

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

43P

9.0



81.I

ABSCESSO HEPÁTICO NA CRIANÇA

TRABALHO ELABORADO POR:

- . Jamil Cherem Schneider*
- . João Alfredo Dietrich* 1981
- . Thereza Cristina d'Ávila Winckler*

* Alunos da 11ª Fase do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

AGRADECIMENTOS:

- . À Professora Mariuccia Grace B. Scott Mesquita, pela colaboração na redação do trabalho.
- . À Sra. Rosa Carolina Lima d'Aquino, pelo auxílio na aquisição da referência bibliográfica.

Í N D I C E :

I - INTRODUÇÃO	1
II - CASUÍSTICA	3
III - DISCUSSÃO	21
IV - CONCLUSÕES	28
V - RESUMO	30
VI - ABSTRACT	31
VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

I - INTRODUÇÃO

As primeiras descrições de Abscesso Hepático (A. H.) correspondem a de Bright, em 1836, e a de Waller em 1846, sendo que o último faz referência a presença, num paciente com abscessos múltiplos, de apendicite prévia associada à piflebite ascendente. Paschal, em 1879, observou que 10 - 30% dos casos de A.H. não tratados rompiam para o pulmão e outros 30% para a cavidade peritoneal.

No Brasil, um dos primeiros relatos data de 1890, quando Torres Homem descreveu o quadro clínico, evolução e tratamento de 15 pacientes.

Atualmente o A.H. é tido como entidade mórbida in comum, grave, cujas manifestações clínicas mais freqüentes são: febre, dor abdominal e hepatomegalia (1, 2, 3, 4, 5, 6); é mais freqüente acima da 3ª década (7, 8) e no sexo masculino (4).

Com relação à etiologia, são descritas basicamente três causas: infestação por *Entamoeba histolytica*; infecção por bactéria e infestação por *Áscaris lumbricoides* (5, 7, 9, 10, 11, 12, 13).

O tratamento do A.H. é cirúrgico e o prognóstico melhora sensivelmente quando o diagnóstico é precoce (1, 5, 9, 12, 13, 14); além do quadro clínico, são valorizados exames complementares (hemograma e estudo radiológico) eventualmente associados à ecografia e cintilografia.

O presente estudo corresponde à apreciação de 11 casos de A.H. na infância diagnosticados e tratados no Hospital Infantil Joana de Gusmão (H.I.J.G.) no período de março de 80 a março de 81.

São comentados aspectos da incidência relativa e etiopatogenia, quadro clínico e evolução, salientando-se os elementos que permitem diagnóstico mais precoce.

II - CASUÍSTICA

Caso 1

V.R.S., 9 anos, feminina, preta, procedente de Serraria, internou no H.I.J.G. com queixa de febre e dor abdominal contínua em hipocôndrio direito. Apresentava tosse seca e dor torácica. Ao exame físico apresentava temperatura de 40°C, fâcies toxêmica, palidez de ++/4+, abdome tenso com defesa, fígado a 2 dedos do rebordo costal direito e lesões cicatriciais pós piodermite em membros. A hipótese diagnóstica foi de A.H. . O hemograma revelou leucocitose (9100 leucócitos/mm³) com desvio para a esquerda e anemia com hematócrito de 32% e hemoglobina de 11,2g%. As provas de função hepática eram normais. O Rx simples de abdome mostrou hepatomegalia. A colangiografia venosa revelou deslocamento do colédoco para linha média. O pneumoperitônio mostrou aderência do fígado à parede anterior do abdome. A cintilografia hepática revelou um fígado alterado em forma e tamanho com massa central não captante no lobo direito . A paciente foi operada 5 dias após a internação com o diagnóstico pré-operatório de abscesso hepático. A cirurgia mostrou um fígado aumentado principalmente às custas do lobo direito, com presença de secreção purulenta em abscesso localizado nesse mesmo lobo. Foi realizada punção do lobo direito, drenagem hepática e do espaço sub-hepático. A cultura da secreção do abscesso foi positiva para Estafilococos aureus coagulase positivo. A anatomia patológica revelou congestão dos sinusóides, fibrose do espaço porta com presen

ça de mononucleares e polimorfonucleares. A paciente recebeu alta, curada, 6 dias após a cirurgia.

Caso 2

C.C.L., 11 anos, branco, masculino, atendido no H.I.J.G., com queixa de dor em hipocôndrio direito, febre, anorexia e sonolência. O estado geral era regular. Estava hidratado, eupneico, com 38,5°C de temperatura. Apresentava dor à palpação de hipocôndrio direito e defesa abdominal. O fígado e baço eram impalpáveis. Há 1 mês apresentou um furúnculo em região cervical e um em membro inferior esquerdo. Há 12 dias apresentou tontura e dor ventilatório dependente em hemitórax direito, tendo sido medicado com penicilina. Foi internado com a hipótese diagnóstica de abscesso hepático. O hemograma revelou anemia com hematócrito de 30% e hemoglobina de 10,0g/dl, leucocitose de 18.300 leucócitos/mm³ com 72% de segmentados. O parcial de urina foi normal. O parasitológico de fezes revelou ovos de *Áscaris lumbricóides* e *Strongyloides stercoralis*. Bilirrubinas, transaminases, fosfatase alcalina, colesterol, amilase, TAP e eletroforese de proteínas foram normais. Foram realizadas 3 hemoculturas sendo que na primeira amostra houve crescimentos de *Pseudomonas aeruginosa* e a segunda e terceira foram estéreis. O Rx simples de abdome revelou hepatomegalia. O pneumoperitônio, colangiografia venosa e o urograma excretor foram normais. A seriografia esôfago-gastro-duodenal mostrou desvio do estômago para trás e

compressão da parede anterior do mesmo por provável massa no lobo direito do fígado. A cintilografia hepática revelou zona hipocaptante em lobo direito do fígado e áreas menores hipocaptantes no lobo esquerdo. Foi levado à cirurgia, com incisão anterior, 13 dias após a internação com o diagnóstico pré-operatório de abscesso hepático, que foi confirmado. Foi realizada drenagem ampla do abscesso em lobo direito e biópsia hepática. O anátomo patológico mostrou processo reacional à proximidade de abscesso. O paciente fez uso de ampicilina durante 6 dias e recebeu alta curado.

Caso 3

N.M.R., 5 anos, masculino, brasileiro, admitido no H.I.J.G., com queixa de dor abdominal tipo cólica. Apresentava-se toxêmico com 39,5°C de temperatura. Abdome doloroso à palpação profunda; massa palpável em epigástrico; fígado doloroso à palpação a 2cm do rebordo costal direito. Sopro sistólico mais audível em foco aórtico. Há 15 dias vinha apresentando febre com períodos de acalmia. Há 7 dias iniciou com dor abdominal em cólica. Notou aparecimento de massa em região epigástrica há 5 dias. Foi internado para esclarecimento diagnóstico. O hemograma revelou anemia com hematócrito de 29% e hemoglobina de 9,6g/dl e leucocitose de 10.000 leucócitos com 66% de segmentados. O exame parcial de urina, parasitológico de fezes, bilirrubinas, proteínas e amilase foram normais. A alfa-feto proteína foi negativa. VHS = 105mm na 1ª hora. O

sódio sérico de 130mEq/l e o potássio de 3,1m Eq/l. O Rx de tórax foi normal e o de abdome revelou hepatomegalia. A ultrassonografia hepática foi normal. A hemocultura foi negativa. Foi submetido à laparotomia exploradora por via anterior no 4º dia de internação. À cirurgia evidenciou-se fígado aumentado, com bordos rombos e volumoso abscesso na face ventral do lobo esquerdo. Foi efetuada a limpeza e drenagem ampla da loja e da cavidade abdominal. Na cultura de secreção do abscesso cresceu *Staphilococcus aureus*. Foi medicado durante 9 dias com ampicilina e gentamicina. Recebeu alta 8 dias após a cirurgia. Apresentou abscesso de parede, evidenciado 15 dias após a alta.

Caso 4

N.A.S., 12 anos, feminina, brasileira, procedente de Bom Retiro. A paciente internou no H.I.J.G. para fazer exame do fígado. (SIC). Há 3 meses havia iniciado com dor abdominal peri-umbilical ficando internada 3 dias havendo melhora. Há 23 dias referiu novo episódio de dor abdominal em região epigástrica, ficando internada. O pai notou, 2 dias após, intensa icterícia e relatou episódios de febre de até 39°C. Dez dias após a alta hospitalar retornou para internação com dor abdominal e aumento de volume em região epigástrica, sendo então encaminhada para este hospital para esclarecimento diagnóstico. Refere colúria. O exame físico revelou uma temperatura de 38°C e uma frequência cardíaca de 108bpm. Apresentava icterícia, diminuição do

murmúrio vesicular em hemitórax direito; pequena distensão abdominal, fígado palpável a 5 dedos do RCD com bordos rombos e superfície lisa; discreto edema em MMII. Foi internada com diagnóstico de icterícia a esclarecer. O número de leucócitos era normal e apresentava uma anemia com hemoglobina de 8,4g% e hematócrito de 26%. As bilirrubinas totais eram de 2,2mg% com B. direta de 1,4mg% e indireta de 0,8mg%. As demais provas de função hepática foram normais. O parasitológico de fezes foi negativo. O parcial de urina mostrou 27.000 leucócitos/ml e muitas bactérias; no entanto, a urocultura foi negativa. Antígeno Austrália e alfa-feto proteína foram negativos. Reticulócitos = 4% e o ferro estava diminuído. As reações de Widal, reação para brucelose, imunofluorescência para toxoplasmose, monoteste e reação de Paul Bunnell foram negativas. A hemocultura, nas 3 primeiras amostras, foi positiva para Haemophilus. A 4ª amostra foi negativa. O Rx de tórax foi normal, o de abdome revelou uma hepatomegalia e a colangiografia mostrou exclusão da vesícula biliar e não visualização dos canalículos extra-hepáticos. A ecografia deu a hipótese diagnóstica de abscesso hepático localizado no lobo esquerdo do fígado. A paciente foi operada 18 dias após a internação com diagnóstico pré-operatório de abscesso hepático. A cirurgia mostrou um fígado aumentado com área endurecida em lobo esquerdo, uma cavidade com parede fibrosa, vazia, localizada nesse mesmo lobo. Foi realizado biópsia hepática mais drenagem da cavidade com Penrose. A anatomia patológica mostrou um quadro histo-

lógico compatível com parede de abscesso em fase reparatória. A paciente tomou como antibiótico, no pós-operatório, cloranfenicol e sintomicetina. Apresentou traqueobronquite como complicação no pós-operatório. Recebeu alta, 7 dias após a cirurgia.

Caso 5

L.R., 6 anos, branco, masculino, procurou o H.I.J.G. com queixa de febre, vômitos, dor abdominal e edema generalizado. Ao exame físico apresentava 38,7°C de temperatura, frequência cardíaca de 100bpm, frequência respiratória de 24mrm, mucosas hipocoradas +++/ 4+ e edema de membros inferiores ++/4+. O fígado era palpável a 3cm do rebordo costal direito, doloroso, com bordos rombos e superfície regular. As ausculta cardíaca e pulmonar eram normais. Há 20 dias iniciou com febre, tosse com catarro, sonolência e anorexia. Na ocasião foi drenado abscesso em região plantar. Apresentou edema de face e membros inferiores 12 dias antes da internação. Referiu exacerbação dos vômitos, febre, apatia, sonolência e perda de 5Kg há cinco dias. Foi internado para esclarecimento de síndrome infeccioso. O hemograma revelou anemia com hematócrito de 34% e hemoglobina de 10,8g/dl; leucocitose de 15.000 leucócitos com desvio para a esquerda com 32% de bastões e 50% de segmentares. O parcial de urina foi normal. Parasitológico de fezes foi positivo para Tricocephalus trichiurus. As bilirrubinas e transaminases foram normais. O PPD não reator. A eletroforese de proteínas revelou di-

minuição das proteínas totais (4,4g%), albumina de 2,0g% e globulinas de 2,4g%. O Rx de tórax mostrou elevação da cúpula frênica e derrame pleural à direita. O derrame pleural foi drenado; o líquido era amarelo-esverdeado, viscoso, sem grumos e sua análise revelou 102mg% de glicose, 2,7% de proteínas, 2.218 leucócitos/mm³ com 74% de polimorfonucleares e 20% de linfócitos, 853 hemácias/mm³ e a bacterioscopia negativa. O Rx simples de abdome mostrou hepatomegalia. O Rx de tórax, de controle, revelou presença de dreno no espaço pleural direito, pequenas consolidações na base do pulmão direito e elevação do limite inferior do pulmão direito por provável hepatomegalia. Sete dias após a internação foi submetido à laparotomia exploradora por via anterior. Volumoso abscesso foi encontrado no lobo direito do fígado. Foi drenado o abscesso com saída de grande quantidade de secreção purulenta e colocado 3 drenas de Penrose: 1 no espaço sub-frênico e 2 no fígado. Na cultura da secreção do abscesso houve crescimento de *Staphilococcus aureus* coagulose positivo. O exame anátomo patológico da biópsia hepática mostrou quadro histológico compatível com parede de abscesso em fase reparatória. Foi medicado durante 10 dias com gentamicina e cefalexina e 6 dias com sulfametaxozol mais trimetropim. Recebeu alta 16 dias após a cirurgia, curado.

Caso 6

L.C.S., 14 anos, masculino, branco, procedente de Imituba, deu entrada no H.I.J.G. com

queixa de febre, tosse com expectoração purulenta e palidez intensa. Encontrava-se lúcido, dispneico, com 37°C de temperatura, sudorese e palidez cutâneo-mucosa. Apresentava dentes em mau estado de conservação e amígdalas hiperemiadas. Tórax simétrico, com tiragens intercostais, diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito e estertores subcrepitantes em região anterior do hemitórax direito. Ausculta cardíaca normal. Abdome discretamente distendido, com cicatriz cirúrgica na linha média supra-umbilical e exteriorização de dreno de Penrose por incisão contra-lateral; tenso à palpação com fígado palpável a 4cm do rebordo costal direito na linha hemi-clavicular. Edema de membros inferiores +/4+. Há 15 dias sofreu traumatismo tóraco-abdominal com objeto corto contundente, tendo sido realizada sutura de lesão incisa na parede abdominal em Imbituba. Apresentou febre, dor abdominal generalizada, sudorese, anorexia, vômitos e posição antálgica 8 dias após, tendo sido operado e constatado perfuração hepática (SIC). O Rx de tórax revelou condensações atelectásicas em ambas as bases pulmonares, condensações retro-cardíacas, derrame pleural e elevação da cúpula frênica direita. O Rx simples de abdome mostrou hepatomegalia. Foi internado com o diagnóstico de derrame pleural à direita, broncopneumonia e pós-operatório de perfuração hepática. O hemograma mostrou anemia com 27% de hematócrito e 9,6g/dl de hemoglobina, leucocitose de 10.400 leucócitos/mm³ com 4% de bastões e 73% de segmentados. O parcial de urina, as

bilirrubinas e transaminases foram normais. A fosfatase alcalina mostrou-se elevada , 275UI; proteínas totais baixas 5,5g/dl; albumina 2,4g/dl e globulinas de 3,1g/dl. Amilase, uréia e creatinina foram normais. Sôldio sérico de 134m Eq/l e potássio 3,3m Eq/l. O parasitológico de fezes mostrou ovos de âscaris, estrongilóides e ancilóstomo. A hemocultura foi negativa. A drenagem pleural realizada drenou 300ml de líquido amarelado. O exame do líquido revelou glicose de 45mg%, proteínas de 48mg%, cloretos de 44mg%, 5.700 células/mm³ com 80% de polimorfonucleaes, 10% de linfócitos, 5% de células mesoteliais, 5% de histiomonocitárias e 80 hemácias/mm³. Apresentou hemorragia digestiva alta no 16º dia de internação. A seriografia esôfago-gastro-duodenal foi normal. Uma segunda seriografia esôfago-gastro-duodenal mostrou fígado e baço aumentados. A ultrasonografia hepática mostrou área sonoluscente em lobo direito do fígado com líquido no seu interior, compatível com abscesso hepático. A laparotomia anterior confirmou a existência de abscesso em lobo direito do fígado. O abscesso foi drenado e realizado biópsia na adjacência da cavidade do abscesso . O anátomo patológico revelou aspecto histológico compatível com abscesso hepático. Recebeu alta no 13º dia de pós-operatório.

Caso 7

S.N.G., 17 meses, masculino, branco, procedente de Florianópolis, internou no H.I.J.G. com queixa de febre e tumoração abdominal .

O exame físico mostrou um paciente febril com mancha vinhosa em face; mucosas hipocoradas; abdome globoso, assimétrico, doloroso, com resistência de parede e abaulamento em hipocôndrio direito. Há 15 dias tinha começado a apresentar febre que melhorou com antitêrmi-
cos. Há 8 dias apresentou diarreia com fezes esverdeadas, fétidas, semipastosas, com muco. Há 2 dias notou tumoração e dor intensa em quadrante superior direito do abdome. A hipótese diagnóstica foi de tumor hepático. O hemograma revelou leucocitose de 14.100 leucócitos/mm³, com eosinofilia e anemia com hemoglobina de 8,5g% e hematócrito de 28%. As provas de função hepática, proteínas totais, uréia e creatinina foram normais. O Rx de tórax e abdome e a colangiografia foram normais. O urograma excretor revelou hepatomegalia. A cintilografia hepática mostrou um fígado aumentado com área hipocaptante na parte inferior do lobo direito. O paciente foi operado 32 dias após a internação com o diagnóstico pré-operatório de abscesso hepático. À cirurgia constatou-se aderência do fígado à parede anterior do abdome por provável abscesso hepático que se encontrava em fase de regressão. Foi realizada biópsia hepática em lobo direito, liberação de aderências e drenagem. A anatomia patológica revelou fragmentos de fígado com arquitetura mantida e com discreto infiltrado linfoplasmocitário em espaço porta. O paciente recebeu alta, curado, no 6º dia de pós-operatório.

Caso 8

F.N.R., 3 anos, masculino, brasileiro, procedente de Timbó, internou no H.I.J.G. com queixa de palidez e dor abdominal. O exame físico revelou temperatura de 36,5 C, palidez, f cies toxêmico, lesões crostosas em região occipital e orelha; abdome globoso e doloroso; fígado palpável a 10cm do rebordo costal direito, com bordos rombos, liso e endurecido; lesão eritematosa em perna esquerda; rigidez de nuca. Há 3 dias tinha apresentado dor no ombro e braço direito, tendo sido diagnosticado pneumonia e tratado com penicilina procaína. Há 1 dia notou piora do estado geral com febre, dor abdominal, palidez cutâneo-mucosa, um episódio de vômitos pós-alimentares e colúria . Há 4 dias caiu numa vala de drenagem de esgoto. As hipóteses diagnósticas na internac o foram de hematoma, ou tumor ou abscesso hepático e septicemia. O hemograma mostrou leucocitose de 17.000 leucócitos/mm³ com eosinofilia, hemoglobina de 14g% e hematócrito de 40%. Outro hemograma revelou leucocitose 17.000 leucócitos/mm³ com desvio para a esquerda. As transaminases estavam aumentadas (TGO = 210 UK e TGP = 260 UK); ceruloplasmina, anticorpos anti-ameba, rea o de aglutina o para leptospirose e hemaglutina o para amebas foram negativos. Parcial de urina: turvo, depósito abundante, proteínas = 140mg, leucócitos 18.000/ml, hemácias 29.100/ml. Proteínas de 4,3g% com 2,2 de albumina 2,1 de globulina e rela o A/G de 1,04. O líquor apresentava 76mg glicose,

cloreto = 842, proteínas = 8, 2 leucócitos, 12 hemácias, 50 linfomonocitários. A bacterioscopia e a cultura do líquido foram normais. IgA = 212, IgM = 90, IgG = 1900 e IgE < 400. O primeiro Rx de tórax foi normal e o segundo revelou derrame pleural à direita mais consolidação em lobo inferior direito. O Rx de abdome mostrou hepatomegalia, líquido na cavidade abdominal e íleo reflexo de delgado. A primeira e a terceira hemocultura foram negativas; a segunda foi positiva para *Pseudomonas aeruginosa* e *S. aureus* coagulase positivo. O paciente foi submetido a exsangüíneo transfusão por diagnóstico de septicemia. A ecografia revelou derrame pleural à direita e sugeriu a hipótese diagnóstica de massa tumoral necrosada ou hemangioma. A cintilografia hepática mostrou fígado de tamanho e forma alterados, aumento do lobo esquerdo, ausência de captação na parte superior do lobo direito, captação diminuída no lobo direito e baço hipercaptante. Foi operado 11 dias após a internação com o diagnóstico pré-operatório de abscesso hepático ou hematoma ou tumor. À cirurgia observou-se grande quantidade de líquido amarelo-citrino na cavidade; fibrina em peritônio parietal, aderido às alças e fígado; fígado à 5cm do rebordo costal direito e aderido à parede lateral direita e cúpula frênica; lobo direito bloqueado pelo epíplon; hilo edemaciado e volumoso abscesso ocupando a metade do lobo direito com secreção amarelada. Foi realizado drenagem do abscesso, cavidade, espaços sub-frênico direito e esquerdo, trans-cavidade dos epi-

plonse fundo de saco de Douglas. Foi biopsiada a borda do abscesso. A cultura da secreção do abscesso revelou S. aureus coagulase positivo. O exame histológico mostrou pequeno cisto com cápsula fibrosa, foco de destruição do tecido hepático com necrose de liquefação supurativa, limitada por orla de tecido fibroso e de granulação. O paciente apresentou infecção de parede no pós-operatório. Foi medicado com várias associações de antibiótico: Binotal + gentamicina; Kantrex + Binotal + gentamicina; Kantrex + cefalotina; Keflex; Keflex + fosfocina; Novamin. Recebeu alta, melhorado, 19 dias após a internação.

Case 9

P.M., 2 anos, feminina, branca, foi admitida no H.I.J.G. com queixa principal de febre e dor abdominal. Há uma semana apresentava febre e dispnéia. No dia da internação apresentou dor abdominal, distensão abdominal e um episódio de vômitos pós-prandial com eliminação de 3 Áscaris lumbricóides. O exame físico mostrou palidez cutâneo-mucosa, olhos encovados, tiragens intercostais. O abdome encontrava-se distendido, timpânico, doloroso à palpação superficial e profunda, fígado palpável a 5cm do rebordo costal direito. O hemograma revelou leucocitose de 16.100 leucócitos por mm³ com 50% de segmentados e 46% de linfócitos, sendo 3% linfócitos atípicos. A hemoglobina foi de 10,6g/dl e o hematócrito de 31%, havia anisopoiquilocitose e hipocromia de hemácias. FA = 92UI,

TGO = 22UK e TGP = 14UK. O PPD foi de 0mm , a reação de aglutinação para leptospirose não reagente e alfa-feto proteína negativa, cultura de urina, negativa. O parasitológico de fezes mostrou *Áscaris lumbricoides* e *Trichocephalus trichiurus*. O Rx de tórax foi normal e o Rx simples de abdome mostrou hepatomegalia. O aspirado hepático revelou 3.000.000 hemácias/mm³ e 4.600 leucócitos/mm³ sendo 29% de polimorfonucleares e 71% de linfomonucleares. A ecografia mostrou hepatomegalia com imagem cística de 2,5cm de diâmetro no lobo direito do fígado com a hipótese diagnóstica de abscesso hepático. A cintilografia hepática mostrou um fígado aumentado de volume com áreas hipocaptantes no terço médio do lobo direito e parte superior do lobo esquerdo questionando tumor hepático. Com o diagnóstico pré-operatório de tumor hepático a paciente foi submetida à laparotomia exploradora por via anterior na qual foi encontrado o fígado aderido ao peritônio anterior, lateral e cúpula frênica por aderências frouxas e um gânglio aumentado no hilo hepático. Realizou-se ressecção do gânglio, punção nos locais suspeitos com coleta de material para exames laboratoriais e biópsia do lobo direito do fígado. A biópsia revelou um fígado com arquitetura laminar mantida, espaços porta com infiltrado linfocitário com formação de folículos linfóides e certo grau de fibrose. Foi medicada com Frademicina e obteve alta hospitalar no 8º dia de pós-operatório curada.

Caso 10

E.M., masculino, branco, 4 anos, internou no H.I.J.G. com queixa principal de febre e dor abdominal tipo cólica e tosse acompanhada de apatia e inapetência. Ao exame físico apresentava facies de sofrimento, pele úmida e quente, orafaringe hiperemiada, auscultações cardíaca e pulmonar normais. À palpação abdominal apresentava defesa em hemi-abdome direito, fígado palpável a 5cm do rebordo costal direito, baço palpável a 2cm do rebordo costal esquerdo. Foi internado com a hipótese diagnóstica de suboclusão intestinal por *Áscaris lumbricóides* e quadro infeccioso a esclarecer. O Rx de tórax foi normal. O Rx simples de abdome mostrava hepatomegalia e vários *áscaris* em flanco esquerdo. O hemograma mostrou leucocitose de 12.1000 leucócitos/mm³ com 68% de segmentados. O hematócrito era 36% e a hemoglobina 11,7g%. O parasitológico de fezes mostrou *Áscaris lumbricóides*, *Trichocephalus trichiurus* e *Entamoeba coli*. A fosfatase alcalina foi de 70UJ, a TGO = 42UK e a TGP = 62UK. A hemocultura foi negativa. Durante a internação eliminou 4 *áscaris* por via retal e apresentou aumento da hepatomegalia passando a palpar-se um nódulo de aproximadamente 5cm de diâmetro no lobo hepático direito. Foi submetido a laparotomia por via anterior no 7º dia de internação com o diagnóstico pré-operatório de abscesso hepático. À cirurgia foi visto um fígado aumentado de volume e bloqueado no lobo direito por epíplon. Foi coletado material do abscesso para cultura,

drenado o abscesso e colocado drenos na cavidade do abscesso e no espaço subfrênico . A cultura da secreção do abscesso hepático revelou crescimento de Estafilococos aureus coagulase positivo. Foi medicado com Keflin e carbenicilina durante 8 dias. O paciente recebeu alta no 10º dia de pós-operatório curado.

Caso 11

A.R., 7 anos, masculino, branco, transferido do Hospital Nereu Ramos com história de que há 10 dias vinha apresentando dor abdominal intensa e intermitente acompanhada de febre, vômitos e anorexia. Uma semana após o início do quadro surgiu icterícia, colúria e acolia fecal, recebendo o diagnóstico de hepatite. Na internação no H.I.J.G. apresentava ao exame físico icterícia de pele e mucosas +/++++; edema de membros inferiores; abdome discretamente distendido com fígado palpável a 4cm do rebordo costal direito, duro, doloroso e multinodular e baço a 3cm do rebordo costal esquerdo. Foi internado para esclarecimento da icterícia. O Rx de tórax mostrou elevação da cúpula frênica direita. O Rx de abdome evidenciou hepatomegalia. O hemograma revelou leucocitose de 15.700 leucócitos/mm³ com neutrofilia, hemoglobina de 7,9g% e hematócrito de 28%. No 4º dia de internação o Rx de tórax revelou sinais de broncopneumonia com consolidação em lobo superior direito e lobo médio, derrame pleural e pneumotórax a direita. No 10º dia de internação evidenciou-se ao Rx de tó

rax, sinais de abscesso pulmonar em lobo inferior esquerdo de aproximadamente 7cm de diâmetro, escavada e com nível hidro-aéreo. O exame do líquido pleural mostrou 34.133 leucócitos/mm³ com 82% de polimorfonucleares e 18% de linfomononucleares; 426.666 hemácias/mm³; glicose de 5mg% e proteínas 5,6mg. A bacterioscopia revelou poucos cocos Gram + isolados e agrupados e poucos bacilos Gram -. A cultura do líquido pleural mostrou crescimento de Estreptococos anaeróbios de gênero peptostetococos. O Rx simples de abdome, o pneumoperitônio e a ultrassonografia hepática mostraram hepatomegalia. As bilirrubinas, TGO, TGP, DHL, TAP, KPTT foram normais. A alfa-feto proteína, a ceruloplasmina, a sorologia para Lues, pesquisa de células LE e hemocultura foram negativas. O parasitológico de fezes mostrou ovos de *Áscaris lumbricóides*. Com o diagnóstico pré-operatório de icterícia a esclarecer, foi submetido à laparotomia exploradora, por via anterior. A cirurgia mostrou um volumoso abscesso no lobo direito, aderido ao diafragma e três abscessos no lobo esquerdo sendo um aderido ao peritônio e um contendo *áscaris* no seu interior. Foi drenado o abscesso, espaço sub-frênico e goteira parieto-cólica e biopsiada a borda de um abscesso. A cultura da secreção purulenta do abscesso revelou crescimento de bactérias Gram-, *Escherichia coli*. A anatomia patológica mostrou quadro histológico compatível com proximidade de abscesso. O paciente foi medicado com gentamicina e oxacilina. No pós-operatório continuou a apresentar febre e dor abdominal. Uma nova

ultrassonografia revelou hepato-esplenomegalia e formação sonolucante envolta por tecido mais ecogênico que o parênquima hepático, medindo 3,5cm de diâmetro no lobo direito. Foi reoperado e durante a cirurgia encontrou-se grande cavidade no lobo direito, sem conteúdo, que foi drenada, assim como o espaço sub-frênico. No pós-operatório o paciente apresentou hemorragia pulmonar e foi à óbito.

III - DISCUSSÃO

A incidência de 11 casos (0,27%) de A.H. em 4008 internações ocorridas no H.I.J.G. no período de 1 ano corresponde a freqüência baixa dessa entidade já descrita por vários autores (5, 6, 7, 14, 15).

Quanto ao sexo, é referida maior proporção de pacientes do sexo masculino, explicável por fatores predisponentes associados (4) e coincidindo com a por nós observada: 8 casos no sexo masculino e 3 no feminino (2,99:1).

No grupo etário infantil é descrita concentração de casos nos primeiros 5 anos de vida (16); em nossa casuística, a idade oscilou entre 17 meses e 14 anos, sem distribuição preferencial apreciável.

Reconhecem-se como vias de acesso das bactérias ao fígado: 1-veia porta (infecções de órgãos intra-abdominais); 2-artéria hepática (septicemia); 3-contiguidade e 4-inoculação direta (traumatismo abdominal). Quando nenhuma dessas possíveis rotas é identificada o A.H. é considerado como criptogênico (1, 2, 4, 5, 7, 16); nesses casos, admite-se que a lesão hepática seja conseqüente a uma bacteremia prévia não detectada, secundária a infecções à distância (2, 5).

Dos 10 pacientes com abscesso piogênico (casos 1, 3, 5, 7, 9, 10) tendo em vista que a hemocultura, quando realizada, foi negativa e em 3 não havia evidência de outra infecção associada à época da internação. Traumatismo com ino-

culação direta da bactéria foi visto em 1 (caso 6). O acesso através da artéria hepática foi observado em 3 pacientes (casos 2, 4, 8).

A incidência descrita de A.H. criptogênico em criança é de 20 a 50% (5, 14).

O crescimento de *Estafilococos aureus* em 5 dos 6 casos (casos 1, 2, 5, 8, 10), em que a cultura da secreção do abscesso foi realizada, confirma a maior frequência dessa bactéria na etiologia da lesão relatada por vários autores (1, 6, 14). Na bibliografia revista, apenas Sherman e cols (4) referem a *Escherichia coli* como agente mais comum e por nós identificada em 1 paciente (caso 1).

Embora não permita conclusões, o fato de se obter positividade em 100% dos casos nos quais a cultura foi realizada contrasta com os achados de Price e col (9) que referem tal resultado em aproximadamente metade dos pacientes; admite-se aqui a participação crescente de germes anaeróbios, recomendando conseqüentemente a cultura com técnicas e meios adequados a sua identificação em todas as lesões piogênicas (4, 9).

No caso 11, caracterizado como de natureza ascariídiana, foi encontrado um *Áscaris* na cavidade do abscesso e um outro no interior do colédoco, concluindo-se portanto que a via de acesso do verme ao fígado foi a canalicular. Além dessa, admite-se também a via sangüínea em casos de infestação maciça com disseminação hematogênica das larvas (17).

Quanto ao quadro clínico, embora alguns o tenham como inespecífico (2, 6), chama a atenção, fundamentalmente, a tríade de dor abdominal, febre e hepatomegalia (1, 2, 3, 4, 5, 6), manifestações observadas quase invariavelmente em todos os pacientes da série estudada. Apenas 1 não apresentou

febre (caso 3) e em dois não foi caracterizada hepatomegalia (casos 2 e 7).

A dor abdominal é referida como freqüentemente situada no quadrante superior direito do abdome (4, 6), eventualmente irradiado para o ombro homolateral por irritação do diafragma (11); tal sintoma foi registrado em 1 dos pacientes (caso 8).

Náuseas, vômitos e manifestações respiratórias são achados encontrados menos comumente (1, 2, 3, 5) correspondendo ao por nós observado.

A icterícia foi infreqüente em nossa série (casos 4 e 11) concordando com dados de autores pesquisados (5, 6), divergindo de Sherman e cols.(4) que a descrevem como segundo achado mais comum.

O intervalo médio entre o início dos sintomas e a procura de recursos médicos variou de 3 a 20 dias, sendo consideravelmente menor que a referida por Ostermiller e cols (2) (5 dias a 7 meses) e por Warren e cols.(3) (menos de 1 mês a mais de 6 meses).

Nos exames laboratoriais, salientaram-se a leucocitose com neutrofilia (casos 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11) e a anemia (casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 11) observadas pela maioria dos autores e referidas como presentes em quase todos os pacientes com A.H. (2, 3, 4, 5, 6, 9).

Os testes de função hepática usualmente não traduzem alterações; quando presentes, incluem mais freqüentemente hipoalbuminemia e aumento da fosfatase alcalina (2, 3, 5, 6, 9). Na série analisada, a hipoalbuminemia foi mais comumente observada (casos 5, 6, 8 e 11).

Os estudos radiológicos de tórax em pacientes com A.H. auxiliam no diagnóstico através aspectos pleuro-pulmonares e relativos ao diafragma; tais aspectos incluem derrame pleural, atelectasia e condensações pneumônicas do lobo inferior direito e elevação, hipomotilidade ou imobilidade diafragmáticas no mesmo lado. Em grande número de casos a radiografia de tórax é normal (1, 3, 5, 18). Nossos achados correspondem, basicamente aos supra-referidos; em 5 pacientes (casos 3, 4, 7, 9, 10) não foram observadas alterações radiológicas e, nos demais, coincidem com os dados da literatura.

Os estudos radiológicos do abdome traduzem habitualmente, íleo paralítico, velamento da linha (gordura pré-peritoneal) rádio-transparente situada nos flancos, pequena quantidade de líquido na cavidade, hepatomegalia (1, 18). A presença de nível hidro-aéreo na topografia do fígado é descrita como patognomônica de A.H. embora pouco freqüente (1). Nos 11 pacientes estudados, as alterações radiológicas abdominais estão de acordo com tais dados, salientando-se a hepatomegalia em 8 casos (casos 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10).

Apesar de não constar da rotina de investigação, a seriografia esôfago-gastro-duodenal pode revelar compressão da parede anterior do estômago, observado no caso 2 e desvio do cólon transversos (2, 12).

A colecistografia oral ou a colangiografia venosa estariam indicadas em pacientes com suspeita de Ascaridíase das vias biliares ou colangite ascendente persistente, mostrando, ou não opacificação da vesícula biliar (3, 9, 19) conforme caracterizado no caso 4. No caso 1 houve desvio do cóledoco para a linha média.

Em 2 pacientes (casos 1 e 2) foi realizado pneumoperitônio, que no caso 1 mostrou aderências entre o fígado e

a parede anterior do abdome. Não encontramos referência na literatura revista a esse respeito. A literatura cita o pneumoperitônio como meio diagnóstico.

A cintilografia e a ultrassonografia são exames que se complementam porque as limitações inerentes à técnica em uma modalidade são cobertas pela outra (20). O estudo cintilográfico mostra uma área fria, hipocaptante, compatível com lesão expansiva dado que, associado à clínica, permite precisão diagnóstica de 70 a 90% (2,20). Nos 5 casos em que foi realizada, demonstrou-se área hipocaptante (casos 1, 2, 7, 8 e 9).

Na ultrassonografia, as áreas abscedadas são caracterizadas como áreas menos ecogênicas ou sonoluscentes. No presente estudo a ultrassonografia de 6 pacientes (casos 3, 4, 6, 9, 10 e 11) não mostrou anormalidades em 1 (caso 3), caracterizou hepatoesplenomegalia em 1 (caso 11) e detectou áreas sonoluscentes de 2,5 a 10cm nos 4 restantes, sendo sugerida a possibilidade de abscesso em 3 destes casos.

Não há dados concretos quanto à precisão com que os modernos aparelhos de ultra-som detectam lesões intra-hepáticas e, mais especificamente, abscesso. Todavia, com respeito ao último, mostrar-se-ia substancialmente vantajoso à cintilografia por diferenciar lesões císticas de sólidas (20).

O tratamento do A.H. varia de acordo com a etiologia, o tipo e a localização do mesmo. Consiste, basicamente, na drenagem cirúrgica associada à antibioticoterapia (1, 5, 9, 12, 13, 14). A antibioticoterapia deve ser instituída tão logo o diagnóstico seja suspeitado (5).

A evacuação da cavidade do abscesso visa obter amostras do mesmo para cultura e remover a coleção purulenta prevenindo, portanto, a disseminação do processo (14).

A drenagem cirúrgica está indicada, em princípio, em todo A.H., seja ele solitário ou múltiplo. A via de acesso de escolha depende de sua topografia devendo permitir uma ampla exploração do fígado e a ampliação da incisão em caso de complicação intra-abdominal. A topografia é determinada através os dados clínicos associados às informações dos exames radiológicos, cintilográfico e ecográfico (3, 5, 9, 10, 11, 21). Nos nossos casos 8 localizaram-se no lobo direito, 2 no lobo esquerdo (casos 3 e 4) e, em 1, havia abscessos múltiplos em ambos os lobos (caso 11). Estes achados estão de acordo com os observados na literatura (2, 3, 4, 5).

Quando o abscesso solitário está localizado na face posterior do lobo direito, a incisão preferencial é a posterior e/ou lateral (9, 11, 21). Os abscessos situados anterior e inferiormente no lobo direito ou esquerdo são melhor abordados pela via anterior, mais usualmente por incisão sub-costal (25, 28). A via lateral é a de eleição para a drenagem de abscessos situados na face alta e lateral do lobo direito. Em caso de A.H. múltiplo a via de acesso deve ser anterior (9, 10, 21).

No passado, a drenagem transperitoneal era acompanhada de alta morbidade e mortalidade, fato este não mais visto atualmente (1, 3, 5, 9, 21). Esta reversão se deve, basicamente, ao grande avanço na antibioticoterapia.

McFadzgan e col., Tetz e col., Navy e col., citados por Maher e cols. (22), Günther e col. (15), relatam sucesso no tratamento do A.H. piogênico solitário com drenagem percutânea associada à antibioticoterapia. No entanto, a maioria dos autores é contrária a tal procedimento (5, 9, 10, 13, 21).

Em nossos casos todos os pacientes foram abordados por via transperitoneal anterior sendo que em todos rea-

lizou-se a drenagem do abscesso; a drenagem da cavidade abdominal foi feita em 7 pacientes (casos 1, 3, 4, 5, 8, 10 e 11); a biópsia hepática em 9 (casos, 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10 e 11).

As complicações podem ocorrer por ruptura para a cavidade peritoneal ou pleural com conseqüente abscesso subfrênico, abscesso pulmonar, pneumonia, fístula biliobrônquica, empiema ou septicemia (2, 4, 15). Abscesso pulmonar seguido de hemoptise franca levando à êxito letal ocorreu em 1 caso da nossa série (caso 11); pneumonia foi observada em 1 paciente (caso 8) e derrame pleural em 2 (casos 5 e 6).

A presença de complicações aumenta em até 60% a morbidade e mortalidade (2). Abscessos hepáticos múltiplos e presença de icterícia implicam em pior prognóstico (5, 14) correspondendo a dados presentes no paciente que foi a óbito.

A anatomia patológica mostrou-se específica em alguns pacientes (casos 2, 4, 5, 6 e 11). Em outros apresentava áreas de hepatite reacional, necrose e infiltrado inflamatório.

IV - CONCLUSÕES

1. O Abscesso Hepático é mais freqüente no sexo masculino não havendo concentração de casos em faixa etária definida.
2. Os abscessos piogênicos são os mais freqüentes (10 casos) predominando os de caráter criptogênico quanto à patogenia (6 casos).
3. O Estafilococos aureus é a causa mais freqüente (6 casos dos 5 casos em que foi efetuada a cultura).
4. Na presença de febre, dor abdominal e hepatomegalia, impõe-se a hipótese diagnóstica de Abscesso Hepático.
5. Nos exames laboratoriais sobressaem leucocitose com desvio para esquerda e anemia; as provas de função hepática são inexpressivas na maioria dos casos.
6. O estudo radiológico de tórax e abdome pode ser útil na presença de quadro clínico compatível com Abscesso Hepático.
7. Embora não indispensáveis para o diagnóstico, a cintilografia e a ecografia permitem caracterizar lesões com padrões compatíveis com/ou sugestivas de Abscesso Hepático. Definindo a topografia da(s) lesão(ões) orientam a via de acesso para a drenagem cirúrgica.

8. O tratamento cirúrgico por drenagem transperitoneal anterior dos abscessos associado à antibioticoterapia, mostra-se eficaz (óbito em apenas 1 caso).

V - RESUMO

Abscesso Hepático não é uma enfermidade freqüente em crianças, no entanto, é uma doença grave, de etiologia variável, com manifestações clínicas às vezes pouco objetivas. Com este estudo os autores pretendem alertar para a sua ocorrência em crianças que apresentem febre inexplicável, dor abdominal alta e hepatomegalia.

Numa tentativa de contribuição ao estudo do assunto, foram feitas apreciações sobre o quadro clínico e laboratorial dos abscessos hepáticos, bem como a etiologia e tratamento de 11 casos registrados no H.I.J.G., no período de março de 80 a março de 81.

VI - ABSTRACT:

Liver Abscess is not a frequent illness in children and yet it is a serious disease of variable etiology , and presenting only occasionally, little objective clinical manifestations. Through this study the authors intend to attract attention to its occurrence in children who have inexplicable fever, upper abdominal pain and hepatomegaly.

As a contribution to the study of the subject , evaluations were made of the laboratory and clinical features of Liver Abscesses, as well as the etiology and treatment of 11 cases recorded in the H.I.J.G., between march 1980 and march 1981.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RAMBO, W. M. & BLACK, H.C.. Intrahepatic abscess. Am. Surg. 35 (2): 144, Feb. 1969.
2. OSTERMILLER, W. & CARTER, R.. Hepatic Abscess. Arch. Surg. 94 (3): 353-56, Mar. 1967.
3. WARREN, K. W. & HARDY, K.J.. Pyogenic Hepatic Abscess. Arch. Surg. 97 (1): 40-5, Jul. 1968
4. SHERMAN, J.D. & ROBBINS, S.L.. Changing Trends in the Casuistics of Hepatic Abscess. Am. J. Med. 28 (6): 943-50, Jun. 1960.
5. DEBAKEY, M.E. & JORDAN, G.L.. Hepatic Abscesses Both Intra and Extrahepatic. Surg. Clin. North. Am. 57 (2): 325-37, April. 1977.
6. KAPLAN, S.L. . Experience and reason briefly recorded. Pediatrics 58 (4): 614-16, Oct. 1976
7. SALVIANO FILHO, P. et al. Abscesso Hepático. Experiência do HSE em 25 casos. Revisão da Literatura Brasileira. Rev. Méd. HSE 25 (3): 299-331, Jul/Set. 1973.
8. SATIANI, B. & DAVIDSON, E. D.. Hepatic Abscesses: Improvement in Mortality with Early Diagnosis and Treatment . Am. J. Surg. 135(5): 647-50, May. 1978.

9. PRICE, J. E. et al. Diagnosis and treatment of intrahepatic abscess. Am. Surg. 33 (10): 820-5, Oct. 1967.
10. BLOCK, M. A. et al. Surgery of Liver Abscesses. Arch Surg. 88 (4): 602-10, April. 1964.
11. GAISFORD, W.D. & MARK, J.B.D.. Surgical Management of Hepatic Abscess. Am. J. Surg. 118 (2): 317-26, Aug. 1969.
12. GRANT, R.N. et al. Hepatic Abscesses. Am. J. Surg. 118 (1): 15-20, Jul. 1969.
13. PYRTEK, L.J. & BARTUS, S.A. Hepatic Pyemia. New. Eng. J. Med. 272 (1): 551-4, Mar. 1965.
14. CHUSID, M.J. Pyogenic hepatic abscess in infancy and Childhood. Pediatrics 62 (4): 554-9, Oct. 1978.
15. GÜNTHER, B. et al. Der Kryptogene Seberabszeß. Münch. Med. Wschr. 119 (9): 305-8, Mar. 4, 1977.
16. DEHNER, L.P. & KISSANE, J.M.. Pyogenic Hepatic Abscess in Infancy and Childhood. J. Pediatr. 74 (5): 763-73, May. 1969.
17. PRÓSPERO, J.D.. Ascariodiose Hepática. Anatomia Patológica - Classificação e Patogenia. Arq. Hosp. Sta. Casa São Paulo 6 (1/2): 1-16, Mar./Jun.. 1960.
18. FALOMIR, J.M. & ROTUNNO, V.I.. Manifestaciones Radiológicas del Absceso de Cara Inferior del Hígado. Rev. Invest. Clin. 14: 331-40. 1962
19. ROBERTSON, R. D. et al. Pyogenic Liver Abscess Studied by Cholangiography. Case Report and 25 - year re-

- riew. Am. Surg. 32 (8): 521-30, Aug. 1966.
20. LAWSON, T.L. Hepatic Abscess: Ultrasound as an Aid to Diagnosis. Dig. Dis. Sci. 22 (1): 33-7, Jan. 1977
21. JOSEPH, W.L. et al. Pyogenic Liver Abscess. Changing Patterns in Approach. Am. J. Surg. 115: 63-8, Jan. 1968.
22. MAHER, J.A. et al. Successful Medical Treatment of Pyogenic Liver Abscess. Gastroenterology 77(4): 618-22, Oct. 1979.

**TCC
UFSC
PE
0043**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0043

Autor: Schneider, Jamil C

Título: Abscesso hepático na criança..



972816039

Ac. 253692

Ex.1 UFSC BSCCSM