

# Colecistite alitiásica associada à dengue: relato de dois casos

## *Dengue fever with acalculous cholecystitis: report of two cases*

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos<sup>1</sup>, Thaysa Drummond Palmeira Gama<sup>2</sup>, Natália Oliveira Marques<sup>3</sup>, Renata Silva Lima<sup>3</sup>, Patrícia Silva Lima Ocelli<sup>4</sup>

### RESUMO

Este trabalho relata os casos de dois pacientes admitidos com diagnóstico de dengue clássica, que evoluíram com dor abdominal. O ultrassom evidenciou colecistite alitiásica. A colecistite alitiásica é uma apresentação atípica da dengue, sendo diagnosticada através de dados clínicos, de imagem, de laboratório e operatórios. O ultrassom é o exame de imagem mais utilizado para diagnóstico da enfermidade. Essa entidade clínica merece relato devido ao desconhecimento de clínicos acerca da doença e aos poucos relatos sobre o assunto. É possível que ocorra incidência mais elevada dessa forma de apresentação atípica no nosso meio, sem conclusão diagnóstica adequada. A colecistite alitiásica associada à dengue impõe diagnóstico precoce e assistência imediata.

**Palavras-chave:** Dengue; Colecistite Aguda; Colecistite Acalculosa.

<sup>1</sup> Médica Infectologista. Mestre em Ciências da Saúde. Professora do Internato de Infectologia do Centro Universitário de Belo Horizonte-UNIBH; Hospital Eduardo de Menezes – HEM Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.  
<sup>2</sup> Médica infectologista. Diretora Geral do HEM/FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.  
<sup>3</sup> Acadêmica do curso de Medicina do UNIBH. Belo Horizonte, MG – Brasil.  
<sup>4</sup> Acadêmica de curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes

### ABSTRACT

*The purpose of this study is to report the clinical case of two patients admitted with the diagnosis of dengue fever. Both patients developed abdominal pain and ultrasound imaging showed the presence of acalculous cholecystitis. The acalculous cholecystitis is an atypical presentation of dengue fever, being diagnosed by clinical examination, imaging, laboratory and surgical data. Ultrasound is the imaging test most commonly used to diagnose this disease. This clinical case is worth reporting because of the clinicians' unfamiliarity with the association between acalculous cholecystitis and dengue fever and the few medical reports on this subject. There may be a high incidence of this type of atypical presentation among patients without proper diagnostic conclusion. Acalculous cholecystitis associated with dengue fever requires early diagnosis and immediate assistance.*

**Key words:** Dengue; Cholecystitis, Acute; Acalculous Cholecystitis.

## INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença febril aguda causada por vírus do gênero flavivírus (sorotipos DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4) e transmitida pela picada do mosquito *Aedes aegypti* infectado.<sup>1</sup>

Em Minas Gerais, foram registrados, até 31/05/2016, 477.374 casos prováveis de dengue (confirmados laboratorialmente ou por diagnóstico clínico). O sorotipo DENV-1 é predominante no estado.<sup>1</sup> Em Belo Horizonte, predominam o DENV-1 e DENV-3.<sup>1</sup> A maioria dos casos ocorre entre os meses de março e abril.<sup>1</sup>

Considera-se caso suspeito de dengue o paciente com doença febril aguda, com duração máxima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sinais

**Instituição:**  
Hospital Júlia Kubitscheck  
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG  
Belo Horizonte, MG – Brasil

**Autor correspondente:**  
Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos  
E-mail: carvalhaislu@gmail.com

ou sintomas: cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia, artalgia, prostração ou exantema, associados ou não a hemorragias.<sup>2</sup> Dor abdominal persistente e intensa, vômitos, hipotensão postural, sangramento de mucosas, hepatomegalia dolorosa, queda abrupta de plaquetas e aumento repentino do hematócrito representam sinais de alarme e indicam maior gravidade dos casos.<sup>2</sup>

As principais manifestações atípicas encontradas na dengue são: colecistite alitiásica, hepatite, pancreatite, púrpura trombocitopênica, síndrome da angústia respiratória aguda, miocardite, encefalite, síndrome de Guillain-Barré e polineurite múltipla.<sup>3</sup>

A alteração do endotélio vascular com extravasamento plasmático é um dos fatores que explica o espessamento da parede da vesícula biliar, levando ao quadro de colecistite alitiásica ou acalculosa.<sup>2,3</sup>

Segundo Setiawan et al.<sup>4</sup>, o espessamento da parede da vesícula acima de três milímetros em pacientes com dengue está significativamente associado a casos mais graves da doença, podendo ser usado como critério para admissão hospitalar e monitoração. Espessura maior que cinco milímetros identifica a febre hemorrágica da dengue, com maior risco de desenvolvimento de choque hipovolêmico.<sup>4</sup>

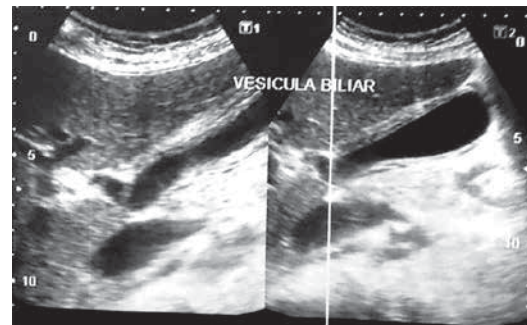
## RELATO DE CASO

### Caso 1

Paciente do sexo feminino, 18 anos, natural e procedente de Belo Horizonte, deu entrada no Hospital Júlia Kubitscheck (HJK) em 22 de março de 2016 com quadro de febre não termometrada, mialgia, dor abdominal no mesogástrico e hipocôndrio direito há cinco dias. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, abdômen flácido, doloroso difusamente à palpação profunda, com predomínio em epigástrico e hipocôndrio direito, sinal de Murphy e peristalse presentes. O caso foi prontamente notificado como suspeita de dengue clássica com sinais de alarme.

Os exames laboratoriais mostravam leucócitos  $18.400/\text{mm}^3$  (segmentados = 86%, linfócitos = 9%, bastões = 3%, eosinófilos = 0%); hemácias  $3,31 \times 10^6/\text{mm}^3$ ; hematócrito = 28,5%; hemoglobina = 9,9 g/dL; plaquetas  $234.000/\text{mm}^3$ ; alanina aminotransferase (ALT): 29 U/L; aspartato aminotransferase (AST): 23 U/L; sorologia para dengue IgM: reagente (4,68). A ultrassonografia abdominal realizada no segundo dia de inter-

nação evidenciou hepatomegalia, vesícula biliar de paredes espessadas e heterogêneas (8,0 mm), ascite leve/moderada (Figura 1).



**Figura 1** - Ultrassonografia abdominal mostrando vesícula biliar com paredes difusamente espessadas.

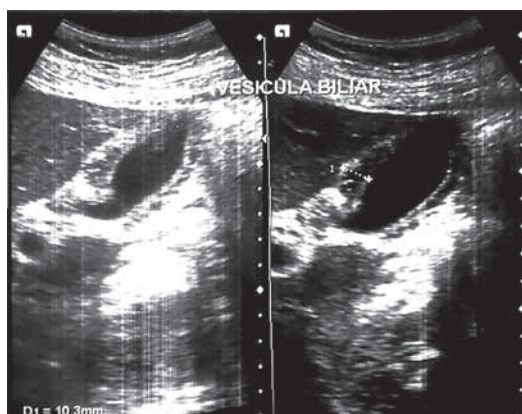
A paciente evoluiu com melhora do quadro clínico e normalização dos exames laboratoriais após vigorosa hidratação venosa e tratamento sintomático. Evadiu do hospital no sétimo dia de internação, sendo realizada busca ativa via telefone para controle ambulatorial.

### Caso 2

Paciente do sexo feminino, 30 anos, natural de Belo Horizonte, deu entrada no HJK em 26 de março de 2016 com quadro de febre não termometrada, prostração, hiporexia, vômitos, exantema macular não pruriginoso, síncope, dor abdominal difusa há quatro dias. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, abdômen flácido, doloroso difusamente à palpação profunda, com predomínio em região epigástrica, sinal de Murphy e peristalse presentes. O caso foi prontamente notificado como suspeita de dengue clássica com sinais de alarme.

Os exames laboratoriais mostravam leucócitos  $8.390/\text{mm}^3$  (segmentados = 61%, linfócitos = 22%, bastões = 2%, eosinófilos = 1%); hemácias  $6,37 \times 10^6/\text{mm}^3$ ; hematócrito = 54,3%; hemoglobina = 16,9 g/dL; plaquetas  $27.700/\text{mm}^3$ ; ALT: 374 U/L; AST: 736 U/L; sorologia para Dengue IgM: reagente (4,50). A ultrassonografia abdominal realizada no segundo dia de internação evidenciou hepatomegalia associada a sinais de esteatose hepática, vesícula biliar de paredes espessadas e heterogêneas (10,3 mm) e ascite moderada. (Figura 2).

A paciente evoluiu com melhora clínica e normalização dos exames laboratoriais após hidratação venosa vigorosa e tratamento sintomático. Recebeu alta hospitalar no 12º dia de internação.



**Figura 2** - Ultrassonografia abdominal mostrando vesícula biliar com paredes difusamente espessadas.

## DISCUSSÃO

A colecistite aguda alitiásica é uma condição inflamatória da vesícula biliar sem evidência de cálculos biliares. Ocorre em 2-15% de todos os casos de colecistite aguda.<sup>5</sup>

Raramente ocorre como evento isolado<sup>5</sup>, sendo geralmente associada a queimaduras, trauma, vasculite, condições pós-cirúrgicas, infecções por salmonela ou citomegalovírus e em pacientes imunocomprometidos.<sup>5-7</sup> A dengue também tem sido fortemente associada à ocorrência de colecistite aguda acalculosa.<sup>7</sup>

A confirmação do quadro é baseada em informações de dados clínicos, de imagem, de laboratório e operatórios.<sup>5</sup> Pacientes com febre, sensibilidade e dor no quadrante superior direito, presença de sinal de Murphy, alterações na bioquímica hepática, ultrassonografia abdominal evidenciando espessamento da parede da vesícula biliar, ausência de cálculos no órgão e coleção de fluido pericolecístico<sup>6,8</sup> podem ser diagnosticados com colecistite aguda alitiásica.

Wu et al. encontrou 10 pacientes com dengue clássica que foram diagnosticados com colecistite aguda acalculosa, perfazendo 7,63% dos pacientes avaliados.<sup>6</sup> Vabo et al. diagnosticou colecistite associada à dengue em 10,52% dos casos.<sup>9</sup> No estudo de Sreeramulu et al., a incidência dessa complicação foi observada em 7,12% dos pacientes.<sup>8</sup>

O tratamento preconizado para a colecistite aguda alitiásica em pacientes com dengue é conservador<sup>3</sup>, sem necessidade de intervenção cirúrgica.<sup>6,8</sup> É normalmente autolimitada<sup>3,6</sup> e o espessamento da parede da vesícula biliar retorna ao normal depois de alguns dias. Todos os pacientes dos estudos men-

cionados receberam tratamento conservador, evoluindo com boa resposta e sem complicações após a alta,<sup>3,6,8</sup> assim como em nosso relato.

## CONCLUSÃO

Os pacientes relatados apresentaram achados compatíveis com colecistite alitiásica por dengue e foram adequadamente identificados e tratados.

É possível que haja incidência mais elevada dessas formas entre pacientes com dengue no nosso meio sem conclusão diagnóstica adequada. A ausência de estudos e as poucas publicações sobre o assunto contribuem para o desconhecimento da incidência real dos casos. Deste modo, a identificação adequada deste marcador de risco para dengue grave pode passar despercebida pelos clínicos da atenção primária em saúde e pronto atendimentos.

## REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Boletim epidemiológico de monitoramento dos casos de Dengue, Febre Chikungunya e Febre Zika. Nº 21, Semana Epidemiológica 22. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde; 2016.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Souza LJ, Zagne SMO, Araújo PG, Zagne LO, Maciel NS, Araujo NF. Colecistite alitiásica por dengue: relato de casos. *Rev Bras Clin Med.* 2009; 7:56-9.
4. Setiawan MW, Samsi TK, Pool TN, Sugianto D, Wulur H. Gallbladder wall thickening in dengue hemorrhagic fever: an ultrasonographic study. *J Clin Ultrasound.* 1995; 23(6): 357-62.
5. Siqueira VS, Ambrósio AVA, Cunha PF, Furtado VM, Souza TO, Almeida MTT, et al. Colecistite alitiásica aguda: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais.* 2012; 22(Supl 5): 59-62.
6. Wu KL, Changchien CS, Kuo CM, Chuah SK, Lu SN, Eng HL. Dengue fever with acute acalculous cholecystitis. *Am J Trop Med Hyg.* 2003; 68(6): 657-60.
7. Khor BS, Liu JW, Lee IK, Yang KD. Dengue hemorrhagic fever patients with acute abdomen: clinical experience of 14 cases. *Am J Trop Med Hyg.* 2006; 74(5): 901-4.
8. Sreeramulu PN, Shashirekha CA, Katti P. Incidence and management of acalculus cholecystitis in dengue fever - a retrospective study. *IJBAR.* 2014; 5(3): 422-4.
9. Vabo KA, Neto GT, Santos AAS, Santos MLO, Marchiori E. Achados ultrassonográficos abdominais em pacientes com dengue. *Radiol Bras.* 2004; 37(3): 159-62.