

ABSCESSO HEPÁTICO DE CAUSA ATÍPICA EM CRIANÇA RELATO DE CASO

Lívia Plens Tannous, Ana Flávia De Biase Chalela, Camilla Amici Jazra, Raphael Raphe.

Instituição: Curso de Medicina da Faculdade Ceres, FACERES. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Resumo

Abscesso hepático piogênico (APH) é o desenvolvimento de coleção purulenta única ou múltipla intra-hepática, secundária à reação celular inflamatória local por infecção de bactérias no parênquima hepático. As causas são: disseminação bacteriana pela artéria hepática (bacteremia); disseminação pela veia porta (infecção gastrointestinal); via trato biliar, por colangite ascendente; contiguidade a partir da cavidade peritoneal ou super-infecção de tecido necrosado. Em crianças, a causa por contiguidade após apendicectomia é rara. Relatamos um caso de uma paciente com febre, dor abdominal, hiporexia, com histórico cirúrgico de apendicectomia por apendicite aguda fase quatro há seis meses. A paciente foi previamente tratada com antibioticoterapia sem sucesso. As investigações por exames de imagem mostraram APH em segmento VII. Devido a faixa etária e localização do abscesso optou-se por um procedimento minimamente invasivo associado com antibioticoterapia. Houve melhora clínica e laboratorial, recebendo alta hospitalar e está em acompanhamento ambulatorial. Apesar de não usual, o diagnóstico de APH pós-apendicectomia deve ser considerado no diagnóstico diferencial em casos de febre de origem indeterminada.

Introdução

Abscesso hepático piogênico (AHP) é o desenvolvimento de coleção purulenta única ou múltipla intra-hepática, secundária à reação celular inflamatória local por infecção de bactérias no parênquima hepático¹. O fígado é a víscera abdominal mais frequentemente acometida por abscessos. Nele, localizam-se 13% de todos os abscessos intra-abdominais e 48% dos abscessos viscerais abdominais². Sua incidência varia de 1,1 a 2,3 por 100.000 habitantes, e é maior entre homens que mulheres (3,3 contra 1,3 por 100.000, respectivamente)^{1,2}. É uma doença grave e fatal se não tratada. A mortalidade pode variar de 5,6 à 80%^{1,3}.

Os principais sintomas são dor abdominal – mais pronunciada no hipocôndrio direito – febre intermitente, icterícia e hepatomegalia. Sintomas associados, como inapetência,

perda ponderal, náuseas, vômitos, diarreia, ascite e alterações pulmonares podem ocorrer^{1,2}. Entre os achados laboratoriais, devemos esperar anormalidades da bioquímica hepática, principalmente a elevação de fosfatase alcalina, bilirrubinas e aminotransferases, além de leucocitose com desvio à esquerda. Tem evolução subaguda com início dos sintomas variando entre 3-120 dias¹.

A presença de inúmeras células do sistema retículoendotelial (células de Kupffer) no parênquima hepático confere algum grau de resistência a infecções, no entanto, a dupla vascularização hepática torna esse órgão particularmente vulnerável à formação de AHP, que pode resultar de: disseminação bacteriana pela artéria hepática (bacteremia); disseminação pela veia porta (infecção gastrointestinal); via trato biliar, por colangite ascendente; contiguidade a partir da cavidade peritoneal ou super-infecção de tecido necrosado. O lobo hepático direito é o mais afetado (91%), fruto da sua vascularização dominante⁴.

Escherichia coli tem sido o patógeno mais comumente isolado em AHP, correspondendo a 35-45% dos casos registrados ao redor do mundo⁵. Todavia, a causa pode variar conforme a região e podem ser encontrados casos de *Staphilococcus aureus*, *Streptococcus*, *Klebsiella pneumoniae*. Alguns autores reportaram, ainda, a associação da microbiologia com a etiologia. *E. coli* está associada com doença biliar, *Klebsiela* com causas criptogênicas, e *Streptococcus milleri* com causa portal^{1,2}. Sendo assim, os abscessos são encontrados após obstrução e infecção de árvore biliar e associados a doenças de base, como câncer, doenças do cólon e diabetes.

O diagnóstico é feito pela história, exame clínico, exames de imagem, seguidos de aspiração e cultura do material do abscesso. Dentre os exames de imagem, destacam-se o raio-x, a ultrassonografia e a tomografia computadorizada de abdome. O Raio X simples de abdome já pode dar informações como gás intra-hepático ou na veia porta, elevação da hemicúpula diafragmática direita e derrame pleural ipsilateral. A ultrassonografia (USG) costuma ser o primeiro exame solicitado para investigação diagnóstica, porém com uma sensibilidade inferior à tomografia computadorizada (TC). A TC é o método de escolha, já que apresenta grande sensibilidade.

O tratamento é baseado em antibioticoterapia venosa e procedimento de drenagem. A antibioticoterapia empírica deve visar enteropatógenos gram-negativos e anaeróbios. Os de primeira escolha são: monoterapia com beta-lactâmico mais inibidor de betalactamase (ex: amoxicilina + clavulanato, ampicilina + sulbactam, piperaciclina +

tazobactam) ou terapia combinada com cefalosporina de terceira geração (ex: ceftriaxone) ou quinolona (ex: ciprofloxacino, levofloxacino) e metronidazol. A duração mínima recomendada deve ser de 4-6 semanas, podendo ser prolongada em casos selecionados². Os procedimentos de drenagem incluem drenagem percutânea guiada por TC ou USG (com ou sem colocação de cateter), cirurgia de drenagem, e drenagem por CPRE. A abordagem depende do tamanho e do número de abscessos.

Relato de Caso:

LBSA, sexo feminino, 11 anos, foi submetida a apendicectomia por apendicite aguda em outubro de 2016, em outro serviço, e, segundo relato dos familiares, foi uma cirurgia complicada com apendicite fase quatro e peritonite na cavidade. No pós-operatório, a paciente recebeu cuidados médicos e antibioticoterapia. No quarto dia de pós-operatório, antes de sua alta, houve drenagem de coleção purulenta pela ferida operatória, que foi drenada e limpa, com boa evolução após a alta. A paciente permaneceu em bom estado geral até abril de 2017, ou seja, seis meses após o procedimento inicial, quando apresentou quadro de febre, dor abdominal e perda ponderal. Em consultas médicas, recebeu antibioticoterapia para provável sítio urinário da infecção e até mesmo antibioticoterapia empírica, sem foco infeccioso evidente. O padrão da febre era diário e vespertino, com temperaturas variando entre 37,5 a 38,9 °C. Ainda em outros serviços, realizou exames investigatórios, laboratoriais e de imagem, porém não houve confirmação do foco infeccioso. A paciente permaneceu ao longo de três meses com estas manifestações clínicas, tendo perdido cerca de dez quilogramas de massa ponderal.

Em consulta referendada por cirurgião geral, a paciente foi avaliada por especialista do aparelho digestivo em novos exames de imagem com tomografia computadorizada de abdome, com protocolo de contraste para pacientes pediátricos, na qual foi visualizada uma lesão hipoeoica em seguimento VII hepático, de aproximadamente sete centímetros, sugestiva de coleção parcialmente líquida. Aventou-se a hipótese de um abscesso hepático. A paciente foi hospitalizada em estado geral regular, emagrecida, febril, anictérica, eupneica, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações, abdome doloroso à palpação de hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal, sinais de Murphy e Giordano negativos. Foi introduzida antibioticoterapia baseada em cefalosporina de terceira geração e metronidazol, após a coleta de duas amostras de hemocultura. Em discussão multidisciplinar, optou-se por drenagem percutânea pela

radiologia intervencionista. Esta conduta baseou-se no fato de a paciente ter idade pediátrica, por ser uma coleção única, pela localização favorável da lesão, e por ser menos invasiva. O procedimento foi realizado com esvaziamento da coleção, saída de pequena quantidade de secreção purulenta, a qual foi enviada para cultura, e deixado cateter de Pigtail. No pós-operatório, a paciente evoluiu já com melhora do estado geral, do quadro febril e da dor abdominal, além de saída de pequena quantidade de secreção pelo cateter. Laboratorialmente, houve melhora da proteína C reativa (PCR). A cultura do exsudato foi positiva para *Streptococcus gallolyticus*, e o antibiograma sensível para ceftriaxone, o qual foi mantido. Uma semana após o procedimento, foi realizado um controle de imagem com tomografia computadorizada e observado esvaziamento da coleção, sendo retirado o cateter. A paciente recebeu alta hospitalar e atualmente está em acompanhamento ambulatorial. Em novo controle de imagem, constatou-se desaparecimento da lesão do segmento VII do fígado. A paciente encontra-se em bom estado geral, com ganho de peso, afebril e sem dor abdominal.

Discussão

O abscesso hepático é raro em crianças saudáveis e ocorre principalmente associado a fatores predisponentes que incluem imunossupressão, doença granulomatosa crônica ou leucemia, cirurgia, viagens para áreas endêmicas, exposição a animais, trauma, patologias de vias biliares e neoplasias.

Historicamente, as causas mais frequentes de abscesso hepático piogênico eram a apendicite e a diverticulite, complicadas por disseminação através do sistema porta. No entanto, a evolução da antibioticoterapia relegou a patologia infecciosa gastrointestinal a segundo plano, depois da patologia hepatobiliar, notadamente a maligna^{4,8}, como causa mais frequente atualmente.

O abscesso hepático está associado a afecção coexistente em 5 a 42% dos casos. Entre as patologias gastrointestinais infecciosas relacionadas a esta enfermidade contam-se a colecistite, colangite supurativa, pileflebite, peritonite, doença inflamatória intestinal, adenoma túbulo-viloso, carcinoma colo-rectal (CCR) e até procedimentos prévios de polipectomia⁴. Aproximadamente 1 a 10% de todos os pacientes desenvolvem abscesso intra-abdominal após apendicectomia. Sabe-se que entre todos os fatores perioperatórios, o estado de perfuração é o maior fator de risco para o desenvolvimento de abscesso pós-operatório⁶.

O caso relatado envolve uma paciente com abscesso hepático piogênico de apresentação tardia após apendicectomia complicada. Ela apresentava sintomatologia característica, com febre prolongada por meses, vespertina e periódica, dor abdominal e perda ponderal. A febre de origem indeterminada é uma situação comum na prática clínica pediátrica e o abscesso hepático está entre os diagnósticos diferenciais. Em geral, cursa com sintomatologia evidente, incluindo náuseas e vômitos associados ao quadro. As comorbidades associadas ao abscesso hepático descritas na literatura não foram observadas na paciente em questão, o que também dificultou inicialmente o diagnóstico⁷.

Como um diagnóstico precoce não foi realizado, a fonte inicial de infecção do apêndice retrocecal inflamado e perfurado estendeu-se ao espaço peritoneal e sub-hepático atingindo o fígado. Os organismos podem entrar nesta víscera através dos canais ou vasos biliares ou, ainda, diretamente, por contiguidade. A localização do segmento hepático VII, próxima do apêndice retrocecal, sugere que o abscesso se estendeu por contiguidade.

As melhores estratégias de tratamento do abscesso hepático piogênico em crianças permanecem controversas devido à raridade da doença e ao fato de terem sido entendidas a partir de casos adultos. No entanto, a doença subjacente e a patogênese do abscesso hepático piogênico são diferentes nessas duas entidades; portanto, aplicar os mesmos princípios de tratamento pode não ser sempre apropriado. A drenagem percutânea guiada por tomografia computadorizada ou ultrassonografia é atualmente o tratamento de primeira linha. É minimamente invasivo, fácil de executar, tem poucas complicações e deve ser realizado assim que o diagnóstico é feito. Além disso, ela também permite a identificação do organismo causador que orienta a terapia antibiótica apropriada, uma vez que a hemocultura isolada não reflete com precisão a microbiologia dos processos hepáticos⁸. No relato descrito, a cultura foi positiva para *Streptococcus gallolyticus*, que é estreptococos do grupo D, e está associado ao trato gastrointestinal. Para tratamento dessa paciente, optou-se pela drenagem percutânea guiada por imagem, associada a antibioticoterapia empírica e, após resultado de cultura, usou-se antibiótico específico para o agente.

Ademais, há sugestões de drenagem cirúrgica, as quais consideram os seguintes parâmetros: múltiplos abscessos (dependendo do número, localização, e tamanho), abscesso loculado, abscesso com conteúdo viscoso obstruindo a drenagem por cateter, doença de base que requer tratamento cirúrgico primário e resposta inadequada à

drenagem percutânea em 7 dias². Todavia, a paciente possuía abscesso único de aproximadamente 7 cm, o que geralmente contribui para eficácia terapêutica.

Conclusão

O abscesso hepático piogênico tem evolução subaguda, o que dificulta o diagnóstico, sendo de grande relevância considerá-lo em diagnósticos diferenciados em quadros febris indeterminados. A drenagem percutânea de abscesso hepático piogênico associada a antibioticoterapia é, atualmente, um procedimento de primeira linha no tratamento dessas lesões, permitindo seu diagnóstico microbiológico e seu tratamento, sendo segura e eficaz.

FALTA IMAGENS da TC

Referências Bibliográficas:

1. Santos-Rosa OM, Lunardelli HS, Ribeiro-Junior MAF. Pyogenic Liver Abscess: Diagnostic and Therapeutic management. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2016; 29(3): 194-197.
2. Davis J, McDonald M. Pyogenic liver abscesso. Up to Date. 2016. Disponível em: <http://www.uptodate.com/online>. Acesso em: 12/09/2017
3. Rismiller K, et al., Pyogenic liver abscesses: a contemporary analysis of management strategies at a tertiary institution, HPB (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpb.2017.06.005>
4. Pinto E, Sousa M, Costa A. Abscessos hepáticos piogênicos : A perspectiva do radiologista de intervenção. Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca 2013; 1(1): 27-33.
5. Bruno RC, Bello MEG, Alvarenga ML, Cesar MAP, Szutan LA. Abscesso hepático por Klebsiella pneumoniae e suas complicações sistêmicas. GED gastroenterol. endosc. dig. 2014; 33(1): 23-26.
6. Levin DE, Pegoli W, Jr. Abscess After Appendectomy: Predisposing Factors. Adv Surg. 2015;49:263-80.
7. Granato MF, Giorno EPC, Schvartsman C, Reis AG. Abscesso hepático de origem hematogênica em paciente com febre de origem indeterminada. Rev Paul Pediatr 2012;30(3):438-42.
8. Piqueras AI, Macia M, Ibañez L, Esteban MJ. Pyogenic Liver Abscess with Delayed Presentation After Appendectomy. Pediatr Infect Dis J. 2016; 35(7), 817-19.



Figure 1: CT axial seg. VII

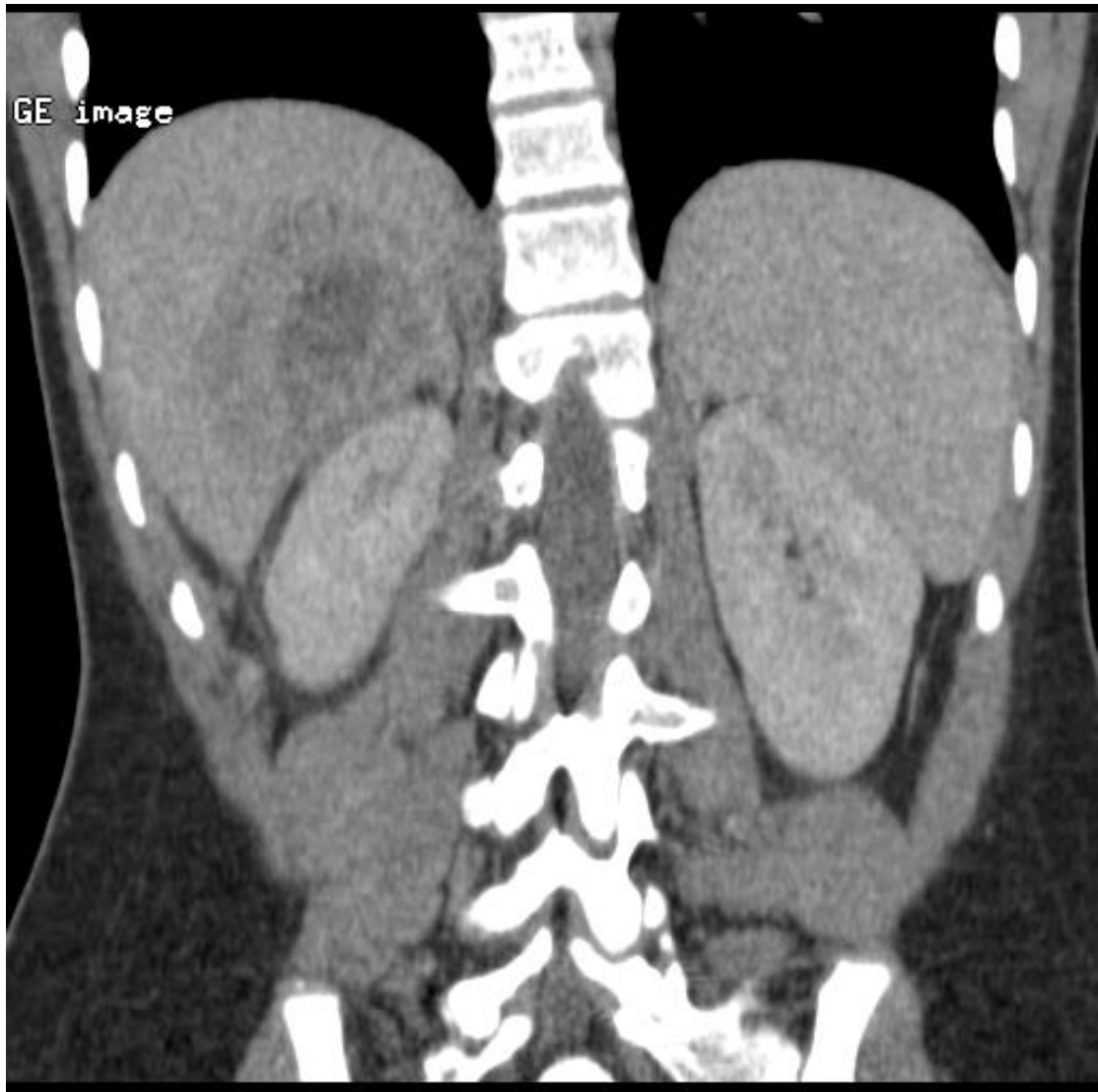


Figure 2: CT coronal seg. VII