

Abcesso hepático piogénico: a propósito de um caso clínico

Os autores apresentam o caso de um doente de 75 anos, sexo masculino, internado no serviço de Medicina através da urgência onde recorreu por quadro febril com cerca de quinze dias de evolução, anorexia e dor lombar sem irradiação e de intensidade moderada. Do estudo analítico, destaca-se uma anemia normocítica normocrómica, leucocitose com neutrofilia; ureia 18,1mmol/L, creatinina 189,6 mmol/L, fosfatase alcalina 244 U/L, gama glutamil transferase 186 U/L, aspartato aminotransferase 66 U/L, alanina aminotransferase 63 U/L, proteína C reactiva >9mg/dl. O estudo imagiológico do fígado revelou a presença de abcesso hepático com cerca de 7,2cm de diâmetro. O estudo microbiológico de sangue, pesquisa de *Echinococcus granulosus* e *Entamoeba histolytica* foram negativos. Foi realizada drenagem percutânea guiada por ultrassonografia e instituída antibioticoterapia empírica com meropenem e metronidazol com melhoria do quadro clínico.

Palavras chave: Abcesso hepático, drenagem percutânea.

DRA. EUGÉNIA GERMANO

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

DRA. CRISTINA SILVA

Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

DR. ARNALDO SÁ

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

DRA. ANA FIGUEIREDO

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

Os abscessos hepáticos piogénicos constituem uma entidade clínica pouco frequente, com clínica de apresentação inespecífica, sendo por isso um desafio diagnóstico.

A incidência anual de abcesso hepático tem sido estimada em 2,3 casos por 100.000 habitantes, sendo maior entre os homens do que as mulheres (3,3 versus 1,3 por 100.000).^{1,2,3} Apresenta uma taxa de mortalidade de 2-12%, estando a mortalidade relacionada mais com as co-morbilidades do que com o próprio abcesso.^{2,6}

Os factores de risco para abcesso hepático incluem a presença de diabetes mellitus, doença maligna hepatobiliar ou pancreática e transplante hepático.^{1,2,4,5}

A propósito do caso clínico foi revista a literatura sobre os abscessos hepáticos.

CASO CLÍNICO

Um doente do sexo masculino, de 75 anos de idade, caucasiano, foi internado no serviço de Medicina através da urgência onde recorreu por quadro febril com cerca de 15 dias de evolução, anorexia e dor lombar sem irradiação de intensidade moderada.

A realçar, nos antecedentes pessoais, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, bloqueio aurículo-ventricular de 1º grau e psoríase. Medicado habitualmente com amlodipina 5 mg, olmesartan 20 mg e pravastatina 20 mg.

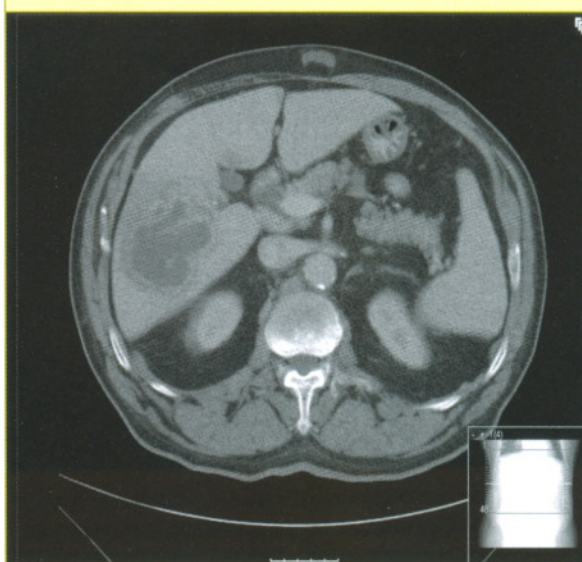
Ao exame objectivo apresentava-se consciente, orientado e colaborante; mucosas coradas e hidratadas, anictéricas, TA 100/60 mmHg, FC 85/min. A auscultação cardíaca era rítmica e com sopro sistólico grau III/VI; a auscultação pulmonar revelava murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios. Abdómen mole e depressível, com dor à palpação do flanco esquerdo, sem defesa, e com ruídos hidroaéreos

FIGURA 1



Ecografia abdominal: “entre os segmentos V e VIII do fígado, formação nodular globalmente hipocogénica com septos espessados e irregulares no seu interior, medindo cerca de 6cm de diâmetro...”

FIGURA 2



TAC abdominal: “No lobo direito do fígado, visualizamos coleção líquida multiloculada, com paredes espessas... medindo 7,2 cm de maior diâmetro, compatível com abscesso hepático.”

presentes e de timbre normal.

Do estudo analítico realizado havia a realçar: hemoglobina 10,4g/dL (normocítica normocrômica), leucocitose com neutrofilia; ureia 18,1 mmol/L, creatinina 189,6 mmol/L, FA 244U/L, GGT 186 U/L, TGO 66 U/L, TGP 63 U/L, PCR > 9mg/dL.

A telerradiografia do tórax em incidência pósterio-anterior era normal. Foi submetido a ecografia abdominal que revelou “entre os segmentos V e VIII do fígado, formação nodular globalmente hipocogénica com septos espessados e irregulares no seu interior, medindo cerca de 6cm de diâmetro” (Figura 1) e a tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal que revelou “a presença de abscesso hepático único, multiloculado com cerca de 7,2 cm de diâmetro, e derrame pleural bilateral”, (Figura 2).

Realizou ainda estudo microbiológico de sangue e urina, pesquisa de *Echinococcus granulosus* e *Entamoeba histolytica* no sangue que foram negativos.

Face à clínica e às alterações nos exames auxiliares de diagnóstico foi feito o diagnóstico de abscesso hepático, sendo instituída antibioter-

rapia empírica com meropenem e metronidazol e efectuada drenagem percutânea com melhoria do quadro clínico. O exame microbiológico do pus do abscesso foi negativo. Verificou-se apirexia ao 3º dia de antibioterapia. A TAC abdominal de controlo ao 28º dia revelou “abscesso de menores dimensões, cerca de 5 cm de maior eixo, esboçando alguns septos com realce após contraste intravenoso. Não foi evidente derrame pleural”, (Figura 3) Realizou ainda ecocardiograma transtorácico para estudo do sopro sistólico, que revelou “dilatação ligeira da aurícula esquerda; regurgitação tricúspide ligeira; VE com boa função sistólica global e com alteração do relaxamento”.

Teve alta do internamento, melhorado, referenciado à consulta de Medicina Interna com o diagnóstico de abscesso hepático único, e medicado com metronidazol 500 mg duas vezes/dia e levofloxacina 500 mg uma vez/dia durante mais 15 dias (completando as seis semanas de tratamento) e com TAC abdominal de controlo agendada. Apresentou-se em consulta um mês



AUROBINDO

Lista de preços

AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO AUROBINDO MG

500 mg + 125 mg 16 comp. revestidos	3,71€
875 mg + 125 mg 16 comp. revestidos	6,94€

TERBINAFINA AUROBINDO MG

250 mg 14 comp.	8,69€
250 mg 28 comp.	14,71€

CARVEDILOL AUROBINDO MG

6,25 mg 14 comp. revestidos	1,18€
6,25 mg 56 comp. revestidos	4,77€
25 mg 14 comp. revestidos	3,36€
25 mg 56 comp. revestidos	8,50€

CLOPIDOGREL AUROBINDO MG

75 mg 28 comp.	12,70€
----------------	--------

SINVASTATINA AUROBINDO MG

10 mg 60 comp. revestidos	3,17€
20 mg 60 comp. revestidos	3,53€
40 mg 60 comp. revestidos	16,05€

METFORMINA AUROBINDO MG

500 mg 20 comp. revestidos	0,70€
500 mg 60 comp. revestidos	1,80€
850 mg 60 comp. revestidos	2,16€
1000 mg 60 comp. revestidos	3,19€

BETA-HISTINA AUROBINDO MG

16 mg 20 comp.	1,75€
16 mg 60 comp.	3,79€
24 mg 60 comp.	5,92€

MIRTAZAPINA AUROBINDO MG

15 mg 6 comp. orodispersíveis	1,12€
15 mg 30 comp. orodispersíveis	4,61€
30 mg 30 comp. orodispersíveis	14,00€
45 mg 30 comp. orodispersíveis	14,76€

PAROXETINA AUROBINDO MG

20 mg 10 comp. revestidos	1,48€
20 mg 60 comp. revestidos	8,85€

RISPERIDONA AUROBINDO MG

0,5 mg 20 comp. revestidos	3,11€
0,5 mg 60 comp. revestidos	8,45€
1 mg 20 comp. revestidos	6,20€
1 mg 60 comp. revestidos	8,54€
2 mg 60 comp. revestidos	19,14€
3 mg 60 comp. revestidos	28,50€
4 mg 60 comp. revestidos	46,38€

SERTRALINA AUROBINDO MG

50 mg 14 comp. revestidos	4,82€
50 mg 56 comp. revestidos	5,80€
100 mg 56 comp. revestidos	8,96€

TOPIRAMATO AUROBINDO MG

25 mg 20 comp. revestidos	2,73€
25 mg 60 comp. revestidos	9,80€
50 mg 60 comp. revestidos	17,72€
100 mg 60 comp. revestidos	24,55€
200 mg 60 comp. revestidos	47,00€

FINASTERIDA AUROBINDO MG

5 mg 20 comp. revestidos	9,15€
5 mg 60 comp. revestidos	13,49€

15042011

■ Abcesso hepático piogénico

após internamento com resolução completa do quadro clínico e com TAC de controlo revelando ausência de abcesso hepático (Figura 4).

DISCUSSÃO

Os abscessos hepáticos piogénicos são colecções microbianas que podem desenvolver-se quer por via directa a partir de infecções intraabdominais (peritonite ou infecções das vias biliares) quer por via hematogénica por infecção sistémica. Podem ainda surgir na sequência de feridas penetrantes ou cirúrgicas.⁷ São a forma mais frequente de abscessos viscerais, podendo ser únicos ou múltiplos. Habitualmente localizam-se ao lobo direito do fígado, provavelmente por ser maior e possuir maior suprimento sanguíneo do que os lobos esquerdo e caudado.

A maioria dos abscessos hepáticos piogénicos são polimicrobianos. Os microorganismos isolados mais frequentes são do grupo *Streptococcus milleri* (*S. anginosus*, *S. constellatus* e *S. intermedius*). Outros gram-positivos incluem o *S. aureus* e *S. pyogenes*.⁸ As estirpes de *Candida* também foram implicadas como causa de abcesso piogénico, sendo responsáveis por 22% dos casos num dos estudos efectuados, surgindo como agente etiológico em doentes imunodeprimidos, por exemplo após quimioterapia.¹ Também podem surgir abscessos secundários a *Klebsiella pneumoniae*, *Micobacterium tuberculosis*, *Burkholderia pseudomallei* (este último em áreas endémicas como sudeste da Ásia e norte da Austrália). A amebíase deve ser considerada como causa de abcesso hepático primário em doentes que viajaram para áreas endémicas nos últimos 6 meses.

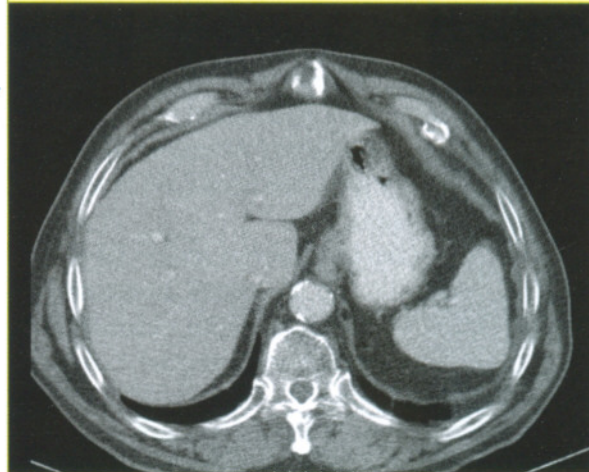
As manifestações clínicas são sobretudo febre e dor abdominal, mas também pode surgir anorexia, náuseas, vómitos, mal-estar e perda de peso. A febre ocorre em cerca de 90% dos doentes e os sintomas abdominais em 50 a 75%.^{1,2,6,9} A sintomatologia abdominal é referida ao quadrante superior direito

FIGURA 3



TAC abdominal: "Abcesso de menores dimensões, com cerca de 5cm de maior eixo."

FIGURA 4



TAC abdominal de controlo: "Fígado, pâncreas e bazo homogêneos, antes e após contraste endovenoso, sem imagens sugestivas de abcesso."

do abdômen, podendo surgir hepatomegalia e icterícia.⁹ No entanto, a ausência de sintomatologia localizada ao hipocôndrio direito não exclui o diagnóstico de abcesso hepático.

O diagnóstico de abcesso hepático faz-se por imagiologia (ecografia abdominal e tomografia computadorizada), seguida de punção aspirativa e cultura de líquido do abcesso.⁷ Os exames imagiológicos não permitem, no entanto, distinguir abcesso hepático piogénico do abcesso amebiano.¹⁰

Devem ser requisitados estudos microbiológicos do líquido para aeróbios e anaeróbios e realizadas hemoculturas sempre que há suspeita de abcesso hepático, sendo estas positivas em mais de 50% dos casos.¹¹

Laboratorialmente podemos encontrar elevação da bilirrubina e das enzimas hepáticas. A fosfatase alcalina encontra-se elevada em 67 a 90% dos casos.^{1,6,9} Outras alterações incluem leucocitose, hipoalbuminémia e anemia (normocítica normocrômica).

O tratamento dos abscessos hepáticos piogénicos deve incluir drenagem do abcesso e antibioterapia.¹² A drenagem pode ser realizada por via percutânea guiada por ecografia ou TAC,

por via cirúrgica ou por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).

Nos abscessos únicos com diâmetro < 5cm pode ser realizada drenagem percutânea com colocação de cateter, devendo este permanecer até a drenagem ser mínima (geralmente mais de 7 dias).^{13,14}

Nos abscessos únicos com diâmetro > 5cm há quem defenda a intervenção cirúrgica.^{15,16} A drenagem cirúrgica também está indicada nas seguintes situações: múltiplos abscessos, abscessos loculados, abscessos com líquido espesso que origina obstrução de cateter, patologia associada que implique abordagem cirúrgica e ausência de resposta a drenagem percutânea em sete dias.

As recomendações para antibioterapia baseiam-se no foco provável de infecção, devendo ser guiada de acordo com as resistências bacterianas locais.

Os regimes sugeridos são: monoterapia com beta-lactâmico/inibidor das beta-lactamases como a ampicilina-sulbactam (3 gr de 6/6 horas) ou piperacilina-tazobactam (4.5 gr de 6/6 horas); cefalosporina de 3ª geração como o ceftriaxone (1 gr ev cada 24 h) associado a metronidazol (500 mg ev 8/8 ou 12/12 h).

Nos casos de alergia a penicilina os regimes empíricos alternativos são: fluoroquinolona (ciprofloxacina 400 mg ev 12/12 h ou levofloxacina 500 ou 750 mg ev 24/24 h) associada a metronidazol (500 mg ev 8/8 ou 12/12 horas).

Pode ainda ser instituída monoterapia com carbapenem, como imipenem (500 mg ev 6/6 horas) ou meropenem (1 gr ev 8/8 horas) ou ertapenem (1 gr ev 24/24 horas).

Quando conhecidos os resultados da microbiologia do líquido do abcesso a antibioterapia deve ser ajustada de acordo com antibiograma. A terapêutica antibiótica deve ser continuada por quatro a seis semanas.¹⁷

Nos doentes com boa resposta à drenagem inicial, a duração de antibioterapia endovenosa deve ser de duas a quatro semanas, e nos com resposta incompleta ou sem resposta deve ser de quatro a seis semanas. O período de tratamento pode ser completado com antibióticos por via oral.^{14, 18} Na ausência de antibiograma os regimes empíricos por via oral são: monoterapia com amoxicilina e ácido clavulânico ou fluoroquinolona (ciprofloxacina ou levofloxacina) associada ao metronidazol.

CONCLUSÃO

É de salientar neste caso clínico, a ausência de factores de risco para o desenvolvimento de abcesso hepático e a resposta clínica favorável à drenagem percutânea apesar de se tratar de abcesso multiloculado com mais de 5cm de diâmetro. É fundamental ter este diagnóstico em mente perante quadros clínicos de febre e sintomatologia abdominal inespecífica. A alta suspeição do diagnóstico e o início precoce do tratamento (antibioterapia associada à drenagem percutânea ou cirúrgica) condicionam uma redução na taxa de mortalidade. □

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Huang, C-J, Pitt, HA, Lipsett, PA, et al. Pyogenic hepatic abscess: Changing trends over 42 years. *Ann Surg* 1996; 223:600.
- Mohsen, AH, Green, ST, Read, FC, McKendrick, MW. Liver abscess in adults: ten years experience in a UK centre. *QJM* 2002; 95:797.
- Kaplan, GG, Gregson, DB, Laupland, KB. Population-based study of the epidemiology of and the risk factors for pyogenic liver abscess. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2:1032.

- Chan, KS, Chen, CM, Cheng, KC, et al. Pyogenic liver abscess: A retrospective analysis of 107 patients during a 3-year period. *Jpn J Infect Dis* 2005; 58:366.
- Thomsen, RW, Jepsen, P, Sorensen, HT. Diabetes mellitus and pyogenic liver abscess: risk and prognosis. *Clin Infect Dis* 2007; 44:1194.
- Rahimian, J, Wilson, T, Oram, V, Holzman, RS. Pyogenic liver abscess: Recent trends in etiology and mortality. *Clin Infect Dis* 2004; 39:1654.
- Zaleznik, DF, Kasper, DL. Intra-abdominal abscesses. In: *Gastrointestinal Infections: Diagnosis and Management*, Lamont, JT (Ed), Marcel Dekker, New York 1997. p.397.
- Chen, C, Chen, PJ, Yang, PM, et al. Clinical and microbiological features of liver abscess after transarterial embolization for hepatocellular carcinoma. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:2257.
- Rubin, RH, Swartz, MN, Malt, R. Hepatic abscess: Changes in clinical bacteriologic and therapeutic aspects. *Am J Med* 1974; 57:601.
- Lodhi, S, Sarwari, AR, Muzammil, M, et al. Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess: a review of 577 adult cases. *Trop Med Int Health* 2004; 9:718.
- Chemaly, RF, Hall, GS, Keys, TF, Procop, GW. Microbiology of liver abscesses and the predictive value of abscess gram stain and associated blood cultures. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2003; 46:245.
- Ch, YS, Hg, LR, Kan, PS, Metreweli, C. Pyogenic liver abscess: Treatment with needle aspiration. *Clin Radiol* 1997; 52:912.
- Rajak, CL, Gupta, S, Jain, S, et al. Percutaneous treatment of liver abscesses: Needle aspiration versus catheter drainage. *AJR Am J Roentgenol* 1998; 170:1035.
- Zerem, E, Hadzic, A. Sonographically guided percutaneous catheter drainage versus needle aspiration in the management of pyogenic liver abscess. *AJR Am J Roentgenol* 2007; 189:W138.
- Tan, YM, Chung, AY, Chow, PK, et al. An appraisal of surgical and percutaneous drainage for pyogenic liver abscesses larger than 5 cm. *Ann Surg* 2005; 241:485.
- Bertel, CK, van Heerden, JA, Sheedy, PF. Treatment of pyogenic hepatic abscesses: Surgical vs percutaneous drainage. *Arch Surg* 1986; 121:554.
- Chen, YW, Chen, YS, Lee, SS, et al. A pilot study of oral fleroxacin once daily compared with conventional therapy in patients with pyogenic liver abscess. *J Microbiol Immunol Infect* 2002; 35:179.
- Yu, SC, Ho, SS, Lau, WY, et al. Treatment of pyogenic liver abscess: prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. *Hepatology* 2004; 39:932.