



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

MATHEUS AUGUSTO BARAVIERA SCHÜNKE

**ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO ROTO EM
GESTANTE DE ALTO RISCO: RELATO DE CASO**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2025

MATHEUS AUGUSTO BARAVIERA SCHÜNKE

**ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO ROTO EM
GESTANTE DE ALTO RISCO: RELATO DE CASO**

**Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Universidade Federal de Santa Catarina, como
requisito para conclusão do curso de
Graduação em Medicina**

**Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando
Sommacal**

**Coordenador: Prof. Dr. Antônio Reis de Sá
Junior**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2025

MATHEUS AUGUSTO BARAVIERA SCHÜNKE

**ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO ROTO EM
GESTANTE DE ALTO RISCO: RELATO DE CASO**

**Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Universidade Federal de Santa Catarina, como
requisito para conclusão do curso de
Graduação em Medicina**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Antônio Reis de Sá Júnior

Professor Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Sommacal

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Schünke, Matheus Augusto Baraviera

Abscesso hepático amebiano roto em gestante de alto risco: relato de caso / Matheus Augusto Baraviera Schünke e editor, Luiz Fernando Sommacal, 2025.

24 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2025.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. abscesso hepático amebiano. 3. amebíase. 4. gestação. I. Sommacal, Luiz Fernando . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Medicina. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela dádiva da vida, pela força e saúde concedidas para chegar até aqui e por me sustentar nos momentos mais difíceis ao longo da caminhada.

Aos meus pais e minha irmã, que são o verdadeiro alicerce da minha vida. Todas minhas conquistas são reflexo do amor, da educação, dos valores que me deram e dos esforços, que nunca mediram, para que as realizasse. Obrigado pela paciência enquanto aguardavam este trabalho ser entregue! Aos meus avós, pelo incentivo ao estudo e pelo exemplo de trabalho duro.

A minha namorada pelo amor, pelo companheirismo, pela paciência e compreensão nos dias mais difíceis. Aos amigos e colegas que a medicina me deu, por tornarem a caminhada mais leve, compartilharem aprendizados e risadas diariamente.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Fernando Sommacal, pela orientação generosa, paciência e dedicação em compartilhar conhecimento. Ao Dr. Sérgio Murilo Steffens, pela ideia inicial do projeto e andamento inicial.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Hospital Universitário, pela formação sólida, pelos desafios, pelos pacientes e pelas oportunidades que moldaram o ser humano que me tornei e o médico que me tornarei.

RESUMO

Introdução: O abscesso hepático amebiano (AHA) é uma complicação grave e rara de uma infecção por *Entamoeba histolytica*, doença que representa relevante problema de saúde pública global, sendo endêmica em países com condições sanitárias precárias, como o Brasil. As complicações do AHA, como a ruptura hepática são graves e apresentam elevada morbimortalidade. Relatos dessa condição em gestantes são raros e o manejo é complexo.

Objetivo: Relatar um caso grave de AHA roto em uma gestante com transtorno por uso de substâncias lícitas e ilícitas, atendida no HU-UFSC/EBSER e fornecer material para a literatura que abrange o tema

Relato do caso: Paciente, 26 anos, gestante de aproximadamente 35 semanas, com histórico de uso de cocaína, álcool e tabaco, apresentou dor abdominal em hipocôndrio direito. O quadro evoluiu com sepse pulmonar, ruptura prematura de membranas, parto vaginal e, subsequentemente, ruptura do AHA, complicada por sangramento parenquimatoso de difícil controle. O manejo exigiu múltiplas laparotomias, incluindo peritoneostomia, e antibioticoterapia de amplo espectro prolongada, coordenado por uma equipe multidisciplinar.

Conclusão: este caso ilustra a evolução desfavorável do AHA na gestação, salientando a necessidade de alta suspeita clínica mesmo na ausência de sintomas intestinais, especialmente em populações vulneráveis. A abordagem multidisciplinar foi crucial para o desfecho materno-fetal favorável, e o histórico de uso de substâncias lícitas e ilícitas é apontado como um potencial fator agravante. O relato enriquece a literatura ao destacar os desafios no manejo dessa condição rara e grave.

Palavras-chave: Amebíase; Gestação; Abscesso Hepático Amebiano;

ABSTRACT

Introduction: Amoebic Liver Abscess (ALA) is a severe and rare complication of *Entamoeba histolytica* infection, a disease that represents a relevant global public health problem. It is endemic in countries with poor sanitary conditions, such as Brazil. Complications of ALA, such as hepatic rupture, are serious and present high morbidity and mortality. Reports of this condition in pregnant women are rare, and its management is complex.

Objective: To report a severe case of ruptured ALA in a pregnant woman with a substance use disorder (licit and illicit substances), treated at the HU-UFSC/EBSERH. To provide material for the literature covering this topic.

Case Report: A 26-year-old patient, approximately 35 weeks pregnant, with a history of cocaine, alcohol, and tobacco use, presented with abdominal pain in the right hypochondrium. The condition evolved to pulmonary sepsis, premature rupture of membranes, vaginal delivery, and subsequently, rupture of the ALA, complicated by parenchymal bleeding that was difficult to control. Management required multiple laparotomies, including a peritoneostomy, and prolonged broad-spectrum antibiotic therapy, coordinated by a multidisciplinary team.

Conclusion: This case illustrates the unfavorable evolution of ALA during pregnancy, emphasizing the need for high clinical suspicion even in the absence of intestinal symptoms, especially in vulnerable populations. The multidisciplinary approach was crucial for the favorable maternal-fetal outcome, and the history of licit and illicit substance use is pointed out as a potential aggravating factor. The report enriches the literature by drawing the attention to the challenges in managing this rare and severe condition.

Keywords: Amoebiasis; Pregnancy; Amebic Liver Abscess.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Ciclo de vida da *Entamoeba histolytica*, destacando a via de formação do abscesso hepático amebiano **pág. 10**
- Figura 2** - Tomografia computadorizada de abdome, em corte axial, com contraste, evidenciando fígado de volume aumentado, com volumosa lesão cística com áreas hiperdensas periféricas medindo 14 x 12 cm, ocupando os segmentos IVa/VIII, Além de duas pequenas formações císticas de paredes finas nos segmentos VII e VI medindo 3,2 e 2,3 cm respectivamente **pág. 13**
- Figura 3** - Tomografia computadorizada de abdome, em corte sagital, com contraste, evidenciando fígado de volume aumentado, com volumosa lesão cística com áreas hiperdensas periféricas medindo 14 x 12 cm, ocupando os segmentos IVa/VIII, Além de duas pequenas formações císticas de paredes finas nos segmentos VII e VI medindo 3,2 e 2,3 cm respectivamente **pág. 13**
- Figura 4** - Tomografia computadorizada de abdome, em corte axial, com contraste, evidenciando útero de volume aumentado, compatível com puerpério **pág. 14**
- Figura 5** - Tomografia computadorizada de abdome, em corte coronal, com contraste, evidenciando volumosa quantidade de líquido livre abdominal **pág. 14**

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

- AHA = Abscesso hepático amebiano
ALA = Amoebic liver abscess
BAAR = Bacilos ácido álcool resistentes
Bpm = batimentos por minuto
CEP = Comitê de ética em pesquisa
Ebserh = Empresa brasileira de serviços hospitalares
FA = Fosfatase alcalina
GGT = Gama-Glutamil Transferase
Hb = Hemoglobina
HCD = Hipocôndrio direito
HU = Hospital Universitário
IG = Idade Gestacional
PA = Pressão arterial sistêmica
PAS = *Periodic Acid-Schiff*
PCR = Proteína C reativa
TC = Tomografia computadorizada
TGO = Transaminase Glutâmico-oxalacética
TGP = Transaminase Glutâmico-pirúvica
UFSC = Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

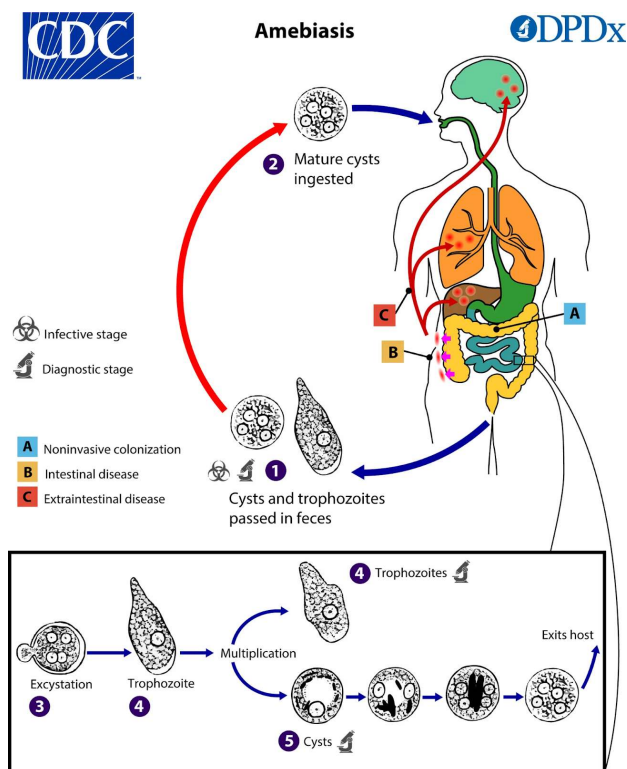
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS	viii
SUMÁRIO	ix
1. INTRODUÇÃO	10
2. RELATO DO CASO	12
3. DISCUSSÃO	17
4. CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS	20
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA GEP	22

1. INTRODUÇÃO

A amebíase, infecção gastrointestinal causada pelo protozoário *Entamoeba histolytica*, constitui um relevante problema de saúde pública global, com maior endemicidade em regiões de baixa renda e condições sanitárias precárias (1,2). Estima-se que 10% da população mundial esteja infectada, sendo a forma invasiva da doença responsável por significativa morbimortalidade (3). No contexto brasileiro, a amebíase mantém alta prevalência, com uma meta-análise recente apontando taxas de infecção por *Entamoeba spp.* de até 22% na população (3).

O ciclo de transmissão ocorre pela via fecal-oral, através da ingestão de água ou alimentos contaminados com cistos do parasita. No lúmen intestinal, os cistos liberam os trofozoítos, formas móveis que podem se tornar invasivas, destruindo a barreira mucosa e causando colite. A disseminação hematogênica via circulação portal permite que os trofozoítos alcancem o fígado, levando à sua principal complicação extraintestinal: o abscesso hepático amebiano (AHA) (4,5), considerado raro, acometendo menos de 1% dos pacientes infectados pelo protozoário (6).

FIGURA 1 - Ciclo de vida da *Entamoeba histolytica*, destacando a via de formação do abscesso hepático amebiano



Fonte: CDC (2024)

O AHA se caracteriza classicamente por lesões únicas, mais frequentes no lobo hepático direito, e preenchidas por material necrótico com aspecto macroscópico de “pasta de anchova” (7). Clinicamente, os pacientes podem apresentar febre, dor em hipocôndrio direito e hepatomegalia dolorosa. É fundamental notar que sintomas intestinais, como diarreia, estão frequentemente ausentes, dificultando o reconhecimento da etiologia parasitária (8).

O diagnóstico do AHA baseia-se na suspeita clínica e pode ser confirmado por exames sorológicos e de imagem, como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada. O tratamento de primeira linha é o metronidazol, com resposta clínica favorável esperada em até 72 horas na maioria dos casos. A drenagem percutânea é reservada para abscessos volumosos (> 10 cm), múltiplos ou que não respondam à terapia medicamentosa (5,9).

O manejo desta complicação torna-se consideravelmente mais complexo durante a gestação. As alterações fisiológicas inerentes a este período podem mascarar os sintomas ou mimetizar outras condições, podendo ser confundidas com outras condições obstétricas e abdominais agudas. A abordagem terapêutica exige um equilíbrio crítico entre a eficácia antimicrobiana e a segurança fetal, demandando uma conduta multidisciplinar especializada (8). Relatos de AHA na gravidez são esporádicos, e complicações graves, como a ruptura do abscesso, embora raras, associam-se a elevadas taxas de morbimortalidade (10).

Neste contexto, o presente relato descreve um caso complexo de AHA em uma gestante, com histórico de abuso de substâncias lícitas e ilícitas, que apresentou evolução para ruptura hepática e uma série de complicações cirúrgicas. A escassez de relatos de casos de AHA na literatura limita o desenvolvimento de protocolos terapêuticos específicos. Assim, este trabalho objetiva ampliar o conhecimento sobre a apresentação clínica, o manejo e os desfechos materno-fetais dessa condição rara, contribuindo para a prática médica e obstétrica e destacando a importância do manejo multidisciplinar para a otimização do desfecho materno-fetal.

2. RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 26 anos, gestante com idade gestacional de 34 semanas e 4 dias (pelo USG de 1º trimestre), com antecedentes de tabagismo e uso de álcool e cocaína (em abstinência há 15 dias). Buscou a emergência da Maternidade do HU-UFSC/EBSERH em 01/08/2024 com dor abdominal em hipocôndrio direito há 20 horas, com irradiação para lombar, associada a náuseas, vômitos, sensação febril e contrações uterinas.

Ao exame físico, destacavam-se taquicardia (120 batimentos por minuto) e Pressão Arterial Sistêmica de 100 x 60 mmHg, com dor à palpação em hipocôndrio direito (HCD), sinal de Murphy positivo e punho-percussão lombar positiva. O exame obstétrico revelou contrações de Braxton-Hicks, com vitalidade fetal preservada. A paciente respondeu parcialmente à analgesia e à reposição volêmica, porém a taquicardia persistiu, o que, associado à PA, levou a um índice de choque favorável à suspeita de um processo séptico.

Diante da piora do estado geral, a paciente foi internada na unidade de gestação de alto risco em 02/08/2024 com diagnóstico de sepse de foco abdominal, confirmada por tomografia computadorizada (TC) de tórax, iniciando antibioticoterapia com Ampicilina + Sulbactam. A investigação inicial por Ultrassonografia abdominal (USG) revelou um nódulo heterogêneo no lobo direito do fígado, tendo sido aprofundada com ressonância magnética, que evidenciou formações hepáticas heterogêneas com suspeita primária de abscessos.

Em 10/08/2024, a paciente evoluiu com ruptura espontânea de membranas amnióticas e evoluiu para parto vaginal sem intercorrências, com recém-nascido saudável, do sexo feminino, com idade gestacional de 35 semanas e 6 dias pelo método de Capurro e APGAR 9/9. No dia seguinte (11/08/2024), no puerpério imediato, o quadro abdominal agudizou-se com sinais de irritação peritoneal. Uma nova TC de abdome revelou uma lesão volumosa nos segmentos VIII e IVa do fígado, com áreas sugestivas de sangramento recente, alterando o diagnóstico diferencial para neoplasia hepática – adenoma ou hemangioma gigante – com possível ruptura, além de cistos simples.

Figura 2 - Tomografia computadorizada de abdome, em corte axial, com contraste, evidenciando fígado de volume aumentado, com volumosa lesão cística com áreas hiperdensas periféricas medindo 14 x 12 cm, ocupando os segmentos IVa/VIII, Além de duas pequenas formações císticas de paredes finas nos segmentos VII e VI medindo 3,2 e 2,3 cm respectivamente.



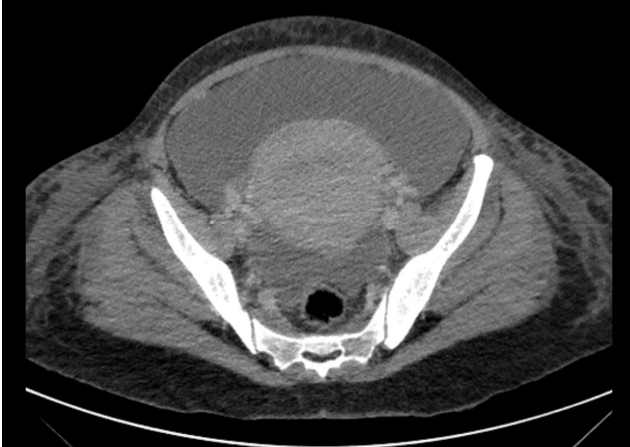
Fonte: Serviço de Radiologia do HU-UFSC/EBSERH (2024)

Figura 3 - Tomografia computadorizada de abdome, em corte sagital, com contraste, evidenciando fígado de volume aumentado, com volumosa lesão cística com áreas hiperdensas periféricas medindo 14 x 12 cm, ocupando os segmentos IVa/VIII, Além de duas pequenas formações císticas de paredes finas nos segmentos VII e VI medindo 3,2 e 2,3 cm respectivamente.



Fonte: Serviço de Radiologia do HU-UFSC/EBSERH (2024)

Figura 4 - Tomografia computadorizada de abdome, em corte axial, com contraste, evidenciando útero de volume aumentado, compatível com puerpério.



Fonte: Serviço de Radiologia do HU-UFSC/EBSERH (2024)

Figura 5 - Tomografia computadorizada de abdome, em corte coronal, com contraste, evidenciando volumosa quantidade de líquido livre abdominal.



Fonte: Serviço de Radiologia do HU-UFSC/EBSERH (2024)

Devido aos achados sugestivos de rompimento de coleção hepática e líquido livre abdominal, a paciente foi submetida a videolaparoscopia exploradora para investigação de líquido livre, com conversão para laparotomia devido aos achados intraoperatórios de peritonite difusa purulenta, com drenagem de aproximadamente 3,5 L de secreção purulenta e extensos

depósitos de fibrina recobrando o fígado e a cavidade. Durante a manipulação, houve ruptura de um abscesso hepático no segmento VIII.

O pós-operatório foi complicado por choque hipovolêmico recorrente, necessitando de três intervenções em curto intervalo: em 12/08/2024 laparotomia que identificou e controlou sangramento arterial do parênquima hepático; em 13/08/2024 nova laparotomia para hemostasia de sangramento difuso e ativo no parênquima hepático, tendo também sido retirada peça para exame anatomopatológico. A macroscopia mostrou segmento irregular de tecido pardacento medindo 6,5 x 4,0 x 0,7 cm, com consistência macia e elástica. Uma das faces apresentando cápsula acastanhada, lisa e brilhante e a face oposta totalmente recoberta por material fibrinopurulento. A pesquisa para BAAR pelo método de Ziehl-Neelsen resultou negativa e para fungos através de Grocott e PAS também negativa.

Em 16/08/2024, foi realizada laparotomia exploradora com realização de peritoneostomia devido ao edema importante de alças e impossibilidade de fechamento primário da parede abdominal. Neste procedimento, foram removidas cinco compressas (com secreção purulenta, sem sangramento ativo) e o plano foi o fechamento da parede em 48 a 72 horas, que foi realizada no dia 20/08/2024.

A internação pós-operatória foi prolongada para completar o curso de antibioticoterapia, que foi progressivamente escalonada devido à gravidade do quadro infeccioso: 11/08/2024 a 24/08/2024 Piperacilina + Tazobactam (4 g + 0,5 g 6/6 h), após esquema inicial com Ampicilina + Sulbactam; 22/08/2024 a 24/08/2024, adição de Metronidazol (1,5 g/dia); A partir de 24/08/2024, esquema foi escalonado para Meropenem (2g 8/8h) associado a Linezolida (600mg 12/12h), sendo a Linezolida descontinuada em 11/09/2024 e o Meropenem em 22/09/2024. Em 29/08/2024, foi realizada punção de abscesso hepático guiado por USG, com cultura evidenciando crescimento moderado de *Klebsiella pneumoniae*, enquanto a cultura para anaeróbios resultou negativa. A paciente teve alta hospitalar em 24/09/2024.

Em 29/09/2024, a paciente retornou à emergência com dor abdominal progressiva há 48 horas, localizada no sítio do dreno e no quadrante superior direito. Ao exame físico, apresentava dor à palpação superficial e profunda em HCD e dor à descompressão súbita difusamente. A TC de abdome revelou uma coleção heterogênea de 54 mL no segmento VIII do fígado, associada à redução do contraste do parênquima hepático adjacente, sugestiva de abscesso. O dreno encontrava-se adequadamente posicionado no hipocôndrio direito. Foram

também identificados cistos hepáticos simples esparsos, o maior no segmento VII (3,6 x 2,8 cm). O perfil laboratorial era compatível com um quadro inflamatório (PCR: 17 mg/dL) e anemia normocítica (Hb 9,9 g/dL), associado a hipoalbuminemia (2,9 g/dL) e colestase (TGP 57 U/L, FA 194 U/L, GGT 112 U/L; TGO e bilirrubina total normais), a função renal e pancreática permaneceram preservadas. A conduta consistiu em analgesia, manejo sintomático e agendamento do retorno ambulatorial.

No retorno ambulatorial, em 02/10/2024, a paciente relatou a expulsão espontânea do dreno de *pigtail* dois dias antes. No momento da consulta, encontrava-se assintomática e com exame físico inalterado. Foi orientada e liberada com retorno agendado para 6 meses. Entretanto, a paciente não compareceu a essa consulta, sendo caracterizada como perda de seguimento no ambulatório do HU/UFSC/EBSERH.

O presente relato foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC) e aguarda parecer. Todos os dados foram anonimizados para garantir o sigilo e a confidencialidade da paciente.

3. DISCUSSÃO

Este relato ilustra os desafios no manejo do AHA em uma gestante, agravado pelo histórico de transtorno por uso de substâncias lícitas e ilícitas. A raridade desta apresentação clínica, somadas à sua evolução desfavorável, reforça a importância do diagnóstico precoce e da abordagem multidisciplinar em contextos de alta complexidade.

A apresentação inicial da paciente, com dor em hipocôndrio direito e febre, mimetizou condições mais comuns como colecistite, dilema frequentemente descrito na literatura (7). A ausência de sintomas intestinais, característica típica da amebíase hepática, retardou a suspeita etiológica, contribuindo para a progressão da doença e retardo da suspeita etiológica. Este caso reforça a necessidade de incluir o AHA no diagnóstico diferencial de dor abdominal superior em gestantes, mesmo sem sintomas gastrointestinais típicos de amebíase, especialmente em regiões endêmicas e entre pacientes em vulnerabilidade social.

A suspeita diagnóstica foi fundamentada em achados clínico-radiológicos e nas características da lesão hepática, uma vez que exames sorológicos específicos não estavam disponíveis de forma imediata. Esse contexto reforça a importância da integração entre suspeita clínica, exames de imagem e conhecimento da patologia, visto que a confirmação laboratorial nem sempre é factível no curso agudo.

O diagnóstico diferencial inclui abscessos piogênicos, cistos simples, adenomas e hemangiomas hepáticos. A diferenciação entre etiologia bacteriana e amebiana pode ser desafiadora, mas a presença de lesão única no lobo direito e ausência de colangite orientam para AHA, especialmente em regiões endêmicas (11).

A evolução desfavorável observada, culminando em ruptura do abscesso, hemorragia parenquimatosa e sepse grave, demonstram o potencial de deterioração rápida dessa entidade. A ruptura espontânea do AHA é descrita em menos de 5% dos casos, porém, associa-se a mortalidade superior a 50% quando ocorre (10). O episódio de ruptura prematura de membranas e parto pré-termo provavelmente foram precipitados pela resposta inflamatória sistêmica e pelo estresse hemodinâmico impostos pela sepse abdominal.

A conduta terapêutica adotada seguiu as recomendações vigentes, com uso de metronidazol, droga segura e eficaz durante a gestação (8). As múltiplas reintervenções cirúrgicas por sangramento parenquimatoso e a necessidade final de peritoneostomia refletem a extrema dificuldade em controlar uma sepse de foco abdominal e um abdome em estado

hiperinflamatório em um organismo já debilitado. Esta sequência de eventos é um exemplo da necessidade de uma coordenação multidisciplinar eficaz entre obstetras, cirurgiões e infectologistas, para navegar decisões críticas em cenários de alto risco (8).

Embora a literatura específica seja escassa, o histórico de uso crônico de substâncias lícitas e ilícitas possivelmente explica a necessidade de antibioticoterapia prolongada e múltiplas intervenções cirúrgicas, já que o álcool e a cocaína interferem na imunidade, favorecendo infecções invasivas e resposta inflamatória desregulada (12).

Por fim, o reaparecimento de uma coleção hepática no seguimento ambulatorial e a perda de seguimento destacam tanto a natureza insidiosa da doença, quanto os desafios sociais no cuidado longitudinal de pacientes com vulnerabilidade psicossocial. A experiência reforça que o sucesso no manejo deve ser acompanhado por estratégias de vigilância prolongada, reabilitação e suporte psicossocial, essenciais para consolidar a recuperação completa e prevenir recorrências.

4. CONCLUSÃO

O abscesso hepático amebiano, embora raro, deve ser uma hipótese diagnóstica em gestantes com dor abdominal em regiões endêmicas, mesmo na ausência de sintomas intestinais. A rápida progressão para ruptura hepática e sepse ressalta o valor do diagnóstico precoce e do início imediato do tratamento antiparasitário.

A complexidade do manejo, potencialmente exacerbada por comorbidades como o transtorno por uso de substâncias lícitas e ilícitas, exige uma abordagem multidisciplinar integrada, capaz de responder prontamente às complicações cirúrgicas e obstétricas documentadas neste relato.

Há necessidade de protocolos que priorizem o rastreamento, o acompanhamento e a adesão pós-alta em populações vulneráveis, a fim de reduzir a morbimortalidade materno-fetal associada ao AHA.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Entamoeba taxonomy. Bull World Health Organ. 1997;75(3):291-4. PMID: 9277015. PMCID: PMC2486954 .
2. Fernandes JPM, Feitosa BAX, Moraes PJA, Monteiro CP, Silva FB, Santos GG et al. A amebíase invasiva intestinal: uma revisão sobre a colite amebiana. In: Freitas GBL, editor. *Gastroenterologia e Hepatologia* – Edição VIII: Editora Pasteur; 2024. p. 56-69. [acesso em 2025 set 12]. Disponível em: https://sistema.editorapasteur.com.br/uploads/pdf/publications_chapter/A%20AMEB%C3%8DASE%20INVASIVA%20INTESTINAL:%20UMA%20REVIS%C3%83O%20SOBRE%20A%20COLITE%20AMEBIANA-5c1fbdf7-e647-4a40-9d16-f773df0acf0c.pdf. Acesso em 12 de setembro de 2025.
3. Zanetti AS, Malheiros AF, de Matos TA, Dos Santos C, Battaglini PF, Moreira LM, et al. Diversity, geographical distribution, and prevalence of Entamoeba spp. in Brazil: a systematic review and meta-analysis. Parasite. 2021;28:17. doi: 10.1051/parasite/2021028. Epub 2021 Mar 30. PMID: 33812449. PMCID: PMC8019558.
4. Neves DP. Parasitologia Humana. 14. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2023.
5. Morán P, Serrano-Vázquez A, Rojas-Velázquez L, González E, Pérez-Juárez H, Hernández E et al. Amoebiasis: Advances in Diagnosis, Treatment, Immunology Features and the Interaction with the Intestinal Ecosystem. Int. J. Mol. Sci. 2023, 24, 11755. <https://doi.org/10.3390/ijms241411755>.
6. Walsh JA. Problems in recognition and diagnosis of amebiasis: estimation of the global magnitude of morbidity and mortality. Rev Infect Dis 1986;8(2):228-238. PMID: 2871619. DOI: 10.1093/clinids/8.2.228
7. Kodzo-Grey Venyo A. Amoebiasis in pregnancy: a review and update of the literature. Obstet Gynecol Reprod Sci. 2022;6(3):1-15. Disponível em: <https://www.auctoresonline.org/article/amoebiasis-in-pregnancy-a-review-and-update-of-the-literature>. Acesso em 16 de setembro de 2025
8. Kaiser RWJ, Allgeier J, Philipp AB, Mayerle J, Rothe C, Wallrauch C et al. Development of amoebic liver abscess in early pregnancy years after initial amoebic exposure: a case report. BMC Gastroenterol. 2020 Dec 14;20(1):424. doi: 10.1186/s12876-020-01567-7. PMID: 33317457. PMCID: PMC7734812.
9. Chavez-Tapia NC, Hernandez-Calleros J, Tellez-Avila FI, Torre A, Uribe M. Image-guided percutaneous procedure plus metronidazole versus metronidazole alone for uncomplicated amoebic liver abscess. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD004886. doi: 10.1002/14651858.CD004886.pub2. PMID: 19160244.
10. Khan MB, Raza A, Khan Z. Management of ruptured amoebic liver abscess: 22-years experience. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2021;33(4):574-7.
11. Sarawat D, Varghese G, Sahu C, Tejan N, Singh S, Patel SS et al. Profile of Amoebic vs Pyogenic Liver Abscess and Comparison of Demographical, Clinical, and Laboratory Profiles of these Patients From a Tertiary Care Center in Northern India. J

Clin Exp Hepatol. 2023 Nov-Dec;13(6):1025-1031. doi: 10.1016/j.jceh.2023.07.002. Epub 2023 Jul 7. PMID: 37975052; PMCID: PMC10643512.

Friedman H, Newton C, Klein TW. Microbial infections, immunomodulation, and drugs of abuse. Clin Microbiol Rev. 2003 Apr;16(2):209-19. doi: 10.1128/CMR.16.2.209-219.2003. PMID: 12692094. PMCID: PMC153143.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA GEP



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Rua Profa. Maria Flora Pausewang, s/nº - Bairro Trindade
Florianópolis-SC, CEP 88036-800
- <http://hu-ufsc.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 133/2025/UGPESQ/SGPITS/GEP/HU-UFSC-EBSEH

Florianópolis, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "**ABSCESSO HEPÁTICO AMEBIANO ROTO EM GESTANTE DE ALTO RISCO: RELATO DE CASO**", sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **LUIZ FERNANDO SOMMACAL**.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinada eletronicamente)

Gerente de Ensino e Pesquisa



Documento assinado eletronicamente por **Jane da Silva, Gerente**, em 31/10/2025, às 15:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **54829120** e o código CRC **6BFF5E65**.