

## RELATO DE CASO

# Abscesso Hepático por Osso de Peixe

## Liver Abscess Caused by Fish Bone

Renata F. da Silva<sup>1</sup>; Paulo C. Arroyo Junior<sup>2</sup>; William J. Duca<sup>3</sup>; Fernanda C. Kronka<sup>4</sup>; Sabrina Baring<sup>4</sup>; Rafael V. Clauzo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Professor Doutor\*; <sup>2</sup>Mestre e Professor Adjunto\*; <sup>3</sup>Professor Adjunto\*; <sup>4</sup>Graduandos\*\* \*Unidade de Transplante de Fígado e Intestino Delgado do Hospital de Base e\*\*

\*\*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

**Resumo** O abscesso hepático originado por corpo estranho é raro e o quadro clínico apresentado inespecífico. O caso clínico relatado demonstra a evolução de um paciente com quadro de dor abdominal no hipogástrio, irradiada para o hipocôndrio direito e associada à febre diária (39°C). Ao exame físico foi encontrado abdome doloroso à palpação no hipocôndrio direito. Exames complementares de entrada revelaram leucocitose, AST, ALT, bilirrubinas e alfa-feto proteína dentro da normalidade. Ao ultra-som, massa compatível com abscesso hepático e tomografia computadorizada (TC) com imagem nodular mal definida, localizada em segmento lateral do lobo hepático esquerdo.

O tratamento combinou drenagem percutânea guiada por TC e antibioticoterapia - Ampicilina, Garamicina e Metronidazol. Posteriormente à hemocultura (positiva para *S. pneumoniae*), a Ampicilina foi substituída por Penicilina G cristalina. Por má evolução do caso, optou-se por laparotomia exploratória, que evidenciou perfuração da região pré-pilórica, bloqueada pelo lobo hepático esquerdo e presença de corpo estranho (osso de peixe). Assim, fez-se uma nova drenagem do abscesso com necrosectomia cirúrgica, rafia simples da perfuração gástrica e mantidos os antibióticos. Atualmente, o paciente encontra-se assintomático.

Apesar da TC e da endoscopia digestiva alta (EDA), o diagnóstico foi feito apenas no intra-operatório. Diante da alta mortalidade (8,5%) apresentada pelos casos de abscesso hepático, é evidente a relação do abscesso hepático no lobo esquerdo com a presença de corpo estranho.

**Palavras-chave** Fígado; Abscesso Hepático; Corpos Estranhos.

**Abstract** Liver abscess caused by foreign body is rare and the clinical picture presented is non-specific. The reported clinical case shows a clinical picture of a patient's evolution with abdominal pain in the epigastric region radiating towards the right hypochondrium and associated to daily fever (39°C). On physical examination, it was found a painful abdomen on palpation in the right hypochondrium. Complementary exams of leucocytosis, aspartate aminotransferase, alanine aminotransferase, bilirubin, and alpha-fetus protein on admission were considered normal. Ultrasonography revealed a compatible mass with hepatic abscess, and the computerized tomography (CT) showed a poorly defined nodular image located in the left lateral division of left lobe of liver. The treatment combined percutaneous drainage guided by CT and antibioticotherapy - Ampicillin, Garamycin and Metronidazol. After the blood culture (positive for *S. pneumoniae*), Ampicillin was replaced by Penicillin crystalline G. Because of poor evolution of the case, it was decided to perform an exploratory laparotomy that highlighted the perforation of the prepyloric region blocked by the left lobe of liver and the presence of a foreign body (fish bone). Thus, a new drainage of the abscess with surgical débridement and a simple surgical suture of the gastric perforation were carried out. The antibiotics were continued. Nowadays, the patient became asymptomatic.

In spite of CT and of high digestive endoscopy (HDE), the diagnosis was only performed intraoperatively. Due to high mortality (8.5%) presented by the cases of liver abscess, the relation of a liver abscess in the left lobe of liver with the presence of a foreign body is evident.

**Keywords** Liver; Liver abscess; Foreign bodies.

### Introdução

O abscesso hepático conhecido desde os tempos de Hipócrates (400AC), é uma entidade nosológica relativamente rara que, somada ao seu quadro clínico inespecífico, explica sua dificuldade diagnóstica. Uma vez firmado o diagnóstico e caso ocorra tratamento, a mortalidade observada foi de 8,5%<sup>1</sup>; e varia de 16-

80% caso não ocorra tratamento correto<sup>2</sup>. O abscesso hepático causado por corpo estranho é ainda mais raro e tem desfecho geralmente fatal por ter seu diagnóstico tardio na maioria dos casos<sup>3-4</sup>.

Exames de imageamento como tomografia computadorizada (TC) e ultra-som (US) possuem um papel essencial no diagnóstico e

Não há conflito de interesse.

no tratamento dos abscessos hepáticos, ainda que os achados sejam inespecíficos<sup>5</sup>.

A lesão é tipicamente cística, de paredes bem definidas, solitária ou múltipla. A densidade varia de acordo com a intensidade da necrose e da fase evolutiva do processo patológico. A coexistência de lesões de maior e menor densidade é comum e indica estágios diferentes de necrose tissular.

O abscesso piogênico mostra atenuação maior que a água, mas menor que o parênquima hepático adjacente. Nas imagens com contraste, em geral apresentam um centro de baixa densidade, circundado por uma parede espessa. Septações internas e projeções murais são comuns. Contudo, o sinal do “alvo duplo”, descrito como altamente sugestivo de abscesso hepático, é visto apenas na minoria dos casos. Além disso, as lesões agudas normalmente mostram-se sólidas ou relativamente sólidas, com densidade semelhante à do fígado<sup>5,6</sup>.

A diversidade de apresentações dos abscessos hepáticos aos exames de imageamento pode oferecer problemas e dificultar o diagnóstico diferencial entre cistos, tumores císticos, hematoma e tumores sólidos necróticos. A presença de febre é, assim, um dado importante para o radiologista.

A aspiração percutânea com agulha fina é imprescindível na maioria dos casos para diferenciar entre as várias possibilidades diagnósticas e determinar o agente responsável, caso trate-se realmente de um abscesso hepático.

O relato de caso apresentado tem como objetivo demonstrar um caso não fatal de abscesso hepático causado por osso de peixe, ressaltando assim a importância do conhecimento de seus meios diagnósticos.

#### Apresentação do Caso

IMS, 52 anos, pedreiro, casado, natural e procedente de São José do Rio Preto-SP, Brasil, chegou à emergência do Hospital de Base (HB) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) no dia 10/02/2000, com quadro de febre diária de 39°C há 2 dias. Associado apresentava dor em queimação no epigástrico irradiada para o hipocôndrio direito, sem queixas nos demais aparelhos. Negou antecedentes familiares que fizessem suspeitar de outras doenças abdominais. Ao exame físico, o paciente encontrava-se afebril (35,5°C), com pressão arterial de 140 x 80 mmHg e frequência cardíaca de 89 batimentos por minuto (bpm). O abdome encontrava-se globoso, flácido, doloroso a palpação no hipocôndrio direito (HCD). Os exames solicitados na admissão mostraram hematócrito 34% (40–55%); hemoglobina 11 g/dl (12–16 g/dl); leucograma com 17.700 cels/mm<sup>3</sup>; creatinina 2,4 mg/dl (0,2–1,4 mg/dl); AST, ALT, a-feto proteína e bilirrubinas dentro da normalidade; hemocultura em 2 amostras, sendo uma positiva para *S. pneumoniae*; protoparasitológico de fezes negativo (método de Hoffman/Faust).

Ao ultra-som evidenciou-se massa heterogênea em lobo hepático esquerdo com fragmentos em seu interior compatível com abscesso hepático.

O exame de tomografia computadorizada revelou fígado de parênquima heterogêneo, imagem nodular mal definida, hipodensa, de paredes espessadas e captação periférica do contraste, medindo aproximadamente 9 x 7,5 x 7 cm em seus maiores diâmetros, localizada em segmento lateral de lobo hepático esquerdo (Figura 1).

Realizou-se também endoscopia digestiva alta que revelou gastrite crônica em discreta atividade e pesquisa de *H. pylori* negativa.

Figura 1. TC: área hipodensa em lobo hepático esquerdo compatível com abscesso hepático.



Figura 2. Osso de peixe retirado do interior do abscesso hepático.



O tratamento combinou drenagem percutânea guiada por TC e antibioticoterapia - Ampicilina, Garamicina e Metronidazol. Posteriormente à hemocultura, trocamos a Ampicilina por Penicilina G cristalina. Por má evolução do caso, optou-se por laparotomia exploradora que evidenciou perfuração da região pré-pilórica, bloqueada pelo lobo hepático esquerdo e presença de corpo estranho (osso de peixe – figura 2). Assim, foi realizada nova drenagem do abscesso (necrosectomia cirúrgica), rafia simples da perfuração gástrica e foram mantidos os antibióticos.

O paciente permaneceu na UTI no pós-operatório imediato, evoluindo com melhora do estado clínico geral, recebendo alta no décimo sétimo dia de internação com prescrição de Ciprofloxacina 500mg de 12/12 horas por 10 dias.

#### Discussão

Apesar dos avanços nos métodos diagnósticos e terapêuticos, o abscesso hepático piogênico continua representando um grande desafio. Sua prevalência varia de 0,006 a 1,47 % das admissões hospitalares<sup>7,8</sup>. A prevalência do abscesso hepático causado por ingestão de corpo estranho, somado com os causados por trauma, perfazem cerca de 5% deles<sup>9,10,11</sup>.

A história clínica geralmente é inespecífica, encontrando-se na maioria dos casos somente sinais sistêmicos como anorexia, vômitos perda de peso, às vezes icterícia, queda do estado

geral, toxemia e, raramente, sinais locais como aumento do fígado à palpação<sup>9</sup>. As bactérias mais frequentemente encontradas são bactérias entéricas Gram-negativas, particularmente a *E. coli*, *K. pneumoniae*, *S. faecalis* e *P. vulgaris*<sup>12</sup>. Deve-se lembrar que a infecção por múltiplos organismos é freqüente.

O lobo hepático mais frequentemente acometido com abscesso é o direito, sem predileção por sexo, porém, quando associado à ingestão de corpo estranho com posterior perfuração gástrica ocorre mais freqüentemente no lobo esquerdo<sup>2,9, 13</sup>.

Entre os exames laboratoriais, podem ser considerados fatores de pior prognóstico hemoglobina menor que 11 g/dl (Risco Relativo – RR = 5,6), BT maior que 1,5 mg/UI (RR=5,6), leucometria maior que 15.000 céls/mm<sup>3</sup>, albumina maior que 2,5 (3,5-4,5 mg) e TTPA elevado<sup>2</sup>. Dessa forma, observa-se que o paciente relatado apresenta como fator de pior prognóstico hemoglobina de 11 mg/dl e leucócitos de 17.700 céls/mm<sup>3</sup> com neutrofilia relativa e absoluta. O intervalo prolongado entre o início dos sintomas e o diagnóstico radiológico definitivo é apontado como a principal causa do mau prognóstico<sup>5</sup>.

A hemocultura, freqüentemente solicitada, apresenta positividade de apenas 50%, sendo a melhor cultura a ser solicitada a da secreção do abscesso, uma vez que possui 90% de positividade<sup>2</sup> obtida por meio de drenagem percutânea ou cirúrgica.

Os exames de imagem são de fundamental importância para o diagnóstico preciso dos abscessos hepáticos e definem diretamente a conduta terapêutica a ser utilizada. A ultrassonografia da parte superior do abdome é o método de escolha devido à sua eficiência e acessibilidade.<sup>7,8,14</sup> A tomografia computadorizada apresenta ótima eficácia e se iguala à ultra-sonografia, devendo permanecer indicada para casos cuja ecografia não foi conclusiva. Juntas possuem uma sensibilidade de aproximadamente 100%<sup>2,5,6,15,16</sup>, porém, neste caso o diagnóstico somente foi feito durante o intra-operatório, não havendo qualquer indicio que norteasse o diagnóstico de corpo estranho mesmo sendo feita uma revisão dos exames a posteriori, evidenciando assim a dificuldade diagnóstica dessa patologia.

Dessa forma, iniciou-se o tratamento pela drenagem percutânea e antibioticoterapia empírica visando cobrir bactérias do trato gastrointestinal e anaeróbios, sendo posteriormente substituído segundo o perfil de sensibilidade apresentado no antibiograma<sup>2,8, 17</sup>.

Com a piora clínica do paciente após a drenagem percutânea, foi indicada laparotomia exploradora<sup>18</sup>. Após a retirada do foco infeccioso e da drenagem cirúrgica do abscesso, o paciente melhorou seu estado clínico com resolução do caso. O paciente retornou ao serviço ambulatorial para acompanhamentos de rotina, recebendo alta médica após resolução total do quadro, estando o mesmo assintomático no momento da alta.

## Conclusão

Abscesso hepático causado por corpo estranho apresenta alta mortalidade, evidenciando a necessidade de diagnóstico precoce. O quadro clínico geralmente é inespecífico e freqüentemente os pacientes não se lembram de terem engolido corpos estranhos.

O tratamento clínico isoladamente é acompanhado de mortalidade próxima a 100%. Assim, a drenagem dos abscessos hepáticos guiada pela ultrassonografia ou TC, é a primeira opção de tratamento ficando a laparotomia exploradora como conduta de exclusão. Apesar dos métodos de imagem empregados, o diag-

nóstico apenas foi feito no intra-operatório.

É de especial interesse a relação entre o abscesso hepático no lobo esquerdo com a presença de corpo estranho dada a sua dificuldade diagnóstica e alta mortalidade que a mesma acarreta.

## Referências bibliográficas

1. Herman P, Pugliese V, Montagnini AL, Salem MZ, Machado MA, da Cunha JE et al. Pyogenic liver abscess: the role of surgical treatment. *Int Surg* 1997 Jan-Mar;82(1):98-101.
2. Sherlock S, Dooley J. Diseases of the liver and biliary system. 10<sup>th</sup> ed. Oxford: Blackwell; 1997.
3. Theodoropoulou A, Roussomoustakaki M, Michalodimitrakis MN, Kanaki C, Kouroumalis EA. Fatal hepatic abscess caused by a fish bone. *Lancet* 2002; Mar 16;359(9310):977.
4. Edelman K. Multiple pyogenic liver abscesses communicating with the biliary tree: treatment by endoscopic stenting and stone removal. *Am J Gastroenterol* 1994;89(11):2070-2.
5. Chiang TH, Liu KL, Lee YC, Chiu HM, Lin JT, Wang HP. Sonographic diagnosis of a toothpick traversing the duodenum and penetrating into the liver. *J Clin Ultrasound* 2006 Jun;34(5):237-40.
6. Mello GGN, Meirelles GSP, Oliveira JMA, Ajzen S, D'Ippolito G, Szejnfeld J. Estudo comparativo dos procedimentos percutâneos orientados por métodos de imagem no tratamento das coleções hepáticas. *Radiol Bras* 2001 mar./abr.;34(2):83-8.
7. Frey CF, Zhu Y, Suzuki M, Isaji S. Liver abscesses. *Surg Clin North Am* 1989;69(2):259-71.
8. McDonald MI, Corey GR, Gallis HA, Durack DT. Single and multiple pyogenic liver abscesses. Natural history, diagnosis and treatment, with emphasis on percutaneous drainage. *Medicine (Baltimore)* 1984 Sep;63(5):291-302.
9. de la Vega M, Rivero JC, Ruiz L, Suarez S. A fish bone in the liver. *Lancet* 2001;358(9286):982.
10. Tsai JL, Than MM, Wu CJ, Sue D, Keh CT, Wang CC. Liver abscess secondary to fish bone penetration of the gastric wall: a case report. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 1999;62(1):51-4.
11. Aron E, Roy B, Groussin P. Abscess of the liver caused by fish bone. *Presse Med* 1966 Sep 17;74(38):1957-8.
12. Lambertucci JR, Rayes AA, Serufo JC, Nobre V. Pyogenic abscesses and parasitic diseases. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 2001;43(2):67-74.
13. Lee KF, Chu W, Wong SW, Lai PB. Hepatic abscess secondary to foreign body perforation of the stomach. *Asian J Surg* 2005 Oct;28(4):297-300.
14. Horii K, Yamazaki O, Matsuyama M, Higaki I, Kawai S, Sakaue Y. Successful treatment of a hepatic abscess that formed secondary to fish bone penetration by percutaneous transhepatic removal of the foreign body: report of a case. *Surg Today* 1999;29(9):922-6.
15. Paraskeva KD, Bury RW, Isaacs P. Streptococcus milleri liver abscesses: an unusual complication after colonoscopic removal of an impacted fish bone. *Gastrointest Endosc* 2000;51(3):357-8.
16. Chan SC, Chen HY, Ng SH, Lee CM, Tsai CH. Hepatic abscess due to gastric perforation by ingested fish bone demonstrated by computed tomography. *J Formos Med Assoc* 1999;98(2):145-7.
17. Shuldais AK, Sumin AV, Tkhorzhevskii BB. Pyogenic hepatic abscess developing after perforation of the stomach by a fish bone. *Klin Khir* 1992; (11):75-6.
18. Yang CY, Kao JH, Liu KL, Chen SJ. Medical treatment of fish bone-related liver abscess. *Clin Infect Dis* 2005 Dec 1;41(11):1689-90.

## Correspondência:

Rafael Volpini Clauzo  
Rua José Picerni, 419 ap. 34  
15091-200 - São José do Rio Preto - SP  
Tel: (17)3227-5647/9733-4090  
e-mail: rclauzo@uol.com.br