

Abscessos hepáticos secundários a espinha de peixe. Relato de caso*

Liver abscess secondary to a fishbone. Case report

Cinthyia Coelho Borba¹, Amanda Raquel da Silva Gomes¹, Joana Paula Pantoja Serrão Filgueira¹, Otávio Gomes Paz²

*Recebido do Hospital Ophir Loyola (HOL). Belém, PA.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O objetivo deste estudo foi relatar e discutir a experiência clínica de uma doença comum, porém de etiologia pouco frequente com risco de óbito na falta do diagnóstico precoce.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 25 anos, foi admitida no hospital com dor abdominal, febre e calafrios. O exame físico revelou anemia e dor epigástrica. Os dados do laboratório mostraram leucocitose e função hepática alterada. A tomografia computadorizada (TC) de abdômen revelou abscessos no lobo direito e esquerdo do fígado. A laparotomia exploratória foi realizada e uma espinha de peixe de 2,8 cm de comprimento foi encontrada perfurando o duodeno e penetrando no lóbulo esquerdo do fígado formando um abscesso hepático. A drenagem do abscesso hepático com remoção da espinha de peixe e fechamento simples da perfuração foi realizada. A paciente evoluiu bem e recebeu alta hospitalar.

CONCLUSÃO: O diagnóstico de abscesso hepático secundário à perfuração do trato gastrointestinal por um corpo estranho é de difícil reconhecimento uma vez que há uma variedade de sintomas inespecíficos e porque os pacientes muitas vezes desconhecem a ingestão. Mesmo assim, na presença de abscessos hepáticos, a etiologia deve ser insistentemente investigada, principalmente quando não responde à terapia inicial. A presença de um corpo estranho deve ser lembrada como possível causa de um abscesso hepático, mesmo que raro, para evitar que se protele o tratamento adequado.

Descritores: Abscesso hepático, Corpo estranho, Sepsis.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The aim of this study was to discuss the clinical experience of a common disease of infrequent etiology whereas death can occur without early diagnosis.

CASE REPORT: Female patient, 25 years-old, was admitted with abdominal pain, fever and chills. Physical examination revealed anemia and epigastric pain. Laboratory data showed leukocytosis and abnormal liver function. Computed tomography (CT) of abdomen showed abscesses in the right and left lobe of the liver. Exploratory laparotomy was performed and a fish bone 2.8 cm in length was found perforating the duodenum and penetrating into the left lobe of the liver forming a liver abscess. The drainage of liver abscess with removal of fish bones and simple closure of perforation was performed. The patient recovered well and was discharged.

CONCLUSION: The diagnosis of liver abscess secondary to perforation of the gastrointestinal tract by a foreign body is difficult to recognize since there are a variety of nonspecific symptoms and because patients often unaware of ingestion. Still, in the presence of liver abscess, etiology should be investigated urgently, particularly when not responding to initial therapy. The presence of a foreign body should be remembered as a possible cause of liver abscess, even though rare, to avoid delays the proper treatment.

Keywords: Foreign-body migration, Hepatic abscess, Sepsis.

INTRODUÇÃO

O abscesso hepático piogênico é uma condição rara associado à elevado índice de gravidade, sendo responsável por cerca de 1% das internações hospitalares^{1,2}.

Nas últimas décadas, os avanços nos meios diagnóstico e o aparecimento de novas alternativas de tratamento possibilitaram maiores percentuais de cura. No entanto, apesar de tais progressos o abscesso hepático piogênico continua representando um grande desafio diagnóstico e terapêutico³.

Recentemente assistiu-se a uma mudança na epidemiologia desta entidade patológica. Dentre os fatores associados, o abscesso hepático causado por corpo estranho é uma condição ainda mais rara e cujo desfecho é geralmente fatal devido as dificuldades em se estabelecer o diagnóstico precoce⁴.

Esta associação incomum somente foi relatada na literatura em cerca de 59 casos⁵.

A dificuldade na suspeita diagnóstica e a inespecificidade dos sintomas são fatores que levam ao diagnóstico tardio e consequentemente ao elevado numero de óbitos nestes casos.

1. Médica Residente em Clínica Médica do Hospital Ophir Loyola (HOL). Belém, PA, Brasil

2. Médico Especialista em Reumatologista e Clínica Médica, Preceptor do Serviço de Clínica Médica do Hospital Ophir Loyola (HOL). Belém, PA, Brasil

Apresentado em 15 de março de 2011

Aceito para publicação em 21 de dezembro de 2011

Endereço para correspondência:
Dr. Otávio Augusto Gomes da Paz
Travessa Timbó 899/604 – Bairro Marco
66087-187 Belém, PA.
Fone: (91) 82215100
E-mail: otaviogomespaz@yahoo.com.br

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

O objetivo deste estudo foi relatar um caso de abscesso hepático secundário à ingestão de corpo estranho.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 25 anos, solteira, comerciante de açaí, natural e residente em Belém, procedente do Hospital Pronto-Socorro Municipal. Admitida no serviço de Clínica Médica do Hospital Ofir Loyola, apresentando havia 20 dias dor epigástrica contínua, de forte intensidade e sem fatores de piora ou melhora, associada à febre alta, diária, intermitente e acompanhada de calafrios, além de vômitos pós-prandiais. Desde o início dos sintomas procurou atendimento hospitalar em serviços de pronto-atendimento por várias vezes, recebendo medicações sintomáticas.

Ao exame físico a paciente apresentava-se em regular estado geral, consciente e orientada no tempo e no espaço, afebril ao toque, acianótica, icterícia conjuntival (+/4+), hipocorada (+/4+), eupneica, ausência de edema ou gânglios palpáveis. Ausculta cardíaca sem alterações e ausculta pulmonar apresentando murmúrio vesicular reduzido em base pulmonar direita. O abdômen era globoso, flácido, doloroso a palpação do epigástrico e hipocôndrio direito, fígado aumentado (3 cm) do rebordo costal direito, com sinal de Torres-Homem presente.

Na admissão foram solicitados exames laboratoriais (Tabela 1) e tomografia computadorizada de abdômen (Figura 1) que evidenciou imagem sugestiva de abscessos no fígado de localização central e pericapsular.

Iniciado tratamento clínico com ceftriaxona (2 g/dia) e metronidazol (1500 mg/dia) e solicitada a drenagem guiada por ultrasonografia (USG) dos abscessos. Após 72 horas de antibioticoterapia, a paciente não apresentava melhora clínica, apresentando piora da dor abdominal e permanência do quadro febril. Durante a internação hospitalar evoluiu, ainda, com hipotermia (Tax =



Figura 1 – Tomografia de abdômen evidenciando múltiplos abscessos no fígado (central e pericapsular).

35,8° C), taquicardia, dispneia, acidose metabólica e leucocitose (19.000/mm³), sendo encaminhada para a unidade de terapia intensiva (UTI) e realizada drenagem percutânea do abscesso.

A paciente foi submetida à drenagem percutânea guiada por USG, com saída de 300 mL de conteúdo purulento e sanguinolento de abscesso que envolvia o lobo esquerdo do fígado interposto com o estômago e aparentemente vinculado a retrocavidade dos epíplons. No momento da drenagem a paciente referiu que o odor da coleção era sentido também quando se alimentava ou quando comprimiam o seu estômago.

As relações anatômicas da lesão são o lobo esquerdo do fígado, estômago, retrocavidade e cava pancreática. Avaliação cirúrgica considerou quadro de sepse por abscesso amebiano e optou por conduta conservadora.

Após o procedimento, na UTI, manteve-se séptica com sinais vitais estáveis, taquidispneica com suporte de oxigênio.

Recebeu alta da UTI após três dias em bom estado geral, mas mantendo ainda anemia e febre diária com calafrios. De volta a enfermaria foi avaliada pela equipe de cirurgia que manteve conduta conservadora e avaliação da radiologia que solicitou nova USG. No quarto dia após o retorno para a enfermaria, a paciente realizou USG de controle com evidências de que as coleções hepáticas havia se restabelecido. Foi realizada nova drenagem percutânea de abscesso hepático do lobo direito com saída de material purulento e do abscesso em lobo esquerdo com saída de material achocolatado e colocação de dreno no local. Após o procedimento foi realizado TC de abdômen, e após revisão dos exames foi encontrado imagem sugestiva de corpo estranho (Figura 2). A paciente realizou, ainda, EDA que mostrou pangastrite enantematosa grau leve e lesão vegetante na segunda porção do duodeno. Realizada biópsia da lesão.

Diante dos achados, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora cujos achados mostraram presença de fibrina em lobo hepático direito (segmento VI), ausência de coleções visíveis em fígado. Aderências e bloqueio do epíplon em topografia de duodeno. Encontrado corpo estranho com características de espinha de peixe em pertúito de piloro (Figuras 3, 4 e 5). Foi realizada biópsia de úlcera em piloro, ulcerorrafia e drenagem da cavidade com retirada de corpo estranho.

Tabela 1 – Exames admissionais

Hemoglobina	6,2 g/dL
Hematócrito	19,2 %
VCM	60,75 u ³
HCM	19,62 yy
RDW	17,6%
Leucócitos	11.300/mm ³
Neutrófilos	78%
Bastão	12%
Plaquetas	350000/mm ³
Ureia	19 mg/dL
Creatinina	0,7 mg/dL
Bilirrubina T	1,3 mg/dL
Albumina	1,8 g/dL
AST	92 U/L
ALT	95 U/L
TP	15,8 segundos
AP	62,10%
INR	1,24 segundos

VCM = volume corpuscular médio; HCM = hemoglobina corpuscular média; RDW = *red cell distribution width*; AST = aspartato aminotransferase; ALT = alanina aminotransferase; TP = tempo de protrombina; TAP = tempo de ativação de protrombina; INR = *International Normalized Ratio*



Figura 2 – Tomografia de abdômen evidenciando a presença de corpo estranho (seta).



Figura 3 – Localização do corpo estranho durante o intraoperatório.



Figura 4 – Úlcera duodenal

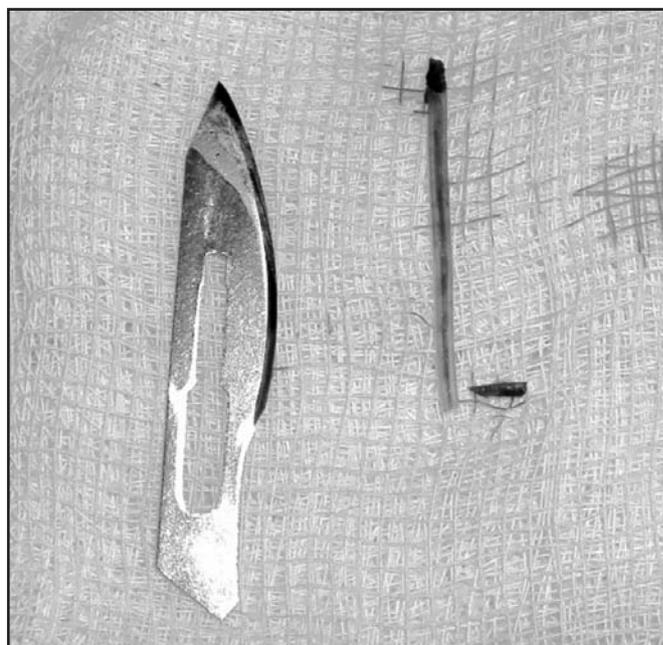


Figura 5 – Corpo estranho (espinha de peixe).

A paciente foi encaminhada para a UTI e após dois dias retornou para enfermaria afebril e em bom estado geral. Recebeu alta com estabilidade clínica no oitavo dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de abscesso hepático secundário à perfuração do trato gastrointestinal foi descrito pela primeira vez em 1898 e desde então, essa associação tem sido cada vez mais reconhecida. No entanto, o grau de suspeição por parte dos profissionais de saúde ainda é baixo, uma vez que os pacientes, muitas vezes, desconhecem a ingestão do corpo estranho e a sintomatologia é variada e inespecífica, assemelhando-se aos mais variados quadros dolorosos do abdômem, tais como abscesso nefrítico, abscesso subfrenico, colecistite aguda, apendicite aguda, colangite, pleurite, abscesso de pulmão e doenças infecciosas graves gerais.

A maioria dos corpos estranhos ingeridos atravessam o trato gastrointestinal sem intercorrências no prazo de uma semana. A incidência de corpos estranhos perfurando o intestino é menor que 1%, sendo os objetos pontiagudos ou cortantes na maioria dos casos. Os exemplares mais comuns incluem palitos, agulhas, placas dentárias, ossos de peixes e ossos de galinha³.

Embora o local de penetração no trato gastrointestinal nem sempre possa ser identificado, os locais mais comuns de perfuração são o estômago e o duodeno. Por razões ainda desconhecidas, habitualmente o corpo estranho tende a se alojar no lóbulo esquerdo do fígado³.

A apresentação clínica consiste em dor abdominal epigástrica como sintoma mais comum, seguido de febre, calafrios, anorexia, perda de peso e fadiga. A duração dos sintomas vão de um dia a um ano (em média 39 dias). O laboratório raramente é normal e apresenta leucocitose em 79% dos casos. Para o diagnóstico de imagem devem ser utilizados USG, TC e endoscopia¹.

Relatos evidenciam que o corpo estranho fora observado em exa-

me diagnóstico como a TC, porém foram erroneamente interpretadas como um clipe de "cirurgia" ou "artefato"¹, fato que ocorreu no caso descrito em que desde a primeira TC já havia imagem sugestiva de corpo estranho mas fora considerado como artefato e só após a falha de tratamento com revisão do caso fora considerado a possibilidade de se tratar de um corpo estranho.

Os abscessos piogênicos tratam-se em geral de infecções polimicrobianas, e os agentes mais frequentes são de origem entérica. Recentes publicações indicam que 50% a 70% dos abscessos hepáticos piogênicos contem Gram-negativos e 40% a 50% anaeróbios.

A aspiração diagnóstica guiada por USG ou TC deve ser realizada antes do início da antibioticoterapia. Abscessos hepáticos piogênicos podem ser tratados efetivamente com antibióticos sistêmicos, geralmente associados a outros métodos. Quando a cultura do aspirado está disponível, o antibiótico de escolha pode ser escolhido levando-se em consideração a sensibilidade do agente. Uma vez que o crescimento em culturas pode levar vários dias, é aconselhável o tratamento empírico até então. A duração do tratamento é por via venosa por pelo menos 10 a 14 dias. A duração total do tratamento pode ser guiada por métodos de imagem.

Quando não ocorre resposta clínica à antibioticoterapia ou nos casos refratários à drenagem guiada por método de imagem, deve-se suspeitar da presença de um corpo estranho. O tratamento recomendado é laparotomia exploradora para drenagem do abscesso hepático e retirada de corpo estranho⁵. Estes casos são potencialmente reversíveis quando feito o diagnóstico precoce e após a retirada cirúrgica da causa costumam responder bem ao tratamento clínico.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de abscesso hepático secundário a perfuração do trato gastrointestinal por um corpo estranho é de difícil reconhecimento uma vez que há uma variedade de sintomas inespecíficos

e porque os pacientes muitas vezes desconhecem a ingestão. Em um abscesso hepático que não responde à aspiração e antibioticoterapia deve-se procurar outra etiologia. Apesar da sua raridade deve-se considerar um corpo estranho e procurar ativamente sinais radiográficos que visualizem o objeto ou mesmo encaminhar para cirurgia diagnóstica e terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Frey CF, Zhu Y, Suzuki M, et al. Liver abscesses. *Surg Clin North Am* 1989;69(2):259-71.
2. McDonald MI, Corey GR, Gallis HA, et al. Single and multiple pyogenic liver abscesses. Natural history, diagnosis and treatment, with emphasis on percutaneous drainage. *Medicine* 1984;63(5):291-302.
3. Ferreira S, Barros R, Santos MA, et al. Abscesso hepático piogênico - casuística de 19 anos. *J Port Gastrenterol* 2007;14(3):128-33.
4. Theodoropoulou A, Roussomoustakaki M, Michalodimitrakis MN, et al. Fatal hepatic abscess caused by a fish bone. *Lancet* 2002;359(9310):977.
5. Leggieri N, Marques-Vidal P, Cerwenka H, et al. Migrated foreign body liver abscess illustrative case report, systematic review, and proposed diagnostic algorithm. *Medicine* 2010;89(2):85-95.
6. Kumar S, Gupta NM. Foreign bodies migrating from gut to liver. *Indian J Gastroenterol* 2000;19(1):42.
7. Chintamani Singhal V, Lubhana P, Durkhere R, et al. Liver abscess secondary to a broken needle migration--a case report. *BMC Surgery* 2003;3:8.
8. Byard RW, Gilbert JD. Hepatic abscess formation and unexpected death: a delayed complication of occult intraabdominal foreign body. *Am J Forensic Med Pathol* 2001;22(1):88-91.
9. Santos SA, Alberto SC, Cruz E, et al. Hepatic abscess induced by foreign body: case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2007;13(9):1466-70.
10. Marcoleta FBM. Absceso hepático: Enfrentamiento diagnóstico y terapéutico. *Gastroenterol Latino Am* 2010;21(2):309-13.