅	colecistectomia 12/7/89
6	M	5 A 1 M	dor abdominal vômitos	rastreio hemolise -, função hepática N, perfil lipídico N, Igs. N, prova suor -	cálculos múltiplos	colecistectomia 8/92
7	M	4 A	assintomático	rastreio hemolítico - perfil lipídico N	12/93cálculo único 7mm∅ 5/94 cálculo único 4mm∅	vigilância clínica
8	M	2 A 9 M	dor abdominal diarreia	perfil lipídico N função hepática N	11/91 e 11/93 - cálculo único 8mm∅ + vesícula septada	abandonou a consulta
9	F	9 A	dor abdominal +vômitos	rastreio hemolítico + função hepática N, Igs N	7/92 N	colecistectomia 12/94
10	F	6 A 11 M	dor abdominal	rastreio hemolítico - perfil lipídico N, função hepática N	12/92 cálculos múltiplos 10/93 cálculos múltiplos	colecistectomia 2/94
11	M	13 A 7 M	dor abdominal +vômitos	rastreio hemolise - função hepática N perfil lipídico N	cálculo único 5mm∅	colecistectomia 8/94
12	M	2A 2M	assintomático	rastreio hemolise - função hepática N perfil lipídico N	2/95 cálculo único 3mm∅	vigilância clínica
13	M	12 A 6 M	assintomático	rastreio hemolítico N, rastreio hemolítico - perfil lipídico N	cálculo único 9 mm ∅	vigilância clínica
14	F	12 M	assintomático	função hepática N prova de suor -	5/93 cálculo 3 mm, 10/93cálculo 6 mm, 1/94 cálculo 8 mm ∅	vigilância clínica
15	F	3A	assintomático	função hepática N, rastreio hemolítico - perfil lipídico N	5/94 e 9/95cálculo único 4mm∅	vigilância clínica
16	M	5M	icterícia+hemolise	rastreio hemolítico +	cálculo único	esplenectomia 4/95
17	M	6 A	dor abdominal+vômitos	rastreio hemolítico +	cálculo múltiplos	colecistectomia +esplenectomia 4/95

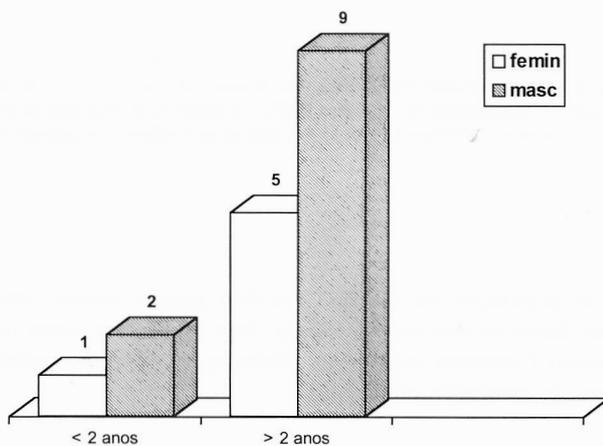


FIG. 1 - Distribuição etária e por sexo da população estudada.

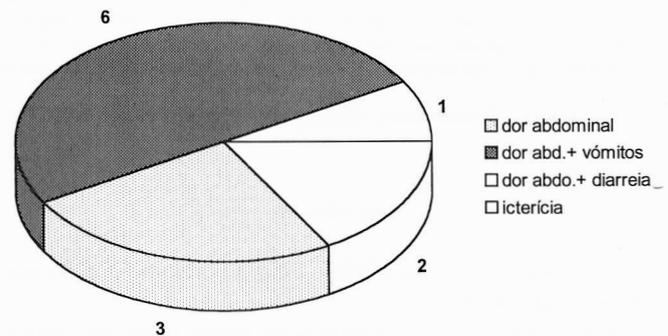


FIG. 2 - Formas de apresentação clínica.

-se resultados do estudo referente à genética molecular da membrana do glóbulo rubro).

Nas crianças sintomáticas (12 casos) o diagnóstico foi baseado na clínica e completado por ultra-sonografia (casos 1-6, 8-11, 16 e 17). Nas cinco crianças assintomáticas o diagnóstico efectuou-se no decurso de ultra-sonografia abdominal para estudo de infecção urinária (caso 7, 13, 14, 15) e rim único (caso 12).

O estudo analítico versou os seguintes itens: função hepática (11 casos), rastreio de doença hemolítica (12 casos), perfil lipídico (10 casos), doseamento das imunoglobulinas séricas (2 casos) e prova de suor (2 casos). Registraram-se três casos de doença hemolítica (esferocitose hereditária no caso 17, de causa ainda não esclarecida no caso 9 e 16).

O diagnóstico foi efectuado por ultra-sonografia em 16 casos (1, 3-17). O diagnóstico de litíase vesicular esteve presente em 16 crianças (94%), sendo de cálculo único em 10, múltiplos em 6 e com um número desconhecido em 1 caso. No caso 2 observou-se dilatação da via biliar principal sem identificação de litíase, efectuando-se CPRE que evidenciou um cálculo na porção terminal da via biliar principal.

A indicação cirúrgica foi a criança sintomática, independentemente do grupo etário.

O tratamento cirúrgico foi efectuado em 10 crianças (59%): colecistectomia em 9 (1, 3-6, 9-11, 17); colecistectomia e coledocoduodenostomia no caso 2. (Quadro A).

Não houve complicações per ou pós-operatórias.

O estudo anatomopatológico da vesícula biliar revelou sinais de colecistite crónica em cinco casos (caso 1, 3, 10, 11, 17), colecistite subaguda no caso 2 e atrofia da muscular e muscularis mucosae com sobrecarga adiposa no caso 5. Desconhece-se o resultado em três casos.

O período de seguimento em consulta externa pós-cirurgia variou entre 7 dias e 6 anos. Encontram-se assintomáticas as 10 crianças submetidas a cirurgia.

Uma criança sintomática e com morfologia vesicular anómala (vesícula septada) abandonou a consulta (caso 8).

As cinco crianças assintomáticas são portadoras de cálculo único vesicular (caso 7, 12, 13, 14 e 15) e continuam em seguimento na consulta externa. No controlo ultra-sonográfico realizado e sem qualquer terapêutica efectuada, observaram-se 3 situações distintas: diminuição do diâmetro do cálculo 7 mm ∅

→ 4 mm ϕ (caso 7); aumento do diâmetro do cálculo 3 mm ϕ → 6 mm ϕ → 8 mm (caso 14), sem evolução do cálculo (caso 12, 13 e 15).

Num caso de doença hemolítica (caso 16) não foi efectuada colecistectomia pela criança ter uma idade inferior aos 2 anos e a etiologia desta hemólise ainda não estar esclarecida (aguarda-se o resultado referente à genética da membrana do glóbulo rubro).

Discussão

A história natural da colelitíase na criança é desconhecida⁽²⁾. A incidência na idade pediátrica é menor que 0,3% da população em geral⁽⁶⁾.

Verificou-se uma maior incidência no sexo masculino (1,8 M / 1 F), apenas encontrada por Pokarny e cols.⁽¹⁵⁾. A maioria dos autores referem o predomínio do sexo feminino associado a cálculos de colesterol e uma incidência igual nos dois sexos associado a cálculos pigmentares^(2,7).

Na criança identificam-se factores predisponentes: alimentação Parentérica Total (superior a 2 semanas), ressecção ileal, hemólise crónica, Fibrose Quística, obesidade, dislipidemias^(1,4,6,9,10). Na nossa revisão estes factores apareceram em 5 crianças (caso 1, 2, 9, 16 e 17), o que está em concordância com os últimos trabalhos realizados, onde os factores predisponentes se identificam com menor frequência, em favor do grupo idiopático.

Os sintomas clássicos de dor no quadrante superior direito e vômitos são observados na criança mais velha. Na idade pré-escolar os sintomas são inespecíficos. Nos lactentes e primeira infância a sintomatologia está praticamente ausente. Neste trabalho a sintomatologia inicial foi a dor abdominal (10 casos – 59%), em crianças com idade superior a 2 anos. A icterícia colestática foi o sintoma inicial nas crianças com idade inferior aos 2 anos (caso 2 e 16).

A ultra-sonografia é o meio de diagnóstico de eleição na litíase biliar, com uma sensibilidade e especificidade superior a 95%^(1,4,9,10), sendo este o meio de diagnóstico utilizado em todas as crianças.

Em relação à atitude terapêutica a maioria dos autores preconizam uma atitude expectante nas crianças abaixo dos 2 anos e assintomáticas, devido à grande probabilidade de resolução espontânea^(6,7,8). Na criança mais velha e sintomática a colecistectomia é o tratamento cirúrgico de eleição^(2,6,7). Alguns autores referem a colecistostomia com extracção do cálculo como alternativa terapêutica, embora persista a probabilidade de litíase residual e aparecimento de novos cálculos devido às alterações histológicas na parede da vesícula biliar^(2,18). Neste estudo o exame anatomopatológico da vesícula biliar revelou alterações a nível da parede vesicular em todos os casos, sedimentando a opção pela colecistectomia. A colecistectomia laparoscópica será num futuro próximo uma técnica cirúrgica «standard», como actualmente já o é na colecistectomia no adulto, devido às múltiplas vantagens como a curta hospitalização, a mobilização precoce após a cirurgia e a estética na incisão cirúrgica⁽¹⁸⁾.

A litotricia extracorporea tem sido recomendada nos casos de coledocolitíase, embora a recorrência futura do cálculo não possa ser excluída^(2,18).

As 10 crianças operadas estão assintomáticas e sem complicações. As crianças não operadas, assintomáticas, e seguidas em consulta externa apresentam cálculo único, com uma diferente evolução do diâmetro do cálculo: aumento, manutenção ou diminuição.

Face aos resultados encontrados elaboramos uma norma de actuação para o estudo da litíase vesicular a nível do diagnóstico, terapêutica e seguimento (Quadros B e C).

Em comentário final e atendendo à história natural da Litíase Biliar na Criança, pensamos que só um estudo prospectivo nos conduzirá à avaliação correcta dos dados observados.

QUADRO B

Avaliação Laboratorial e de Imagem

<p>ESTUDO ANALÍTICO:</p> <p>Hemograma, Reticulócitos</p> <p>Provas de Auto-hemolis, Provas de Resistência Globular</p> <p>BT, BD, DHL, Haptoglobinas</p> <p>TGO, TGP, δGT, FA, Proteínas totais e Albumina</p> <p>Lipídeos totais, Triglicérides, Colesterol total e esterificado, LDH e HDL</p> <p>Imunoglobulinas</p> <p>Prova de Suor</p> <p>IMAGEM: Estudo de imagem (via biliar intra e extrahepática)</p> <p>ECOGRAFIA (número, diâmetro e localização dos cálculos parede vesicular)</p>

QUADRO C

Avaliação Laboratorial e de Imagem

<p>TRATAMENTO</p> <p>Criança assintomática</p> <p>Criança sintomática</p> <p>SEGUIMENTO</p> <p>Criança assintomática</p> <p>Criança pós cirurgia</p>	<p>atitude conservadora</p> <p>Cirurgia-colecistectomia</p> <p>* ex. anatomopatológico da vesícula</p> <p>* ex. bioquímico e microbiológico do cálculo</p> <p>vigilância clínica/ecográfica de 6/6M.</p> <p>vigilância clínica/ecográfica no 1.º M pós, posteriormente avaliação clínico ecográfica anual.</p>
--	--

BIBLIOGRAFIA

1. Allendorph M, Werlin SL, Grenen JE, et al. *Endoscopic retrograde cholangiopan-creatography in children*. *J Pediatr*; 110 (2): 206-11.
2. Cortina SL, Martin BG, Salces CC, Duran FM, Miguel FO, Castro HE. *Colelitiasis en niños: a propósito de 14 casos*. *An Esp Pediatr* 1993; 38: 532-4.
3. Debray D, Pariente D, Gauthier F, Myara A, Bernardo O. *Colelithiasis in infancy: A study of 40 cases*. *J Pediatric* 1993; 122: 385-91.
4. Esper E, Kaufman OB, Cray GS, Snover DC, Leonard AS. *Septate Gallbladder with Colelithiasis: A cause of chronic abdominal pain in a 6 year old child*. *J Pediatr Surg* 1992; 27: 1560-2.
5. Etienne M, Sokal, George De Bilderling, Philippe Clapuyt, Reinier J. Opsomer, and Jean Paul Buts. *Extracorporeal shock-wave lithotripsy for calcified lower choledocholithiasis in an 18-month-old boy*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994; 18: 391-4.
6. Ferreira AJC, Romero MV, Benitez EM, et al. *Litiasis biliar en la infancia*. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 281-4.
7. Gilger MA. *Cholelithiasis and cholecystitis*. In: Wyllie R, Hyams JS, eds. *Pediatric Gastrointestinal disease*. Philadelphia: Saunders, 1993: 931-44.
8. Garcia CB, Garci-Nuño AC, Benito ML, et al. *Resolución espontánea de colelitiasis asociada a colestasis en un lactante*. *An Esp Pediatr* 1992; 37: 155-6.
9. Holcomb III GW, Naffis D. *Laparoscopic Cholecystectomy in infants*. *J Pediatr Surg* 1994; 29: 86-7.
10. Johnston D, Kaplan MM. *Pathogenesis and treatment of Gallstones*. *N Engl J Med* 1993; 328: 412-9.
11. Karrer FM, Lilly JR, Hall RJ. *Biliary tract disorders and portal hypertension*. In: Ashcraft KW, Holder TM, eds. *Pediatric Surgery*. Philadelphia: Saunders, 1993: 492-4.
12. Moir CR, Donohue JH, Hurden JA. *Laparoscopic Cholecystectomy in Children: Inicial Experience and Recommendations*. *J Pediatr Surg* 1992; 27: 1066-70.
13. Molander ML, Bergdahl S. *Gallbladder disease, primary cholelithiasis or gallbladder hydrops: review of 32 children*. *Pediatr Surg Int* 1992; 7: 328-31.
14. Pappis CH, Galamakis S, Moussatos G, Keramidas D, Kattamis C. *Experience of Splenectomy and cholecystectomy in Children with Chronic Haemolytic Anemia*. *J Pediatr Surg* 1989; 24: 543-6.
15. Pokorny W J, Saleen M, O'Gorman R, McGill C W, Harberg F J. *Cholelithiasis and cholecystitis in childhood*. *Am J Surg* 1984, 148: 742-4.
16. Reif S, Sloven DG, Lebenthal E. *Gallstones in children*. *AJDC* 1991; 145: 105-8.
17. Sokal EM. *Diseases of the biliary tract*. In: Buts JP, Sokal EM, eds. *Management of digestive and liver disorders in infants and children*. Amsterdam: Elsevier, 1993: 631-40.
18. St-Vil D, Yazbeck S, Luks FI, Hancock BJ, Filiatrault D, Youssef S. *Cholelithiasis in Newborns and Infants*. *J Pediatric Surg* 1992; 27: 1305-7.
19. Ware RE, Kinney TR, Casey JR, Pappas TN, Meyers WC. *Laparoscopic Cholecystectomy in Young Patients with Sickle Hemoglobinopathies*. *J Pediatr* 1992; 120: 58-61.

Correspondência: Ricardo Costa
 H. Maria Pia – Serviço de Pediatria
 Rua da Boavista, 827
 4000 Porto