

Manifestações torácicas dos abscessos hepáticos

João Carlos Corrêa¹, Vera Lúcia França Corrêa²

Trabalho realizado no Hospital dos Servidores do Estado — Rio de Janeiro — RJ.

1. Chefe do Setor de Pneumologia do HSE-RJ

2. Médica do Setor de Gastroenterologia do HSE-RJ

Pulmão-RJ | 97-99, 1991.

Resumo

As doenças do abdome superior freqüentemente determinam o aparecimento de sintomas respiratórios ou alterações no tórax. Dentre as doenças infradiafragmáticas associadas a tais complicações, o abscesso hepático é comumente citado. Visando determinar a incidência de tais achados, estudamos retrospectivamente 25 casos de abscessos hepáticos. Sessenta por cento dos casos foram diagnosticados em homens e a faixa etária mais acometida foi entre 21 e 40 anos (40% dos casos). Os agentes etiológicos identificados foram bactérias em 68% dos casos, amebas em 24% e *Ascaris lumbricoides* nos 8% restantes. A proporção de pacientes que apresentou sintomas pleuropulmonares foi de 56%, sendo tosse e dor pleurítica os mais freqüentes. Alterações no radiograma do tórax foram observadas em 36% dos casos: elevação da hem cúpula diafragmática direta em 32% e derrame pleural direto em 24% dos doentes, entre outros achados. Concluímos que manifestações clínicas e radiológicas ocorrem em aproximadamente metade dos doentes com abscesso hepático, podendo servir, em associação com o restante do quadro clínico, como auxílio diagnóstico.

Summary

Diseases of the upper abdomen frequently lead to respiratory symptoms

or radiological alterations. Hepatic abscess can be a cause for these. Twenty five patients with hepatic abscess were retrospectively reviewed.

Men accounted for 60% of the subjects and the most commonly affected age range was from 21 to 40 years. In 68% of subjects the causative agent were bacteria, amoebas in 24% and *A. lumbricoides* were responsible in 8%. The general incidence of thoracic complications was 56% and the most frequent symptoms were cough and pleural pain. Chest roentgenograms were altered in 36% of patients: revealing elevation of the right hemidiaphragm in 32%, right pleural effusion in 24% of patients. We concluded that half the patients with liver abscess have abnormal findings on chest roentgenogram and this is helpful in the diagnosis.

Introdução

O abscesso hepático é considerado de baixa prevalência nos países desenvolvidos, sendo responsável por apenas cerca de 0,02% das admissões hospitalares e sua etiologia mais freqüente está relacionada a infecções bacterianas⁽⁸⁾. Nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos há uma maior incidência, além de sua etiologia estar mais comumente associada a amebíase (*Entamoeba histolytica*) e eventualmente a lesão hepática causada pela migração bilio-hepática do *Ascaris lumbricoides*. Atualmente a faixa etária mais comprometida é a mais idosa, em contraposição a décadas passadas, quando o abscesso hepático secundário a apendicite aguda não era raro⁽⁷⁾ nas outras faixas etárias.

As manifestações clínicas associadas ao abscesso hepático podem ter um caráter subagudo, mais freqüente em casos de abscessos únicos, quando o lobo direito é mais comumente comprometido, ou, um quadro agudo em casos de abscessos múltiplos, que tipicamente são microscópicos, estando associados com bacteremia sistêmica ou obstrução completa da via biliar. Nos livros texto citam-se como sintomas mais freqüentes nesta doença: febre em mais de 90%, calafrios, náuseas, vômitos, anorexia, perda de peso e astenia. Dor abdominal ou hipersensibilidade a palpação no hipocôndrio direito estão presentes em cerca de metade dos casos, assim como hepatomegalia, embora icterícia ocorra em apenas um terço e nem sempre é consequência do próprio abscesso hepático, mas sim manifestação de uma obstrução biliar extra-hepática. Menos comumente os sintomas iniciais podem incluir dor torácica do tipo pleurítica no hemitórax direito, além de tosse, dispnéia e hemoptise.

Entretanto, por termos constatado, em alguns casos de abscesso de fígado importantes alterações torácicas, fizemos um estudo retrospectivo de 25 casos, para análise de tais alterações, comparando os dados com os da literatura médica sobre o assunto.

Pacientes e métodos

Foram analisados, retrospectivamente, os prontuários de 25 pacientes com o diagnóstico de abscesso de fígado, internados no Hospital dos Servidores do Estado, em período de cinco anos. Somente foram incluídos nesta série os casos com diagnóstico clínico, radiológico ou cirúrgico de abscesso hepático. Dos vinte e cinco

casos estudados, 15 (60%) pertenciam ao sexo masculino e 10 (40%) ao sexo feminino, com idade variando entre 10 e 65 anos e com uma concentração maior entre 21-40 anos, conforme consta na tabela I.

Foram levantadas informações relativas aos sinais e sintomas, exames complementares realizados, tratamento e a evolução de cada caso.

Resultados

A febre foi a manifestação clínica mais evidente, sendo constatada em 96% dos pacientes; emagrecimento estava presente em 64% dos casos, além de outros achados que tiveram uma frequência menor, conforme tabela II.

Na tabela III destacamos os sintomas pleuropulmonares, que ocorreram em 36% dos pacientes sendo o mais freqüente a dor pleurítica em base direta (24%). Um dos pacientes teve vômitica, com eliminação de grande quantidade de secreção achocolatada.

A elevação da cúpula diafragmática direta foi visualizada no radiograma torácico em 32% dos casos, além de outros achados, que estão sumarizados na tabela IV.

A etiologia microbiana dos abscessos foi a seguinte: 17 casos (68%) por bactérias, 6 casos (24%) por *E. histolytica* e em 2 casos (8%) associada a migração bílio-hepática de *A. lumbricoides*.

Doze pacientes faleceram, conforme consta na tabela V, sendo a septicemia a principal causa de morte.

Discussão

Na análise dos 25 casos, observamos que 56% destes ocorreram entre 21-40 anos e 44% dos pacientes tinham acima de 41 anos. Este achado é representativo do que ocorre no terceiro mundo, visto que em países desenvolvidos, são relacionadas séries em que a idade média é de 53 anos e a incidência maior ocorre na sexta década⁽¹⁾. Tal fato parece refletir as melhores condições sanitárias no primeiro mundo e, como consequência, etiologias diversas do abscesso de fígado. Neste particular, são interessantes os relatos de países desenvolvidos onde há uma menor prevalência de amebíase como causa de abscesso hepático, estando mais comumente associado a doenças biliares, neoplasias malignas da cavidade abdominal

TABELA I
Abscesso hepático — 25 casos
Faixa etária

Idade/Anos	Número	%
1-20	4	16
21-40	10	40
41-60	5	20
>60	6	24
Total	25	100

TABELA II
Manifestações clínicas dos abscessos hepáticos
25 casos

Manifestações clínicas	Número	%
Febre	24	96
Emagrecimento	16	64
Astenia	10	40
Anorexia	8	32
Hepatomegalia	16	64
Icterícia	15	60
Dor abdominal	14	56
Vômitos	8	32

TABELA III
Sintomas pleuropulmonares — Abscesso hepático
25 casos

Sintomas	Número	%
Dor Pleurítica	6	24
Tosse seca	5	20
Tosse produtiva	3	12
Dispneia	3	12
Pacientes com sintomas	9	36

TABELA IV
Manifestações radiológicas pleuropulmonares
25 casos de abscesso hepático

Achados radiológicos	Número	%
Elevação de cúpula diafragmática	8	32
Derrame pleural	6	24
Atelectasias laminares em base direita	6	24
Condensação	3	12
Total dos casos positivos	9	36

e doenças com deficiência imunológica. A participação da amebíase e da ascaridíase como causa desta lesão hepática é mais freqüente em países subdesenvolvidos, como comprova também a presente série.

As manifestações clínicas do abscesso hepático estão mais ligadas ao

TABELA V
Causa mortis nos casos de abscessos hepáticos
25 casos de abscesso hepático

Causa	Número	%
Sépsis	9	75
Peritonite	2	16,6
H. digestiva	1	8,4
Total	12	100

quadro infeccioso-consumptivo (febre, emagrecimento, astenia) ou as alterações hepáticas (hepatomegalia, icterícia, dor abdominal), de acordo com nossos achados e de outros autores.

O abscesso amebiano na sua forma mais comum de apresentação tem sintomatologia rica, entretanto Schattner⁽⁹⁾ chama atenção para a possibilidade de curso silencioso do abscesso, havendo apenas elevação de cúpula diafragmática direta no radiograma de tórax. Também no abscesso hepático piogênico de origem biliar os sintomas clássicos podem estar ausentes de acordo com Fischer e Beaton⁽²⁾.

O abscesso hepático próximo ou envolvendo a superfície diafragmática induz reações inflamatórias do diafragma, da pleura, do pericárdio ou dos pulmões.⁽³⁾ O abscesso pode também romper, através de necrose do diafragma nos espaços pleural e pericárdico ou dentro das vias aéreas; ocasionalmente a cavidade pleural e as vias aéreas podem ser invadidas simultaneamente⁽⁵⁾. Acharmos interessante que nas revisões gerais sobre abscesso hepático, a citação dos sintomas relacionados ao tórax não é explícita.⁽⁴⁾

Entre nossos 25 pacientes, 9 (36%) apresentaram sintomas pleuropulmonares, sendo dor pleurítica e tosse os mais comuns. Um dos pacientes com abscesso amebiano de fígado apresentou tosse com vômitica, expectorando grande quantidade de secreção espessa, de cor achocolatada, sendo posteriormente comprovada a existência de fístula bílio-brônquica. Em termos de alterações no radiograma de tórax a mais freqüente é a elevação da cúpula frênica direita⁽³⁾ (figura 1). Constatamos derrame pleural direito em 24% dos nossos casos.

Todo derrame pleural associado a abscesso hepático deve ser investigado; habitualmente trata-se de empiema, que necessita ser prontamente

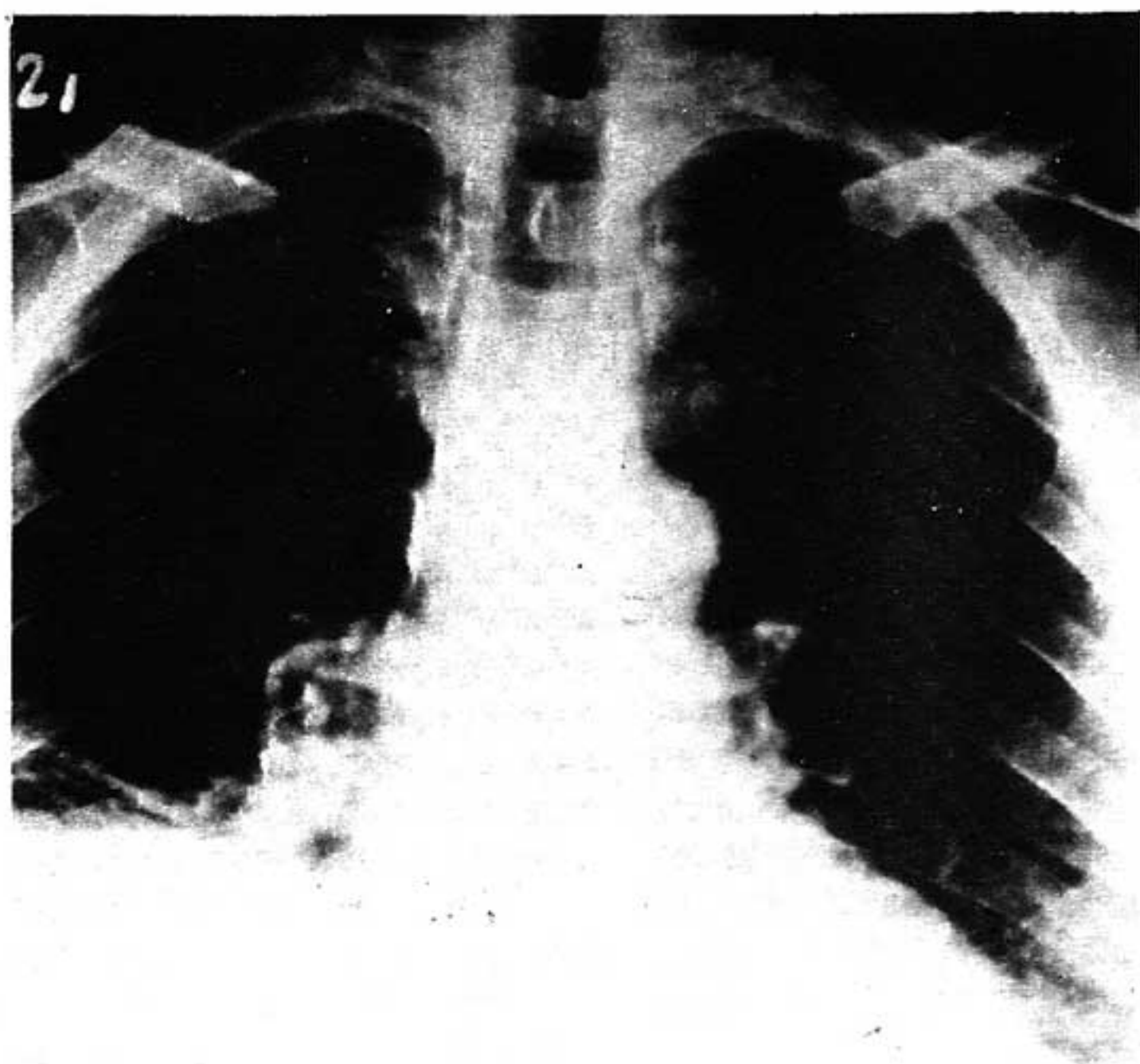


Figura 1. Elevação da cúpula frênica direita em abscesso hepático.

drenado⁽⁹⁾. O aspecto macroscópico do líquido pleural, nos casos de abscesso hepático amebiano, frequentemente é achocolatado, mas cor e consistência podem variar⁽⁵⁾. Valero e cols.⁽¹⁰⁾ relatam um caso de abscesso hepático como complicação de Doença de Crohn, o que é uma eventualidade rara, que se manifestou clinicamente como empiema pleural.

Os avanços recentes nos métodos de imagem associados a história clínica permitem diagnóstico precoce e acurácia em mais de 95% dos casos. Na literatura mundial os resultados obtidos com ultra-sonografia (US) e tomografia computadorizada (TC) são altamente específicos, sendo comparáveis em positividade para o diagnóstico, o que propicia o início mais rápido da terapêutica, melhorando o prognóstico e diminuindo o tempo de internação.⁽⁴⁾

A determinação da origem do abscesso deve ser perseguida sempre pois tem importância determinante na escolha da terapêutica.

A terapêutica ideal para os abscessos hepáticos ainda é polêmica. Até a década de 70 a cirurgia era muitas vezes a primeira opção para tratamento dos abscessos hepáticos, porém a utilização da ultra-sonografia e posteriormente da tomografia computadorizada levaram ao uso mais frequente da drenagem percutânea⁽¹⁾. A experiência mostra que devemos usar antimicrobianos que sejam ativos contra gram-negativos aeróbios e anaeróbios. Permanece válida a utilização de um aminoglicosídeo com clindamicina ou metronidazol, visto que ambos metronidazol e clindamicina atuam contra os anaeróbios, têm boa penetração nas cavidades e com uso de curta duração não provocam efeitos colaterais significativos.

Apesar dos avanços tecnológicos para diagnóstico e novas abordagens terapêuticas o abscesso hepático piogênico permanece um grande desafio⁽¹⁾ e ainda tem alta mortalidade, conforme nossa casuística e de outros autores.

Há uma correlação diagnóstica com doenças infecciosas do trato biliar, neoplasias malignas, bacteremia, traumas torácicos e abdominais e os abscessos⁽¹⁾. O diagnóstico precoce do abscesso hepático é também importante no sentido prognóstico.

Em função dos aspectos aqui discutidos é necessário que clínicos e pneumologistas estejam alertas para o diagnóstico do abscesso de fígado, visto que manifestações torácicas ocorrem em 40% dos pacientes, muitas vezes representando a forma de início da doença.

Referências bibliográficas

1. Branum GD, Tyson GS, Branum MA, and Meyers WC: Hepatic abscess. *Ann Surg*, 212: 655-662, 1990.
2. Fischer MG and Beaton HL: Un-suspected hepatic abscess associated with biliary tract disease. *Am J Surg* 146: 659-62, 1983.
3. Louie S and Goebel PJ: The rise and fall of the diaphragm. *Chest* 92: 1083-1084, 1987.
4. Gyorffy EJ, Frey CF, Silva Jr J and McGahan J: Pyogenic liver abscess. *Ann Surg* 206: 699-705, 1987.
5. Ibarra-Perez C: Thoracic complications of amebic abscess of the liver. *Chest* 79: 672-77, 1981.
6. Light RW: Exudative pleural effusions secondary to gastrointestinal diseases. *Clin. Chest Med* 6: 103-111, 1985.
7. MacDonald MI, Corey GR, Gallis MA and Dwack DT: Single and multiple pyogenic liver abscesses. *Medicine* 63: 291, 1984.
8. Rubin RH, Schwartz MN and Malt R: Hepatic abscess: changes in clinical, bacteriologic, and therapeutic aspects. *Am J Med* 57: 601-610, 1974.
9. Schattner A, Hai E, Bebtwich Z: Silent amebic liver abscess. *Arch Intern Med* 147: 2054-5, 1987.
10. Valero V, Senior J and Watanakunakorn C: Liver abscess complicating Crohn's disease presenting as thoracic empyema. *Am J Med* 79: 659-62, 1985.