

ABSCESSO HEPÁTICO PÓS-PERFURAÇÃO DO TRATO GASTROINTESTINAL POR CORPO ESTRANHO EM PACIENTE DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM CUIABÁ-MT: RELATO DE CASO

João Marcos Ale da CONCEIÇÃO¹
Roberto Barcelos Severino BORGES¹
Ademilson Pereira da SILVA²
Jair Gimenes MARRA³
Rian Casemiro GOMES⁴
Manuela AMUI⁵

¹Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

²Enfermeiro. Pós-Graduação Hemodinâmica Cardiológica

³Médico Cirurgião Geral. Professor da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Mestre em Ciências da Saúde – UFMT

⁴Médico Residente em Cirurgia Geral – Hospital Universitário Júlio Müller

⁵Médica Anestesiologista. Tutora do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). Mestranda em Saúde Coletiva – UFMT

Órgão de Fomento da Pesquisa: Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá

Palavras-chave: Abscesso Hepático. Seps. Corpo Estranho.

Introdução: Abscesso é o termo utilizado para designar a presença de coleção purulenta no interior de uma cavidade orgânica, formado pela desintegração ou necrose do tecido infectado, circundado por uma cápsula de limites bem definidos¹. A incidência de abscessos hepáticos na população é relativamente rara e a literatura demonstra uma incidência de 1,1 a 2,3 casos para cada 100.000 habitantes^{2,3}, com predominância no sexo masculino na proporção de 3,3:1,1⁴ e com taxa de mortalidade entre 2 e 12%⁵. A evolução é subaguda e o início dos sintomas variam de 3 a 120 dias^{6,7}. Os principais fatores de risco para a formação desta doença são os transplantes hepáticos, o diabetes mellitus, as patologias benignas e malignas do trato biliar e os traumas diversos⁸. O abscesso hepático possui uma característica polimicrobiana e os principais microrganismos encontrados em adultos são *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Streptococcus milleri* e *Staphylococcus aureus*⁹⁻¹⁰. Em geral, o quadro clínico se manifesta pela presença de febre associada à dor abdominal e calafrio¹¹. Sintomas inespecíficos como náuseas, êmese, perda ponderal e anorexia¹²⁻¹⁴ estão presentes. Ao exame físico, os achados mais importantes são dor a palpação superficial e profunda do abdome na região do hipocôndrio direito, presença de hepatomegalia e icterícia^{2,7,12}. **Objetivo:** Relatar a ocorrência de abscesso hepático, de formação atípica, em paciente de 75 anos, decorrente de perfuração do trato gastrointestinal após ingestão de corpo estranho. **Método:** Revisão do prontuário da paciente, com admissão hospitalar datada em 09 de agosto do ano de 2018, avaliação dos exames laboratoriais e de imagem, relatório anestésico-cirúrgico e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Resultado:** Paciente sexo feminino, L.R.S, 75 anos, portadora de diabetes mellitus tipo 2, admitida na unidade hospitalar com queixa de dor em hipocôndrio direito e febre persistente há alguns dias. Proveniente do interior, apresenta uma tomografia computadorizada de abdome com laudo evidenciando abscesso hepático nas dimensões 17x7,8x10cm e volume total de 1.326 cm³. Procedida à internação da paciente e a prescrição foi composta por dieta oral leve, hidratação, antibioticoterapia (piperacilina sódica 4g/ tazobactam sódico 500mg e metronidazol 500mg), sintomáticos, insulina regular conforme dextro, aferição de sinais vitais e cuidados gerais. Solicitada coleta de exames laboratoriais e realização de ecocardiograma. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia, leucocitose, aumento expressivo da proteína C reativa, distúrbios acidobásicos e hidroeletrólítico, alterações da coagulação e das escórias renais. Foi programada cirurgia para drenagem do abscesso. A paciente deu entrada na sala operatória com desconforto respiratório importante – uso de musculatura acessória, taquicardia e confusão mental, logo submetida à anestesia; gasometria arterial evidenciando hipoxemia e acidose metabólica grave

(pH 7,07, pO₂ 60 mmHg, HCO₃ 6,7 mmol/L, BE -21,8 mmol/L). Durante o procedimento cirúrgico observou-se a presença de massa inflamatória nas regiões de hipocôndrio direito e epigástrica bloqueada pelo fígado, estômago, duodeno, colón e epíplon (Figura 1). Realizada abertura da pseudo-cápsula da massa com drenagem de conteúdo pio-sanguinolento (Figura 2) e retirado um corpo estranho da cavidade do abscesso (Figura 3). Após lavagem excessiva da cavidade foi instalado um dreno laminar e síntese por planos abdominais. O ato anestésico-cirúrgico foi realizado sem intercorrências e após o término do procedimento a paciente foi encaminhada a UTI, estável hemodinamicamente, sem droga vasoativa, sob intubação orotraqueal. A paciente permaneceu sob cuidados intensivos até o dia 30 de agosto de 2018, quando evoluiu a óbito por complicações inerentes ao quadro de choque séptico refratário. **DISCUSSÃO:** O abscesso hepático é uma coleção purulenta no parênquima hepático e a invasão bacteriana do fígado ocorre em diversas situações, sendo mais frequente a disseminação hematogênica (ex.:apendicite, peritonite). Outro mecanismo pelo qual as infecções podem atingir o fígado é por extensão direta ou contiguidade (ex.: úlceras perforantes, neoplasias penetrantes do trato gastrointestinal)^{1,2,4}. O abscesso hepático piogênico também pode ser observado em pacientes com perfuração do trato gastrointestinal por corpo estranho e apesar de extremamente raro¹⁵, este relato integra mais um caso à literatura. A espinha de peixe representa 84% dos casos de corpo estranho ingeridos de forma acidental e as complicações variam desde alterações inflamatórias leves até a formação de abscessos, obstrução intestinal e sangramento¹⁶, porém não foi possível identificar neste estudo o tipo de objeto. A dificuldade no diagnóstico e a inespecificidade dos sintomas dificulta o reconhecimento da doença, entretanto o diagnóstico correto e precoce diminui as complicações e a mortalidade nesses pacientes^{5,6}. **Conclusão:** O local de acometimento do abscesso é raro e a provável circunstância que desencadeou a patologia é incomum. Percebe-se a necessidade de mais estudos para abordar esta temática, promovendo um maior conhecimento a respeito do assunto por meio de publicações de casos e revisões sistemáticas, pois é fundamental ter em mente a suspeita deste diagnóstico diante da presença de febre e dor abdominal inespecífica, promovendo intervenção precoce e diminuição da morbimortalidade. Nota-se que em conformação aos dados epidemiológicos obtidos, há presença do diabetes mellitus como fator de risco para agravamento da doença. Entretanto, diferente dos dados na população geral, a paciente compõe mais um caso de mortalidade no sexo feminino.

ANEXOS



Figura 1: incisão de Kocher evidenciando presença de massa inflamatória.



Figura 2: secreção purulenta obtida na drenagem.

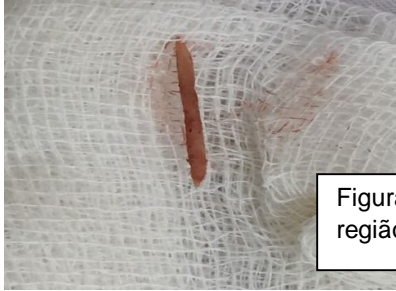


Figura 3 – corpo estranho encontrado na região do abscesso.

REFERÊNCIAS

1. LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 2. ed. São Paulo: Roca; 2009.
2. LEE, K.T. et al. Pyogenic liver abscess: an audit of 10 years' experience and analysis of risk factors. **Dig Surg**, Switzerland, v.18, p. 459-465, 2001.
3. YU, S.C. et al. Treatment of pyogenic liver abscess: prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. **Hepatology**, Baltimore, MD, v. 39, p. 932-938, 2004.
4. KAPLAN, G.G. et al. Population-based study of the epidemiology of and the risk factors for pyogenic liver abscess. **Clin Gastroenterol Hepatol**, Paris, v. 2, p.1032-1038, 2004.
5. RAHIMIAN, J. et al. Pyogenic liver abscess: recent trends in etiology and mortality. **Clin Infect Dis**, Nevada, v. 39, p.1654-1659, 2004.
6. KÜSTER FILHO, A.C.C. et al. Abscessos hepáticos piogênicos: emprego dos recursos diagnósticos e terapêuticos. **Rev Col Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 25. n. 6, p. 369-374, 1998.
7. SANTOS-ROSA, O.M. et al. Abscesso hepático piogênico: manejo dos recursos diagnósticos e terapêuticos. **Arq Bras Cir Dig**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 194-197, 2016.
8. TOWNSEND, C.M. et al. **Sabiston Tratado de Cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna**. 19.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
9. CHAN, K.S. et al. Pyogenic liver abscess: a retrospective analysis of 107 patients during a 3 year period. **Jpn J Infect Dis**, Tokyo, v. 58, p. 366-368, 2005.
10. CERWENKA, H. et al. Treatment of patients with pyogenic liver abscess. **Chemotherapy**, Switzerland, v. 51, p. 366-369, 2005.
11. HUANG, C.J. et al. Pyogenic hepatic abscess: changing trends over 42 years. **Ann Surg**, Philadelphia, PA, v. 223, p. 600-609, 1996.
12. MOHSEN, A.H. et al. Liver abscess in adults: ten years experience in a UK centre. **QJM**, England, v. 95, p. 797-802, 2002.
13. RUBIN, R.H. et al. Hepatic abscess: changes in clinical, bacteriologic and therapeutic aspects. **Am J Med**, New York, v. 57, p. 601-610, 1974.
14. PANG, T.C. et al. Pyogenic liver abscess: An audit of 10 years' experience. **World J Gastroenterol**, United States, v. 17, n. 12, p.1622-1630, 2011.
15. MCCANSE DE, K. A. et al. Gastrointestinal foreign bodies. **Am J Surg**, New York, v. 142, n. 3, p. 335-337, 1981.
16. Leong, H.K. et al Foreign bodies in the upper digestive tract. **Singapore Med J**, Bethesda MD, v. 28, n 2, p. 162-165, 1987.