

# COLECISTITE ALITIÁSICA AGUDA PERFURADA COMO MANIFESTAÇÃO GRAVE DE DENGUE EM PACIENTE IDOSO: PAPEL DA ULTRASSONOGRAFIA E DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

## Gastrointestinal

### DADOS DO CASO

**Autores:** Murilo Gonçalves Guardiero - guardiero.radio@gmail.com - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem - Uberaba – (MG)

Cristiane Zanqueta - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem - Uberaba – (MG)

Luisa Rodrigues de Oliveira Saramago - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem - Uberaba – (MG)

**Autor Correspondente:** Murilo Gonçalves Guardiero - guardiero.radio@gmail.com - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem - Uberaba – (MG)

**Palavras chaves:** Dengue, Ruptura Espontânea, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada por Raios X, e Colecistite Acalculosa

**URL:** <https://brad.org.br/article/4491/pt-BR/colecistite-alitiasica-aguda-perfurada-como-manifestacao-grave-de-dengue-em-paciente-idoso--papel-da-ultrassonografia-e-da-tomografia-computadorizada>

**DOI:** 10.5935/2965-1980.2026v5e20260117

### RESUMO

Paciente de 76 anos, com dengue confirmada e insuficiência cardíaca, apresentou dor abdominal súbita. A ultrassonografia e tomografia revelaram colecistite alitiásica com descontinuidade parietal fúndica e coleção perivesicular. O diagnóstico de colecistite aguda perforada (Niemeier tipo II) foi firmado, sendo tratada com colecistostomia percutânea e antibioticoterapia.

### HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente masculino, 76 anos, com diagnóstico prévio de Dengue, admitido com dor intensa em hipocôndrio direito, defesa abdominal e sinal de Murphy positivo. Possuía antecedentes de hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência cardíaca descompensada. Apresentava leucocitose importante e vômitos em “borra de café”.

### ACHADOS RADIOLÓGICOS

A ultrassonografia (US) de abdome evidenciou vesícula biliar com dimensões no limite superior da normalidade, paredes espessadas e área focal de perda da continuidade parietal na região fúndica, associada a uma coleção adjacente organizada. Não foram observados cálculos. A tomografia computadorizada (TC) de abdome confirmou o espessamento parietal, realce

marginal da coleção perivesicular e ausência de litíase radiopaca, selando o diagnóstico de colecistite aguda acalculosa complicada com perfuração e abscesso bloqueado (Figuras 1 a 5).

### DISCUSSÃO

A colecistite acalculosa aguda representa 2-15% das colecistites agudas, ocorrendo tipicamente em pacientes críticos [1]. No cenário epidemiológico brasileiro, a Dengue surge como um gatilho relevante [2]. A disposição fisiopatológica na Dengue envolve extravasamento plasmático e resposta inflamatória sistêmica, que podem causar isquemia da parede biliar [3]. Neste caso, a hipoperfusão sistêmica pela insuficiência cardíaca e a microvasculopatia diabética potencializaram a necrose transmural. A perfuração da vesícula biliar é uma complicação grave, com alta mortalidade. Segundo a classificação de Niemeier, este caso enquadra-se no Tipo II (perfuração subaguda com abscesso perivesicular circunscrito) [4]. A imagem é fundamental, pois a clínica pode ser mascarada pela gravidade da doença de base. Enquanto a US é o método inicial de escolha para avaliar o espessamento e a descontinuidade da parede, a TC oferece melhor caracterização da extensão da coleção e exclusão de diagnósticos diferenciais [5,6]. A ausência de crescimento

bacteriano na cultura de bile reforça a etiologia isquêmica/inflamatória em detrimento da infecciosa primária.

### DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- Neoplasia de vesícula biliar (infiltrativa).
- Perfuração de úlcera péptica (gastropatia hemorrágica).
- Edema de parede biliar por Dengue (forma não complicada).

### O QUE APRENDI COM ESTE CASO

O caso destaca que, em pacientes com Dengue e dor abdominal persistente, a imagem deve buscar ativamente sinais de perfuração. Aprendi que a colecistostomia percutânea é uma alternativa eficaz à cirurgia aberta em pacientes frágeis e com alto risco cardiovascular, permitindo o controle do foco inflamatório de forma minimamente invasiva.

### REFERÊNCIAS

1. Siqueira VS, Ambrósio AVA, Cunha PF, et al. Colecistite alitiásica aguda: revisão de literatura. Rev Med Minas Gerais 2012; 22:59-62.
2. Leite CRC, Farias TP, Brasileiro L, et al. Colecistite aguda alitiásica. Clin Biomed Res 2000; 20:1.
3. Araújo PC, Figueiredo BQ, Souza BF, et al. Achados de imagem na colecistite aguda, suas complicações e tratamento. Res Soc Dev 2022; 11:e332111234801.
4. Anderson BB, Nazem A. Perforations of the gallbladder and cholecystobiliary fistulae: a review of management and a new classification. J Natl Med Assoc 1987; 79:393-399.
5. Kim PN, Lee KS, Kim IY, et al. Gallbladder perforation: comparison of US findings with CT. Abdom Imaging 1994; 19:239-242.
6. Ergul E, Gozetlik EO. Perforation of gallbladder. Bratisl Lek Listy 2008; 109:210-214.

## IMAGENS

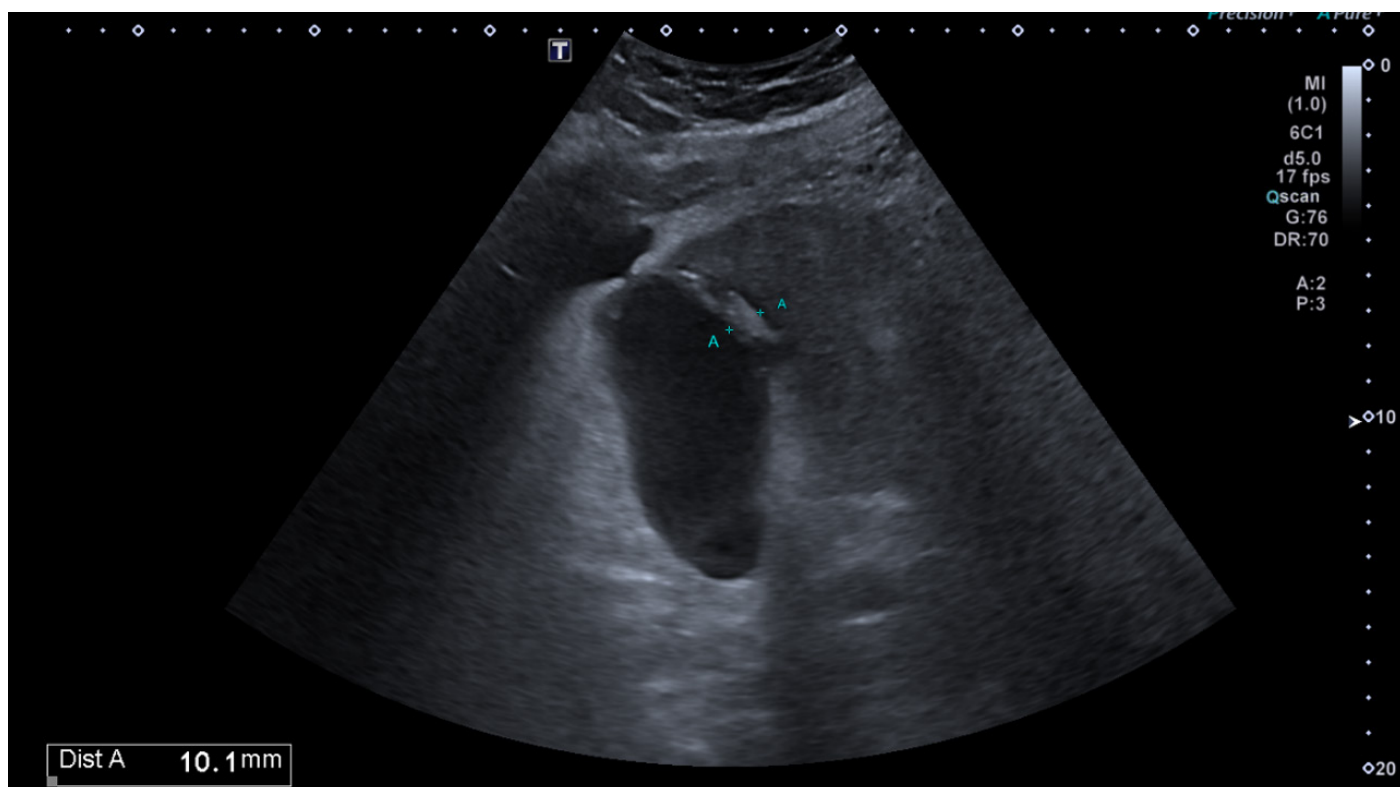


Figura 1: Ultrassonografia de abdome evidenciando vesícula biliar com paredes espessadas e área focal de descontinuidade parietal na região fúndica.

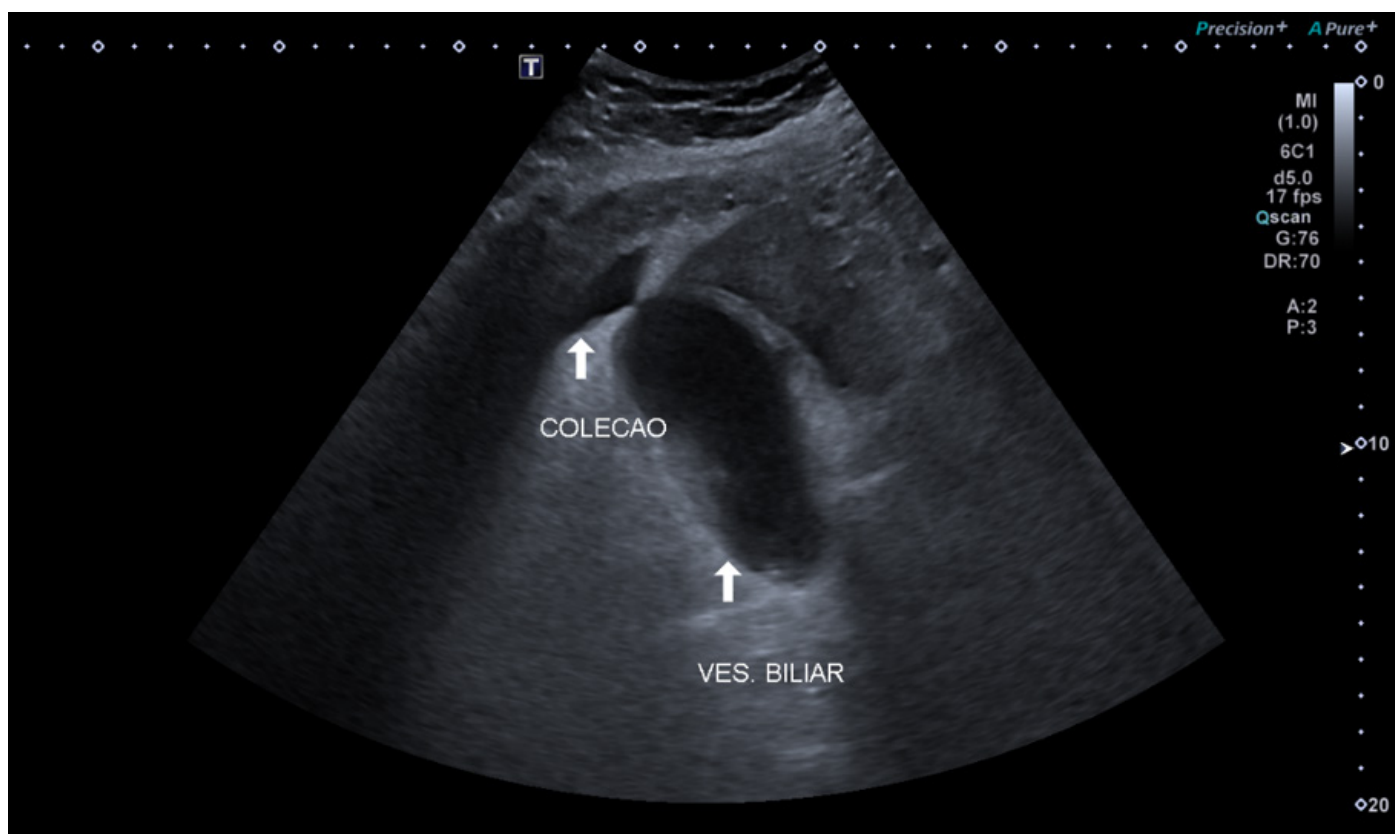


Figura 2: Ultrassonografia em detalhe demonstrando coleção líquida perivesicular organizada e ausência de cálculos.

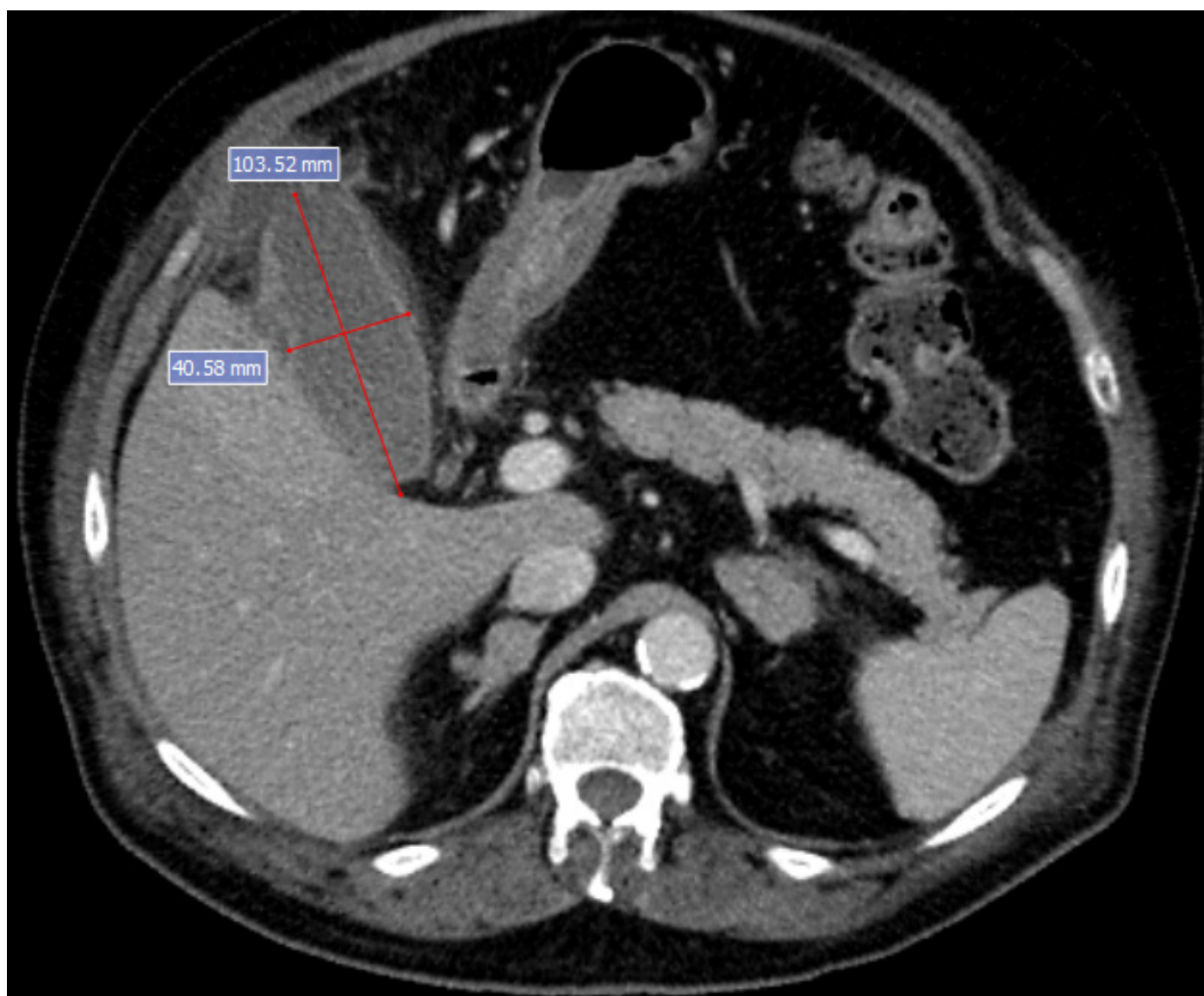


Figura 3: Tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste, corte axial, evidenciando vesícula biliar distendida (mensurando 10,3 cm x 4,0 cm) com acentuada heterogeneidade e espessamento parietal.

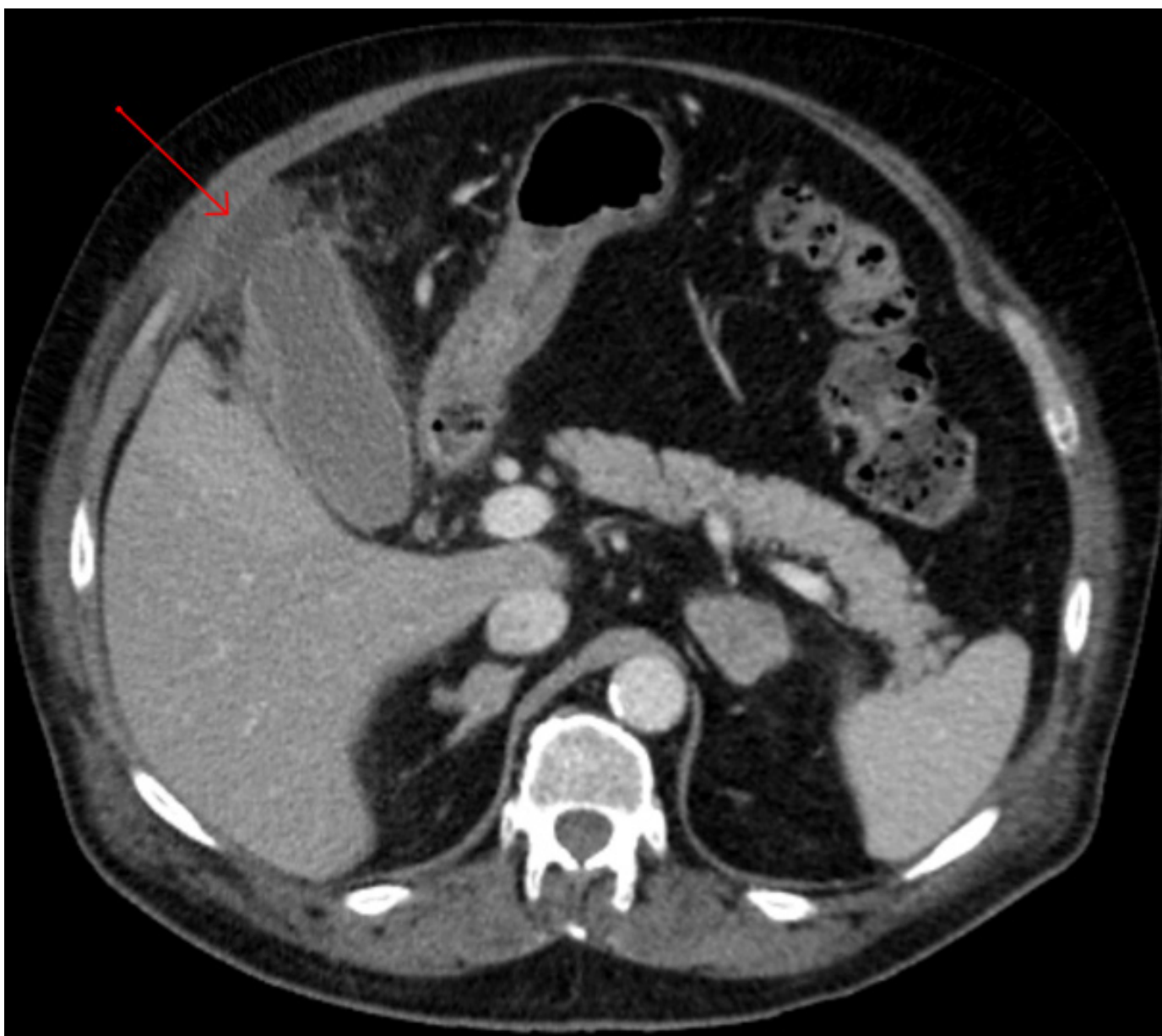


Figura 4: TC de abdome com contraste, corte axial, demonstrando coleção líquida perivesicular adjacente ao fundo biliar, compatível com abscesso bloqueado.



Figura 5: Reconstrução sagital de TC de abdome evidenciando a localização da coleção perivesicular.