

**CASE REPORT**

**SÍNDROME COLESTÁTICA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO**

SUAVINHA, Fernanda Fleury<sup>1</sup>; FARIA, Érika Fernanda<sup>1</sup>; NETO, Delcides Bernardes Costa<sup>2</sup>; COELHO, Fernanda José de Toledo<sup>3</sup>.

**RESUMO**

A colelitíase na infância, ao contrário da no adulto, permanece ainda como um desafio diagnóstico aos médicos, visto que sua apresentação clínica é pouco específica, isto é, não apresenta os sinais e sintomas clássicos da doença. Ademais, os aspectos epidemiológicos e a conduta a ser tomada frente a esses casos não estão totalmente esclarecidos, constituindo uma fonte de divergências entre os pesquisadores. Relatamos o caso clínico de uma pré-escolar atendida no Hospital Infantil Público de Palmas com quadro de colelitíase sintomática. O objetivo desse artigo foi relatar este caso raro, com o intuito de rever os principais aspectos fisiopatológicos desta entidade.

**Palavras-chave:** Colelitíase; Infância; Cálculos biliares; Icterícia.

---

<sup>1</sup> Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Tocantins. Campus Palmas;

<sup>2</sup> Docente da Universidade Federal do Tocantins. Campus Palmas;

<sup>3</sup> Médica clínica geral atuante em Palmas-TO.

Email para contato: Fernanda Fleury Suavinha: fernandafleury10@gmail.com.

## CHOLESTATIC SYNDROME IN CHILDHOOD: CASE REPORT

### ABSTRACT

Cholelithiasis in childhood, unlike the adult, still remains a diagnostic challenge to physicians, since their clinical presentation is unspecific and did not show the classic signs and symptoms of the disease. Furthermore, epidemiological aspects and the action to be taken forward on these cases are not entirely clear, providing a source of disagreement among researchers. We report the case of a pre-school attended at the Palms Public Children's Hospital with symptomatic cholelithiasis frame. The purpose of this article is to report this rare case, in order to review key pathophysiological aspects of this entity.

**Keywords:** Cholelithiasis; Children; Gallstones; Jaundice.

## INTRODUÇÃO

### 1. Tipos de cálculos

Os cálculos biliares são compostos por substâncias amorfas ou cristalinas que se precipitam no interior da árvore biliar. Eles são divididos em dois grandes grupos: os cálculos de colesterol e os pigmentares. Os primeiros representam 75% do total de cálculos, apresentando uma coloração amarelada, podendo ser únicos ou múltiplos, puros (menos de 10%) ou mistos (mais de 70%). Os pigmentares, por sua vez, são subdivididos em cálculos castanhos ou pretos. Os cálculos pretos são formados na vesícula biliar e têm como composição básica as moléculas de bilirrubinato de cálcio, as quais estão relacionadas, classicamente, à hemólise crônica, mas podem ser secundárias também a alguma disfunção hepatocelular. Os cálculos castanhos, por fim, são formados, na maior parte das vezes, no interior do ducto colédoco, sendo constituído por bilirrubinato de cálcio em associação com o colesterol e com outros sais de cálcio<sup>1,2</sup>.

Além destes, Stringer et al. detectou outro tipo de cálculo,

relacionado ao uso de nutrição parenteral ou obstrução do ducto cístico, cuja constituição básica é de carbonato de cálcio<sup>3</sup>.

### 2. Incidência e Etiologia

Grande parte das publicações sobre doença calculosa na infância mostra a preponderância dos cálculos pigmentares nesta faixa etária, principalmente os secundários às doenças hemolíticas crônicas<sup>4</sup>. Apesar de essas referidas doenças constituírem os fatores de risco mais prevalente, sua incidência vem diminuindo progressivamente com o tempo. Outro fator de risco importante na infância para a doença calculosa é a obesidade, devido à diminuição da secreção de ácidos biliares pelo fígado<sup>5</sup>.

A doença calculosa tem seu primeiro pico de incidência no primeiro ano de vida, visto que os lactentes possuem uma bile mais litogênica, devido a um maior índice de saturação do colesterol e um menor tempo de nucleação. Nessa faixa etária, não há prevalência de um sexo sobre o outro. Além disso, os lactentes possuem outros fatores de risco, como administração prolongada de nutrição parenteral, doença ileal, prematuridade,

desidratação, imaturidade da glicuroniltransferase hepática ou terapia com ceftriaxona, os quais provocam um distúrbio transitório da bile que a predispõe à formação dos cálculos. Os prematuros, por sua vez, estão sujeitos fatores de risco adicionais para a colelitíase, como as múltiplas transfusões e a sepse por Gram-negativo<sup>6</sup>.

O segundo pico se dá na adolescência, quando passa então a predominar os cálculos de colesterol, devido às alterações no metabolismo dos estrogênios característicos dessa fase. Nesta fase, já começa o predomínio do sexo feminino<sup>7</sup>.

Outros fatores de risco para colelitíase infantil são a trombose da veia porta, crianças submetidas à cirurgia abdominal, cirurgia cardíaca ou cardiopatas, história familiar positiva, antecedente de tratamento para câncer, jejum prolongado, infecção do trato urinário, deficiência de IgA, transplante de medula óssea, síndrome de Down, além das doenças que resultam em disfunção intestinal, como a síndrome do intestino curto, as diarreias graves, as doenças inflamatórias intestinais, a

fibrose cística e as ressecções de delgado<sup>4</sup>.

A porcentagem de casos idiopáticos é muito variável na literatura e estudos recentes relatam que essas crianças tendem a ser do sexo feminino, obesos e a ter uma história familiar de colelitíase, além de apresentarem maior probabilidade de desenvolverem sintomas semelhantes aos dos adultos<sup>8</sup>.

### 3. Quadro clínico

Em relação ao quadro clínico, a colelitíase na infância pode ser assintomática (17 a 37% dos casos, predominando nas crianças menores de 5 anos) ou se manifestar com dor abdominal, principalmente em quadrante superior direito ou epigástrico, icterícia, náuseas, vômitos, anorexia, intolerância a alimentos gordurosos, pancreatite, febre e dor abdominal aguda. As crianças frequentemente têm queixas abdominais inespecíficas (principalmente as crianças mais jovens, menores que 5 anos de idade), não descrevendo precisamente seus sintomas e não apresentando seus sinais semiológicos típicos. Mas, diante de toda essa inespecificidade, a presença clínica dos vômitos aumenta o índice de suspeita de colelitíase. A apresentação

clínica clássica do adulto, como cólica biliar, é referida com maior frequência em maiores de 15 anos. Principalmente em crianças prematuras ou naquelas com antecedente de nutrição parenteral total ou enterocolite necrosante, a irritabilidade, especialmente após as refeições, pode nos remeter a possibilidade de doença calculosa biliar<sup>9</sup>.

#### 4. Exames Complementares

Quanto ao diagnóstico, a ultrassonografia é o exame de escolha, apresentando uma acurácia de 98%. Laboratorialmente, pode-se encontrar um aumento da fosfatase alcalina, gama-glutamiltanspeptidase, aminotransferases e das bilirrubinas, se houver obstrução biliar<sup>10</sup>.

#### 5. Complicações

As complicações da colelitíase são diversas, não havendo consenso da frequência delas em cada faixa etária nem o momento ideal de realizar a retirada da vesícula biliar com o intuito de evitá-las. Dentre essas complicações, destacam-se a colecistite por infecção bacteriana ou por obstrução da vesícula ou impaction do cálculo no cístico, a coledocolitíase, a colangite, o abscesso hepático, a pancreatite, a perfuração da

vesícula biliar, a cirrose biliar e o carcinoma da vesícula<sup>6</sup>.

#### 6. Tratamento

Uma das principais controvérsias na literatura sobre colelitíase na infância se encontra no tratamento, uma vez que não há consenso quanto a melhor conduta nos pacientes pediátricos nem um protocolo diagnóstico-terapêutico bem definido nessa faixa etária (os relatos sobre o seguimento dos pacientes tratados são escassos). Tanto o procedimento cirúrgico como os de radiologia intervencionista têm sido defendidos, mas também há relatos de eliminação espontânea dos cálculos principalmente nos neonatos e lactentes jovens<sup>11</sup>.

A decisão entre tratamento conservador e colecistectomia depende da idade e da gravidade dos sintomas, não importando a etiologia da doença calculosa. Em geral, nos pacientes assintomáticos ou com sintomas atípicos, nos lactentes e nos pacientes com nutrição parenteral está indicado o tratamento conservador com acompanhamento clínico-ultrassonográfico periódico. Já nos pacientes sintomáticos (principalmente naqueles com sintomas típicos de

epigastria ou dor em quadrante superior direito com intolerância alimentar) e naqueles com cálculos calcificados (pela baixa probabilidade de resolução espontânea) e com cálculos não pigmentados, deve ser indicado a resolução cirúrgica, de preferência por via laparoscópica. Já nos casos de colelitíase associada à icterícia obstrutiva e pancreatite, a CPRE com a extração do cálculo, realizada antes ou depois da colecistectomia laparoscópica, é o procedimento de escolha<sup>12</sup>.

O ácido ursodeoxicólico, na dose de até 20 mg/Kg/dia, pode dissolver os cálculos de colesterol, mas há pouca experiência com seu uso na população pediátrica. Além disso, nestas predominam os cálculos pigmentares e, para estes, esse medicamento não é efetivo<sup>2</sup>.

## RELATO DO CASO

A.B.C.A., sexo feminino, 4 anos, branca, natural de Guaraí- TO. Nasceu prematura, com 30 semanas. Mãe apresentou gestação e pré-natal sem anormalidades, parto cesáreo, amamentou até 6 meses, associado a

fórmula. Apresentou-se com quadro de dor abdominal e vômitos há 2 dias antes da admissão, piorando com febre (38°C) e parada de eliminação de fezes nas últimas 24h. No exame físico, apresentava-se em regular estado geral e com dor à descompressão brusca principalmente em hipocôndrio direito. Os demais aspectos do exame físico não apresentavam alterações.

A paciente foi internada com diagnóstico de abdome agudo de causa a esclarecer. Durante a internação, foram realizados exames laboratoriais e de imagem. Foram revelados uma discreta leucocitose, elevação de bilirrubinas, transaminases, PCR e GGT. A ultrassonografia de abdome revelou imagem hiperecogênica com sombra acústica posterior, sugestiva de cálculo, medindo cerca de 0,5cm, na projeção do cístico, determinando leve a moderada dilatação da via biliar intra-hepática à montante; vesícula biliar de paredes espessadas e irregulares (espessura média de 0,6cm), com conteúdo heterogêneo de permeio, sugestivo de bile espessa; e pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Foi realizada uma colangiografia que revelou a

presença de alterações inflamatórias e microcálculos no interior da vesícula biliar. Durante internação, a paciente recebeu diagnóstico de síndrome colestática e foi tratada com hidratação, sintomáticos e cefalotina.

## DISCUSSÃO

Mediante a análise da literatura apresentada, percebe-se que a criança do caso clínico apresentava um fator de risco importante para a doença colestática infantil que é a prematuridade. Além disso, ela não apresentava nenhuma doença hemolítica ou outra doença de base, como obesidade. A apresentação clínica foi de um quadro de vômitos e dor abdominal, principalmente em hipocôndrio direito, o que se correlaciona com a literatura. Além destes comemorativos, a criança apresentou outros sintomas inespecíficos. Laboratorialmente, a criança apresentou elevação das bilirrubinas, das transaminases e da GGT, o que também é esperado para sua doença, sendo que o fechamento do seu diagnóstico foi feito através de um

exame ultrassonográfico que, como visto, tem boa acurácia diagnóstica.

Por fim, com base nos fatores de risco previamente discutidos, a criança tem indicação de realização de colecistectomia. No entanto, a família levou-a para ser tratada em outro estado, e por isso, não se sabe o que foi proposto e qual intervenção foi realizada.

## CONCLUSÃO

Vemos um caso clínico compatível com a literatura, de difícil suspeição clínica, mas com rápido diagnóstico devido à realização ultrassonografia de abdome. Assim notamos a importância desse exame e a raridade do caso apresentado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAILEY, P.V. et al. Changing spectrum of cholelithiasis and cholecystitis in infants and children. **Am J Surg**, 158: 585-588, 1989.
2. BRAUNWALD, E. et al. **HARRISON – Medicina**

- Interna** - 2 Volumes. Rio de Janeiro: Artmed, 2009.
3. DEBRAY, D. et al. Cholelithiasis in infancy: a study of 40 cases. **J Pediatr**, 122: 385-91, 1993.
  4. FRIESEN, C.A.; ROBERTS, C.C. Cholelithiasis: clinical characteristics in children - Case analysis and literature review. **Clin Pediatr (Phila)**, 28; 294-8, 1989.
  5. GOLDMAN, L. et al. **Cecil – Tratado de Medicina Interna**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
  6. HALPERN, Z. et al. Characteristics of gallbladder bile of infants and children. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, 23: 147-50, 1996.
  7. KELLY, D.A. Doenças cirúrgicas do fígado e dos ductos biliares. In: Kelly DA. **Doenças hepáticas e das vias biliares em crianças**. 1ed. São Paulo: Editora Santos; 2001. p. 263-4.
  8. MCEVOY, C.F.; SUCHY, F.J. Biliary tract disease in children. **Pediatr Clin North Am**, 43: 75-98, 1996.
  9. MILTENBURG, D.M.; SHAFFER, R.; BRESLIN, T.; BRANDT, M.L. Changing indications for pediatric cholecystectomy. **Pediatrics**, 105: 1250-3, 2000.
  10. REIF, S.; SLOVEN, D.G.; LEBENTHAL, E. Gallstones in children. Characterization by age, etiology and outcome. **Am J Dis Child**, 145: 105-8, 1991.
  11. RUIBAL, F.J. et al. Colelitiasis en la infancia. Análisis de 24 pacientes y revisión de 123 casos publicados en España. **An Esp Pediatr**, 54: 120-5, 2001.
  12. STRINGER, M.D.; TAYLOR, D.R.; SOLOWAY, R.D. Gallstone composition: are children different? **J Pediatr**, 435-40, 2003.