

Abcessos hepáticos piogénicos — A propósito de um Caso Clínico. Estudo retrospectivo do serviço de doenças infecciosas do Hospital de Santa Maria de 1999 - 2003

Pyogenic Liver Abscesses – A clinical case presentation and a retrospective study of the Santa Maria Infectious Disease Department from 1999-2003

Aida Pereira*, José Neves**

Resumo

Os autores apresentam um caso clínico de abcesso piogénico com evolução fatal. Os exames bacteriológicos obtidos post-mortem revelaram nas hemoculturas em aerobiose e no material do pús *Streptococcus milleri*, e em anaerobiose do pús *Gemella morbillorum*. O resultado da necrópsia revelou úlcera gástrica pré-pilórica com evidência de perfuração e hemorragia recente no pequeno epiplon e ainda múltiplos abcessos hepáticos piogénicos. A partir deste caso clínico procedeu-se a uma revisão dos abcessos hepáticos piogénicos internados no Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de Santa Maria, no período de Janeiro de 1999 a Setembro de 2003, e ainda uma revisão da literatura, discutindo os factores de risco e as opções terapêuticas.

Palavra chave: abcessos hepáticos piogénicos, factores de risco, terapêutica

Abstract

The authors present a clinical case of pyogenic liver abscess with a fatal outcome. The post-mortem microbiology studies revealed

Streptococcus milleri and *Gemella morbillorum* in blood cultures and in an aspirate of the liver abscess. The postmortem showed a peptic ulcer with evidence of perforation and recent haemorrhage in the small epiploon, as well as multiple pyogenic liver abscesses.

A literature review and therapeutic options are discussed.

The authors also made a retrospective study of pyogenic liver abscess admitted to the Infectious Diseases Department of Santa Maria Hospital, between January 1999 and September 2003.

Key words: pyogenic liver abscess, risk factors therapeutic options.

Introdução

Os abcessos hepáticos já tinham sido identificados no tempo de Hipócrates (40 A.C.) mas, até ao momento, continuam a constituir um desafio, no diagnóstico e terapêutica.¹ Originalmente foram descritos, em 1836, por John Bright e, em 1938, Ochsner e colaboradores descreveram (a partir de um estudo que incluiu 575 casos) como factores causais mais importantes de abcessos hepáticos a amebíase e a apendicite.² A partir desta data, a responsabilidade destes factores na etiologia dos abcessos hepáticos tem vindo a diminuir drasticamente.

A incidência global dos abcessos hepáticos piogénicos tem permanecido constante nas últimas cinco décadas, com 6-10 casos por 100.000 admissões hospitalares.¹ Perante um abcesso hepático piogénico é fundamental conhecer a etiopatogenia para um tratamento correcto, que para além da terapêutica antibiótica inclui a drenagem do abcesso.

Caso clínico

Mulher de 66 anos, caucasiana, natural de Angola, residente em Portugal, desde 1976, admitida no dia 17/05/01 no Serviço de Doenças Infecciosas do HSM, através do Serviço de Urgência, com quadro clínico, com 15 dias de evolução, caracterizado por dor no hipocôndrio direito e epigastro, febre (39-40 °C), quebra do estado geral e anorexia. Dois dias antes prostração e quadro confusional. No exame objectivo há a realçar prostração, desorientação temporo-espacial, temp. axilar de 38,5 °C, mucosas descoradas e desidratadas, dor à palpação do hipocôndrio direito e hepatomegalia 2 cm abaixo do bordo costal direito.

Antecedentes pessoais: histerectomia por fibromioma, bócio com hipotireoidismo, medicada no ambulatório com levotiroxina, bromazepam e ciamemazina.

Laboratorialmente: Hb-10,6g/dl; leucócitos-26300mm³; neutrófilos- 86; plaquetas-545000 /mm³; TP- 15/12 seg; APTT- 43/28 seg; PCR-29,8 mg/dl.

*Interna do Internato Complementar de Infecçiology

**Assistente Graduado de Infecçiology

Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Recebido para publicação a 17.11.03

Aceite para publicação a 02.07.04

A ecografia abdominal revelou fígado de dimensões no limite superior do normal, com estrutura heterogênea, com nódulo sólido heterogêneo no lobo direito (segmento VI), com 7,5 cm de diâmetro e esboço de área hipocogénica de limites mal definidos no lobo esquerdo.

A drenagem percutânea guiada por ultrassonografia revelou a presença de material purulento que foi enviado para exame bacteriológico, após o que iniciou terapêutica empírica, com ceftriaxona e metronidazol.

Evolução: Discreta melhoria clínica, mantendo parâmetros de fase aguda elevados, revelando o controlo imagiológico por TAC, a presença de múltiplas lesões nodulares hipodensas no lobo direito e aumento das dimensões da lesão à esquerda (13cm), pequena lâmina de líquido perihéptica posterior direita e derrame pleural bilateral (Fig. 1).

Ao 5º dia de internamento, houve agravamento do estado geral, com evidência de melenas, choque e evolução para o coma. Após vinte e quatro horas, registou-se o óbito, apesar de se ter alterado a terapêutica antibiótica para meropenem e vancomicina (Fig. 2). Os exames bacteriológicos, obtidos *post-mortem* revelaram, nas hemoculturas em aerobiose e no material do pús, *Streptococcus milleri*, sensível à penicilina e em anaerobiose do pús *Gemella morbillorum* sensível à penicilina e resistente ao metronidazol.

O resultado da necropsia revelou úlcera gástrica pré-pilórica (2 x 2,5 cm) penetrante ao fígado e com evidência de perfuração e hemorragia recente no pequeno epíplon. Conteúdo hemático no estômago. Múltiplos abscessos hepáticos (diâmetros variando entre 0,5 a 5 cm) de conteúdo purulento no lobo esquerdo e parte do lobo direito.

Casuística dos abscessos hepáticos do Serviço de Doenças Infecciosas do HSM

A propósito deste caso clínico os autores fizeram a revisão dos abscessos hepáticos, no período de Janeiro de 1999 a Setembro de 2003 internados no Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de Santa Maria. No total, estiveram internados, neste período, 9 doentes, com diagnóstico de saída de abscesso hepático, dos quais 6 eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino. A média de idades foi de 57,7 anos (a mínima 38 anos e máxima 76 anos). Em 4 casos o abscesso hepático era constituído por uma única lesão. Registaram-se doenças associadas em 5 doentes (1 era toxicodependente e seropositivo para VIH 1, 2 litíase vesicular e alcoolismo crónico e os restantes patologia do cólon (pólipos intestinais e adenoma tubulo-viloso).

Em 4 casos isolou-se, apenas, um único agente: *Fusobacterium necrophorum*, *Streptococcus milleri* e *Klebsiella pneumoniae*, em 2 isolou-se mais que um agente, e em 3 não foi identificado nenhum microrganismo. Nos 9 doentes foi efectuada terapêutica combinada (antibioterapia + drenagem percutânea), sendo a associação de antibióticos mais utilizada a que incluía ceftriaxona e metronidazol.

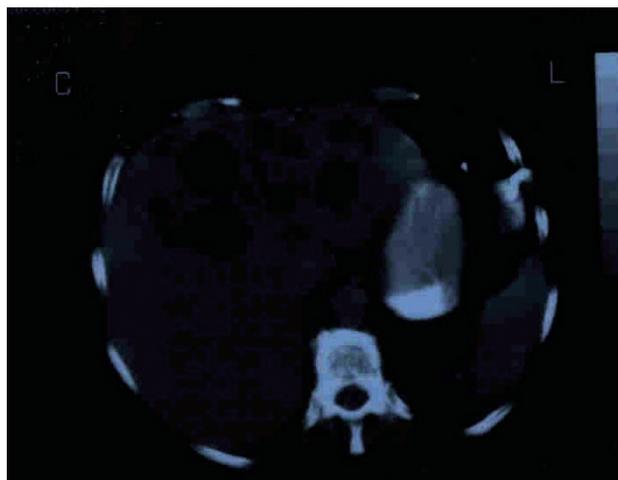


Fig. 1 – TAC abdominal (múltiplos abscessos hepáticos).

Discussão

A etiologia e a patogénese dos abscessos hepáticos tem sofrido uma mudança substancial nos últimos 50 anos, sendo a sua incidência baixa (0,007%).² Ochsner e colaboradores, descreveram como principais factores etiológicos a amebíase e apendicite. Hoje em dia, nos EUA, 80% dos abscessos são piogénicos e as doenças do trato biliar, nomeadamente colecistite, coledocolitíase e estenoses biliares malignas e benignas, são consideradas as causas mais frequentes, enquanto a doença diverticular corresponde apenas a 10%.

Os abscessos hepáticos podem ser secundários a outras patologias (70-85%) ou ter origem desconhecida, os chamados abscessos criptogénicos (15-30%).

A invasão bacteriana do fígado pode ocorrer por disseminação hematogénea (através da artéria hepática ou, mais frequentemente, da veia porta, a partir de infecção do apêndice, doença inflamatória do intestino, diverticulite, infecções pancreáticas, esplénicas, peritonite, abscessos intra-abdominais e onfalite, sendo mais frequentes as infecções que envolvem o cólon). As infecções podem atingir, ainda, o parênquima hepático por **extensão directa** (tumores penetrantes do trato gastrointestinal, colecistite, pancreatite, abscesso periepático e, ainda, por perfuração de úlcera péptica, como no caso clínico por nós apresentado). Esta última causa é muito rara, como forma primária de manifestação de abscesso, levando os autores a defender a importância do estudo do tubo digestivo perante o diagnóstico de abscessos hepáticos. Os abscessos hepáticos podem ser observados em situações de imunodepressão (doença crónica granulomatosa, diabetes *mellitus*, transplantados, drepanocitose e infecção pelo VIH) e ainda podem ocorrer como complicação após traumatismo, tumores (hepatoma e metástases), infecções quísticas e corpos estranhos.²

Os estudos microbiológicos dos abscessos piogénicos na era pré-antibiótica, revelaram que os microrganismos mais frequentes eram *Escherichia coli* (30%), *Streptococcus* spp

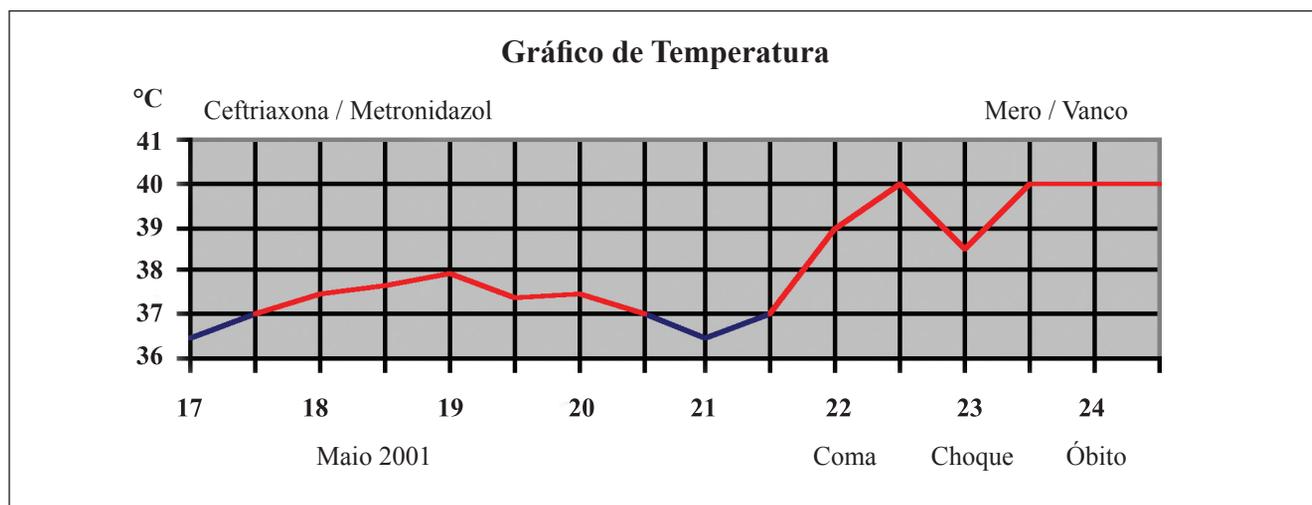


Fig. 2 – Gráfico de temperatura e antibioterapia.

(27%), *Staphylococcus* spp (26%) e em 30% dos casos não se isolava agente.^{2,3}

Antes de 1970 o grupo dos *Streptococcus viridans* raramente estava associado a infecções purulentas. Desde então os vários estudos têm enfatizado o isolamento de grande número de *Streptococcus milleri* nas infecções piogénicas, particularmente nas infecções intra-abdominais. O primeiro caso de abscesso piogénico a *S. milleri* foi descrito em 1975. Em 1981 o *S. milleri* foi descrito como o microrganismo mais frequentemente responsável pelo aparecimento de abscessos hepáticos.³ Em geral, causam infecções monomicrobianas com evolução insidiosa. Segundo a bibliografia, este microrganismo é mais comum nos abscessos criptogénicos e nos associados à doença de Crohn. Quando isolado em hemoculturas obriga à investigação de possíveis abscessos hepáticos, ocultos.²

Muitas das infecções são polimicrobianas (aeróbios e anaeróbios), sendo os agentes mais isolados no sangue e no pús, os coliformes, *Streptococcus* (aeróbios, microaerofílicos e anaeróbios) e bacilos anaeróbios Gram-negativos, principalmente os *Fusobacterium* e *Bacteroides* spp.²

O exame de referência para o diagnóstico de abscesso hepático é a ultrassonografia, com uma sensibilidade 85-95%. Esta permite a visualização clara da árvore biliar, facilitando o diagnóstico e a drenagem percutânea. A Ressonância Magnética Nuclear (RMN) é o exame de imagem mais sensível para despiste de lesões focais do fígado, no entanto a TAC permite o diagnóstico de uma forma correcta em 95% dos casos.^{1,4}

Tratamento

Tradicionalmente, no tratamento está incluída a associação da terapêutica antimicrobiana sistémica à drenagem percutânea. A drenagem cirúrgica só está indicada nas situações em que houve falha da anterior.¹ No entanto, o

tratamento antibiótico combinado com aspiração do material purulento tem sido usado com sucesso, apresentando, no entanto, alta taxa de recidiva, comparativamente com a drenagem definitiva.¹ Entre as várias associações de antibióticos recomendadas salientamos: cefalosporinas de 3ª geração com metronidazol / clindamicina ou aminoglicosídeo com metronidazol e ampicilina.²

Mortalidade

A taxa de mortalidade por abscessos hepáticos piogénicos varia entre 10-80% e pode ocorrer em consequência da ruptura dos mesmos para a cavidade peritoneal ou pleural ou como resultado da septicemia.^{1,5} A alta suspeição do diagnóstico e o início precoce do tratamento (antibioterapia associada à drenagem percutânea ou cirúrgica) condiciona uma redução na taxa de mortalidade. Esta tem diminuído, consideravelmente, de 40% para 10- 25% na última década. Para estes resultados terão contribuído, também, os métodos imagiológicos de resolução diagnóstica.^{2,4} No entanto, temos que ter em linha de conta a co-morbilidade, particularmente a diabetes *mellitus* e a idade avançada.⁴

Conclusão

Os resultados do estudo retrospectivo permitem aos autores concluir que o abscesso hepático é uma patologia pouco frequente, na medida em que foram apenas internados 9 doentes num total de 3549 doentes em cinco anos. Destes, quatro tinham doenças associadas relacionadas com patologia do foro biliar e intestinal e um era toxicodependente. Em quatro isolou-se apenas um único agente. A ultrassonografia foi a técnica de diagnóstico mais utilizada no diagnóstico dos abscessos hepáticos. A terapêutica combinada de cefalosporina de 3ª geração (ceftriaxona) e metronidazol foi o esquema mais utilizado, o que está de acordo com a bibliografia consultada. A realçar a baixa taxa de morta-

lidade por esta entidade nosológica, neste estudo (1 óbito em 9 doentes).

Bibliografia

1. Teitz S, Guidetti-Sharon A, Hanor H, Halevy A. Pyogenic liver abscess: warning indicator of silent colonic Cancer. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:1220-1223.
2. Bartlett JG. Pyogenic liver abscess. In *Infectious Diseases edited by Sherwood L. Gorbach, John G. Bartlett, Neil R. Blacklow.* - 2nd ed. 1998; 874-880.
3. Corredoira J, Casariego E, Moreno C, *et al.* Prospective study of *Streptococcus milleri* hepatic abscess. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1998; 17: 556-560.
4. Liew KVS, Lau TC, Ho CH, *et al.* Pyogenic liver abscess – A tropical centre's experience in management with review of current literature. *Singapore Med J* 2000; 41:489-492.
5. Klatchko BA, Schwartz SI. Diagnostic and therapeutic approaches to pyogenic abscess of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 168:332-336.