

# Abcesso hepático amebiano – A propósito de um caso clínico

## *Amoebic liver abscess – A case report*

Miguel Valente, Luiz Acúrcio, Helena Estrada, Cláudia Mihon, Diana Neves, Elisabete Margarido, Helena Teixeira

### Resumo

A amebíase é uma das doenças parasitárias mais comuns no mundo. As principais formas invasivas da doença são a colite amebiana e o abcesso hepático.

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 42 anos admitido com um quadro agudo de febre elevada e dor abdominal no hipocôndrio direito com dois dias de evolução. A tomografia axial computadorizada do abdómen revelou a presença de 3 lesões abcedadas a nível do lobo direito do fígado.

Tratando-se de um doente residente em área endémica de amebíase colocou-se o diagnóstico diferencial entre abcesso amebiano hepático versus abcesso piogénico, situações com abordagem terapêutica distinta.

O quadro clínico e a serologia positiva para *Entamoeba histolytica* confirmaram o diagnóstico de abcesso amebiano hepático.

Os autores apresentam uma breve revisão desta entidade, rara nos países desenvolvidos, que no adequado contexto epidemiológico deve ser considerada no diagnóstico diferencial dos abcessos hepáticos.

Palavras chave: abcesso hepático, amebíase, abcesso piogénico

### Abstract

*Amoebiasis is one of the most common parasitic infections worldwide. Amoebic colitis and amoebic liver abscess are the most frequent invasive manifestations of this disease.*

*We present the case of a 42 years old male patient, admitted due to high fever and abdominal pain in the right upper quadrant. Abdominal CT scan revealed 3 right lobe liver abscesses.*

*As the patient was a resident from an endemic area of amoebiasis the differential diagnosis between amoebic liver abscess and pyogenic abscess was considered, because the therapeutic approach is quite different.*

*The clinical condition and the positive serological test for Entamoeba histolytica confirmed a diagnosis of amoebic hepatic abscess.*

*The authors present a brief review of this disease, rare in developed countries but, in the appropriated epidemiological scenario should be considered on the differential diagnosis of hepatic abscesses.*

*Key words: Liver abscess, amoebiasis, pyogenic abscess*

## INTRODUÇÃO

A amebíase é uma doença comum nas zonas tropicais da Ásia e África e na América Central e do Sul, sendo a terceira causa de morte por parasitas no mundo a seguir à malária e à schistosomíase. Segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde, em todo o mundo, 40 a 50 milhões de pessoas são anualmente infectadas, resultando em cerca de 40.000 a 100.000 casos fatais.<sup>1,2</sup>

O agente etiológico é um protozoário, a *Entamoeba histolytica*, transmitido geralmente por água ou alimentos contaminados. Após ingestão, os quistos originam

trofozoitos, responsáveis mais frequentemente pela colonização assintomática do tracto gastrointestinal mas, nalguns doentes (4-10%), provocando doença invasiva intestinal ou doença extra-intestinal grave. Os trofozoitos presentes no lúmen intestinal podem atravessar a barreira mucosa e através das veias mesentéricas e veia porta atingir o fígado levando ao desenvolvimento de abcessos. Mais raramente, também por via hematogénea, podem atingir outros órgãos como o cérebro e o tracto genito-urinário.

O atingimento hepático é a manifestação extra-intestinal mais frequente da infecção a *Entamoeba histolytica*, ocorrendo em 3 a 9% dos casos de amebíase.<sup>3,4</sup>

Nos países desenvolvidos, o abcesso hepático amebiano é uma patologia rara e geralmente regista-se em emigrantes ou viajantes de áreas endémicas. Os homossexuais masculinos e os doentes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) são também grupos de risco. Por outro lado, nos últimos anos, os protozoários intestinais como a *Entamoeba*

Serviço 1 de Medicina do Hospital de Santo António dos Capuchos – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Recebido para publicação a 12.10.11  
Aceite para publicação a 09.10.12

*histolytica*, têm ganho maior importância dado o franco aumento de frequência de viagens e o número crescente de doentes crónicos imunodeprimidos (VIH, transplantados).<sup>1-6</sup>

### CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 42 anos de idade, raça negra, natural e residente em Angola, de férias em Portugal há cerca de duas semanas. Negava antecedentes patológicos pessoais relevantes bem como hábitos medicamentosos ou outros.

Recorre a um Serviço de Urgência dois dias depois de ter iniciado, de forma súbita, quadro de febre elevada (39-40°C), sensação de calafrio e dor intensa na base do hemitorax direito e no hipocôndrio direito agravada pela inspiração profunda, pelos movimentos do tronco e pelo decúbito direito.

Ao exame objectivo apresentava-se com bom estado geral e de nutrição, temperatura axilar de 39°C, normotenso com uma frequência cardíaca de 110 bpm, sem sinais de dificuldade respiratória. A auscultação cardíaca era normal e à auscultação pulmonar verificou-se uma diminuição do murmúrio vesicular na base direita com discretos fêvres crepitantes. O abdómen apresentava-se depressível, palpando-se cerca de 2 dedos abaixo do rebordo costal direito hepatomegalia dolorosa, sem esplenomegalia ou Murphy vesicular. Os exames analíticos iniciais mostravam leucócitos de 18.100/mm<sup>3</sup>, com neutrofilia e sem eosinofilia, PCR de 298 mg/L, TGP de 143 UI/L, TGO de 58 UI/L, fosfatase alcalina de 247 UI/L, gama-GT de 556 UI/L e bilirrubina total de 1,4 mg/dL. A ureia, creatinina e a urina II eram normais e a radiografia de torax não evidenciava alterações.

Foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) toraco-abdominal que revelou fígado com dimensões no limite superior da normalidade e no lobo direito três lesões focais hipodensas e hipocaptantes de 30, 27 e 15 mm, sugestivas lesões abcedadas.

Transferido para outro hospital, são colhidas hemoculturas e iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxona (2g/dia) e metronidazol (750mg de 8 em 8 horas).

A pesquisa de quistos, ovos e parasitas em amostras de fezes colhidas em 3 dias diferentes foi negativa bem como a serologia para *Echinococcus* e as hemoculturas. A ecografia abdominal (Fig. 1) mostrou fígado normodimensionado de contornos regulares com três formações nodulares hipocóicas no lobo

direito de contornos mal definidos, sem outras alterações relevantes.

Após as primeiras 72 horas de internamento registou-se franca diminuição da febre para 37,5-38°C com apirexia completa desde o 7º dia. A dor abdominal, inicialmente constante e intensa, diminuiu progressivamente, levando à suspensão da analgesia. No final do internamento foi realizada nova ecografia abdominal com manutenção dos achados registados na primeira avaliação.

Teve alta clínica após duas semanas de internamento, assintomático, medicado com ciprofloxacina 750mg de 12 em 12 horas e metronidazol 500mg de 8 em 8 horas, aguardando-se o resultado do pedido da serologia para *Entamoeba histolytica* que por questões processuais (análise realizada em laboratório exterior ao hospital) só 12 dias depois da admissão foi concretizada.

Após conhecimento da positividade do teste serológico para pesquisa de anticorpos totais por imunofluorescência indirecta (1/200), suspendeu-se a antibioterapia, tendo o doente cumprido um total de 21 dias de antibioterapia eficaz. Foi então medicado com um amebicida intestinal, paramomicina 500mg de 8 em 8 horas durante 7 dias.

O doente regressou a Angola, desconhecendo-se a evolução clínica.

### DISCUSSÃO

As três principais etiologias dos abcessos hepáticos são os abcessos piogénicos, o amebiano e os secundários a fungos, geralmente por *cândida spp*.

Os abcessos piogénicos são os mais comuns com uma incidência nos Estados Unidos da América de 8 a 16 casos por 100.000 admissões hospitalares.<sup>7</sup> Atingem geralmente doentes com mais de 50 anos e do sexo masculino.

São frequentemente secundários a infecções do tracto biliar ou outras infecções intra-abdominais, através da embolização séptica da veia porta. Mais raramente podem resultar de disseminação hematogénea a partir de focos distantes como endocardite ou pielonefrite, de trauma hepático ou infecção secundária de lesões quísticas ou neoplasias primárias ou secundárias do fígado.<sup>7,8</sup>

Os agentes mais frequentemente implicados são as enterobactérias (*Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli*), os gram positivos (*Enterococcus spp* e *Streptococcus milleri*) e os anaeróbios (*Bacteroides spp*).<sup>7-10</sup>

Cursam geralmente com febre, calafrios, dor abdominal e icterícia, bem como leucocitose e elevação da fosfatase alcalina e da proteína C reactiva. Nos exames imagiológicos a localização no lobo hepático direito e a presença de uma lesão única são os achados mais frequentes. Contudo, identificam-se abscessos múltiplos num número significativo de doentes, atingindo os 48% nalgumas séries.<sup>8</sup>

A abordagem terapêutica dos abscessos piogénicos do fígado implica geralmente a realização de uma drenagem cirúrgica ou percutânea associada a antibioterapia de largo espectro e de duração prolongada que pode chegar até às 12 semanas.

O **abscesso amebiano** tem claramente uma maior incidência no sexo masculino entre os 20 e os 45 anos de idade. O quadro clínico é semelhante ao dos abscessos piogénicos. No entanto, o início é habitualmente mais agudo sendo as queixas mais frequentes a febre (87 a 100%) e a dor abdominal (90 a 93%), tal como se verificou no doente apresentado. A dor atinge o hipocôndrio direito podendo irradiar ao ombro e omoplata direita agravando com a inspiração profunda, tosse, marcha e decúbito direito. É uma dor intensa e constante. A hepatomegalia dolorosa ocorre em 80% dos doentes. Os sintomas respiratórios, sobretudo a tosse e a dor torácica, estão presentes em 18 a 26% dos casos, podendo registar-se diminuição do murmúrio vesicular, fervores ou atrito pleural na base pulmonar direita. A icterícia é rara (<10% dos casos) ocorrendo geralmente em casos complicados de abscessos múltiplos ou abscesso volumoso com compressão do tracto biliar. A presença de sinais de irritação peritoneal, atrito pericárdico ou de derrame pleural são indicativos de evolução complicada de ruptura e perfuração extra-hepática.

As alterações laboratoriais são inespecíficas, sendo as mais comuns a leucocitose sem eosinofilia e a elevação da fosfatase alcalina. O valor do exame parasitológico das fezes é limitado. A presença de diarreia é rara e menos de 30 a 40% dos doentes com abscesso hepático têm concomitante amebiose intestinal.<sup>1-6,11</sup>

Os testes serológicos podem ser úteis numa perspectiva de diagnóstico em países industrializados onde a infecção a *Entamoeba histolytica* é rara. Contudo, nas áreas endémicas, os testes serológicos têm limitações, podendo ser difícil a distinção entre infecção actual e passada. A detecção de anticorpos no soro pode ser útil nos casos de abscesso hepático amebiano em que não se detectam parasitas nas fezes, sendo a sensibilidade

de cerca de 100%.<sup>2,12</sup> Existem diferentes métodos para a detecção de anticorpos, nomeadamente hemaglutinação indirecta, imunofluorescência indirecta e o de *ELISA* (*enzyme-linked immunosorbent assay*). O teste de imunofluorescência indirecta que foi utilizado no caso presente é rápido, fiável e reprodutível e ajuda a diferenciar o abscesso amebiano de abscessos de outras etiologias, tendo uma elevada sensibilidade e especificidade (93,6% e 96,7% respectivamente) e sendo os falsos positivos muito raros. Mais recentemente têm surgido testes de detecção antigénica no soro e nas fezes que não estão facilmente disponíveis.<sup>2,12</sup>

Os exames de imagem, a ecografia, a tomografia axial computadorizada e a ressonância magnética ajudam ao diagnóstico diferencial das lesões abcedadas hepáticas e ao despiste de patologias coexistentes. No entanto, os achados são frequentemente inespecíficos.

O abscesso amebiano atinge preferencialmente o lobo hepático direito e é frequentemente uma lesão única. A existência de lesões múltiplas é mais rara do que nos abscessos piogénicos.<sup>1,3,5,6,11</sup>

Ao contrário dos abscessos piogénicos a terapêutica médica exclusiva é a recomendada para a maioria dos abscessos amebianos não complicados. A droga de primeira linha é o metronidazol 750 mg de 8 em 8 horas durante 10 dias. Nas áreas não endémicas a resolução dos sintomas é rápida, ocorrendo geralmente após 3 a 7 dias de terapêutica. Para evitar recaídas após o tratamento com metronidazol (amebicida tecidular), mesmo na ausência de sintomas de enterite amebiana, deve-se administrar um amebicida luminal de modo a erradicar os quistos e trofozoitos do intestino. O agente amebicida luminal preferido é a paromomicina 500mg 3xdia durante 7 a 10 dias.<sup>1,4,5,6,11</sup>

O contexto epidemiológico e a rápida resposta à terapêutica do doente que agora se apresenta eram sugestivos de abscesso amebiano. No entanto, as dificuldades processuais na execução da serologia para *Entamoeba histolytica* levaram a um atraso na confirmação do diagnóstico, a uma maior duração do internamento e a uma desnecessária utilização de antibióticos.

Face à globalização das viagens e das migrações populacionais e ao aumento da frequência dos doentes cronicamente imunocomprometidos, deve-se considerar a possibilidade de abscesso amebiano no diagnóstico diferencial das lesões hepáticas abcedadas. Para além do óbvio benefício do doente individual, a confirmação do diagnóstico permite uma redução de

custos financeiros, uma utilização judiciosa de anti-bióticos e um menor risco de emergência de bactérias multirresistentes. ■

## Bibliografia

1. Hughes MA, Petri WA. Amoebic liver abscess. *Infect Dis Clin North Am* 2000; 14: 565-582.
2. Tanyuksel M, Petri WA. Laboratory diagnosis of amebiasis. *Clin Microbiol Rev* 2003; 16: 713-729.
3. Kebede A, Kassa E, Ashenafi S, Woldemichael T, Polderman AM, Petros B. Amoebic liver abscess: a 20 year retrospective analysis at Tikur Ambessa Hospital, Ethiopia. *Ethiop J Health Dev* 2004; 18: 199-202.
4. Sharma MP, Ahuja V. Amoebic liver abscess. *JLACM* 2003; 4: 107-111.
5. Pritt BS, Clark CG. Amebiasis. *Mayo Clin Proc* 2008; 83: 1154-1160.
6. Brailita DM, Lingvay I, Aung K, Ojha A, Kantor H. Amoebic hepatic abscesses; 2008. <http://emedicine.medscape.com> (acedido a 10-01-2011).
7. Peralta R, Lisgaris MV, Salata RA, Langerfeld SC. Liver abscess; 2009 <http://emedicine.medscape.com> (acedido a 10-01-2011).
8. Lodhi S, Sarwari AR, Muzammil M, Salam A, Smego RA. Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess: a review of 577 adult cases. *Trop Med Int Health* 2004; 9: 718-723.
9. Chan KS, Chen CM, Cheng KC, Hov CC, Lin HJ, Yu WL. Pyogenic liver abscess: a retrospective analysis of 107 patients during a 3-year period. *Jpn J Infect Dis* 2005; 58: 366-368.
10. Rahimian J, Wilson T, Oram V, Holzman RS. Pyogenic liver abscess: recent trends in etiology and mortality. *Clin Infect Dis* 2004; 39: 1654-1659.
11. Salles JM, Moraes LA, Salles MC. Hepatic amebiasis. *Bras J Infect Dis* 2003; 7: 96-110.
12. Fotedar R, Stark D, Beebe N, Marriott D, Ellis J, Harkness J. Laboratory diagnostic techniques for *Entamoeba* species. *Clin Microbiol Rev* 2007; 20: 511-532.