



ABSCESSO HEPÁTICO

Hepatic abscess

Unitermos: abscesso hepático, fígado, abscesso.
Uniterms: hepatic abscess, liver, abscess.

Orlando Jorge Martins Torres

Professor assistente de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestre em Clínica Cirúrgica e coordenador do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral da UFMA.

Walquíria Lemos Ribeiro da Silva

Residente de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Oswaldo Malafaia

Professor titular e coordenador do Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná, níveis Mestrado e Doutorado.

Trabalho realizado no Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) - São Luís - MA.

Endereço para correspondência:

Orlando Torres - Rua Ipanema, 1 - Ed. Luggano - B1 I/204 - São Francisco - CEP 65076-060 - São Luís - MA.

RESUMO

Abscesso hepático piogênico e amebiano são entidades raras que ameaçam a vida. A sobrevivência do paciente depende do diagnóstico precoce e tratamento imediato. Vários fatores, incluindo os mais novos métodos de imagem, agentes amebicidas, antibióticos, melhores técnicas de drenagens, cuidados anestésicos, cirúrgicos e de pós-operatório, têm melhorado a sobrevida de pacientes com abscesso hepático. Os autores fazem uma revisão do tratamento do abscesso hepático, com particular interesse à incidência, etiologia, patogenia, meios diagnósticos e avanços terapêuticos.

INTRODUÇÃO

A primeira descrição de abscesso hepático foi feita por Bright, em 1836⁽⁷⁾. A partir daí, a mortalidade tem diminuído e a incidência parece ter aumentado. Em 1938, Oschner⁽²²⁾ observou que 0,0008% dos pacientes hospitalizados apresentavam abscesso hepático, enquanto que Branum e col., em 1990, registrou uma incidência de 0,022%⁽⁶⁾. Isto pode ser atribuído, entre outros fatores, ao aumento de recursos diagnósticos como ultra-sonografia e tomografia computadorizada nos anos 70, bem como as mudanças no padrão etiológico, particularmente quando relacionado a abscesso hepático piogênico.

A frequência do abscesso amebiano tem mostrado alterações similares. Enquanto o abscesso piogênico predomina claramente em países desenvolvidos, o abscesso amebiano constitui menos de 2%^(4,15). Este é mais frequente em países em desenvolvimento. No passado, o abscesso hepático piogênico ocorria principalmente em homens e com elevada incidência em pacientes jovens ou naqueles entre a terceira e quarta década de vida. Atualmente, a doença predomina no idoso e sem particularidades por sexo. Esta mudança aparente pode ser devido à diminuição da importância da apendicite aguda como fator etiológico e ao aumento das neoplasias e doenças debilitantes complexas, contribuindo para abscesso hepático em pacientes idosos^(14,17,31).

ETIOLOGIA

Abscesso piogênico

Os fatores responsáveis por abscesso hepático piogênico são registrados na Tabela 1^(2,6). Estes abscessos são frequentemente de causa primária conhecida. Antes da era dos antibióticos, a causa primária era infecção abdominal, particularmente apendicite

TABELA 1
Etiologia do abscesso hepático piogênico^(2,6)

Etiologia	%
Doença biliar extra-hepática	47
Benignas	
Malignas	
Infecção abdominal	12
Apendicite, perfuração intestinal, sepse	
Contiguidade	5
Lesão gastroduodenal (úlceras perfuradas), cólon e vesícula biliar	
Tumores hepáticos primários e metastáticos	16
Infecção hepática primária	9
Trauma e cisto infectado	
Desconhecida (criptogênica)	5
Trauma hepático extenso	3
Hematogênica	3
Endocardite, pneumonia, abscesso perinéfrico, infecção urinária, tuberculose miliar	

TABELA 2
Patogênese do abscesso hepático^(12,19)

Patogênese	Localização	Infecção	Bactéria
Circulação portal	Lobo D > E	Infecção abdominal	Polimicrobiana gram+ e gram-
Biliar ascendente	Ambos lobos difuso/múltiplo	Colangite/obstrução	Único organismo <i>E. coli</i>
Circulação arterial	Qualquer lobo geralmente único	Infecção sistêmica bacteriana	Único organismo <i>S. aureus</i>
Criptogênica	Lobo D > E	Desconhecida	Único organismo anaeróbico <i>B. fragilis</i>

aguda, diverticulite e infecção pélvica. A via de infecção era o sistema venoso portal onde se desenvolve a pyleflebite. Outras lesões na área portal que causavam abscesso hepático piogênico eram hemorroidas infectadas, abscesso entre o estômago e o reto. Embora a bacteremia portal seja comum em retocolite ulcerativa e enterite regional, abscessos hepáticos raramente ocorrem nestas lesões^(3,6,10,17,19).

A mudança na etiologia ocorreu em parte devido ao tratamento antibiótico para infecção abdominal e ao aumento da incidência de doença biliar no paciente de meia-idade e no idoso. Quando o abscesso hepático ocorre após cirurgia biliar, a causa é invariavelmente iatrogênica. Os abscessos secundários à colangite ascendente são geralmente múltiplos devido a distribuição uniforme do agente infeccio-

so no sistema biliar ductal. Infecções dentro dos órgãos drenados pela circulação portal são dependentes de doenças subjacentes. Infecção por contiguidade para o fígado por perfuração biliar ou do trato gastrointestinal (úlceras perfuradas) ocorre em 5% a 10% dos casos, enquanto o trauma hepático direto é menos frequente e ocorre por tratamento inadequado e presença de tecido desvitalizado. O comprometimento das defesas do hospedeiro tem sido implicado no desenvolvimento do abscesso criptogênico e provavelmente representa papel principal na etiologia da maioria dos abscessos. Embora o sangue venoso portal humano seja geralmente estéril, a bacteremia portal transitória pode ocorrer. Abscessos hepáticos têm sido registrados em crianças com leucemia ou outros distúrbios imunológicos, e diabetes mellitus tem sido notada em 15% dos pacientes adultos^(5,10,11).

Abscessos hepáticos únicos gigantes são encontrados no lobo hepático direito e a maioria deles no segmentos póstero-superior próximo à cúpula diafragmática. Infecções no trato gastrointestinal drenado pela veia mesentérica superior teoricamente predispoem a abscesso no lobo hepático direito, enquanto infecções esplênicas e do cólon esquerdo originam abscessos localizados no lobo hepático esquerdo. Abscessos piogênicos múltiplos são observados em 40% dos casos e se originam de infecção biliar ascendente ou bacteremia sistêmica (Tabela 2)^(12,19).

Abscesso amebiano

O abscesso hepático amebiano ocorre devido a infestação por *Entamoeba histolytica*, protozoário mais frequentemente encontrado em climas tropicais e associado com precárias condições sanitárias. Os cistos contendo parasitas permanecem nas fezes humanas e podem sobreviver por períodos prolongados. Os cistos são

ingeridos através de água e alimentos contaminados. A ameba invade o sistema porta através da parede intestinal, indo para o fígado onde os trofozoítos causam necrose celular. A coalescência de múltiplas áreas de necrose focal leva ao desenvolvimento do abscesso hepático. A lesão é usualmente solitária e envolve mais frequentemente o lobo direito do fígado. Entretanto, múltiplos abscessos podem ocorrer em casos avançados. O abscesso é envolto por uma fina camada de tecido de granulação^(25,26,28).

BACTERIOLOGIA

As bactérias mais frequentemente identificadas no abscesso hepático piogênico são demonstradas na Tabela 3^(1,2,3,6). Uma avaliação acurada da população microbiana dos abscessos hepáticos tem sido prejudicada pela coleta inadequada da amostra, técnicas de transporte e meios de cultura impróprios. Embora virtualmente todos os organismos patogênicos possam ser identificados, há um predomínio da flora entérica, com a *Escherichia coli* sendo identificada em 25% a 30% dos casos. *Streptococcus sp.* gram-positivos e *Staphylococcus aureus* são ob-

servados em aproximadamente 20% cada. *Staphylococcus aureus* e *Escherichia coli* são encontrados mais frequentemente em cultura pura, o primeiro alcançando o fígado por via hematogênica e o último, por infecção ascendente dentro do sistema biliar ductal. Infecção polimicrobiana é observada na maioria dos casos em que o antecedente de infecção tem origem dentro da área de drenagem do sistema venoso portal^(18,31).

A incidência de cultura estéril tem diminuído significativamente a partir do momento em que técnicas de cultura se tornaram disponíveis. Nos primeiros registros da literatura, a incidência de cultura estéril era de 38%. Relatos mais recentes mostram uma incidência de 7% a 13%. Os anaeróbios têm sido mais reconhecidos como responsáveis pela formação do abscesso hepático, com incidência de 13% a 20%. A verdadeira incidência de abscesso hepático por anaeróbios pode ser mais elevada, pois em muitos estudos nenhuma técnica de cultura para anaeróbio era realizada ou, quando realizada, era inadequada. Os anaeróbios contribuem para o desenvolvimento de abscesso piogênico quando a infecção é criptogênica ou quando a origem é dentro da circulação venosa portal. Uma explicação similar para anaeróbios tem sido proposta para abscessos formados por neoplasias em que há diminuição do potencial de oxirredução, propiciando um meio adequado para proliferação de anaeróbios. Os organismos anaeróbios mais frequentes encontrados em abscesso hepático piogênico são estreptococos anaeróbio e microaerófilo, *Fusobacterium necrophorum*, *F. nucleatum*, *Clostridium sp.*, *Bacteroides fragilis* e *Actinomyces sp.* Floras mistas de origem intestinal são comuns em infecção biliar e sistema porta e os anaeróbios são parte desta flora. As características que indicam a presença de infecção por anaeróbio

TABELA 3
Microrganismos observados no abscesso hepático piogênico^(1,2,3,6)

Bactéria	%
<i>Escherichia coli</i>	20,0
<i>Streptococcus sp.</i>	11,2
<i>Klebsiella enterobacter</i>	6,4
<i>Staphylococcus aureus</i>	9,4
Bacteróides	8,0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3,2
Flora mista	20,0
Estéril	16,8
<i>Proteus vulgaris</i>	2,5
<i>Clostridium</i>	2,5

incluem secreção purulenta com odor fétido, morfologia única de organismos vistos na coloração pelo Gram, ausência de crescimento na cultura aeróbica e presença de gás na cavidade do abscesso^(3,20,28).

DIAGNÓSTICO

Pacientes com abscesso hepático piogênico ou amebiano apresentam sinais e sintomas mais ou menos similares.

Abscesso hepático piogênico

A maioria dos pacientes se apresenta com menos de três semanas entre o início da infecção e o desenvolvimento dos abscessos. Entretanto, 30% dos pacientes podem apresentar sintomas que se iniciaram de seis semanas a um ano. As queixas mais comuns são febre, dor, calafrios, sudorese e icterícia. Outros sintomas que podem também ser observados são perda de peso, anorexia, náuseas, vômitos, indisposição, fraqueza, diarreia com muco e sangue, constipação, ascite, desorientação, hepatomegalia, atelectasia e derrame pleural. A febre pode apresentar-se em qualquer padrão. A tradicional oscilação febril de 40-41°C é observada em 30% a 40% dos casos. Pode ser remittente, intermitente ou contínua, dependendo do tipo de abscesso e do organismo envolvido. O padrão clássico em "cerca de estaca", descrito por Price e col.⁽²³⁾, não tem sido muito observado. A dor é frequentemente confirmada no quadrante superior direito sobre a área hepática, geralmente intensa e constante, devido a congestão hepática. Menos frequentemente pode ser localizada em todo abdome, lado direito do tórax, dorso ou epigastro. É agravada com a inspiração profunda e à percussão. Esses sintomas são mais pronunciados no abscesso amebiano. Icterícia pode ser observada em 20% a 40% dos pacientes, principalmente quando

secundária a doença biliar. Pode estar associada a colangite supurativa, indicando prognóstico desfavorável^(21,26,27).

Os achados mais comuns de exames físicos são a dor à percussão, que pode ser observada em até 95% dos pacientes, e hepatomegalia dolorosa em até 85% dos casos. Eliason⁽¹²⁾ observou sensibilidade dolorosa sempre presente sobre a décima costela na linha axilar média^(12,27).

Abscesso hepático amebiano

Os mesmos achados clínicos podem ser verificados, com exceção da curva febril mais observada no abscesso piogênico. Os pacientes podem referir história de viagens nas últimas quatro a seis semanas ou clínica prévia de amebiose intestinal com diarreia ou disenteria, observado em até 30% dos pacientes. O tempo decorrido entre a infestação intestinal e o desenvolvimento de abscesso hepático varia de 4 a 12 semanas e não é influenciado pela severidade da infecção. Icterícia pode ser observada em até 60% dos pacientes. Estes podem apresentar ainda alterações à ausculta do pulmão, massa epigástrica, choque, esplenomegalia e ascite. Embora o número e a localização dos abscessos variem, estes em geral são únicos e ocorrem no lobo direito, próximo à cúpula frênica no segmento pósterio-superior ou na superfície inferior, próximo à flexura hepática do cólon^(4,6,15,26). As principais complicações observadas em pacientes com abscesso hepático são os abscessos subfrênico e subepático, peritonite generalizada, insuficiência hepática, hemorragia, hemobilia, empiema e sepse.

EXAMES LABORATORIAIS

A maioria dos pacientes com abscesso hepático apresenta leucocitose de aproximadamente 15000 a 20000/mm³. Entretanto, um terço dos paci-

entes com abscesso piogênico não apresentam leucocitose e, em casos fatais, 50% deles não exibem leucocitose. Anemia moderada e severa está presente em pacientes graves e é mais marcada em abscesso piogênico de longa duração. Hemoglobina varia de 7% a 14%. Em relação à função hepática, observa-se hipoalbuminemia que, quando severa (abaixo de 2g/dl), indica mau prognóstico. A hiperbilirrubinemia sugere icterícia obstrutiva indicativa de obstrução biliar ou colangite ascendente. As aminotransferases apresentam elevação moderada e não são específicas; os testes de função hepática em geral não diferenciam o abscesso piogênico do abscesso amebiano. Bacteremia está presente em mais de 50% dos casos onde a cultura é realizada e, quando presente, o conhecimento do componente bacteriano pode ajudar na etiologia e seleção do regime antibiótico adequado^(3,6,11).

Testes sorológicos são utilizados nos diagnósticos do abscesso amebiano do fígado. O mais utilizado é o teste de hemaglutinação indireta por ser mais sensível, com até 95% de positividade (títulos acima de 1:64). Estes títulos podem persistir por 6 a 12 meses. O teste não é específico para abscesso hepático amebiano e sim para amebiose invasiva, intestinal ou extra-intestinal. Pacientes com abscesso piogênico e amebiose invasiva podem apresentar testes sorológicos positivos^(3,14,15).

ESTUDO DE IMAGEM

As mais frequentes observações radiológicas são elevação e alteração do contorno da cúpula diafragmática direita com restrição respiratória. Compressão segmentar e atelectasia com reação pleural, derrame ou empiema no pulmão direito podem ser observados em até 80% dos pacientes. Estes achados podem ser observados oca-

sionalmente no pulmão esquerdo se o abscesso envolver grande parte do lobo hepático esquerdo^(15,18). Radiografia simples do abdome em duas incidências demonstra sombra hepática alargada no abdome superior direito devido à hepatomegalia. A presença de ar nas vias biliares em pacientes não operado confirma o diagnóstico de colangite ascendente com etiologia do abscesso hepático. Deslocamento lateral e inferior do intestino delgado e cólon pode ser observado na radiografia simples e no enema baritado^(3,6).

O exame ultra-sonográfico tem sido utilizado de rotina em pacientes com suspeita de abscesso hepático, e lesões de 2 cm podem ser observadas no parênquima. Como o centro desses abscessos contém fluídos, eles apresentam aparência de cistos de parede espessa com margem central irregular e debris. Não tem sido observada diferença confiável entre abscesso amebiano e piogênico. O diagnóstico pode ser positivo em até 95% dos pacientes^(5,20,21).

A tomografia computadorizada tem se tornado um importante e valioso método diagnóstico para detecção de lesões que ocupam espaço. A detecção de abscessos ou cistos são geralmente inequívocos se únicos ou múltiplos e com até 0,5 cm de diâmetro. Essas lesões são geralmente bem definidas devido a sua baixa densidade tecidual quando comparadas ao parênquima hepático normal^(20,21).

Estudo com radioisótopos é um método que pode definir a extensão e funcionalidade do tecido hepático e distinguir entre abscesso e massas associadas de outra natureza. A angiografia nem sempre é realizada rotineiramente, porém tem provado ser útil no diagnóstico de abscesso hepático^(20,21). A ressonância nuclear magnética tem surgido como importante meio para identificar lesões hepáticas, incluindo abscessos, com a vantagem sobre a tomografia por proporcionar

informações úteis sobre a anatomia venosa hepática^(20,21).

Quando comparamos a ultra-sonografia com a tomografia computadorizada, observamos que a ultra-sonografia apresenta acurácia de 80% a 90% e pode diferenciar, em algumas situações, o abscesso amebiano por demonstrar paredes lisas, ecos internos menos densos circundados por tecido normal, contiguidade com a cápsula hepática e ligeira intensificação sônica distal. Pode ainda distinguir lesões císticas e sólidas identificadas pela tomografia. Esta apresenta vantagens sobre a ultra-sonografia por detectar lesões de até 0,5 cm, acurácia de 90% a 95% e, quando disponível, deve ser o procedimento de escolha para pacientes com suspeita de abscesso hepático^(6,20,21).

A aspiração é um procedimento técnico que pode ser perfeitamente empregado para assegurar o diagnóstico de abscesso hepático, guiado por ultra-sonografia ou tomografia. Esta técnica deve ser reservada para pacientes com suspeita de abscesso amebiano em que os dados sorológicos não contribuem para o diagnóstico ou existe contaminação bacteriana secundária. Pode ser também utilizada para diferenciar um abscesso de ou forma de lesão que ocupa espaço quando as técnicas menos invasivas não foram bem-sucedidas^(14,31).

TRATAMENTO

O tratamento do abscesso hepático varia com a etiologia, tipo de abscesso, localização e ocorrência de complicações. Pacientes com supuração hepática podem apresentar-se toxêmicos, anêmicos e desidratados. A correção destas alterações são fundamentais no tratamento. A drenagem da coleção purulenta combinada com antibioticoterapia sistêmica é a base para o tratamento de abscesso hepático. Antibioticoterapia pré-operatória

deve ser iniciada em todos os pacientes que serão submetidos à cirurgia. Abscesso hepático piogênico em que o agente etiológico suspeitado é anaeróbio, metronidazol ou clindamicina e gentamicina são as drogas de escolha. Preferimos tratar abscessos hepáticos piogênicos solitários por um período mínimo de um mês. Em colangite supurativa os pacientes devem ser tratados por até seis meses^(9,11,18).

A escolha do antibiótico é feita de acordo com o conhecimento clínico do microrganismo mais comum do abscesso hepático. Aproximadamente 60% dos casos se originaram de infecção dentro do sistema de drenagem portal e ducto biliar, nos quais a bactéria gram-negativa entérica e organismos gram-positivos estão invariavelmente envolvidos. As bactérias anaeróbicas são também encontradas com frequência no trato alimentar. A combinação de antimicrobianos geralmente garante o tratamento até que a identificação bacteriana definitiva esteja disponível. Cefalosporina com atividade contra organismos anaeróbios combinada com aminoglicosídeos é uma associação inicial satisfatória. Metronidazol associado a aminoglicosídeo e cefalosporina de primeira geração pode ser utilizado quando não se conhece a origem do abscesso. O metronidazol tem a vantagem adicional de proporcionar tratamento para *Entamoeba histolytica* e deve ser incluído como regime inicial quando há suspeita de abscesso amebiano^(5,18,20,29).

A administração de antibióticos deve ser continuada por período prolongado para ajudar na erradicação de infecção invasiva residual na área do abscesso e para tratar pequenas coleções hepáticas coexistentes não diagnosticadas e antecedentes de infecção focal. O uso sistêmico prolongado é especialmente garantido quando os abscessos hepáticos são múltiplos. O tempo exato de terapia antibi-

ótica deveria ser individualizado com base no número de abscessos, resposta clínica e toxicidade do regime terapêutico. Pacientes com abscessos de origem biliar, múltiplos, devem receber, no mínimo, quatro a seis semanas de antibioticoterapia. Inicialmente, o antibiótico deve ser utilizado parenteralmente. Naqueles pacientes que necessitam de curso prolongado de antibióticos, os agentes orais apropriados podem ser usados após duas a quatro semanas de terapia sistêmica. Rubim e col.⁽²⁶⁾ tratam seus pacientes por três a quatro semanas quando o abscesso é totalmente excisado, quatro a oito semanas quando é somente drenado e seis a oito semanas quando múltiplos abscessos macroscópicos estão presentes e são drenados. A razão para terapia prolongada é não somente para impedir recorrência ou complicações, mas para erradicar infecção focal antecedente^(14,29,31).

A antibioticoterapia utilizada como única forma de tratamento leva em geral ao insucesso. Entretanto, quando existem microabscessos e a disseminação bacteriana difusa está presente no fígado, a única alternativa é o uso de antibioticoterapia sistêmica, pois estes múltiplos pequenos abscessos são impossíveis de serem drenados cirurgicamente e raramente são bem localizados. Níveis bactericidas de antibióticos não atingem os grandes abscessos e, portanto, o índice de mortalidade para infecção macroscópica não drenada dentro do fígado é de 100%^(31,32).

Além do uso sistêmico de antibióticos, outra conduta utilizada de rotina nos abscessos hepáticos são as drenagens, que dependem do tamanho, multiplicidade e localização da infecção, grau de debilidade do paciente e antecedente de infecção intra-abdominal tratada incompletamente^(31,32).

Drenagem cirúrgica

A drenagem extraperitoneal era o procedimento de escolha antes da era

dos antibióticos, pois se evitava a contaminação da cavidade peritoneal. Aderências densas entre o fígado e o peritônio parietal permitem uma abordagem anterior ou posterior através do leito da 12ª costela sem o temor da disseminação da infecção. Entretanto, a exploração transperitoneal com drenagem de toda coleção hepática piogênica sob proteção pré-operatória de antibióticos é, atualmente, a abordagem operatória mais frequentemente utilizada. Após exploração abdominal completa, a área de fígado envolvida é isolada do restante da cavidade peritoneal com compressas. O abscesso é geralmente aparente, mas, na ocasião, aspiração com agulha localiza rapidamente a coleção purulenta e proporciona material para bacteriologia. Após evacuação completa, a cavidade deve ser alargada para permitir ruptura de todas as lojas do abscesso. Uma biópsia deve ser realizada, da parede do abscesso, para descartar tumor infectado, necrose e para excluir trofozoítos de ameba. Cateteres de sucção macios são colocados dentro da cavidade e trazidos, por contra-incisão, para a pele, por via peritoneal mais curta. Este cateter pode ser utilizado para irrigação e realização de exames radiológicos para avaliação da regressão. Estes drenos podem ser removidos gradualmente em três a quatro semanas. Quando há recorrência do abscesso após drenagem mecânica adequada, invariavelmente significa etiologia incorreta e doença biliar deve ser investigada. O manuseio definitivo de doença biliar associada é mandatória antes do tratamento do abscesso^(1,2,23,24).

Drenagem percutânea

A drenagem percutânea direta do abscesso hepático guiado por ultrasonografia ou tomografia é um procedimento bem-sucedido em 75% a 90% dos pacientes bem selecionados com abscesso hepático piogênico, e tem se

tornado uma técnica aceitável quando clínicos, radiologistas e cirurgiões cooperam na seleção e cuidados com estes pacientes. Do ponto de vista do cirurgião, entretanto, pacientes em que a drenagem percutânea do abscesso não deve ser empregada inclui aqueles com abscessos múltiplos, atingindo ambos os lobos, infecção intra-abdominal conhecida que necessite de cirurgia, abscessos de etiologia desconhecida, localização distante da parede abdominal, pequenos abscessos e presença de ascite. A passagem do cateter também deve ser evitada onde existam estruturas vasculares pelo risco de sangramento subsequente. Infelizmente uma ou mais destas categorias podem estar presentes em muitos pacientes com abscesso hepático piogênico. A simples aspiração pode ser um método aceitável para tratamento do abscesso piogênico. Devemos acrescentar que a aspiração com agulha ou a drenagem percutânea deve ser realizada sob condições assépticas, de preferência em centro cirúrgico. A drenagem percutânea deve ser utilizada preferencialmente em pacientes com risco cirúrgico elevado^(1,8,16,30,34).

Existem diferentes formas de tratamento do abscesso amebiano do fígado. Alguns cirurgiões preferem a punção drenagem percutânea; entretanto, existem relatos de tratamento medicamentoso isolado. Em nosso ponto de vista, a drenagem cirúrgica deve ser realizada sempre que o paciente apresentar condições satisfatórias. Balasegaram observou uma média de internação de 28 dias para punção percutânea e 12 dias para os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico. Quase todos os pacientes aspirados necessitaram de aspirações repetidas. Estes pacientes desenvolveram abscesso subfrênico e abscesso peritoneal^(1,8,13,16,30,33,34).

No tratamento cirúrgico, as complicações observadas, tais como abscesso subfrênico, contaminação peritoneal

TABELA 4
Complicações pós-operatórias em abscessos hepáticos - 442 pacientes (27,8%)⁽³⁾

Complicações	Nº de pacientes
Complicações pulmonares	
Pneumonite	25
Atelectasia	15
Derrame pleural	13
Empiema	5
Insuficiência hepática	7
Fístula biliar	8
Abscesso subfrênico	15
Hemorragia secundária	6
Diátese hemorrágica	8
Infecção da ferida	22

al, hemorragia e peritonite biliar, são limitadas. A intervenção cirúrgica é mandatória nas seguintes situações: pacientes que não respondem ao tratamento clínico, apesar de repetidas aspirações ou terapia amebicida, presença de abscessos múltiplos, dúvida diagnóstica ou presença de carcinoma associado, lesões situadas abaixo da reborda costal, abscessos de lobo esquerdo do fígado e abscessos recorrentes^(1,23,24,30,34). O tratamento clínico complementar dos abscessos amebianos deve ser realizado com metronidazol ou tinidazol. Este último parece ter melhor efeito terapêutico com mais rápido e completo alívio de sinais e sintomas que o metronidazol.

PROGNÓSTICO

Os abscessos macroscópicos piogênicos não drenados são frequentemente fatais, enquanto que abscessos múltiplos, especialmente quando associados a obstrução biliar ou infecção polimicrobiana apresentam mortalidade similar. A idade avançada, estado geral comprometido e disfunção hepática são indicadores do mau prognóstico. As complicações resultantes

do tratamento dos abscessos hepáticos são mostradas na Tabela 4^(1,2,3,6,13).

As complicações são observadas em 15% a 35% dos pacientes e muitas podem estar presentes antes do tratamento e contribuir para resultado pós-operatório. As complicações pulmonares podem ser tratadas com antibióticos ou drenagem torácica. Outras intercorrências são manuseadas de forma conservadora com reposição hidroeletrólítica, antibióticos e correção das alterações dos fatores de coagulação. A mortalidade varia de 5% a 35% e está diretamente relacionada às condições associadas antes do tratamento^(17,18,21,28).

SUMMARY

Both amebic and pyogenic intrahepatic abscesses are rare, life-threatening entities. Survival depends on early diagnosis and prompt treatment. Various factors including newer imaging modalities, improved amebicidal agents and antibiotics, availability of drainage techniques, and improved anesthetic, surgical, and postoperative management have improved survival of patients with hepatic abscess. The authors present a review of management of hepatic abscess with particular reference to the incidence, etiology, pathogenesis, recent diagnostic aids, and therapeutic advancement.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aeder, M.I.; Well Man, J.L.; Haaga, J.L. & Hau, T. The role of surgical and percutaneous drainage in the treatment of abdominal abscess. *Arch Surg* 118: 273-280, 1983.
2. Altemeier, W.A.; Schowengerdt, C.G. & Whitely, D.H. Abscess of the liver: surgical considerations. *Arch Surg* 101: 258-266, 1970.
3. Balasegaram, M. Management of hepatic abscess. *Curr Probl Surg* 18: 281-340, 1981.
4. Bergamini, T.M.; Larson, G.M.; Malangoni, M.A. & Richardson, J.D. Liver abscess: review of a 12 year experience. *Am Surg* 53:596-599, 1987.
5. Bowers, E.D.; Robison, D.J. & Soberneck, R.C. Pyogenic liver abscess. *World J. Surg* 14: 128-132, 1990.
6. Branum, G.D.; Tyson, G.S.; Branum, M.A. & Meyers, W.C. Hepatic abscess: change in etiology, diagnosis and management. *Am Surg* 212: 655-662, 1990.
7. Bright, R. Observations on jaundice: more particular on that form of the disease which accompanies diffused inflammation of the liver. *Guys Hosp Rep* 1:604-637, 1836.
8. Brodin, R.E.; Flancbaun, L. & Ercoli, F.R. Limitations of percutaneous catheter drainage of abdominal abscess. *Surg Gynecol Obstet* 173: 203-210, 1991.
9. Chu, K.; Fan S.; Lai E.C.; Lo C. & Wong J. Pyogenic liver abscess. *Arch Surg* 131:148-152, 1996.
10. Cohen, J.L.; Martin, F.M.; Rossi, R.L. & Schoetz, D.J. Liver abscess: the need for complete gastrointestinal evaluation. *Arch Surg* 124: 561-564, 1989.
11. Donovan, A.J.; Yellin, A.E. & Ralls, P.W. Hepatic abscess. *World J. Surg* 15: 162-16, 1991.
12. Eliason, E.L. Pylephlebitis and liver abscess following appendicitis. *Surg Gynecol Obstet* 43: 510-517, 1926.
13. Huang, C.; Pitt, H.A.; Lipsett, P.A.; Osterman, F.; Lilemoe, K.; Cameron, J. & Zuidema, G.D. Pyogenic hepatic abscess. Changing trends over 42 years. *Ann Surg* 223: 600-609, 1996.
14. Kinney, T.D. & Ferrebe, J.W. Hepatic abscess: factors determining its localization. *Arch Pathol* 45: 41-47, 1948.
15. Klatchko, B.A. & Schwartz, S.I. Diagnostic and therapeutic approaches to pyogenic abscess of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 168: 332-336, 1989.
16. Kraulis, J.E.; Bird, B.L. & Coapinto, N.D. Percutaneous catheter drainage of liver abscess: an alternative to open drainage. *Br J. Surg* 67:400-402, 1980.
17. Lee, K.T.; Sheen, P.C. & Chen, J.S. Pyogenic liver abscess: multivariate analysis of risk factors. *World J Surg* 15:372-377, 1991.
18. Mc Donald, W.P. & Howard, R.J. Pyogenic liver abscess. *World J Surg* 4:369-380, 1980.
19. Matthews, J.B.; Gertsch, P.; Baer, H.U. & Blumgart, L.H. Hepatic abscess after biliary tract procedures. *Surg Gynecol Obstet* 170: 469-475, 1990.
20. Miedema, B.W. & Dineen, P. The diagnosis and treatment of pyogenic liver abscess. *Ann Surg* 200:328-335, 1984.
21. Northover, J.M.; Jones B.J.M.; Dawson, J.L. & Williams, R. Difficulties in the diagnosis and management of pyogenic liver abscess. *Br J Surg* 69:48-51, 1982.
22. Ochsner, A.; Debakey, M. & Murray, S. Pyogenic abscess of the liver: an analysis of forty-seven cases with review of the

- literature. *Am J Surg* 40: 292-319, 1938.
23. Pitt, H.A. Surgical management of hepatic abscess. *World J Surg* 14: 498-504, 1990.
24. Pitt, H.A. & Zuidema, G.D. Factors influencing mortality in the treatment of pyogenic hepatic abscess. *Surg Gynecol Obstet* 140:228-234, 1975.
25. Price, J.E.; Joseph, W.L. & Mulder, D.G. Diagnosis and treatment of intrahepatic abscess. *Ann Trop. Med Parasitol* 63: 139-146, 1967.
26. Ribaldo, J.M. & Ochsner, A. Intrahepatic abscess: amebic and pyogenic. *Am J. Surg* 125:570-574, 1973.
27. Robert, J.H.; Mirescu, D.; Ambrosetti, P.; Khoury, G. & Rohner, A. Critical review of the treatment of pyogenic hepatic abscess. *Surg Gynecol Obstet* 174:97-102, 1992.
28. Rubin, R.H.; Swartz, I. & Malt, R. Hepatic abscess: changes in clinical, bacteriological and therapeutic aspects. *Am J Med* 57: 601-607, 1974.
29. Sabbaj, J.; Sutter, V.L. & Finegold, S.M. Anaerobic pyogenic liver abscess. *Ann Int Med* 77: 629-638, 1972.
30. Sheinfeld, A.M.; Steiner, A.E. & Rivkin, L.B. Transcutaneous drainage of abscess of the liver guided by computed tomography scan. *Surg Gynecol Obstet* 152: 662-664, 1982.
31. Sherman, J.D. & Robbins, S.L. Changing trends in the casuistics of hepatic abscess. *Am J. Med* 28: 943-950, 1960.
32. Stain, S.C.; Yellin, A.E.; Donovan, A.J. & Brien, H.W. Pyogenic liver abscess: modern treatment. *Arch Surg* 126:991-996, 1991.
33. Torres, O.J.M.; Duarte, J.N.L.; Servin, S.C.N.; Servin, S.O.N.; Santos, K.M.V. & Silva, J.R.S. Tratamento do abscesso hepático amebiano por punção percutânea guiado por ultra-sonografia. XIV Jornada de Parasitologia e Medicina Tropical do Maranhão. São Luís - 1996.
34. Wong, K.P. Percutaneous drainage of pyogenic liver abscess. *World J Surg* 14: 492-497, 1990.
-