

103P

26

PE 103

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

ABSCESSO HEPÁTICO PIOGÊNICO NA CRIANÇA
APRESENTAÇÃO DE UM CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ACADÊMICOS DA XIª FASE DO CURSO DE MEDICINA DA UFSC

JAIME LUIS NARDELLI

JULIO CESAR CRUZ DA SILVA

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1986

. Agradecemos ao Dr. Luiz
Alberto Gastaldi pela
orientação e apoio.

SUMÁRIO

I. RESUMO.....	4
II. INTRODUÇÃO.....	5
III. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	8
IV. EXAMES COMPLEMENTARES.....	11
V. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	14
VI. TRATAMENTO E PROGNÓSTICO.....	17
VII. RELATO DO CASO.....	19
VIII. DISCUSSÃO.....	23
IX. CONCLUSÃO.....	25
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

I - RESUMO

Os autores apresentam um caso de abscesso hepático piogênico, em uma criança previamente saudável, que cursou com febre, dor em hipocôndrio direito e hepatomegalia. O caso é discutido e é feita uma revisão bibliográfica sobre o assunto.

II - INTRODUÇÃO

Abscesso hepático piogênico é uma infecção rara na criança e, mais rara ainda é a sua ocorrência em crianças previamente saudáveis (04,16,17). Num estudo feito por CHUSID, revendo todos os casos desta patologia admitidos no Milwaukee Children's Hospital, no período de 1957-1977, verificou-se uma incidência de 3 casos para cada 100 000 admissões (04). Tal incidência é bem inferior àquela encontrada na população adulta, que variou de 7 - 16/100 000, no estudo de Swartz e cols (28).

Em recém-nascidos, o abscesso hepático piogênico ocorre mais frequentemente naqueles que sofreram sepsis, ou apresentaram infecção umbilical após cateterização desta veia. Casos em crianças maiores, estão associados quase que invariavelmente, à doenças em que existe prejuízo da defesa imunológica, particularmente leucemia aguda e doença granulomatosa crônica (01,04,16). Dehner e Kissane encontraram esta última, em 41% das crianças com abscesso hepático piogênico. Vários outros relatos enfatizam esta estreita relação entre abscesso hepático piogênico na criança e doença granulomatosa crônica (01,04,16,32).

A doença granulomatosa crônica é uma afecção potencialmente letal, caracterizada por defeito de função leucocitária, quan-

do então o leucócito torna-se incapaz de destruir a bactéria ingerida, muito embora as demais funções permaneçam inalteradas (motilidade, fagocitose, etc.). O paciente portador desta patologia apresenta extrema suscetibilidade à infecções, não sendo rara a ocorrência de abscessos hepáticos. (03,13).

Os organismos piogênicos podem ter acesso ao fígado através de diversas rotas:

- . Pelas artérias hepáticas (em septicemias, por exemplo).
- . Pela veia porta, a partir de áreas drenadas pelo sistema porta.
- . Pela expansão da infecção em estruturas contíguas.
- . Através de traumas penetrantes do fígado.
- . Como resultado de traumas não penetrantes do fígado.

Os casos em que não se identifica uma via definida, são ditos criptogênicos. Nas crianças com doença granulomatosa crônica, o abscesso hepático tende a ocorrer mais frequentemente entre 1 e 5 anos de idade e a maioria das lesões são criptogênicas (04).

As bactérias mais comumente encontradas no abscesso hepático piogênico da criança são *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* e *Escherichia coli* (08,12,15,25,32). Bactérias anaeróbias estão mais frequentemente envolvidas na formação do abscesso, do que o comumente apregoado. A baixa incidência destes germes encontrada em muitos relatos deve-se, segundo Patterson e cols. (20,27), às técnicas de isolamento e cultura, falhas para anaeróbios.

Abscessos hepáticos piogênicos podem ser únicos ou múlti

plos. Na série de Dehner e Kissane (31) que incluía 27 pacientes, todos menores do que 15 anos, os abscessos eram múltiplos em 22 (80%). Dos 5 solitários, 3 eram no lobo hepático esquerdo e, 2 no lobo direito.

Histopatologicamente, o abscesso hepático piogênico possui uma parede fibrosa, resultante de proliferação fibroblástica, circundando uma área de necrose central, onde além de células destruídas encontra-se intensa infiltração leucocitária.

III - MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas de um abscesso hepático piogênico, independe de suas características morfológicas ou de sua etiologia (29). Os sinais e sintomas não são específicos e, muitas vezes, o diagnóstico não é suspeitado, sendo somente concluído no exame post-mortem. Na série de Joseph e cols. (15), tal fato ocorreu em cerca de 50% dos pacientes. Os sinais e sintomas de um abscesso hepático piogênico são os seguintes:

1. Febre, calafrios e sudorese
2. Dor em hipocôndrio direito
3. Hepatomegalia dolorosa à palpação
4. Manifestações pulmonares
5. Icterícia
6. Sintomas gerais: mal estar, anorexia, vômitos e perda de peso.

Essa combinação de elementos clínicos, que seria suficiente para orientar o diagnóstico na direção de processo infeccioso hepático, tende a aparecer somente em estágios tardios da doença (08,31).

Febre, variando de 38,5°C a 41°C, calafrios e sudorese profusa, são os sintomas mais constantes em pacientes com abscesso hepático piogênico (07,08,15,20,24,25,26,28,29), ocorrendo em

aproximadamente 90% dos casos (07,08,15,20,24,25). Nos abscessos múltiplos, a febre tende a aparecer e desaparecer, subitamente, na forma de picos. Frequentemente acompanha-se de calafrios. Já nos casos de abscesso solitário, o processo febril é insidioso e os calafrios são raros (07,24).

Dor abdominal é outro sintoma bastante frequente. Em geral, é uma dor constante, de moderada intensidade, localizada em hipocôndrio direito e área epigástrica, podendo irradiar-se para o ombro direito e, acentuar-se aos movimentos respiratórios, secundariamente à irritação diafragmática (15,20,24,25,26,31). Mal-estar, anorexia, vômitos e perda de peso são comuns.

Icterícia está presente em 10-15% dos casos, sendo discreta, tardia e ocorrendo mais naqueles pacientes adultos em que o abscesso é secundário à infecção do trato biliar (07,11,15,20,22,26,31).

O abscesso hepático piogênico pode acompanhar-se também de manifestações pulmonares como tosse, dispnéia, hemoptise, e isto resulta da expansão do processo para a cavidade pleural e parênquima pulmonar, gerando derrame pleural e pneumonia basal (25,28).

Dos achados de exame físico o mais importante, sem dúvida, é a hepatomegalia com sensibilidade à palpação do quadrante superior direito do abdômem. Ela estava presente em, aproximadamente, 60% dos casos, em vários relatos (15,20,25,28).

Naqueles casos em que existe comprometimento do pulmão direito, são encontrados estertores e o murmúrio vesicular está

diminuído.

Outros achados de exame físico menos frequentes, in
cluem: ascite, esplenomegalia e distensão abdominal.

IV - EXAMES COMPLEMENTARES

Laboratorialmente um abscesso hepático piogênico caracteriza-se por marcante leucocitose, às custas de polimorfonucleares, com desvio à esquerda. O VHS, em geral, se eleva (08,15,25,26,28). Anemia aparece nos casos mais crônicos. Fosfatase alcalina sérica elevada e hipoalbuminemia estão presentes em quase todos os pacientes. As demais provas de função hepática (TGO, TGP, bilirrubinas) tendem a estarem alteradas, somente nos casos em que há icterícia (26,31).

Radiografias simples do tórax e abdômen, são úteis para o diagnóstico e localização dos abscessos hepáticos. Nas incidências em perfil e pósterio-anterior do tórax, podemos encontrar elevação de cúpula diafragmática, compressão atelecfásica do pulmão, derrame pleural e pneumonia de base, todos no lado direito (08,15,25). O exame radiológico do abdômen, em 2 posições, pode demonstrar a hepatomegalia e níveis hidroaéreos no fígado. Na seriografia esôfago-gastro-duodenal, pode-se perceber aumento do lobo esquerdo hepático (15).

Um exame que tem se tornado praticamente indispensável na avaliação de pacientes com febre de origem obscura, hepatomegalia

ou dor no quadrante superior do abdômen, é a cintilografia hepática (09). Schumann relata que ela pode detectar lesões hepáticas que tenham diâmetro a partir de 2 centímetros e, que é o mais acurado de todos os procedimentos para o diagnóstico de um abscesso hepático (24). Os isótopos comumente usados, Tecnécio 99 e ouro coloidal, são captados pelas células de Kuppfer. Aquelas áreas destituídas destas células, como em abscessos, cistos e tumores, não terão capacidade de captar o material radiativo e serão as áreas ditas "frias" no papel cintilográfico. Este exame demonstrará a presença de uma área fria, na fase lateral ou antero-lateral do fígado, nos casos de abscessos solitários e, múltiplas áreas frias, quando existirem múltiplos abscessos (05,07,27).

Outro exame extremamente valioso para o diagnóstico de um abscesso hepático é, sem dúvida, a ultrassonografia. Apresenta a vantagem de poder caracterizar massas intra-hepáticas, como sendo massas sólidas ou císticas, algo que a cintilografia não é capaz de fazer. Além disso, é um exame não invasivo e que, sendo manuseado por um operador experiente, possui alta sensibilidade (10,18,27). A maioria dos abscessos apresentam-se no exame sonográfico, como massas bem definidas e isentas de ecos, com boa transmissão de sons através das mesmas.

A tomografia computadorizada também é um método bastante útil para o diagnóstico de lesões expansivas intra-hepáticas. Bartolozzi e cols. (02) fazem um estudo comparativo entre este exame e o anterior. Estes autores concluem que ambos, tomografia computadorizada e ultrassom, possuem um alto grau de acuracidade (90,6% e 93,3% respectivamente) para demonstrar lesões expansivas

do fígado. E que, se por um lado o ultrassom é mais sensível, por outro a tomografia possui maior especificidade. Isto significa dizer que com o ultrassom tem-se uma maior fração de indivíduos possuidores daquelas lesões, diagnosticados corretamente e que, com a tomografia tem-se uma maior fração de indivíduos não possuidores daquelas lesões, diagnosticados corretamente.

Outros exames de menor importância prática incluem: arte
riografia hepática, esplenoportografia e colangiografia endove
nosa.

V - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Um abscesso hepático piogênico pode manifestar-se tão somente por febre de origem obscura, ou então, o dado mais chamativo pode ser a hepatomegalia e, desta forma, uma ampla série de patologias deverá ser considerada no diagnóstico diferencial. Entretanto, faremos menção somente àquelas formas de lesões expansivas intra ou extra-hepáticas, em que, além da semelhança clínica, existe também uma semelhança radiológica e/ou cintilográfica com o abscesso hepático piogênico.

Abscesso Amebiano - É uma doença causada pela *Entamoeba histolytica*, adquirida através da ingestão dos cistos deste protozoário. Este, invade a mucosa intestinal, ganha a circulação portal e chega ao fígado, liberando enzimas proteolíticas e causando infartos focais. Os abscessos ocorrem mais frequentemente no lobo direito do fígado, podendo ser únicos ou múltiplos. O conteúdo destas lesões possui aspecto característico de chocolate ou pasta de anchova.

O abscesso amebiano incide mais no sexo masculino, afetando-o na época de sua produtividade, sendo incomum nos extremos da vida (07). A apresentação clínica é lenta, insidiosa, e consisis

te principalmente de sintomas dispépticos, dor no hipocôndrio direito e hepatomegalia. Cerca de 1/4 dos pacientes, refere história passada compatível com amebiase intestinal (06).

Testes de fixação de complemento, testes de gel difusão e testes com anticorpos fluorescentes, tem valor discutível. Já o teste de hemaglutinação indireta possui uma sensibilidade de 96% e é de valor na distinção com o abscesso hepático piogênico (31).

Cisto Hidático - A hidatidose ou equinococose é uma doença parasitária causada pela forma larvária do cestódeo Echinococcus granulosus. Seu hospedeiro definitivo é o cão, que elimina em suas fezes, os ovos do parasita, que serão ingeridos pelo hospedeiro intermediário, em geral, o boi e o carneiro e, acidentalmente, o homem. A doença distribui-se universalmente, predominando, todavia, em áreas de criação de gado ovino ou bovino. Os cistos desenvolvem-se em vários tecidos, mas, no homem, em 75% dos casos, o fígado é o órgão acometido (34).

A sintomatologia consiste, basicamente, de dor abdominal, em tudo semelhante à cólica biliar, sintomas dispépticos e icterícia discreta. Entretanto, quando o cisto rompe para a cavidade peritoneal, o quadro assume caráter agudo com dor abdominal intensa, febre e urticária.

No hemograma, encontramos eosinofilia. Dos testes imunobiológicos, as reações de Casoni, de imunoeletroforese e de hemaglutinação são os mais sensíveis, apresentando o último, maior especificidade (34). Quando o cisto é calcificado, a radiografia

simples do abdômen sugere fortemente o diagnóstico (21).

Abscesso Sub-frênico - São aqueles abscessos que ocorrem entre a face superior do fígado e a superfície diafragmática, estando associados à doença biliar, gastroduodenal ou cirurgia de abdômen superior. A sintomatologia consiste, basicamente, de dor em quadrante superior direito do abdômen e febre. Calafrios são raros. Em geral, não existem sinais de localização tais como, dor à palpação, eritema e edema intercostal (07). Achados radiolôgicos de derrame pleural, associado à nível hidroaéreo sub-frênico, é patognomônico desta doença (27).

Tumor Hepático - Em crianças, os tumores malignos primitivos do fígado são raros e, em geral, não são cirróticos (05). Ishak e Glunz (33) classificam-nos em 2 grupos: hepatoblastoma e hepatocarcinoma. Predominam no sexo masculino, possuindo um início insidioso com febre, sintomas dispépticos, dor abdominal, icterícia e perda de peso. O exame radiológico pode surpreender áreas de calcificação no tumor. Os níveis de colesterol sérico tendem a estar aumentados. O prognóstico é sombrio.

Outras formas de lesões expansivas que merecem citação incluem os hematomas hepáticos, metástases hepáticas, cistos de colédoco, tumores renais e supra-renais, etc. .

Em todas estas patologias relacionadas ou comentadas acima, a abordagem diagnóstica à base de ultrassom e/ou tomografia computadorizada e/ou cintilografia hepática está indicada, embora nem sempre tais exames consigam especificar a natureza da lesão.

VI - TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

O tratamento de um abscesso hepático piogênico baseia-se, fundamentalmente, em 2 itens: drenagem cirúrgica e antibioticoterapia adequada. A mortalidade desta infecção permanece alta, mesmo nos tempos atuais, porque, geralmente, o diagnóstico é tardio e os pacientes possuem sérias patologias concomitantes (11,24,26,27). Chusid (04) encontrou mortalidade de 42% entre crianças sem doença granulomatosa crônica, e de 27% naquelas portadoras desta afecção. No primeiro grupo, sépsis generalizada foi a principal causa de abscesso e 30% dos pacientes possuíam alguma forma de doença imunossupressora, principalmente leucemia aguda. Em estudos feitos, por outros autores, considerando também a população adulta, tem-se encontrado mortalidade variando entre 30% a 90% dos casos (20,27,30).

A drenagem cirúrgica do abscesso deve ser feita, tão logo uma suspeita razoável tenha sido estabelecida. A drenagem pode ser aberta, ou então, percutânea. A drenagem cirúrgica aberta, por via extra-pleural ou intra-peritoneal, passou a ser amplamente divulgada a partir de 1938, após as publicações de Oschner (22). Entretanto, muitas dificuldades foram sendo encontradas com esta técnica, no sentido de não se conseguir, por vezes, localizar o abscesso, ou no sangramento importante verificado

no trans-operatório; até que em 1968, Joseph (22) relatou o uso da drenagem percutânea, com sucesso, em seus pacientes. Johnson e cols (14), baseados em seu estudo, realizado em 1983, indicam esta técnica como a primeira escolha para o tratamento cirúrgico do abscesso hepático piogênico, bem como para o de outras formas de abscessos intra-abdominais. Os trabalhos de Mc Corkelle Niles, em 1985, reforçam este pensamento (23).

O material purulento drenado do abscesso, deve ser cultivado, inclusive em meio para anaeróbios. A terapêutica antibiótica deve ser instituída antes mesmo dos resultados da cultura; baseada nas probabilidades estatísticas que determiandas bactérias possuem, de serem os agentes etiológicos. Desta forma, deve-se procurar atingir estreptococos aeróbios, Staphylococcus aureus, Escherichia coli e anaeróbios, inicialmente (04,16,27).

VII - RELATO DO CASO

L.R.A., 14 anos, sexo masculino, branco, natural e procedente de São Lourenço do Oeste (SC), filho de agricultores, número de registro 050957, deu entrada no Hospital Universitário (HU) em 12 de março de 1986, encaminhado de sua cidade natal.

Há 9 meses iniciou com febre elevada e dor na perna direita, inclusive com dificuldade para deambular. Foi então internado por um período de 5 dias, em sua cidade natal. Um mês após a alta hospitalar iniciou com picos febris diários, dor no hipocôndrio direito, apresentando-se amarelado e com urina escura (SIC). Novamente internado, recebeu alta após 5 dias de internação, novamente sem um diagnóstico esclarecido. A partir de então, passou a apresentar astenia e perda de peso. Foi internado pela terceira vez em São Lourenço do Oeste, para investigação diagnóstica. Como não se chegou a uma conclusão, foi encaminhado para o Hospital Universitário de Florianópolis. Os métodos diagnósticos, resultados e condutas terapêuticas adotados no hospital de São Lourenço do Oeste são desconhecidos, pois as tentativas de contato com o mesmo, foram todas frustradas.

Na internação, o paciente queixava-se de dor no hipocôndrio direito, anorexia, astenia e, seus familiares relatavam perda

de peso igual a 10kg em, mais ou menos, 8 meses.

Ao exame físico notava-se estado geral comprometido, apatia, hipotrofia muscular, escassez de tecido celular sub-cutâneo e palidez cutâneo-mucosa de ++/++++. Também apresentava hiperemia conjuntiva e secreção purulenta em ambos os olhos, além de lesões de pele e fâneros compatíveis, respectivamente, com escabiose e pediculose. O paciente estava eupneico, hidratado e sua ausculta cárdio-pulmonar era normal. Seu peso corporal era de 30kg e a temperatura axilar de 37,4°C.

Na inspeção do abdômen, observou-se a presença de uma abaulamento em hipocôndrio direito, de pequena circulação colateral na área de projeção do fígado e edema de parede, nesta região. Havia hepatomegalia, onde o fígado era percutível a partir do 4º espaço intercostal direito e, palpado a 3 centímetros do rebordo costal direito, com consistência aumentada, superfície irregular, bordo rombo e sensível.

Foram realizados os seguintes exames no dia da internação:

. Hemograma: Leucócitos 12000; 4% bastões, 79% segmentados, 1% basófilos, 5% eosinófilos, 8% linfócitos típicos, 3% monócitos.

Hematócrito = 31%

Hemoglobina = 9,9g%

. Velocidade de hemossedimentação: 79mm na 1ª hora.

. Parcial de urina: dentro dos limites da normalidade.

. Bilirrubina total = 0,48mg% (fração direta = 0,13mg% e fração indireta = 0,35mg%).

- . Amilasemia = 116U/dl
- . Gama-GT = 35U/l
- . Fosfatase alcalina sérica = 85U/l
- . Fibrinogênio = 500mg%
- . TAP = 11" - 100%
- . GOT = 10UK; GPT = 5,5UK; relação GOT/GPT = 1,82
- . Glicemia = 79mg%
- . Proteínas totais = 6,9g% (Albumina: 41%; alfa-1-globulina: 4%; alfa-2-globulina: 14%; beta-globulina: 12%; relação A/G = 0,7).
- . Pesquisa de antígeno Austrália: negativo.
- . Parasitológico de fezes: Strongyloides stercoralis.

No RX simples de tórax evidenciou-se elevação da cúpula frênica direita, com obliteração do seio costofrênico (derrame pleural). Aparente reação periostal dos últimos arcos costais à direita.

No RX simples de abdômen observou-se um rechaçamento medial da linha pré-peritoneal direita e distribuição gasosa normal.

No dia 14/04/86 foi realizado novo hemograma, que revelou: Leucócitos 15300; 3% bastões; 2% metamielócitos; 1% mielócitos; 67% segmentados; 9% eosinófilos; 16% linfócitos típicos; 2% monócitos. O hematócrito estava em 32% e a hemoglobina era de 10,2g%.

No dia 15/03/86 foi realizada uma cintilografia hepática que demonstrou uma área não captante com 9 cm de diâmetro em lobo hepático direito.

No dia 17/03/86 foi realizada ultrassonografia hepática onde identificou-se uma formação arredondada de textura mista, medindo 9,1 X 8,2cm, com parede espessa, localizada no lobo direito do fígado em situação infra-diafragmática.

No dia 19/03/86 realizou-se uma pielografia endovenosa, revelando eliminação do contraste sob baixa densidade pelo rim direito. Não havia alterações morfológicas ou quaisquer outras alterações importantes.

O paciente evoluía bem, mantendo-se afebril, anictérico e em regular estado geral. Internado, recebeu tratamento para as patologias associadas (conjuntivite purulenta, estrongiloidíase, escabiose e pediculose). No dia 15/03/86, devido à forte suspeita de abscesso hepático piogênico, decidiu-se iniciar antibioticoterapia à base de cloranfenicol e amicacina. Após 6 dias com este tratamento, o paciente foi transferido para o Hospital Infantil Joana de Gusmão, para ser feita uma laparotomia explorada.

Após 2 dias de internação neste hospital, o paciente passou a apresentar picos febris diários. Levado à cirurgia no dia 25/03/86, evidenciou-se à laparotomia a presença de um abscesso de parede em continuidade com um abscesso hepático, sendo então realizada uma drenagem extra-peritoneal dos mesmos. No pós-operatório, iniciou-se uma cobertura antibiótica à base de cefalotina e amicacina. A cultura do material purulento drenado do abscesso, posteriormente revelou *Staphylococcus aureus*, como agente etiológico. Resolveu-se, então, manter somente a cefalosporina. O paciente recebeu alta hospitalar, 22 dias após a cirurgia, em boas condições, retornando a sua vida normal.

VIII - DISCUSSÃO

Relatamos o caso de uma criança que desenvolveu um abscesso hepático piogênico. Como já foi referido anteriormente, esta é uma infecção muito rara na infância e que, geralmente, ocorre em crianças imunocomprometidas. Em nosso paciente, não havia nenhum sinal clínico ou laboratorial, que sugerisse a presença de uma patologia básica, que levasse a um estado de déficit imunológico. O paciente referia uma queda de cavalo sofrida há, mais ou menos, um ano, ou seja, cerca de 3 meses antes do início do quadro clínico. Sabe-se que traumas não penetrantes do fígado, tornam possível a multiplicação e invasão bacterianas, a partir de bactérias autóctones, normalmente não patogênicas (24). O possível papel desempenhado pelo trauma sofrido pelo nosso paciente, na formação do seu abscesso, é discutível, e não nos sentimos à vontade para classificá-lo como sendo ou não, criptogenético.

O quadro clínico apresentado, foi aquele característico de um abscesso hepático piogênico, ou seja: Febre, hepatomegalia e dor no hipocôndrio direito. No hemograma havia leucocitose com neutrofilia e desvio à esquerda, compatível com o quadro infeccioso, e anemia, que realmente tende a ser encontrada nos casos mais crônicos (07). A fosfatase alcalina estava em níveis normais,

e isto está em desacordo com o encontrado na literatura, segundo a qual, a maioria dos pacientes apresenta elevação desta enzima (25, 30). As demais provas de função hepática estavam, também, dentro dos limites da normalidade, exceto por um discreto aumento na gama-glutamyl-transferase. Hipoalbuminemia estava presente, e a intensidade desta, guarda relação com o prognóstico. Tanto pior ele será, quando mais baixos forem os níveis de albumina (20). No caso relatado a hipoalbuminemia era apenas discreta.

O paciente foi submetido a exames de ultrassonografia e cintilografia hepáticas, que indicaram a presença de uma lesão expansiva no lobo hepático direito sem, todavia, especificar a sua natureza (cística ou sólida). À laparotomia encontrou-se abscesso de parede em continuidade com um abscesso hepático. Enquanto aguardava-se o resultado da cultura, foram prescritos amicacina e cefalotina. No entanto, esta cobertura antibiótica não abrange anaeróbios. Segundo Reber (27), eles estão envolvidos em 50 a 75 por cento dos casos. Posteriormente, a cultura revelou Staphylococcus aureus como agente etiológico. Manteve-se, então, somente a cefalotina até se completar 30 dias de antibioticoterapia.

IX - CONCLUSÃO

1. Abscesso hepático piogênico é uma infecção rara na criança.
2. Abscesso hepático piogênico na criança, está frequentemente associado à doenças que comprometem a defesa imunológica, particularmente leucemia aguda e doença granulomatosa crônica.
3. Deve-se considerar o diagnóstico de abscesso hepático piogênico, em toda criança com febre de origem obscura.
4. Os achados clínicos mais comuns são febre, dor no hipocôndrio direito e hepatomegalia.
5. Os exames mais importantes para o diagnóstico são ultrassonografia, cintilografia e tomografias computadorizada.
6. Os agentes etiológicos mais comuns são estreptococos aeróbios, Staphylococcus aureus, Escherichia coli e anaeróbios.
7. Drenagem cirúrgica e antibioticoterapia adequada são os pontos capitais do tratamento.

X - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ALTMAN, R.P. & STOLAR, C.J.H. Liver abscess. Surg.clin. of North America, 65(5): 1261-4, 1985.
02. BARTOLTOZ, C. et al. Ultrasound and computer tomography in the evaluation of focal liver disease. Acta Radiol., 22(5): 545-47, 1981.
03. BASSANI, I. et al. Chronic granulomatous disease. Pediatr. Radiol., 11(2): 105-8, 1981.
04. CHUSID, M.J. Pyogenic hepatic abscess in infancy and childhood. Pediatrics, 62(4): 554-9, 1978.
05. DANI, R. & CASTRO, L.P. Gastroenterologia clínica. In: GONÇALVES, C.S. & PEREIRA, F.L.E. Tumores do fígado. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981, v.2, cap.58, p.903-17.
06. DANI, R. & CASTRO, L.P. Gastroenterologia clínica. In: LIMA, M.B.C. & SILVA, M.A. CISTOS. ABCESSOS. TUBERCULOSE. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981, v.2, cap.59, p.918-25.
07. DeBAKEY, M.E. & JORDAN, L.G. Hepatic abscesses, both intra- and extra hepatic. Surg.clin. of North America, 57(2): 325-37, 1977.
08. GAISFORD, W.D. & MARK, J.B.D. Surgical management of hepatic abscess. An.J.Surg., 118: 317-25, 1969.

09. GANTZ, N.M. & GLECKMAN, R.A. Filling defect of the liver. In: Manual of clinical problems in infectious disease. Boston, Little, Brown, 1979. p.83-88.
10. GERZOF, S.G. & JOHNSON, W.C. Aspectos radiológicos do diagnóstico e tratamento dos abscessos abdominais. Clínica Cir. Amer. Norte, 1: 57-71, 1984.
11. GRANT, R.N. et al. Hepatic abscess. Am.J.Surg., 118: 15-20, 1969.
12. HARRINGTON, E. & BLEICHER, M.A. Cryptogenic hepatic abscess in two uncompromised children. J.Pediatr.Surg., 15(5): 660-1, 1980.
13. ISSELBACHER, K.J. et al. Harrison medicina interna. In: DALE, D.C. Anormatides dos leucócitos, 9ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980, cap.56, p.317-24.
14. JOHNSON, R.D. et al. Percutaneous drainage of pyogenic liver abscesses. Am.J.Radiol., 144: 463-7, 1985.
15. JOSEPH, W.L. et al. Pyogenic liver abscess. Changing patterns in approach. Am.J.Surg., 115: 63-8, 1968.
16. KAPLAN, L.S. & FEIGIN, R.D. Pyogenic liver abscess in normal children with fever of unknown origin. Pediatrics, 58(4): 614-6, 1976.
17. LARSEN, R.L. & RAFFENSPERGER, J. Liver abscess. J.Pediatr.Surg. 14(3): 329-31, 1979.
18. LAURIN, S. & KANDE, J.V. Diagnosis of liver - spleen abscesses in children - with emphasis on ultrasound for the initial and follow-up examinations. Pediatr.Radiol., 14: 198-204, 1984.

19. LAWSON, T.L. Hepatic abscess: ultrasound as an aid to diagnosis. Digestive Diseases, 22(1): 33-7, 1977.
20. LAZARCHICK, J. et al. Pyogenic liver abscess. Mayo clin.Proc. 48(5): 349-55, 1973.
21. LIMA, J.P. & LIMA, L.M.P. Hidatidose hepática. Mod. Hepatol. 10(2): 1-11, jun. 1985.
22. MARTIN, E.C. et al. Percutaneous drainage in the management of hepatic abscesses. Surg.Clin. of North America, 61(1): 157-67, 1981.
23. McCORKELL, S.J. & NILES, N.L. Pyogenic liver abscess another look at medical management. Lancet, 1_803-6, apr.6, 1985.
24. OCHSNER, A. Pyogenic abscess of the liver. In: BOCKUS, H.L. Gastroenterology. 3ed. Philadelphia, Saunders, 1976, v.3 , chap.114, p.517-20.
25. OSTERMILLER, W. & CARTER, R. Hepatic abscess. Current concepts in diagnosis and management. Arch.Surg., 94: 353-6, 1967.
26. PRICE, J.E. et al. Diagnosis and treatment of intrahepatic abscess. Am.Surg., 33(10): 820-5, 1967.
27. REBER, H.A. Abscessos abdominais e fistulas gastrointestinais. In: SLEISENGER, M. & FORDTRAN, L. Tratado de gastroenterologia. 2ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980, v.1, cap. 23, p.363-72.
28. RUBIN, R.H. et al. Hepatic abscess: changes in clinical, bacteriologi and therapeutic aspects. Am.J.Medicine, 57: 601-9, 1974.
29. SALVIANO FILHO, P. et al. Abscesso hepático. Experiência do H.S.E. em 25 anos. Revisão da literatura brasileira. Rev. Med. H.S.E., 25: 299-331, 1973.

30. SATIANI, B. & DAVIDSON, E.D. Hepatic abscesses: improvement in mortality with early diagnosis and treatment. Am.J.Surg. 135: 647-50, 1978.
31. SHERLOCH, S. O fígado nas infecções e na colite ulcerativa. In: _____. Doenças do fígado e do sistema biliar. 4ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1970, cap.24, p.683-99.
32. STEELE, N.P. & SIMMONS, W.M. Liver abscess in previously healthy children. Southern Medical J., 73(6): 793-5, 1980.
33. TIEN-YU, L. Tumores of the liver. In: BOCKUS, H.L. Gastroenterology. 3ed. Philadelphia, Saunders, 1976, v.3, chap.115, p.522-32.
34. VILARDELL, F. Echinococcus (hidatid) cysts of the liver. In: BOCKUS, H.L. Gastroenterology. 3ed. Philadelphia, Saunders, 1976, v.3, part. II, p.570-74.

**TCC
UFSC
PE
0103**

N.Cham. TCC UFSC PE 0103

Autor: Nardelli, Jaime Lu

Título: Abscesso hepático piogênico na c



972803140

Ac. 253747

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM