

PANCREATITE AGUDA BILIAR NA INFÂNCIA

ACUTE GALLSTONE PANCREATITIS IN CHILDHOOD

Flavio Augusto Menin¹; Alexandre Petreca²; Roni Leonardo Teixeira, ACBC- SP²

INTRODUÇÃO

A pancreatite é uma entidade clínica pouco frequente na infância. Diferente dos adultos, as causas mais comuns em crianças incluem as infecções virais, por ascaris, medicamentosas, traumas e anomalias estruturais. Assim, a litíase biliar é incomum como causa de pancreatite entre as crianças¹.

RELATO DE CASO

Menina, parda, 10 anos de idade, longilínea, pesando 47Kg, com início de quadro de dor abdominal de forte intensidade e vômitos há 10 horas, admitida na emergência pediátrica, quando então, ao exame físico, apresentava-se corada, afebril e anictérica, com dor à palpação abdominal profunda, principalmente em andar superior, sem sinais de irritação peritoneal. Não apresenta historia progressiva de exposição a drogas, icterícia, eliminação de ascaris, vermifugação recente, parotidite recente, trauma abdominal, episódios álgicos anteriores ou hemopatia familiar.

O hemograma apresentava-se com 17500 leucócitos (normal – 10 mil), com predomínio de segmentados (85%) sem desvio à esquerda, amilase – 923g/dl, cálcio- 8.4mg/100ml, lípase – 526mUI/ml, TGO – 26mUI/ml, TGP – 32 mUI/ml e bilirubinas total (0,6) e frações (direta – 0,4 e indireta – 0,2) normais. A ultrasonografia mostrou colelitíase, colédoco com calibre nos limites superiores da normalidade (0,4 cm) (Figura 1) e pâncreas aumentado de volume (Figura 2). A tomografia abdominal com contraste oral apresentou pâncreas de contornos normais e dimensões aumentadas com parênquima discretamente heterogêneo, mas sem sinais de isquemia e/ou necrose (Figura 3). Eletroforese de hemoglobinas sem alterações.

Foi instituído jejum, hidratação venosa, antibioticoterapia e analgesia, sendo encaminhada para a unidade semi - intensiva. No 3º dia de internação apresentou melhora clínica, com queda da amilase (79g/dl), sendo introduzida dieta leve hipogordurosa. No 7º dia de internação teve alta hospitalar, com a operação programada (vídeocolecistectomia) para 18 dias depois. No 11º dia após a alta, a criança apresentou nova crise de dor abdominal, de menor intensidade em relação à primeira, apresentando alteração somente dos níveis de amilase (459g/dl), sendo os de-

mais exames laboratoriais normais. Ficou então, internada até o dia da operação.

Foi submetida à vídeocolecistectomia com colangiografia intra-operatória, sem intercorrências. Teve alta no 1º dia do pós-operatório, fazendo acompanhamento ambulatorial por um período de 12 meses, com alta em seguida.

DISCUSSÃO

A pancreatite aguda biliar é rara entre crianças (6 -12%), sendo as causas mais comuns, parte de doenças



Figura 1 - Colelitíase e colédoco de calibre aumentado (0,4 cm).



Figura 2 - Ultrasonografia mostrando pâncreas de dimensões aumentadas e ecotextura discretamente heterogênea.

1. Professor Colaborador da Disciplina de Cirurgia Pediátrica do Departamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP.

2. Ex - Residente em Cirurgia Pediátrica do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP.

Recebido em 28-05-2005

Aceito para publicação em 30-06-2005

Fonte de financiamento: nenhum

Conflito de interesses: nenhuma

Trabalho realizado no Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP.

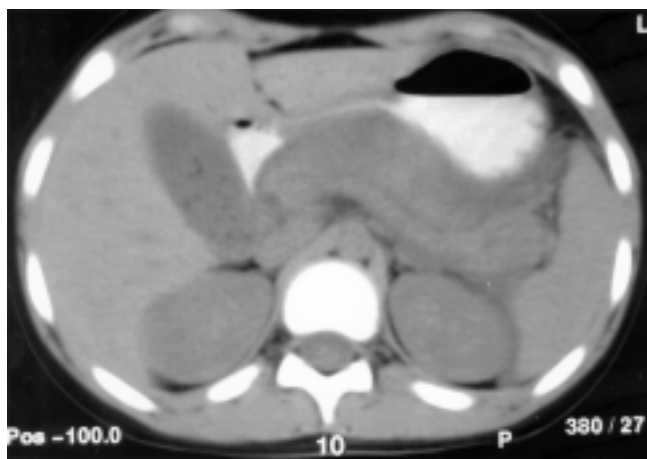


Figura 3 - Estudo tomográfico apresentando pâncreas de dimensões aumentadas com borramento da gordura peripancreática e líquido livre em cavidade.

multisistêmicas (35%) tais como infecções virais, síndrome hemolítico urêmica, choque hipovolêmico e/ou séptico; idiopática (30%); e trauma (25%). Alguns fatores predispoem à litíase na infância, tais como doença hemolítica crônica, obesidade, fibrose cística, ressecção ileal e doença hepática crônica. Em crianças, mais de 70 % dos casos são cálculos pigmentados e 15 à 20% são de colesterol puro ².

A apresentação clínica da pancreatite biliar aguda na infância mostra uma menor incidência da forma grave do que nos adultos, especialmente em grupos bem jovens. A dor abdominal, que pode ser difusa, é mais freqüente de forma branda (80%), seguido por vômitos em 50% dos casos ².

Como a apresentação clínica pode ser diversa e sutil, é necessário considerar o diagnóstico diferencial de pancreatite aguda na infância nestes casos. A amilase sérica está elevada em 83-90% dos casos, além da lipase que persiste aumentada por um período maior, em relação à amilase ¹.

Os estudos radiológicos são acurados no diagnóstico de pancreatite. A ultrassonografia tem uma acurácia de aproximadamente 80% para pancreatite biliar. Já a tomografia computadorizada faz confirmação diagnóstica em 90% dos casos, além de analisar, em detalhes, o aumento focal ou difuso da glândula, bem como presença de processo inflamatório e/ou de abscessos, e estruturas adjacentes³. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) tem sido usada em larga escala entre os adultos, no entanto, este procedimento vem sendo adotado como modalidade terapêutica entre as crianças, onde, com mãos experientes, traz grandes benefícios à pacientes com pancreatite biliar e/ou colangite ⁴.

A ressonância magnética colangiopancreatográfica é considerada equivalente à CPRE, para o diagnóstico da pancreatite e das doenças da árvore biliar, com sensibilidade em torno de 71-100%, além de ser inócua em relação à CPRE, porém, desvantajoso pelo alto custo ⁵.

O tratamento de escolha do nosso serviço para litíase biliar é a colecistectomia vídeolaparoscópica, com colangiografia intra-operatória, prevenindo episódios recorrentes de dor, icterícia e pancreatite. A presença de cálculos nos ductos biliares, nestes pacientes, está em torno de 2-6%, em vigência de icterícia e/ou pancreatite.

O tempo de seguimento pós – operatório destes pacientes, é determinado pelo aparecimento de complicações, que, por ventura, este doente possa apresentar ^{1,3,5}.

ABSTRACT

Acute pancreatitis is an uncommon condition in childhood. Gallstones rarely cause pancreatitis in children. Instead, the leading causes of pancreatitis tend to be trauma, infections, drugs, congenital disorders. One rare case of acute gallstone pancreatitis in children is described, showing the diagnosis clinical/radiologic and surgery treatment (videolecistectomy) (Rev. Col. Bras. Cir. 2006; 33(5): 341-342).

Key words: Pancreatitis; Acute, diseases; Gallstones; Child.

REFERÊNCIAS

- Calatayud GA, Bermejo F, Morales JL. Pancreatitis aguda en la infancia. Rev Esp Enferm Dig. 2003; 95(1):40-4.
- Sutton R, Cheslyn-Curtis S. Acute gallstone pancreatitis in childhood. Ann R Coll Surg Engl. 2001; 83(6):406-8.
- Goh SK, Chui CH, Jacobsen AS. Childhood acute pancreatitis in a children's hospital. Singapore Med J; 2003; 44(9):453-6.
- Yachha SK, Chetri K, Saraswat VA. Management of childhood pancreatic disorders: a multidisciplinary approach. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2003; 36(2):206-12.
- Jackson WD. Pancreatitis: etiology, diagnosis, and management. Curr Opin Pediatr. 2001; 13(5):447-51.

Como citar este artigo:

Menin FA, Petreca A, Teixeira RL. Pancreatite aguda biliar na infância: relato de caso. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2006 Set-Out;33(5). Disponível em URL: www.scielo.br/rcbc

Endereço para correspondência:

Roni Leonardo Teixeira
Av. Tarumas, 2639- apto. 06
Res. Dona Sula
Jd. Maringá 2
78550-000 – SINOP – MT
E-mail: ronileonardo@zipmail.com.br