

CM 102

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
CURSO DE MEDICINA

ABSCESSO HEPÁTICO - APRESENTAÇÃO DE 05 CASOS

Equipe:

Ivan N. Ribeiro
Ricardo R.O. França
Wilson A. Alves Oliveira

Florianópolis/80

TRABALHO: "Abscesso hepático - Apresentação de 5 casos".

AUTORES: Ivan N. Ribeiro, Ricardo R. O. França e Wilson A. Alves Oliveira, alunos da 12a. Fase do Curso de Graduação em Medicina.

COMENTÁRIOS:

O tema abordado é importante, a casuística, apesar de pequena é razoável, e a proposição perfeitamente justificável.

A qualidade do trabalho, no entanto, é péssima. Os erros de português são de fazer corar um aluno de segundo ciclo, e merecem uma introspecção por parte dos autores; há frases sem qualquer sentido, e os erros se sucedem de forma espantosa.

Em "Casuística e Métodos" não se diz nada; aliás, esse tópico seria dispensável, já que os autores apresentam os 5 casos detalhadamente, em seguida. Poderiam referir, já que incluíram no texto, o período de tempo em que os cinco pacientes foram estudados.

As histórias estão muito mal apresentadas, com evolução horrível, desordenada e desnecessariamente prolixa. Há uma tentativa de justificar esse erro, no final do trabalho, com a alegação de estarem mal preenchidos os prontuários; a parte dos comentários que farei mais adiante, essa alegação é improcedente, pelo menos com relação ao Caso nº 1, que é de um paciente meu (cujas iniciais são NMP e não NML, como consta no texto) que foi muito bem estudado e publicado em JBM (volume 36, páginas 23-24, 1979), e cujo prontuário está completo e inteligível.

As Conclusões são satisfatórias, exceto a última, que transcrevo literalmente: "a coleta de dados, na execução do trabalho, ficou prejudicada por falta de interesse e metodologia na elaboração dos prontuários, principalmente no preenchimento dos achados na evolução diária do paciente" (o grifo é meu). A observação é descabida e impertinente. Os autores usaram os dados obtidos no Arquivo do Hospital de Caridade, de pacientes que seguramente lhes não pertenciam. Se os prontuários estivessem mal redigidos (e é difícil que estivessem pior do que o trabalho sob análise), não deveriam ser utilizados; se o foram, deveriam os autores mostrar-se agradecidos e não criticar, de forma grosseira, os responsáveis pelos pacientes.

Assim sendo, salvo melhor juízo e considerando o esforço dos estudantes, sugiro-lhes que aperfeiçoem o emprego da língua nacional e lhes concedo a nota 6 (seis).

Florianópolis, 14 de dezembro de 1980


Waldomiro
PROFESSOR TITULAR
NICA M

SUMÁRIO

RESUMO	04
INTRODUÇÃO	05
CASUÍSTICA E MÉTODOS	07
APRESENTAÇÃO DE CASOS	08
RESULTADOS	36
COMENTÁRIOS	43
CONCLUSÃO	45
BIBLIOGRAFIA	46

Agradecimento ao:

Dr. VANIR CARDOSO

RESUMO

Os autores se propõem a apresentar 05 casos de Abscessos Hepáticospiogênicos que apesar da pequena incidência, constituem preocupação frequente, devido a se tratar de uma patologia grave, de grande morbi-mortalidade, apresentando muitas vezes, quadros clínicos pouco objetivos, principalmente quando estas informações não cursarem com manifestações locais, exteriorizando-se por febre e sintomas inexplicáveis de difícil e demorado diagnóstico.

INTRODUÇÃO

O abscesso hepático, é uma entidade patológica que apresenta pequena incidência, mas é ainda grande causa de morbi-mortalidade.

A etiologia é variada, mas os microorganismos piogênicos apresentam-se como os agentes mais comuns, enquanto que agentes de origem amebiana são menos frequentes, (1,8,9,).

As vias de acesso ocorrem através da artéria hepática, sistema venoso porta, sistema biliar (colangite ascendente), por contiguidade de processos adjuntos e implantação direta por traumatismos(1,2,9,).

Os abscessos podem ser únicos em aproximadamente 50% (cinquenta por cento) dos casos, ou múltiplos; macroscópicos e/ou microscópicos. Aproximadamente 75% (setenta e cinco por cento) ocorrem no lobo direito. Em muitos casos, originados a partir do trato biliar, apresentam múltiplos abscessos. (1,9,10)

A mortalidade é variável entre 25% (vinte e cinco por cento) a 90% (noventa por cento), entretanto é mais verificada nos casos de múltiplos abscessos, em pacientes idosos, e quando a albumina sérica é menor que 2g% (duas gramas por cento) após o tratamento.(1)

Clinicamente os abscessos hepáticos apresentam sintomatologia inespecífica e geralmente está associada a um quadro septicêmico ou pela presença localizada da lesão no fígado.

A febre, sintoma mais comum, não apresenta padrão típico

Outros sintomas são: calafrios, dor abdominal, náuseas,

vômitos, emagrecimento, indisposição. O achado físico mais frequente é a hepatomegalia em 2/3 (dois terços) dos casos. A icterícia ocorre em apenas 40% (quarenta por cento).

Menos comuns são a insuficiência respiratória, esplenomegalia, distensão abdominal, ascite, derrame pleural e atrito pleural (1,2,4,7)

Laboratorialmente aparece anemia; leucocitos às custas de polimorfonucleares que nem sempre está presente; VHS elevado, tempo de protombina prolongado; bilirrubinemia direta e/ou indireta aumentada; FA, TGO e TGP geralmente elevadas. (1,7)

A radiografia de tórax pode mostrar elevação de hemidiafragma direito e a radiografia simples de abdome é usualmente normal, mas pode apresentar nível líquido se o abscesso for cavitado. (1,7)

O exame mais útil e não invasivo para se fazer o diagnóstico, é a cintilografia hepática.

O diagnóstico diferencial inclui cistos congênitos, neoplasias e abscessos amebianos.

A terapia dos abscessos hepáticos, consiste na remoção da causa, altas doses de antibióticos e drenagem cirúrgica. (1)

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O material usado neste trabalho foi colhido dos prontuários, do arquivo geral do Hospital de Caridade, após colher dados conhecidos na clínica.

Os dados colhidos foram analisados como portadores de uma única entidade clínica, independente das causas que os determinaram.

Colhendo-se os dados necessários, foram ordenados e analisados, para posteriormente comparar com os tratados encontrados.

APRESENTAÇÃO DE CASOS

CASO Nº 1

NML, 33 anos, masculino, branco, casado, profissão mineiro, natural e procedente de Urussanga S.C., registro nº 42575.

Foi internado pela primeira vez no dia 02 de junho, no Hospital de Caridade, apresentando o seguinte quadro: febre de origem obscura, emagrecimento, astenia, mucosas hipocoradas e anictéricas, fígado percutível no 5º (quinto) espaço intercostal direito na linha hemiclavicular direita e a 5 (cinco) centímetros do rebordo costal direito, doloroso à palpação.

No dia 03 de junho do mesmo ano, foram realizados exames laboratoriais cujos resultados constam no quadro I. Realizado ainda raios X de tórax que se mostrou sem alterações dignas de nota e foi também realizado urografia excretora que mostrou sinais sugerindo processo expansivo na projeção do estômago.

O paciente evoluiu com febre, dor epigástrica, sudorese discreta, palidez cutâneo-mucosa, anorexia, plenitude epigástrica, depressão e irritabilidade. Foi realizado reação de mantoux cujo resultado foi negativo.

No dia 12 de junho foi realizado exame parasitológico de fezes, que mostrou presença de larvas de ancilostomídeos.

No dia 15 de junho, foi submetido a laparotomia, sendo encontrado vários nódulos na face anterior do lobo hepático direito e um grande nódulo de aproximadamente sete centímetros de diâmetro. Foi realizado drenagem e aspiração de múltiplos abscessos hepáticos, com grande quantidade de secreção purulenta. O material purulento encontrado na drenagem dos abscessos foi enviado ao laboratório que demonstrou a presença de staphyloco-

ccus aureus coagula-se positiva.

No pós operatório foi instituída antibióticoterapia com ampicilina, sendo suspenso no terceiro dia de pós operatório e iniciado associação de gentamicina com oxacilina.

No dia 19 de junho, foi realizada uma série de hemoculturas (06) dando negativas.

O paciente ficou internado por mais quinze dias em convalescença, e recebeu alta no dia 07 de julho.

Esteve internado em Urussanga por quinze dias, recebendo antibióticoterapia endovenosa, não sabendo especificar a medicação.

Foi reinternado no Hospital de Caridade, dois meses e sete dias após a alta da primeira internação, apresentando febre, dor em hipocôndrio direito, com fígado percutível no sétimo espaço intercostal direito e palpável a seis centímetros do rebordo costal, na linha hemiclavicular direita.

O paciente ganhou 11 kg de peso desde a última internação. O apetite e o estado geral se mantinham conservados.

Iniciou associação de gentamicina com cefalotina, sendo que após a instituição desses antibióticos o paciente não apresentou mais aumento de temperatura.

A cintigrafia, realizada no dia 15 de setembro, apresentou fígado de tamanho aumentado, com várias áreas frias, mais evidentes no bordo superior direito e na confluência do lobo esquerdo e direito ocorrendo também na parte inferior do lobo esquerdo, que responde pelo aumento do órgão. A região palpada e assinalada no documento cintigráfico (fig., 1 e 2), é relativa-

mente hipocaptante.

Recebeu alta no dia 28 de setembro, com cefalexina prescrita.

Foi reinternado pela terceira vez no dia 30 de setembro, para controle. O paciente se apresentava em bom estado geral, fígado percutível no sexto espaço intercostal direito na linha hemiclavicular direita e palpável a cinco centímetros do rebordo costal direito e a nove centímetros do apêndice xifóide e a quatro centímetros do rebordo costal esquerdo, com bordos finos, superfície lisa, indolor, consistência elástica e hepatimetria de 10,5 centímetros.

Foi realizado exames laboratoriais, que estão demonstrados no quadro I.

Recebeu alta no dia 05 de dezembro.

QUADRO I - Resultados dos exames laboratoriais solicitados nos períodos de internação.

CASO nº 01

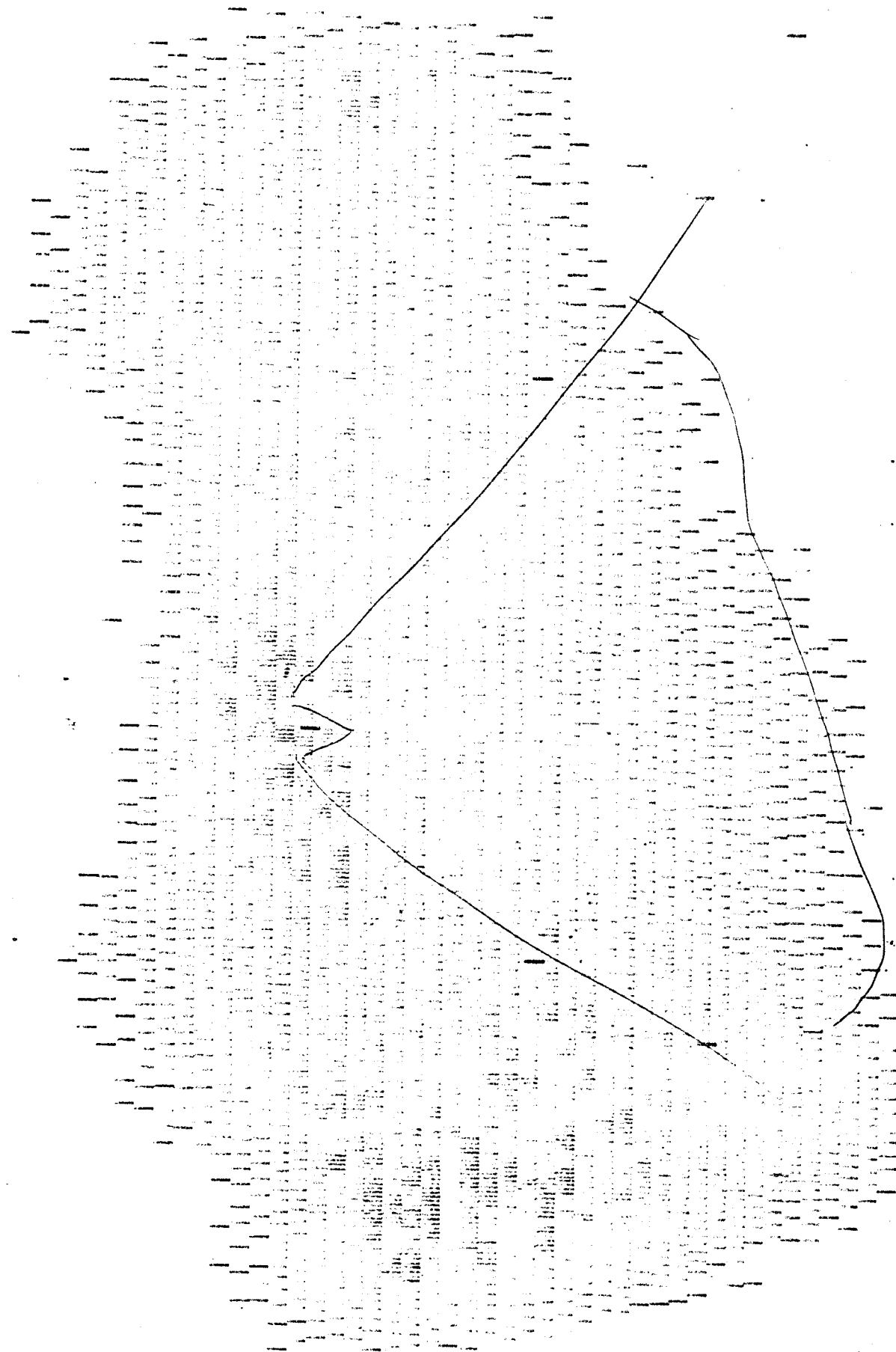
Datas	1º Internação						2º Internação			3º Internação
	03-06-78	08-06-78	16-06-78	19-06-78	21-06-78	15-09-79	02-12-79			
Exames										
Ht	30	39	37	39	38	35	43			
Hb	12,3	14,4	9,6	13,1	-	10,7	15,2			
Leucócitos	11.000	26.300	20.500	6.500	-	6.900	6.200			
Bastões	2%	5%	17%	5%	-	6%	1%			
Segmentados	80%	83%	80%	75%	-	60%	29%			
Linfócitos	-	-	-	-	-	-	-			
TAP	14" (74%)	-	-	-	-	-	-			
FAL	486	-	677	-	-	541	181			
Glicose	86	-	-	-	-	84	-			
Uréia	20	-	31	-	-	17	-			
γGT	85	-	-	-	-	-	-			
LDH	100	-	-	-	-	-	-			
SGOT	14	-	35	-	25	18	14			

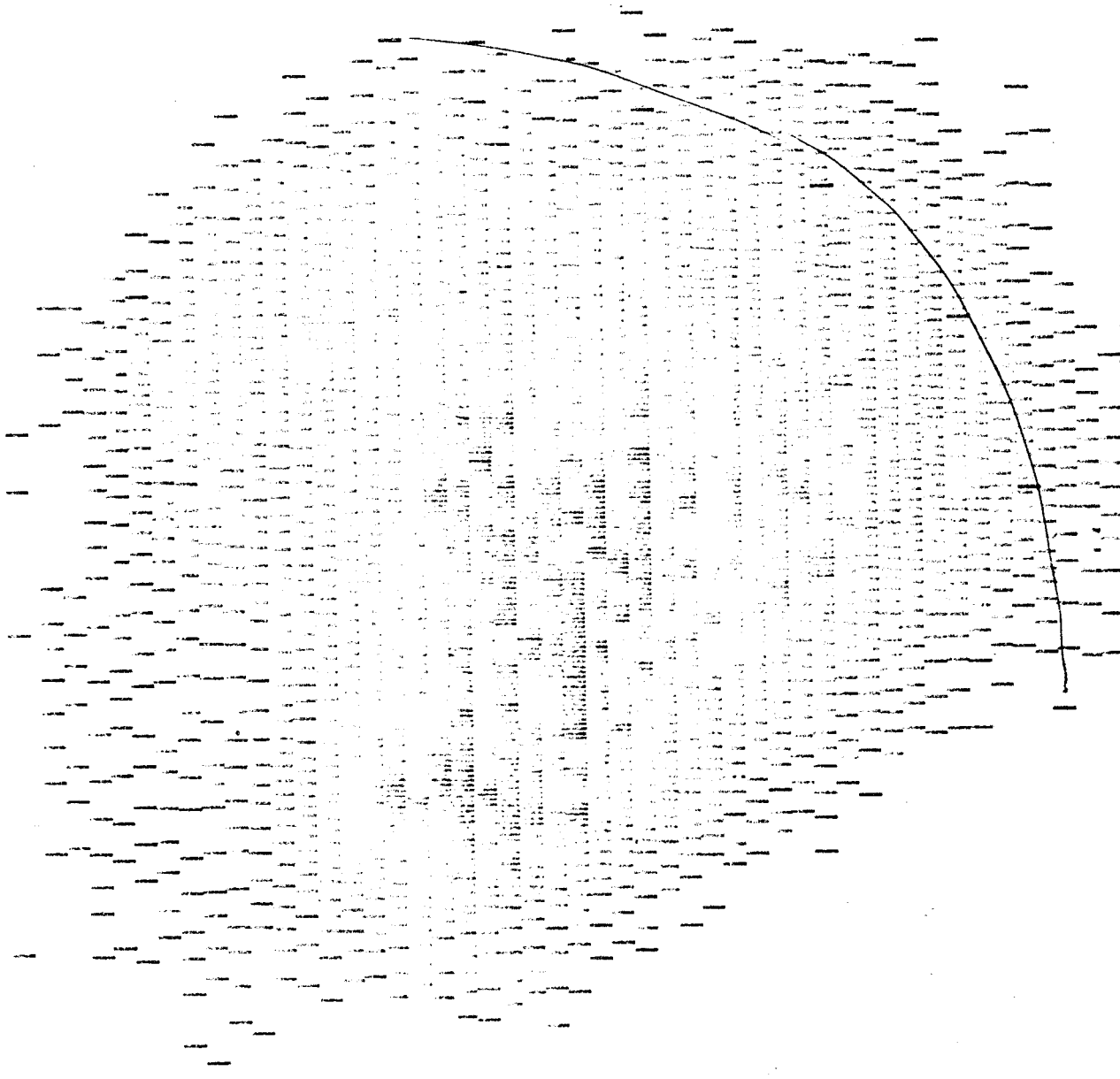
cont. do QUADRO I

DATA	03-06-78	08-06-78	16-06-78	19-06-78	21-06-78	15-09-79	02-12-79
EXAME							
Creatinina	-	-	0,97	-	-	0,76	-
BD	-	-	2,52	-	0,95	0,22	0,08
BI	-	-	0,89	-	0,81	0,22	0,27
BT	-	-	3,41	-	1,76	0,44	0,35
Albumina	-	-	-	2,18	2,38	2,91	-
Gama globulina	-	-	-	1,88	1,95	3,25	-
Alfa 1	-	-	-	0,47	0,35	0,33	-
Alfa 2	-	-	-	0,78	0,88	0,89	-
Beta	-	-	-	1,09	1,24	1,12	-
Proteínas totais	-	-	-	6,40	-	8,5	-
Relação Alb/Glob.	-	-	-	0,5	-	-	-

E L P R O T E I N A S
E L E T R O F O N A S E D E

Figura 1 Cintigrafia Hepática A.P., do caso nº 1. Áreas Hipocaptantes na região assimétrica.





CASO Nº 2

V.C., 19 anos, branco, sexo masculino, natural e procedente de Garopaba S.C., pintor, solteiro, registro 49.893.

Foi admitido no Hospital de Caridade, em 21 de outubro, apresentando dore^m hipocôndrio direito, tipo contíⁿua, piorando com a ingestã^o de alimentos.

No exame fí^sico foi observado um abdome tenso com dor a palpaçã^o no ponto cístico. Na ausculta pulmonar nada apresentava digno de nota e a ausculta cardíaca apresentava taquicardia e bulhas rí^tmicas.

No exame fí^sico geral, apresentava intensa palidez cutâneo mucosa e temperatura igual 38.5°C.

Na primeira semana de internaçã^o o paciente apresentava persistêⁿcia da dor abdominal, sendo referida à palpaçã^o superficial e profunda, Apresentava manobra de Murphy positiva. Refe^ria ainda disfagia e odinafagia; mucos^as hipocoradas (+++/4+) e palidez cutânea generalizada. No final da primeira semana (sexto dia) passou a apresentar icterí^cia.

Os exames de laboratório, solicitados na internaçã^o, mostrou uma leucocitose segundo o quadro II, amilase^mia de 5 OU e glicemia de 82mg. No décimo dia o paciente apresentava-se em pé^ssimo estado geral apresentando petéquias difusas por todo o corpo e febril.

Havia sido submetido a antibi^oticoterapia com Ampicilina até o quarto dia. Prosseguindo a partir daí em uso de gentamicina associado com Cefalotina.

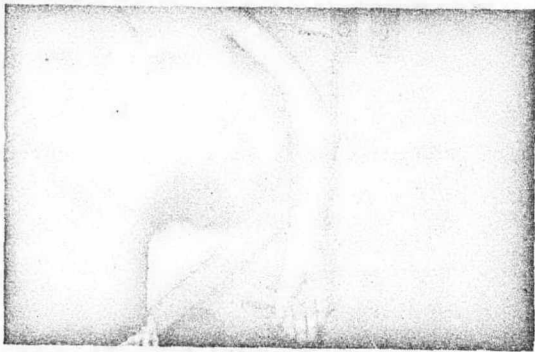
Os exames laboratoriais subsequentes foram realizados e os resultados constam no quadro II.

No décimo primeiro dia o paciente apresentava-se torporoso, piorando gradativamente. O abdome estava extremamente distendido e a respiração era superficial. Foi transferido para a Unidade de Terapia Intensiva, permanecendo de 31 de outubro à 4 de dezembro.

No terceiro dia de internação (23 de outubro) foi solicitado Colangiografia venosa e segundo o laudo houve eliminação do meio de contraste sob baixa densidade, não permitindo a análise do hepatocolédoco. Houve opacificação vesicular sem demonstrar alteração significativa e eliminação do meio de contraste através do aparelho urinário.

No dia 27 de outubro, foi solicitado uma radiografia de tórax e mostrou área de consolidação alveolar em lobo inferior direito, e elevação da cúpula frênica direita, reação pleural a direita, área cardíaca normal. Hipótese diagnóstica de pneumonia de lobo inferior direito. O raio X simples de abdome mostrava opacificação da vesícula biliar, distensão localizada de alça do intestino delgado em mesogástrico. Caracterizado quadro abdominal reflexo.

O raio X simples de abdome no dia 30 de outubro, mostrava tecidos moles sem alterações, escoliose dextro convexa, grande quantidade de resíduo fecal em topografia colônica no reto, distribuição gasosa normal, resíduo de contraste na vesícula biliar. Neste dia ainda foi realizado cintigrafia hepática que mostrou fígado de forma alterada com tamanho aumentado, com área hipocaptante a nível de lobo direito e confluência do esquer



Figs. 2,3 e 4: Mostrando o volumoso derrame pleural à direita.

do.

Novo raio X de tórax em 01 de novembro mostrou hemidiafragma elevado, ascite (?). Aspecto de lesão alveolar extensa no pulmão direito. Aumento da área cardíaca. Foram sugeridos radiografias em P.A., nos diversos decúbitos laterais para investigar derrame pleural insuficiência cardíaca congestiva, pneumonia?.

O raio X de abdome simples no dia 03 de novembro, mostrou-se sem alteração.

No dia 03 de novembro, foi feito paracentese abdominal, colhido líquido ascítico cujo resultado laboratorial foi o seguinte: Contagem global de células=1008 células por milímetros cúbicos e a contagem específica mostrou: 68% de neutrófilos, 23% de linfócitos, 3% de monócitos, 0% de eosinófilos e 6% de célula mesoteliais. Os resultados bioquímicos foram: glicose-12mg/dl, proteína: 3,20g/dl; cloretos: 98mEq%, amilase: 39U/dl; mucoproteínas: 214mg/dl.

Na primeira semana na UTI o paciente permanecia torporoso. Agravou-se a icterícia. Apareceram hemorragias genitais, petéquias em tronco e ascite. Na ausculta pulmonar o murmúrio vesicular se apresentava diminuído em base direita, presença de estertores crepitantes em um terço médio do hemitórax direito. O abdome permanecia distendido e doloroso à palpação. Apresentava sinais de irritação peritoneal, diarreia aquosa (grande número de evacuações por dia). Fez uso de gentamicina.

Foi solicitado raio X de tórax no dia 06 de novembro, e mostrou hemidiafragma elevada, ascite, sinais de colapso de lobo médio e provável redução do volume do lobo inferior direito. Aumento da sombra pleural esquerda, derrame pleural e aumento

da área cardíaca. No dia 06 de novembro, foi feito punção de líquido pleural dando os seguintes resultados laboratoriais; contagem global: 1049 células por milímetro cúbico; contagem específica: 88% neutrófilos, 8% de linfócitos; 3% de monócitos, 1% de eosinófilos, 0% de células mesoteliais. Os resultados bioquímicos foram: Glicose=67mg/dl; proteínas: 2,70g/dl; pH=7,46; Bacterioscopia negativa pelo GRAM, pesquisa de BAAR negativa.

O raio X do dia 08 de novembro mostrou estase nas bases pulmonares, grande aumento da área cardíaca. Provável insuficiência cardíaca congestiva.

No dia 09 de novembro, o raio X de tórax em decúbito lateral direito e esquerdo com raios horizontais mostraram persistência da consolidação no lobo inferior direito e derrame pleural bilateral, aumento da área cardíaca.

No dia 10 de novembro, percebeu-se atrito pericárdico importante e aumento de área cardíaca ao raio X. Feito punção através de mediastinotomia e retirado aproximadamente 200ml de secreção purulenta. Realizado ecocardiograma 35 dias após, ainda percebia-se pequena quantidade de líquido, porém sem alterações hemodinâmicas.

O resultado laboratorial do líquido pericárdico mostrou raros cocos GRAM positivos aos pares.

Na semana que sucedeu o ato cirúrgico houve melhora acentuada da icterícia e permaneceu drenando secreção purulenta.

No dia 21 de novembro raio X de tórax que apresentou consolidação do lobo inferior direito e aumento de área cardíaca e cateter de subclávia direita em veia cava superior. Realizado eletrocardiograma o qual mostrou taquicardia sinusal e sobrecar-

ga de ventrículo esquerdo e alterações difusas da repolarização ventricular.

Na semana seguinte o paciente apresentava-se com estado geral regular, emagrecimento e apresentava redução acentuada da icterícia (+/4+) e persistia drenando secreção purulenta.

No dia 12 de novembro o raio X de abdome com raios horizontais mostraram que as incidências obtidas não demonstravam pneumoperitônio.

Na segunda semana da Unidade de Terapia Intensiva, o paciente mostrava sinais de derrame pleural em hemitórax direito. Agravava-se a diarréia (sanguinolenta), sinais de derrame pericárdico. Feito diagnóstico de poliserosite. Fez uso de gentamicina.

O paciente submeteu-se a cirurgia em 13 de novembro, e foi feito o diagnóstico de Abscesso hepático roto com peritonite purulenta. Os achados cirúrgicos foram de peritonite purulenta com aproximadamente 3000ml de secreção purulenta coletada em fundo de saco, goteira parieto-cólica direita. Peritônio espessado, peças intestinais aderidas recobertas por carapaças de fibrina.

Lobo hepático direito com volumosa cavidade de abscesso roto, com aproximadamente cinco centímetros de diâmetro.

No dia que antecedeu a cirurgia foram suspensos a gentamicina e a cefalotina e iniciado a oxacilina (02 gramas de 6/6h), e fosfocina (01 grama de 4/4h).

No dia 26 de novembro foi feito Raio X de tórax que mostrou hemidiafragma elevado, sinais de lesão de espaço aéreo em lobo inferior direito; aumento de área cardíaca, catéter de Pressão venosa central de veia subclavia direita bem posicionada.

No dia 05 de dezembro retorna a enfermaria apresentando-se sub-ictérico, drenado pouca secreção purulenta, quase caquético, com comprometimento de membro inferior esquerdo por neurite periférica, ficando com pé equino.

Neste mesmo dia foi abandonado o uso de antibiótico. No dia 06 de dezembro feito raio X de tórax e abdome de controle e mostrou elevação da cúpula frênica direita, consolidação em base de pulmão direito, área cardíaca aumentada e abdome sem alterações.

Depois de aproximadamente vinte dias na enfermaria foram retirados os drenos.

No final de dezembro e início de janeiro, o paciente apresentou recuperação relativamente boa, mantinha-se anictérico, apresentando somente um episódio de tosse e coriza, os pulmões permaneciam limpos, apresentou ganho de peso de aproximadamente 3,5kg. Paciente recebeu alta no dia 29 de janeiro de 1980.

Figura 3 - Cintigrafia hepática - caso nº 2 - P.D. Área hipocaptante ao nível do lobo direito.

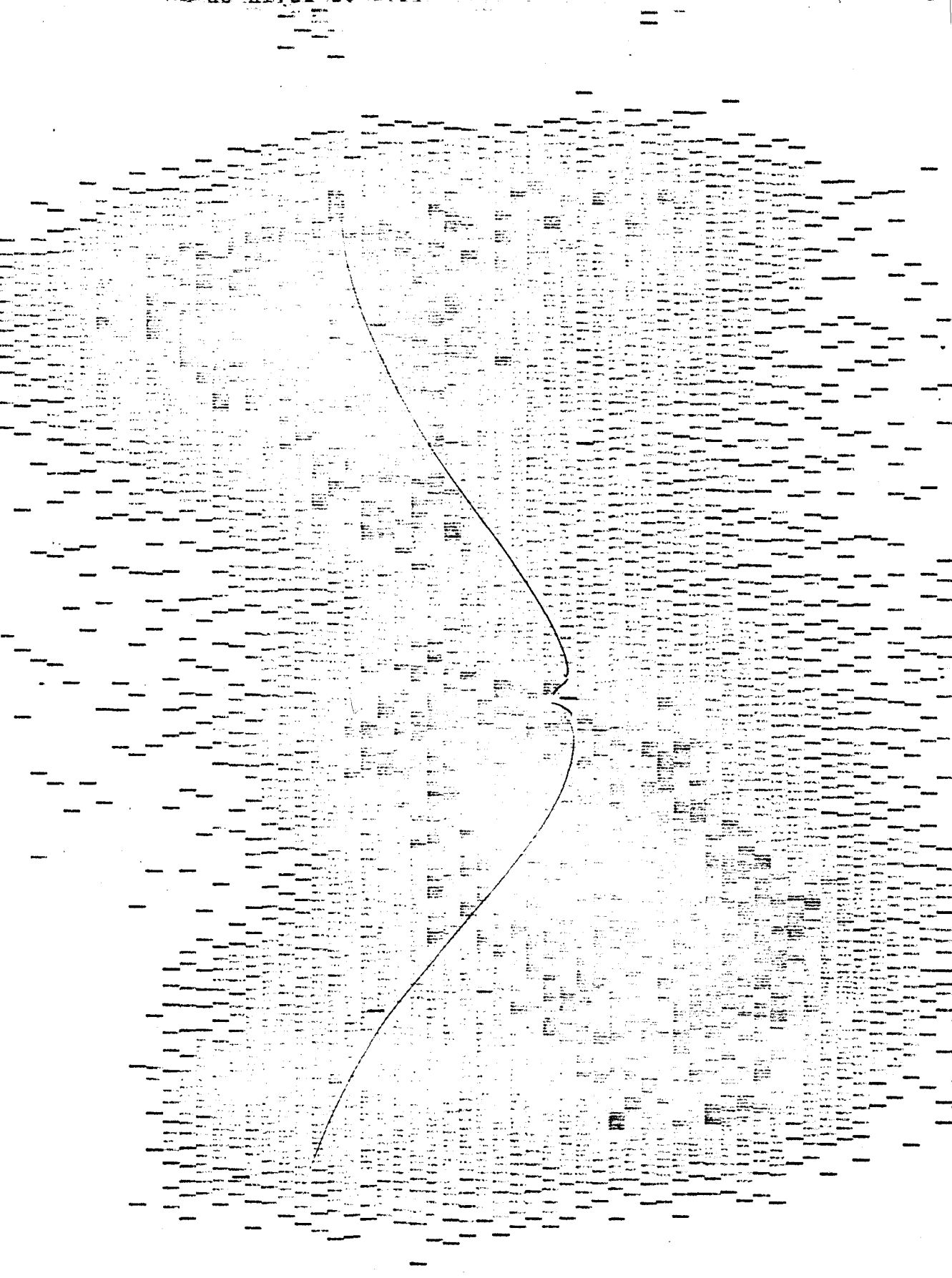
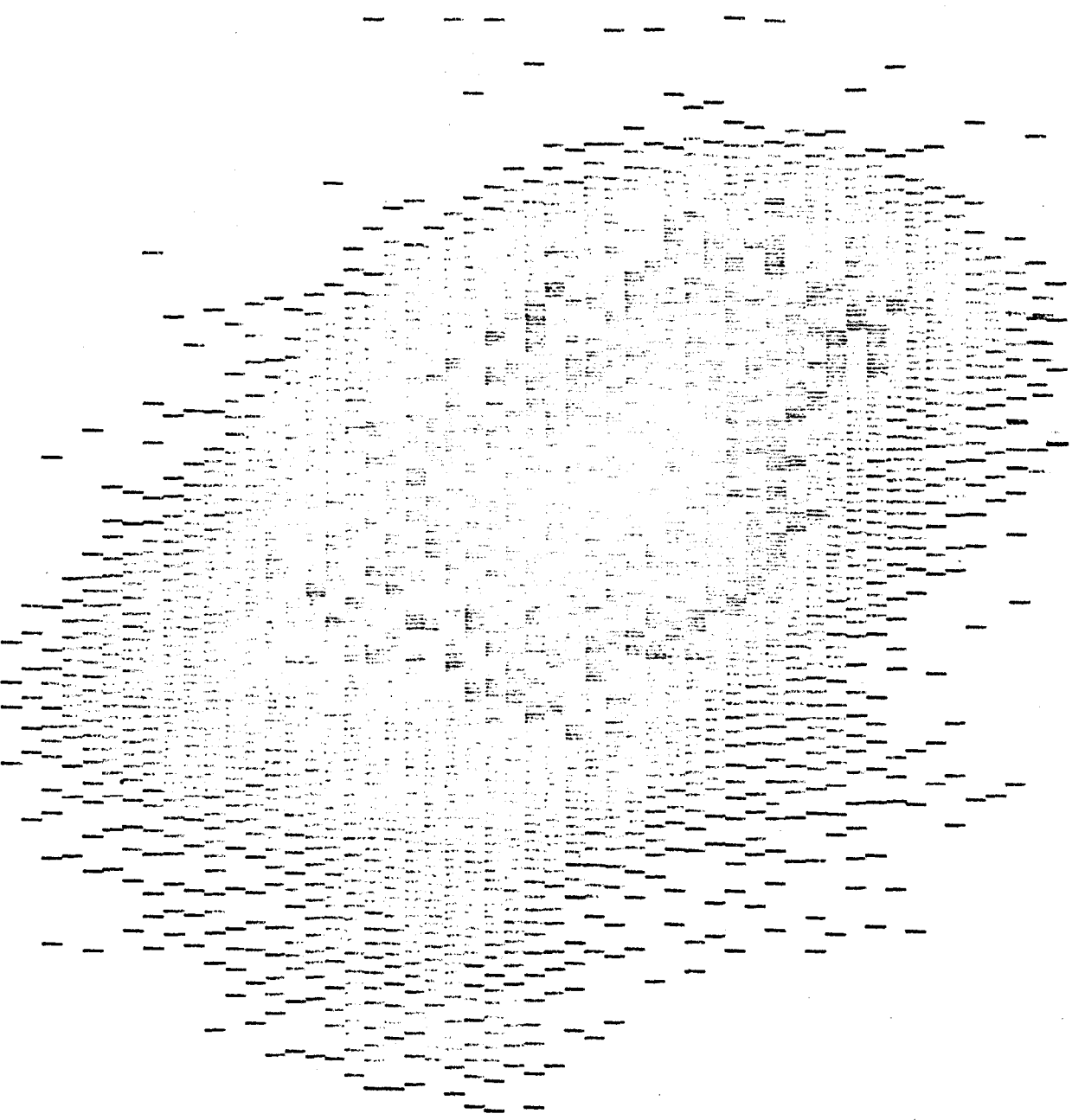


Figura 4 - Cintigrafia hepática - caso nº 2. A.P. Em evidência área hipocaptante no lobo direito.



CASO Nº 3

A.S.R. 23 anos, sexo masculino, solteiro, branco, lavrador, natural e procedente de Imbituba S.C., registro nº 33406.

Trata-se de um paciente que já havia sido internado em agosto de 1976, com suspeita de Pleurisy exsudativo, tuberculoso, tendo sido feito inclusive, uso de esquema tríplice, porém não foi confirmado este diagnóstico, tendo o paciente recebido alta hospitalar.

Voltou a ser admitido neste Hospital no dia 3 de novembro com quadro de febre e forte comprometimento do estado geral, sendo caracterizado um quadro de sepsis.

O raio X de tórax na admissão evidenciava condensação inflamatória e condensação em base de pulmão direito.

Foi solicitado exames laboratoriais cujos resultados constam no quadro III. Também foi realizada pesquisa de Bacilo Álcool Ácido Resistente com resultado negativo, urocultura negativa e pesquisa de hematozoários também negativa.

Na sequência evolutiva, três dias após a admissão, um novo raio X de tórax mostrou focos de condensações alveolares provavelmente inflamatórios localizados em ambos os pulmões, com predomínio nas bases.

No dia 10 de novembro apresentou gânglio em região axilar esquerda, sendo biopsiado, cujo resultado anatomopatológico não mostrou sinais de processo específico.

Com o diagnóstico de Sepsis, provavelmente de origem esta filocócica, foi acrescentado oxacilina (doze gramas por dia) no lugar de cefalotina que vinha sendo usado, permanecendo com gen-

tamicina associada.

Novas sequências radiológicas no dia 12 de novembro mostram no raio X de tórax, condensações inflamatórias localizadas nas bases pulmonares e derrame pleural bilateral, mediastino sem alterações, e no raio X de abdome mostrou distensão reflexa de alças intestinais.

No dia 13 de novembro a bacterioscopia, apresentou presença de raros cocos GRAM positivos e raras neissérias. Na cultura de escarro foram isolados estafilococcus aureus coagulase positiva, bastonetes GRAM negativo não identificados e neissérias.

No dia 15 de novembro foi realizado a urografia excretora onde demonstrou rins de topografia, formas e dimensões normais; ausência de cálculos e eliminação bilateral de contraste simultânea, sob boa concentração. Sistema pielocaliciais anatómicos, ureteres e bexiga sem alterações. Pelvis bífida bilateral.

No dia 16 de novembro o paciente persistia febril com comprometimento do estado geral, ictérico, e dispneico, sendo transferido para unidade de terapia intensiva. Realizado punção e biópsia pleural.

A bioquímica do líquido pleural apresentou glicose= zero; proteínas= 3,60gr/dl; densidade=1033; LDH= 4.130 mU/ml. Na bacterioscopia mostrou presença de polimorfonúcleares, pesquisa de BAAR= negativa, homogenizado negativo e cultura negativa.

Feito raio X de tórax de controle, que mostrou sinais de consolidação inflamatória do lobo inferior de ambos os pulmões, mais marcadamente à esquerda, sinais de derrame pleural bilateral, mais acentuada a esquerda. Área cardio-aórtica dentro da normalidade, arcabouço costal de aspecto radiográfico normal, pequena

câmara de pneumotórax no ápice esquerdo pós-punção.

Na sequência clínica, apesar de apresentar diminuição de febre, o paciente permanecia agudamente enfermo, com estado geral comprometido, discreta icterícia, picos febris, às vezes disneico, taquicárdico, abdome distendido e abaulado no quadrante superior direito, hepatomegalia dolorosa à palpação em todo abdome superior. As hemoculturas em número de seis amostras realizadas do dia 2 a 17 de novembro todas foram negativas. No dia 17 de novembro nova punção e biópsia pleural, dando como resultado anatomopatológico ausência de tecidos neoplásicos e granulomas. E como resultado bioquímico: glicose = zero; proteínas = 3,60gr/dl; densidade 1033; LDH = 4130 mU/ml. A contagem global de células mostrou 1226 células e a contagem específica mostrou 79% neutrófilos, 16% linfócitos; 3% monócitos, 2% células mesoteliais e 0% eosinófilos e presença de 87 hemácias/mm³, pesquisa de BAAR negativa, cultura negativa.

No dia 19 de novembro foi efetuado um mielograma que mostrou uma medula óssea hiper celular as custas da série branca, relação L/V=7/1. Séries plaquetopênica e vermelha normais. Ausência de elementos anormais. Realizamos mais duas hemoculturas as quais obteve-se resultado negativo. Vários eletrocardiogramas realizados desde o dia 03 de novembro revelaram apenas taquicardia sinusal.

No dia 26 de novembro no raio X de tórax demonstrando condensações inflamatórias no lobo inferior de ambos os pulmões e aumento de área cardíaca.

No dia 08 de novembro, consolidação de lobo inferior e derrame pleural na base de ambos os pulmões.

No dia 14 de dezembro mapeamento hepático mostrou presença de grande área fria no lobo inferior compatível com abscesso hepático.

No dia 17 de dezembro o paciente submeteu-se a cirurgia, sendo feito drenagem de abscessos (não foi encontrado descrição da cirurgia).

A cultura de secreção foi negativa. No dia 20 de dezembro o raio X apresentava focos de condensação inflamatória localizada em ambos os pulmões e ausência de sinais de derrame pleural.

Teve evolução arrastada, recebendo alta melhorando em 25 de abril.

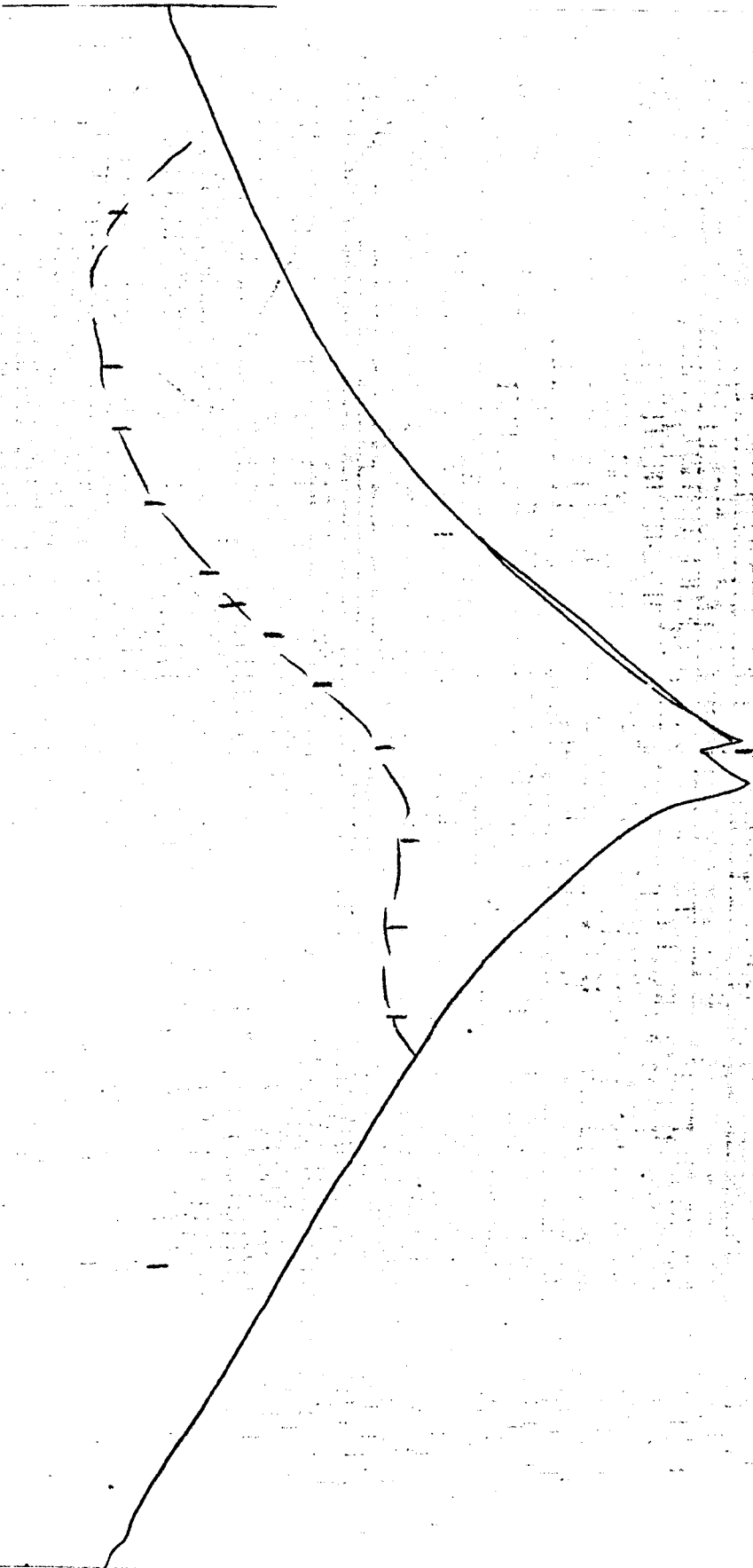
QUADRO III - Relação de Exames Laboratoriais solicitados no 3º caso.

DATA	03-11-76	06-11-76	13-11-76	16-11-76	19-11-76	22-11-76-	23-11-76	26-11-76	02-12-76	13-12-76	20-12-76
EXAMES											
Ht	25%	28%	32%	-	31%	29%	30%	31%	34%	34%	41%
EMO	-	-	11,5	-	-	-	8	9	9,5	10,5	13
G	17.700	20.800	22.800	-	9.900	8.400	9.300	4.500	6.300	7.000	12.800
R	83%	-	82%	-	31%	76%	58%	77%	81%	57%	63%
A	1%	-	7%	-	3%	4%	2%	5%	2%	7%	1%
Bastões	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Linfócitos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SGOT	32%	-	-	-	-	-	-	27	-	-	18
SGPT	26	-	-	-	-	-	-	30	-	-	12
FAL	716	715	485	-	-	-	-	431	-	819	464
ER	Albumina	2,08	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LE	Erit globuli-										
EST	na										
TE											
R											
OE	Alfa 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FP	Alfa 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OR											
U											
T.Ret. BSP	-	24%	-	-	-	-	-	19%	-	-	-
Uréia	-	-	18	24	24	-	21	-	23	23	27

cont. do QUADRO III

	DATA										
EXAMES	03-11-76	06-11-76	13-11-76	16-11-76	19-11-76	22-11-76	23-11-76	26-11-76	02-12-76	13-12-76	20-12-76
<u>Creatinina</u>	-	-	0,87	1,18	1,24	-	0,72	-	-	0,76	0,80
BT	-	-	-	-	-	-	-	0,83	-	-	-
BD	-	-	-	-	-	-	-	0,50	-	-	-
BI	-	-	-	-	-	-	-	0,33	-	-	-

Figura 5 - Cintigrafia hepática - AP - caso nº 3 Grande área fria no lobo direito.



CASO Nº 4

D.L. 17 anos, masculino, branco, profissão lavrador, natural e procedente de Garopaba S.C., registro nº 26.724.

Foi admitido no Hospital de Caridade em 13 de fevereiro com queixa de dor epigástrica iniciada aproximadamente seis dias associado com vômitos e diarréia (três a quatro evacuações semi-líquidas sem produtos patológicos). Concomitantamente apresentava febre, calafrios, dor abdominal em cólica difusa, e queda do estado geral. Há 48 horas passou a apresentar também intensa e persistente dor epigástrica que se acentuou com a palpação e aumento do volume desta região.

No exame físico apresentava palidez cutâneo mucosa, fácies toxêmica, pulmões livres, dor intensa à palpação do epigástrico, fígado a três centímetros do rebordo costal direito na linha hemiclavicular direita e a oito centímetros do apêndice xifóide, intensamente doloroso (+++/4+) e apresentava níveis tensionais de 110/70 e frequência cardíaca igual a 100 batimentos por minuto.

Foi medicado com ampicilina (1,0 grama de seis em seis horas) e cefalotina (2,0 gramas endovenosa de seis em seis horas).

Os exames laboratoriais mostraram os seguintes resultados: Parcial de urina= Nada digno de nota. Uréia= 29; creatinina=1,06 Glicose=98;

Hemograma:

13.700 leucócitos (7% bastões; 81% segmentados; 0% eosinófilos)

Hematócrito 42, VHS = 65.

Parasitológico de fezes = áscaris Lumbricoides e Ancilostomídeos

Fosfatase alcalina = 42mU/ml.

BT= 1,33

BD= 1,00

BJ= 0,33

Numa segunda mostragem apresentou -

Hematócrito = 43%

Hemoglobina= 13mg%

16.000 leucócitos (2% bastões; 77% segmentados; 1% eosinófilos.

Tempo de atividade da protrombina= 609 (16,5" p/c= 13")

Albumina= 2,46 g/dl, globulina= 1,69 g/dl

Recebeu alta melhorando em 03 de março de 1975.

CASO Nº 5

D.F. 36 anos, masculino, branco, profissão comerciário, natural e procedente de Florianópolis S.C., registro nº 25.367.

Foi admitido no Hospital de Caridade em 31 de outubro de 1974, com quadro de dor abdominal com febre, náuseas e vômitos. Queixava-se de dor no hipocôndrio direito que piorava com a respiração. Apresentava febre e calafrios, náuseas e vômitos e intolerância à gorduras. Suspeitou-se de colecistite aguda. Foi solicitado colecistograma oral cujo resultado foi negativo.

Foi medicado com gentamicina e cefalotina. Propôs-se investigar Abscesso Hepático e Diverticulite.

Foi solicitado raio X de tórax que mostrou elevação da hemicúpula diafragmática direita, e enema opaco que mostrou doença diverticular do cólon.

A cintilografia hepática veio com laudo de Abscesso Hepático.

Em 16 de dezembro o paciente submeteu-se a cirurgia e foi constatado presença de abscesso hepático no lobo direito e divertículos no colon descendente e sigmóide. A conduta cirúrgica baseou-se na drenagem do abscesso e uma colectomia parcial.

Em 17 de dezembro foi reoperado com diagnóstico pré-operatório de Abdome Agudo perfurativo. O achado cirúrgico constou-se de fístula cólica de parede posterior da anastomose, levando a uma peritonite generalizada.

A conduta seguinte foi uma Colostomia em dupla boca.

Durante o fechamento da parede abdominal apresentou parada cardíaca durante aproximadamente trinta minutos e não se recu

perou. Óbito em 17 de dezembro de 1974.

Os exames laboratoriais realizados no dia 5 de dezembro mostraram:

Hematócrito = 36 Hemoglobina = 11 Hemácias = 3.850.000
14.800 Leucócitos (69% segmentados; 1% bastões; 2% eosinófilos).

No dia 4 de novembro , parcial de urina = muitas bactérias e muco, muitos cilindros granulados; cilindros hialinos; urocultura = negativo.

No dia 5 de novembro = Glicose = 112 Uréia = 26
BT = 1,4 BD = 0,6 BI = 8

No dia 8 de novembro Hemocultura = negativa.

No dia 23 de novembro = Mantoux = negativa

No dia 5 de dezembro = Hematócrito = 35

No dia 12 de dezembro = Albumina = 2,65 Globulina = 3,95
Proteínas totais = 6,60 Relação A/G = 0,7

Hematócrito = 42% Hemoglobina = 12,5 Leucócitos = 24,900 (68%
segmentado; 22% bastões; 0% eosinófilos).

No dia 16 de novembro: Reação de Widal = negativo-

Pesquisa de Plasmodio = negativo

Hematócrito = 30% Hemoglobina 9

VHS = 125

Leucócitos = 14.900 (10% bastões,
58% segmentados, 2% eosinófilos).

No dia 3 de dezembro : Cintigrafia hepática = fígado com captação uniforme do contraste. Presença de área fria no polo superior do lobo direito. Aumento do lobo esquerdo.

RESULTADOS

Incidência;

Devido ao pequeno número de casos em nosso meio, não valorizamos a incidência em relação as internações.

As séries de trabalhos publicados, relatam a incidência variável entre 0,45 a 1,47%.

A frequência em relação geral não é conhecida, uma vez que não são realizados, sistematicamente, necrópsias em todos os óbitos:

Idade, cor e sexo!

Entre os casos houve indivíduos de sexo masculino, como porém, é relatado em várias publicações o predomínio, muito embora hajam relatos de igualdade entre sexos.

Quanto a cor, todos os pacientes eram de cor branca. A predominância da cor tem valor relativo para OSHSNER que admite acontecer em hospitais que atendam número igual de pacientes da mesma raça.

Os limites de idade oscilaram entre 17 e 36 anos.

Não se chegou a conclusão quanto a maior incidência como demonstram publicações onde alguns indicam a 4ª década, assim como outros admitem a sétima década a mais acometida.

Casos	Idade	Sexo	Cor
nº1	33 anos	M	B
nº2	19 anos	M	B
nº3	23 anos	M	B
nº4	17 anos	M	B
nº5	36 anos	M	B

Quadro IV-Distribuição dos casos segundo Idade, Cor e Sexo.

RESULTADOS

No quadro sintomatológico observa-se mais frequentemente a febre (82,4%) e a dor abdominal (71,4%) sendo a maioria localizada em hipocôndrio direito.

Há, muitas vezes, aparecimento de sintomas inespecíficos, sem sinais de localização, tais como astenia, anorexia, calafrios sudorese e perda de peso, acompanhado de febre e de dor abdominal incaracterística dirigindo o diagnóstico para outras patologias.

As manifestações de abscessos hepáticos consistem de febre, dor em hipocôndrio direito e/ou epigástrica com ou sem irradiação frênica, calafrios, sudorese noturnas, emagrecimento, hepatomegalia dolorosa, elevação da cúpula diafragmática direita e por vezes derrame pleural ⁴a direita.

Quanto ao quadro laboratorial, no hemograma revela quadro anêmico com diminuição do hematócrito e a hemoglobina mostra valores abaixo de 12 g%. Porém o que predomina é a leucocitose sugerindo um processo supurativo.

Nos casos apresentados, observam-se os quadros como mostram as tabelas a seguir:

TABELA Nº 01 Relação do quadro sintomatológico na internação.

Sintomas	1º caso	2º caso	3º caso	4º caso	5º caso
Febre	X	X	X	X	X
Calafrios				X	X
Dor		X		X	X
Náuseas					X
Vômitos				X	
Diarréia				X	
Astenia	X				
Emagrecimento	X				
Intol. a Gord.					X
Comprometimen- to do estado geral.		X	X	X	

Dos sintomas, no momento da internação, há predominância da febre, ocorrendo em todos os casos apresentados. A dor abdominal aparece em 03 dos 05 casos, com predominância em hipocôndrio direito (casos nº 2 e nº 5) em conclusão às observações efetuadas em várias séries relatados de abscessos hepáticos, além de outros sinais e sintomas não específicas.

TABELA Nº 2 Exame físico dos pacientes na internação.

Exame Físico	1º caso	2º caso	3º caso	4º caso	5º caso
Hepatomegalia	X			X	
Dor à palpação		X		X	
Fen. pulmonares			X		X
Palidez cutâneo mucosa		X		X	

A hepatomegalia foi observado em 2 casos (1º e 4º), o que segundo S. Kaplan e W. Dantas, o fígado pode mostrar leve aumento ou tamanho normal e pode não ser doloroso a palpação.

Os fenômenos pulmonares podem ser confundidos com patologias pulmonares, como ocorreu principalmente no 3º caso em que houve derrame pleural a direita, chegando-se até ao uso de esquema tríplex por suspeita de pleuritis tuberculoso exsudativo.

Outras alterações como: intolerância a gordura, icterícia podem levar ao diagnóstico errôneo de colecistite aguda, como em decorrência do caso nº 05.

Tempo e Número de Internações:

O tempo de internação foi variável oscilando entre 5 dias a 172 dias entre os casos descritos e suas várias internações.

Como foi referido, o número de internações se repetiram em alguns casos até por 4 vezes (1º caso) e nos outros em que ocorreram uma ou outra internação ou aumento no período chegando até a 172 dias como demonstra o 3º caso.

Essa ocorrência talvez seja, devido a dificuldade de se chegar ao diagnóstico, causando morosidade para uma terapia mais rápida e resolutiva.

Pelo quadro abaixo, observamos o tempo e o número de internações.

Quadro V - Dados relativos ao tempo de internamento hospitalar.

Internações	1º	2º	3º	4º
Casos				
nº1	35 dias	<u>15 dias</u>	14 dias	5 dias
nº2	98 dias			
nº3	<u>? dias</u>	172 dias		
nº4	40 dias			
nº5	74 dias*			

Os dados sublinhados indicam internações que ocorreram em outras entidades nosocomiais.

* óbito

RESULTADOS

Casos	1º caso	2º caso	3º caso	4º caso	5º caso
Achados clínicos					
Febre	X	X	X	X	X
Dor Abdomi- nal	X	X	X	X	X
Derrame Pleural		X	X		
Ascite e derrame Pericárdio		X			
Ictericia		X	X		
Hepatome- galia			X	X	
Diarréia		X		X	
Náuseas e Vômitos					X
Abdome Agu- do Perfura- tivo					X
Disfagia e Odinofagia		X			

Quadro VI-Distribuição dos casos de acordo com os achados clínicos.

Na evolução clínica, os achados mais frequentes foram a febre e a dor abdominal em 100% dos casos apresentados.

A dor abdominal predominou em hipocôndrio direito, sendo que 02 foram epigástrica.

Quanto aos outros dados encontrados, foram muito **variáveis**,

não dando sinais de localização desviando o diagnóstico para outras patologias.

O que de fato auxilia no diagnóstico, é a cintilografia hepática que em 04 dos 05 casos em que foram efetuados, demonstraram presença de áreas hipocaptantes possibilitando suspeita diagnóstica de etiologia hepática.

COMENTÁRIOS

Na descrição dos 5 casos em que ocorreram evoluções clínicas variáveis além do surgimento de dificuldades diagnósticas em alguns casos, demonstram a necessidade de constante preocupação quando o paciente apresenta febre de origem obscura com dor abdominal principalmente localizado em hipocôndrio direito.

Observando-se trabalhos publicados é frequente depararmos com quadros inespecíficos que dirigem ao erro diagnóstico, provocando sistematicamente algumas baterias de exames laboratoriais, que não auxiliam para a elucidação da doença.

Quando se tem uma história clínica definida como por exemplo na cirurgia prévia em andar superior do abdome, pode-se solicitar uma cintilografia hepática que poderá demonstrar áreas hipocaptantes para identificar a presença de abscesso hepático.

Os abscessos hepáticos estão na dependência de três fatores distintos (7) que atuam conjunto ou isoladamente devido ao:

- envolvimento hepático em si;
- resposta sistêmica de Sepsis intra-abdominal;
- processo inflamatório originado pelo abscesso.

Anormalmente alguns pacientes manifestam-se somente com febre e sintomas inespecíficos, com um quadro clínico evolutivo arrastado, mantendo a doença obscura por longo tempo, tornando o diagnóstico difícil.

Alguns pacientes com abscesso hepático que tiveram sua origem numa complicação de cirurgia abdominal prévia, podem ter curso clínico prolongado, sendo detectado meses ou anos após o

procedimento cirúrgico, principalmente naqueles casos em que foram usado antibióticos "profiláticos" ou de maneira intermitente para suprimir a febre.

O número de abscessos hepáticos presentes se único ou múltiplo é importante quanto a gravidade do caso. A literatura demonstra uma maior mortalidade nos casos de múltiplos abscessos.

Vários autores relatam, que uma maior mortalidade nos casos em que a etiologia se deve a vários microorganismos, quando comparados com os casos em que um único germen foi implicado na sua gênese.

CONCLUSÃO

Na apresentação dos 5 casos de Abscesso Hepático concluimos que:

- a febre e a dor abdominal acompanhados do quadro toxêmico, foram as manifestações mais comuns;
- as complicações, nessa patologia, são frequentes;
- os exames laboratoriais se mostraram inespecíficos onde o hemograma mostrou uma leucocitose com desvio à esquerda e as provas de função hepática também se mostraram inexpressíveis;
- a cintigrafia hepática foi o exame mais importante para confirmar o diagnóstico, sendo positivo em 03 dos casos apresentados
- o diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico imediato aumentou a sobrevida dos pacientes;
- a coleta de dados, na execução do trabalho ficou prejudicada por falta de interesse científico e metodologia na elaboração dos prontuários principalmente no preenchimento dos achados na evolução diária do paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. SPIRAK, I.; BARNES, H.V. - PYOGENIC LIVER ABSCESS - Manual of clinical problems in internal medicine. 2ª Ed. (Anoted with references) Pág. 397-398, 1978.
2. LAZARCHICK, J. SILVA, N.A.S., NICHOLS, D.R.; Washington, J.A. "PYOGENIC LIVER ABSCESS" Mayo Clinic Proceedings. 48(5) 349-355, May 1973.
3. KAPLAN, S; DANTAS, W. - "Caso 8- Abscessos Hepáticos Piogênicos" Jornal Brasileiro de Medicina, 36(3) Março 1979.
4. GAUTZ, N.M.; GLECKMAN, R.A. - MANUAL OF CLINICAL PROBLEMS IN INFECTIONS DISEASE. 92-93, 1979.
5. LIMA, L.P.; LIMA, J.P.; CONSTANT, S.; CUERVO, C.; VIEIRA, J. "ABSCESSO HEPÁTICO SECUNDÁRIO A DISSECAÇÃO PURULENTO DO RETROPERITONEO". Revista ACM. 4(2), 75-78, Agosto 1975.
6. RUBIN, R.H.; SWART, M.N.; MALT, R.; "HEPATIC ABSCESS: CHANGES IN CLINICAL BACTERIOLOGIC AND THERAPEUTIC ASPECTS". The American Journal of Medicine. 57, 601-610, October 1974.
7. FILHO, P.S.; KALUME, R.S.; ANDRADE, J.C.C. "ABSCESSO HEPÁTICO EXPERIÊNCIA DO H.S.E. EM 25 ANOS. REVISÃO DA LITERATURA BRASILEIRA". Revista Médica do Hosp. dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. 25, 299-331, 1973.
8. SLEISENGER, M.H.; FORDTRAN, J.S. "GASTROINTESTINAL DISEASE", 23, 445-447, 2ª Ed. 1978, Editora Sanders.
9. BEESON, P.B., MACDERMOTT, W.W. "TRATADO DE MEDICINA INTERNA" de Cecil-Loeb, Ed. Interramericana, 2, 14ª Edição, 1682-1983, cap. 701, 1977.

10. DANI,R.; CASTRO,L.P.; PEREZ,V.; ARABEHETH,J.T. Gastroentero-
logia. cap.52,662-663, 1978. Ed. Guanabara Koogan.

**TCC
UFSC
CM
0102**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0102

Autor: Ribeiro, Ivan N

Título: Abcesso hepático : apresentação



972806842

Ac. 253297

Ex.1 UFSC BSCCSM