



ABDOME AGUDO E DENGUE, UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO

ACUTE ABDOME AND DENGUE, AN ATYPICAL PRESENTATION: CASE REPORT

Autores

Maria Nathália Vilela Assis¹
 Caroline Lourdes Esteves Mesquita¹
 Bruno Bento Alves Esber Kanaan¹
 Geórgia Mansur¹
 Maria Clara Faustino Linhares¹
 Vítor Antônio Santos Anjo¹
 Patrícia Naves de Resende¹

Resumo

A dengue é uma doença infecciosa aguda, causada por um vírus RNA (ribonucleic acid) e transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. A infecção pelo vírus da dengue pode ou não apresentar sintomas. Pode provocar desde manifestações oligossintomáticas a quadros graves, podendo culminar em óbito. Os quadros clássicos manifestam-se com febre, associada à cefaleia, prostração, mialgia, artralgia, dor retro orbitária, exantema maculopapular, anorexia, náuseas, vômitos e diarreia. As principais manifestações atípicas encontradas na dengue são: colecistite alitiásica, pancreatite, hepatite, púrpura trombocitopênica, síndrome da angústia respiratória aguda e miocardite. Reportamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 24 anos, admitida no Mário Palmério Hospital Universitário, em Uberaba-MG, com dor abdominal associada a náuseas, vômitos, mialgia, dor articular, cefaleia holocraniana e prurido generalizado. A paciente foi encaminhada da Unidade de Pronto Atendimento Parque do Mirante com hipótese diagnóstica de Dengue grupo C. Foram solicitados exames laboratoriais que evidenciaram severa trombocitopenia, da qual motivou a solicitação da sorologia para infecção aguda pelo vírus da Dengue que apresentou resultado reagente. Durante a internação, houve persistência da dor abdominal, principalmente em região epigástrica, associada a náuseas e sinal de Murphy presente ao exame físico. Foi realizado ultrassonografia de abdome e realizado diagnóstico de colecistite alitiásica, sendo optado por tratamento conservador, com analgesia escalonada, hidratação vigorosa com foco no suporte clínico, após orientações da equipe de cirurgia geral. No quinto dia de internação, paciente evoluiu com dor em faixa em quadrante superior do abdome e vômitos incoercíveis, sendo solicitadas enzimas pancreáticas, cujo resultado apresentou valores três vezes maiores que a referência, sendo aventada a hipótese diagnóstica de pancreatite aguda. A tomografia computadorizada de abdome foi realizada, sendo classificada como Balthazar A. A equipe médica optou por manter tratamento conservador, com analgesia escalonada, dieta zero e hidratação. Houve melhora clínica e laboratorial e alta hospitalar após 16 dias.

PALAVRAS CHAVE: Dengue; Colecistite; Abdômen Agudo

Filiação

¹ Curso de Medicina, Universidade de Uberaba, Uberaba (MG)

Abstract

Dengue is an acute infectious disease, caused by an RNA (ribonucleic acid) virus and transmitted by the *Aedes aegypti* mosquito. The infection by the dengue virus may or may not show symptoms. It can cause from oligosymptomatic manifestations to severe conditions, which can culminate in death. The classic conditions are manifested by fever, associated with headache, prostration, myalgia, arthralgia, retro-orbital pain, maculopapular rash, anorexia, nausea, vomiting and diarrhea. The main atypical manifestations found in dengue are: acalculous cholecystitis, pancreatitis, hepatitis, thrombocytopenic purpura, acute respiratory distress syndrome and myocarditis. We report the case of a female patient, 24 years old, admitted to Mário Palmério Hospital Universitário, in Uberaba-MG, with abdominal pain associated with nausea, vomiting, myalgia, joint pain, holocranial headache and generalized pruritus. The patient was referred from Unidade de Pronto Atendimento Parque do Mirante with diagnostic hypothesis of Dengue grup C. It was requested laboratory tests which showed severe thrombocytopenia, of which it was requested serology for acute Dengue infection, which resulted in the positive result. During hospitalization, abdominal pain persisted, especially in the epigastric region, associated with nausea and Murphy's sign present on physical examination. Abdominal ultrasound was executed and a diagnosis of acalculous cholecystitis was performed, and conservative treatment was chosen with analgesia, vigorous hydration with clinical focus, and orientation of clinical surgeons. On the fifth day of hospitalization, the patient evolved with band pain in the upper quadrant of the abdomen and incoercible vomiting, being asked for pancreatic enzymes, which result was three times higher than the reference value, and the diagnosis of acute pancreatitis was suggested. Computed tomography of the abdomen was realized, being classified as Balthazar A. The medical team opted to maintain conservative treatment, with analgesia, zero diet and hydration. There was clinical and laboratory improvement and hospital discharge after 16 days.

KEY WORDS: Dengue; Cholecistitis; Acute abdomen.

Autor Correspondente

Maria Nathália Vilela Assis
 Universidade de Uberaba, Endereço: Rua Ronan
 Martins Marques, 526
 Tel: (34) 99235-0200
 E-mail: marianathaliavilelaassis@gmail.com

INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença infecciosa aguda, causada por um vírus RNA (ribonucleic acid) e transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. Há um amplo espectro de manifestações clínicas, podendo causar manifestações hemorrágicas e até mesmo choque secundário ao vírus. (CORREA, 2019)¹

A dengue é uma doença endêmica na América do Sul e em grandes áreas do sudeste asiático. É uma das doenças arbo virais mais comuns em nosso continente com aumento repentino no número de casos nos últimos anos. (CHANDEY, 2017)². Afeta principalmente as ilhas do Pacífico, Ásia, Américas e recentemente tornou-se uma grande preocupação de saúde pública global. (CORREA, 2019)¹. No Brasil, em 30 anos (1986 - 2015), a Região Sudeste registrou 43% de todas as mortes em decorrência da dengue, a Região Centro-Oeste registrou 18% dos casos fatais. De 2011 a 2015, Goiás se tornou o estado com maior taxa de mortalidade do país e o Rio Grande do Sul registrou as primeiras mortes por dengue. Existe uma distribuição igualitária nos casos fatais entre os sexos. (NUNES, 2019)³.

A doença possui como agente etiológico um vírus do gênero *Flavivirus* pertencente à família *Flaviviridae* (FURTADO, 2019)⁴. No Brasil, existe registro de quatro sorotipos diferentes (DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4) que são capazes de desencadear o quadro infeccioso (RAMOS, 2016)⁵. Uma vez no organismo, o vírus apresenta uma replicação inicial em células musculares, fibroblastos e linfonodos locais, apresentando uma posterior disseminação pelo organismo (FIGUEIREDO, 1999)⁶. Segundo Lupi et al (2007)⁷, o vírus possui uma segunda fase de replicação no interior de monócitos na corrente sanguínea e apresenta tropismo para células do sistema imunológico e do tecido muscular (o que explicaria a intensa mialgia do quadro clássico). Uma das manifestações atípicas da dengue, a colecistite alitiásica, apresenta como patogênese uma alteração no endotélio vascular com extravasamento de líquido e espessamento da parede da vesícula biliar (RAMOS, 2016)⁵ e que, segundo Setiawan et al (1995)⁸, quando esse espessamento superasse 3 milímetros, a dengue estaria significativamente associada a casos graves.

A infecção pelo vírus da dengue pode ou não apresentar sintomas. Se sintomática, provoca uma doença sistêmica e com ampla variabilidade clínica, desde manifestações oligossintomáticas a quadros graves, podendo até culminar em óbito. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)⁹.

Os quadros clássicos de dengue manifestam-se primariamente com febre, essa de início abrupto, associada à cefaleia, prostração, mialgia, artralgia, dor retro orbitária, exantema maculopapular, esse, por vezes, pruriginoso. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia podem estar presentes. (SOUZA, 2009)¹⁰

As principais manifestações atípicas encontradas na dengue são: colecistite alitiásica, pancreatite, hepatite, púrpura trombocitopênica, síndrome da angústia respiratória aguda e miocardite. Além de quadros neurológicos, dentre os quais: encefalite, encefalopatia, síndrome de Guillain-Barré e polineurite múltipla. (CHANDEY, 2017; RAMOS, 2016; SOUZA, 2009)^{2,10}

Segundo Kumar (2016)¹¹, as manifestações atípicas podem ser potencialmente graves e podem resultar em aumento das taxas de morbimortalidade, devendo os médicos estar cientes dessas manifestações atípicas.

Desta forma, o presente trabalho visa relatar um caso de pancreatite e colecistite alitiásica pós quadro de infecção de dengue e traçar um paralelo com os casos da literatura.

APRESENTAÇÃO DO CASO

No dia 18 de abril de 2020, paciente do sexo feminino, 24 anos, foi encaminhada da Unidade de Pronto Atendimento Parque do Mirante, onde permaneceu por um dia, ao Mário Palmério Hospital Universitário, Uberaba-MG, com dor abdominal associada a náuseas, vômitos, mialgia, dor articular, cefaleia holocraniana e prurido generalizado, tendo sido aventada a hipótese de Dengue Grupo C e realizados exames laboratoriais que evidenciaram leucopenia associada a plaquetopenia. Apresentou quadro de vômitos e dor abdominal dois dias após a remissão do quadro febril, o qual teve duração de três dias. Nega comorbidades ou uso de medicações contínuas e nega hábito etílico.

Ao exame físico admissional, se encontrava afebril, SaO₂ 95% ao ar ambiente, frequência respiratória (FR): 14 incursões respiratórias por minuto (irpm), pressão arterial (PA): 110x80 milímetros de mercúrio (mmHg), frequência cardíaca (FC): 75 batimentos por minuto (bpm). Ao exame abdominal apresentava palpação dolorosa em região epigástrica e em hipocôndrio direito. Aos exames laboratoriais da admissão, bem como da evolução do caso são apresentados na tabela 01. Foi mantida a hipótese diagnóstica de dengue grupo C, instituindo-se tratamento clínico com dieta livre, hidratação vigorosa com soro fisiológico, analgésicos e antieméticos.

Paciente evoluiu com persistência de dor em região epigástrica associada a vômitos incoercíveis e ao exame físico apresentava sinal de Murphy, sendo solicitada ultrassonografia de abdômen (Figura 1A e 1B), cujo laudo apresentou vesícula biliar em topografia habitual com paredes espessadas e delaminadas. Ausência de cálculos em seu interior. Aspecto ecográfico sugestivo de colecistite aguda alitiásica/transinfecciosa. Foi solicitada avaliação da clínica cirúrgica, a qual optou por tratamento conservador, com analgesia escalonada, hidratação vigorosa, visando suporte clínico.

O quadro clínico evoluiu com mudança no padrão da dor, da região epigástrica para dor em faixa, em abdome superior, além de persistência de náuseas e vômitos. Associado a esse quadro, foi observado início de rash facial e exantema em região abdominal. Foram solicitados novos exames laboratoriais no quinto dia de internação hospitalar, dentre eles, foi solicitada sorologia para dengue, conforme tabela 01.

Após os resultados dos exames laboratoriais, foi fechado o diagnóstico de infecção pelo vírus da dengue e também foi aventado o diagnóstico de pancreatite aguda, sendo realizada tomografia computadorizada (figura 1C), de abdômen total apresentando pâncreas com topografia, dimensões, contornos e densidades normais, classificada como Balthazar A. Desta forma, a equipe médica optou pelo tratamento conservador, com hidratação de 3500 mililitros (ml) de soro fisiológico 0,9% associado a 35 ampolas de glicose 50% em 24 horas, medicações sintomáticas e dieta zero.

Durante o sexto e décimo quarto dia de internação, ocorreu persistência dos episódios de vômito e da dor abdominal de forte intensidade. No décimo dia, optou-se pela passagem de sonda nasoesférica pós-pilórica, iniciando-se a dieta enteral, com boa aceitação. Entre o décimo primeiro e décimo sexto dia, ocorreu melhora gradual, com transição de dieta enteral para dieta líquida, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e com suspensão de sintomáticos. No 16º dia de internação, paciente possuía bom estado clínico e laboratorial, recebendo alta hospitalar com receita de medicações sintomáticas e encaminhamento para ambulatório de gastroenterologia.

Tabela 01 – Representação dos dados referentes aos exames laboratoriais, no momento da admissão, quinto dia pós internação e na alta hospitalar.

Exames Laboratoriais	Admissão	5º Dia de Internação Hospitalar	Alta hospitalar	Valor de Referência
Eritrograma	4,17	3,99	4,28	4 – 5,2 x 10 ⁶ /mm ³
Hemácias	12	11,2	12,1	12,0 – 16,0g%
Hemoglobina	36	33,6	38	36,0 – 45,0%
Hematócrito				
Leucócitos	5.180	4.660	5.570	4.000 – 11.300/mm ³
Plaquetas	42.000	149.000	334.000	150-400x10 ³ /mm ³
Aspartato aminotransferase	250/139	70/85	-	15-46 U/L
Alanina aminotransferase	139	85	-	< 35 U/L
Gama GT	-	385,0	-	12-43 U/L
Fosfatase Alcalina		79,0		38-126 U/L
Amilase	-	175	194	30 – 110 U/L
Lipase	-	1.135	1.713	23 – 300 U/L
Desidrogenase Láctica	-	258	-	313-618 U/L
Glicemia de jejum	-	194	-	<99,0 mg/dL
Cálcio sérico	-	8,80	-	8,4 – 10,2 mg/dL
Triglicérides	-	93	-	<150 mg/dL
Ureia	20	5	-	15-36 mg/dL
Creatinina	0,35	0,29	0,42	0,6 – 1,2 mg/dL
Sódio	137	-	137	135-145 mmol/L
Potássio	3,3	3,7	4,4	3,5 – 5,1 mmol/L
Gasometria arterial	-	pH 7,389 pO2 80,40 mmHg pCO2 29,00 mmHg HCO3 17,10 mmol/L BE: -6,7 mmol/L	-	7,35-7,45 83,0 – 108,0 mmHg 35-45 mmHg 21-28 mmol/L -3,0 a +3,0 mmol/L
Sorologia para dengue IgM		IgM reagente (13,487)		>11,5

DISCUSSÃO

A colecistite alitiásica é uma forma infrequente de colecistite, compondo cerca de 10% dos casos registrados, tipicamente encontrada em pacientes graves, pós-operatórios, queimados, sépticos, politraumatizados ou em nutrição parenteral total por período prolongado (BARRETO, CMA et al, 2012)¹².

A suspeita clínica de colecistite alitiásica como complicação da infecção pela dengue é embasada no quadro de dor abdominal, sinal de Murphy positivo e febre. Além disso, laboratorialmente, o paciente pode apresentar aumento de enzimas hepáticas, como AST e ALT. À imagem ultrassonográfica, evidencia-se ausência de cálculos biliares e espessamento da parede do órgão. (RAMOS et al, 2016)⁵. O tratamento preconizado para a colecistite alitiásica é conservador, optando pela abordagem cirúrgica apenas em casos com peritonite difusa e outras complicações. (SOUZA et al, 2009)¹⁰.

Em estudo conduzido por Ramos et al (2016)⁵, relataram dois casos de dengue associada a colecistite alitiásica, com quadro clínico-laboratorial e evolução semelhantes ao apresentado neste trabalho. Ambas pacientes do sexo feminino foram admitidas com sintomas clássicos de dengue, como febre, mialgia e importante dor abdominal. Foram realizados exames complementares, apresentando sorologia para dengue positiva (IgM positivo) e alterações ultrassonográficas com vesícula biliar de paredes espessadas (8,0mm e 10,3 mm) e ausência de cálculo biliar. As enzimas hepáticas se apresentaram elevadas em apenas uma das pacientes, assemelhando-se ao caso descrito acima. Foi realizado tratamento conservador, com hidratação venosa e sintomáticos. As pacientes evoluíram com melhora clínica e laboratorial, recebendo alta com aproximadamente dez dias de internação.

Outros dois casos semelhantes ocorreram no estado do Rio de Janeiro e foram descritos por Souza et al (2009)¹⁰, em que as pacientes do sexo feminino, 38 e 33 anos, foram admitidas no

Centro de Referência da Dengue, na cidade de Campos de Goytacazes, apresentando sintomas típicos da dengue, como dor abdominal, febre, mialgia, náuseas, vômitos e dor retro orbitária. Dor a palpação abdominal e sinal de Murphy foram encontrados, sem demais alterações ao exame físico. Os exames complementares apresentaram elevação de transaminases

hepáticas e plaquetopenia, como no caso descrito neste trabalho, além de espessamento da parede da vesícula biliar e ausência de litíase. Optou-se por conduta conservadora, apenas com hidratação venosa e tratamento sintomático. Ambas evoluíram com melhora clínica-laboratorial e receberam alta hospitalar aproximadamente no décimo dia de internação hospitalar.

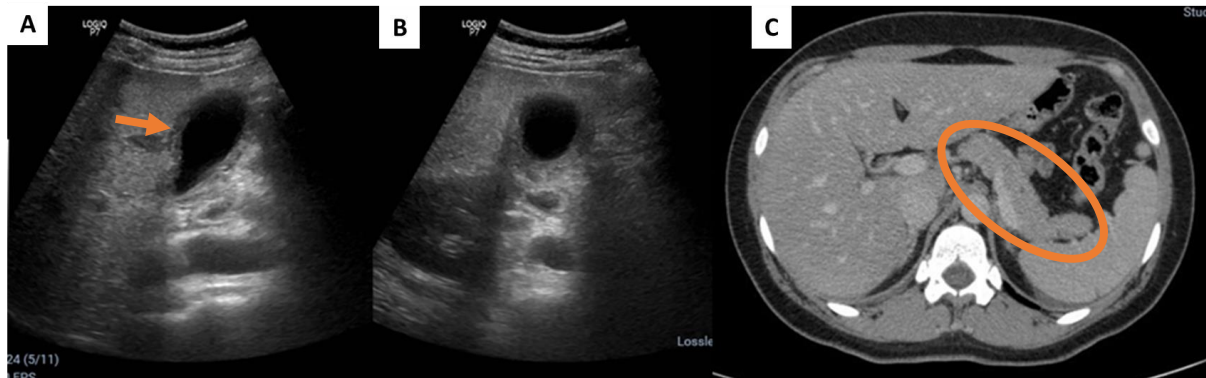


Figura 01: Representação dos exames complementares de imagem. (A e B) ultrassonografia de abdômen que evidenciou vesícula biliar em topografia habitual com paredes espessadas e delaminadas; ausência de cálculos em seu interior; com aspecto ecográfico sugestivo de colecistite aguda alitiásica/transinfecçiosa. A seta laranja representada na imagem A, destaca o espessamento da parede da vesícula biliar. (C) tomografia computadorizada de abdômen total apresentando pâncreas com topografia, dimensões, contornos e densidades normais. O círculo alaranjado destaca a topografia habitual do pâncreas, sem alterações.

Em 2017, na Índia, foi realizado um estudo com 1516 pacientes que apresentavam quadro febril. Dentre eles, 540 pacientes tiveram o diagnóstico de dengue confirmado laboratorialmente. A colecistite alitiásica foi encontrada em aproximadamente 39% (n=210) dos pacientes. Todos evoluíram sem complicações, com tratamento sintomático e sem abordagem cirúrgica (CHANDEY,2017)².

A conduta frente ao diagnóstico de colecistite alitiásica é fator prognóstico, conforme demonstrado em estudo por Wu e col (2003)¹³, dos 10 pacientes avaliados, 2 foram submetidos a colecistectomia e 1 a drenagem percutânea, os 7 demais ao tratamento conservador, fundamentado em hidratação e sintomáticos. Apesar do desfecho final favorável a todos os pacientes, os que tiveram intervenção cirúrgica apresentaram complicações hemorrágicas e internação hospitalar média de 14 a 16 dias, enquanto os sujeitos a tratamento conservador obtiveram alta hospitalar com 4 dias de evolução.

A dor abdominal de forte intensidade associada a vômitos persistentes são considerados como gravidade clínica em um caso de dengue (KUMAR et al, 2016)¹¹. Na presença de dor abdominal, devem ser aventadas possíveis complicações, como a pancreatite aguda. As principais causas de pancreatite são: litíase biliar e ingestão de álcool, resultando em cerca de 80% dos casos. As causas idiopáticas constituem 10%, enquanto os 10% restantes são diversos, dentre os quais: uso de drogas, trauma, cirurgia abdominal, hipercalcemia, hipertrigliceridemia, vasculite, tumores pancreáticos, pâncreas divisum, isquemia ou embolia, transplante de órgãos, insuficiência renal avançada, parasitas intraductais, infecção por mycoplasma e infecção viral (RIBEIRO, 2017)¹⁴.

A pancreatite aguda tem seu diagnóstico embasado em critérios clínicos (dor em abdome superior), laboratoriais (elevação de enzimas pancreáticas no mínimo três vezes o valor de referência) e de imagem (alterações sugestivas de pancreatite aguda na tomografia computadorizada), sendo necessário preencher pelo menos dois critérios (VELASCO et al, 2019, p.842)¹⁵. Assim, na presença de sinais de alerta, é de suma importância que as enzimas pancreáticas sejam solicitadas, juntamente a um exame de imagem, visto que quanto mais

precoce o diagnóstico e início do tratamento, menor a morbimortalidade (KUMAR et al, 2016)¹¹.

Segundo reportaram Fontal e Martinez (2011)¹⁶, um caso de paciente do sexo masculino, terceira década de vida, portador de diabetes mellitus tipo 1 com complicação renal em hemodiálise. Clinicamente, o paciente queixava-se de febre, tremores, vômitos, fezes amolecidas, hematêmese e sangramento retal. Ao exame físico, apresentava-se estável hemodinamicamente, com dor em epigástrio e mesogástrio, além de petéquias em braços e pernas. Laboratorialmente, havia linfopenia, trombocitopenia e hemoconcentração. A hipótese diagnóstica de dengue hemorrágica, segundo os critérios da OMS (Organização Mundial da Saúde) foi confirmada com teste sorológico. Os exames laboratoriais evidenciaram hiperlipasemia (514 U/L - VR: 23-300) e a tomografia computadorizada (TC) de abdome contrastada mostrou alterações na gordura peripancreática em direção à raiz do mesogástrio. De acordo com a clínica algica, alterações bioquímicas e achados inflamatórios da TC, o paciente apresentava quadro de pancreatite aguda secundária à dengue. Paciente evoluiu ainda com CIVD (coagulação intravascular disseminada), mas houve desfecho favorável após cuidados em unidade intensiva, hidratação intravenosa e transfusão de crioprecipitados, concentrado de plaquetas e plasma fresco congelado, recebendo alta hospitalar no 13º dia. Apesar do paciente descrito pelos referidos autores ter diagnóstico símile ao presente relato de caso, difere-se nas comorbidades, achados tomográficos e complicações apresentadas, entretanto, ambos evoluíram com tempo de internação aproximados.

Um caso semelhante ao descrito neste trabalho, foi relatado por Correa et al (2019)¹, em que uma paciente do sexo feminino, 37 anos, sem comorbidades prévias, foi admitida em um hospital do Panamá com dor abdominal em epigástrio e hipocôndrio esquerdo com irradiação para o dorso. Paciente apresentava história de febre, calafrios, dor retro orbital e artralgia, com término desses sintomas cinco dias antes de sua chegada à unidade hospitalar. Ao exame físico admissional foi encontrada gengivorragia e dor abdominal à palpação, sem demais alterações dignas de nota. Os exames laboratoriais

apresentaram plaquetopenia, elevação de enzimas pancreáticas, hepáticas e canaliculares. Durante a internação, a paciente evoluiu com piora da dor abdominal, tendo sido solicitada a ultrassonografia abdominal, que apresentava a parede da vesícula biliar com 4mm de espessura. Foram instituídos cuidados de suporte, como hidratação endovenosa e dieta zero, possibilitando alta hospitalar após três dias de internação, com melhora clínica-laboratorial. Observa-se que a paciente descrita por Correa et al (2019)¹, se assemelha à paciente descrita no presente relato. Apresentaram alterações clínicas e laboratoriais semelhantes, e foram tratadas com terapia conservadora, sem demais complicações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto da infecção pela dengue, pacientes que apresentem persistência da dor abdominal e vômitos ao longo da evolução clínica, deve ser aventada a hipótese diagnóstica de colecistite alitiásica e pancreatite aguda. Mediante essa suspeita clínica, deve-se lançar mão de exames bioquímicos e de imagem para conclusão diagnóstica. Firmado diagnóstico, a conduta conservadora mostrou desfecho favorável na maioria dos casos, em detrimento de medidas cirúrgicas. Apesar de condições raras e pouco retratadas na literatura, tais quadros clínicos devem ser considerados nos possíveis diagnósticos diferenciais e o início do tratamento assertivo mostra impacto positivo na morbimortalidade que essas entidades clínicas podem culminar.

REFERÊNCIAS

- CORREA, R et al. Dengue with Hemorrhagic Manifestations and Acute Pancreatitis: Case Report and Review. *Cureus*, vol. 11,6 e4895. 13 Jun. 2019 . Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6689496/?report=classic>>. Acesso em: 14 Nov. 2020. <https://doi.org/10.7759/cureus.4895>
- CHANDEY, M; KAUR, H; KAUR, S. Acute acalculous cholecystitis in dengue fever patients. *International Journal of Advances in Medicine*, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 375-377, mar. 2017. ISSN 2349-3933. Disponível em: <<https://www.ijmedicine.com/index.php/ijam/article/view/512/492>>. Acesso em: 14 nov. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.18203/2349-3933.ijam20170923>.
- NUNES, PCG et al. 30 years of fatal dengue cases in Brazil: a review. *BMC Public Health*. 2019 Mar 21;19(1):329. doi: 10.1186/s12889-019-6641-4. PMID: 30898104; PMCID: PMC6429821
- FURTADO, ANR et al. Dengue fever and its advances. *Rev. Bras. Análises. Clínicas.*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 196-201, Agosto. 2019. Disponível em: <[http://rmmg.org/artigo/detalhes/2015](http://www.rbac.org.br/artigos/dengue-e-seus-avancos/#:~:text=A%20Dengue%20C3%A9%20uma%20arbovirose,%2D3%2C%20DEN%2D4.>. Acesso em: 17 Nov. 2020
RAMOS, LMQC et al. Colecistite alitiásica associada à Dengue: relato de dois casos. <i>Rev. Médica de Minas Gerais.</i>, Belo Horizonte, v. 26, n. 5, p. 149-151. 2016. Disponível em: <. Acesso em: 17 Nov. 2020
- FIGUEIREDO, LTM. Patogenia das infecções pelos vírus do dengue. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 30 de

março de 1999 [citado 5 de janeiro de 2021];32(1):15-20. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7749>

- LUPI, O; CARNEIRO, CG; COELHO, ICB. Manifestações mucocutâneas da dengue. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 291-305, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962007000400002&lng=en&nrm=i>. access on 17 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962007000400002>
- SETIAWAN, MW et al. Gallbladder wall thickening in dengue hemorrhagic fever: an ultrasonographic study. *J Clin Ultrasound*. 1995; 23(6): 357-62.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestao. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/14/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>> . Acesso em: 16 Nov. 2020
- SOUZA, LJ et al. Colecistite alitiásica por dengue: relato de casos. *Rev Bras Clin Med*. 2009; 7:56-9. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n1/a56-59.pdf>>. Acesso em: 16 Nov. 2020
- KUMAR, KJ et al. Acute pancreatitis complicating dengue hemorrhagic fever. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 49, n. 5, p. 656-659, Oct. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822016000500656&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0145-2016>.
- BARRETO, CMA et al. Colecistite alitiásica aguda: manifestação inicial de uma doença autoimune? *GED gastroenterol. endosc. dig*; 31(3): 107-115, jul. set, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-7772/2012/v31n3/a3923.pdf>>. Acesso em 05 Abr. 2021.
- Wu KL et al. Dengue fever with acute acalculous cholecystitis. *Am J Trop Med Hyg*, 2003; 68:657-660. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12887023/>>. Acesso em: 13 Dez. 2020.
- RIBEIRO, GFF et al. Etiologia e mortalidade por pancreatite aguda: uma revisão sistemática. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 46, n.4. 2017. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/118>>. Acesso em 05 Abr. 2021.
- VELASCO, IR et al. Medicina de Emergência: abordagem prática. Barueri [SP]: Manole, 2019.
- FONTAL, GRG; HENAO-MARTINEZ, AF. Dengue hemorrhagic fever complicated by pancreatitis. *Braz J Infect Dis* [online]. 2011, vol.15, n.5, pp.490-492. ISSN 1413-8670. <https://doi.org/10.1590/S1413-86702011000500015>. Acesso em: 13 Dez. 2020.