

Walter Luís Frare da Silva¹, João Maurício Canavezi Indiani², Marcelo Fontalvo Martin², Rodrigo Ciotola Bruno³,
Luiz Arnaldo Szutan⁴, Marcelo Souto Nacif⁵

Trabalho realizado na Unidade de Radiologia Clínica (URC) e no Hospital Vivalle, São José dos Campos, SP, Brasil. 1. Médico Aperfeiçoando do Terceiro Ano da Unidade de Radiologia Clínica (URC), São José dos Campos, SP, Brasil. 2. Médicos Radiologistas da Unidade de Radiologia Clínica (URC), São José dos Campos, SP, Brasil. 3. Mestre, Médico Cirurgião Geral e Coloproctologista do Hospital Vivalle, São José dos Campos, SP, Brasil. 4. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Chefe

do Grupo de Cirurgia do Fígado da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 5. Doutor, Professor do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Marcelo Souto Nacif. Rua Barão de Cocais, 324, Bosque Imperial. São José dos Campos, SP, Brasil, 12242-042. msnacif@huap.uff.br / www.msnacif.med.br.

Silva WLF, Indiani JMC, Martin MF, Bruno RC, Szutan LA, Nacif MS. Qual o seu diagnóstico? Radiol Bras. 2013 Jan/Fev;46(1):XV-XVI.

Paciente do sexo feminino, 47 anos de idade, deu entrada na emergência com quadro de desconforto abdominal com 10 dias de evolução, apresentando dor contínua e em pontada na região epigástrica. Relatava piora com febre nos últimos três dias. A paciente não possuía nenhum relato de doenças pregressas. Os exames laboratoriais demonstraram leucocitose sem desvio. Como a dor epigástrica era importante, a paciente foi encaminhada para

endoscopia, que demonstrou lesão elevada no antro, com aproximadamente 1 cm e umbilicação coberta por fibrina, sendo realizada biópsia.

A paciente evoluiu com piora do quadro álgico, mantendo-se febril, mas sem sinais de peritonite. Foi realizada tomografia computadorizada do abdome (Figuras 1 e 2) sem e com contraste intravenoso.

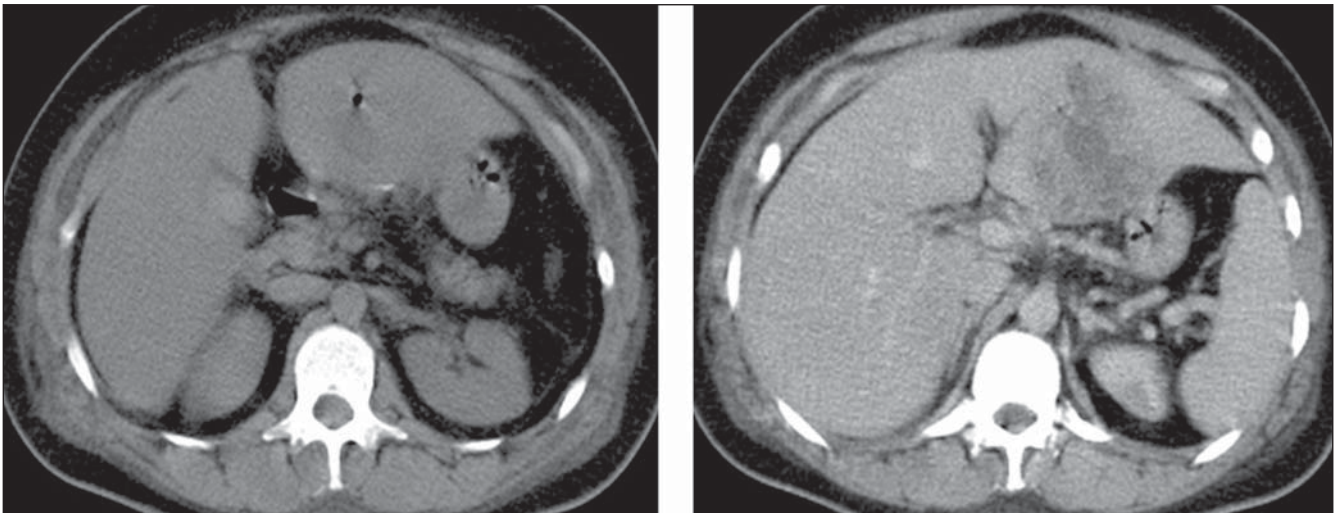


Figura 1. Tomografia computadorizada do abdome antes e após a administração do meio de contraste intravenoso.

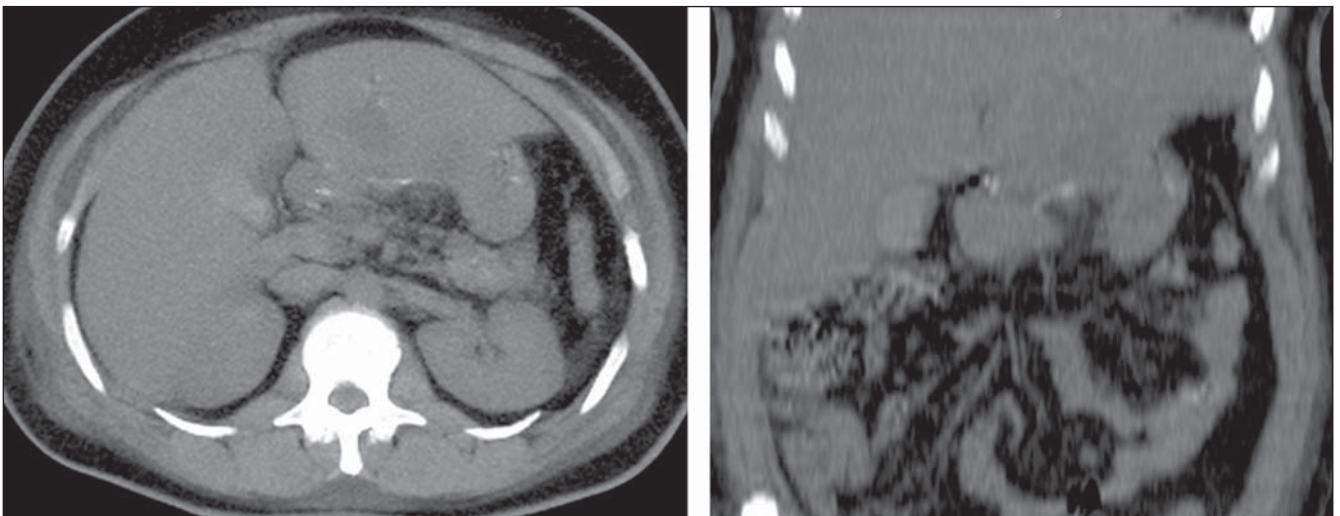


Figura 2. Reconstruções em MIP axial fino e coronal, sem o uso do meio de contraste.

Descrição das imagens

Figura 1. A: Formação expansiva, predominantemente hipodensa, loculada e de contornos anfractuados, medindo $8,1 \times 6,2$ cm, e com realce periférico e heterogêneo pelo meio de contraste intravenoso, localizada no lobo hepático esquerdo (segmentos II e III). Foram identificadas bolhas de gás de permeio. **B:** Observou-se, em íntimo contato com o lobo hepático esquerdo, formação linear hiperdensa, que se manteve em todas as fases do estudo.

Figura 2. Reconstruções MIP axial e coronal, na fase sem contraste, mostrando a formação linear hiperdensa, em íntimo contato com o lobo esquerdo hepático. Notar que a pequena curvatura gástrica apresenta-se em íntimo contato com o lobo hepático esquerdo.

Diagnóstico: Abscesso hepático piogênico causado por corpo estranho que perfurou a pequena curvatura.

COMENTÁRIOS

Abscesso hepático causado por corpo estranho é uma doença relativamente rara e de difícil diagnóstico⁽¹⁾ e foi descrito pela primeira vez em 1898^(2,3). A grande maioria dos casos é causada por palito de dente,

espinha de peixe (Figura 3) e próteses dentárias^(1,3,4). O grau de suspeição por parte dos profissionais de saúde é limitado, uma vez que os sintomas são variados e inespecíficos e a maior parte dos pacientes não relata prontamente a ingestão do corpo estranho^(1,2).

A maioria dos corpos estranhos (Figura 4) ingeridos atravessa o trato gastrointestinal sem intercorrências no prazo de uma semana⁽³⁾. Para a formação do abscesso hepático, o local de penetração no trato gastrointestinal nem sempre pode ser identificado, no entanto, normalmente, é decorrente da perfuração do estômago, duodeno ou cólon transverso, com tamponamento pelo parênquima hepático ou penetração direta do corpo estranho⁽¹⁾. Usualmente, o corpo estranho aloja-se no lobo esquerdo do fígado^(1,2), o que deve aumentar a suspeição diagnóstica quando identificado abscesso nesta região.

Os métodos de imagens, em especial a tomografia computadorizada, têm ótima sensibilidade para caracterização dos abscessos, além de possibilitar a identificação do corpo estranho, como neste caso^(1,5). A lesão é tipicamente arredondada, de paredes bem definidas, podendo ser solitária ou múltipla. A variação da densidade depende

da intensidade da necrose e da fase evolutiva do processo patológico⁽⁵⁾. O tratamento é feito por antibioticoterapia, drenagem do abscesso e retirada do corpo estranho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abscesso hepático causado por corpo estranho tem desfecho geralmente fatal por ter seu diagnóstico tardio na maioria dos casos⁽⁵⁾. Quando não responde à aspiração ou drenagem e antibioticoterapia, deve-se procurar outra etiologia. Apesar da sua raridade, deve-se considerar um corpo estranho e procurar ativamente sinais radiográficos/tomográficos que identifiquem o objeto e auxiliem a cirurgia terapêutica⁽²⁾.

REFERÊNCIAS

1. Liu HJ, Liang CH, Huang B, et al. Migration of a swallowed toothpick into the liver: the value of multiplanar CT. *Br J Radiol.* 2009;82:e79–81.
2. Borba CC, Gomes ARS, Filgueira JPPS, et al. Abscessos hepáticos secundários a espinha de peixe. Relato de caso. *Rev Bras Clin Med.* 2012;10:83–6.
3. Santos SA, Alberto SCF, Cruz E, et al. Hepatic abscess induced by foreign body: case report and literature review. *World J Gastroenterol.* 2007;13:1466–70.
4. Waisberg J, Araújo SNZ, Altieri LG. Abscesso hepático piogênico por corpo estranho. *Rev Col Bras Cir.* 2002;29:240–1.
5. Silva RF, Junior PCA, Duca WJ, et al. Abscesso hepático por osso de peixe. *Arq Ciênc Saúde.* 2006;13:61–3.

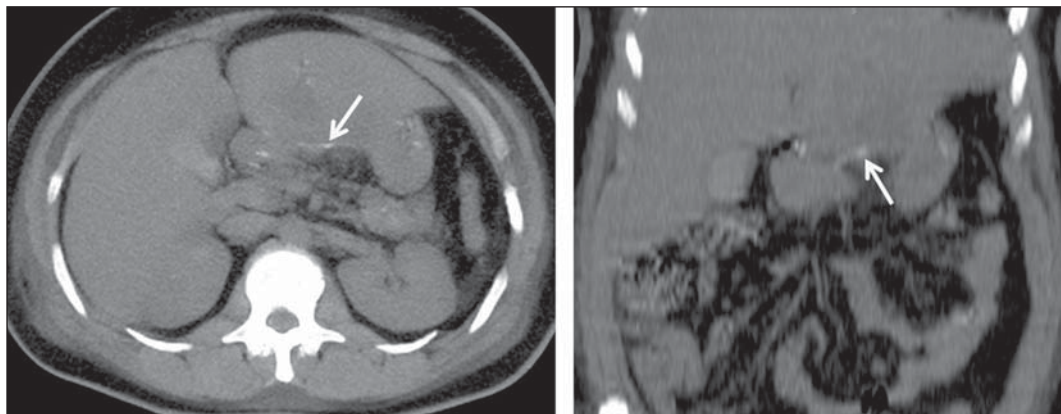


Figura 3. Reconstruções MIP axial e coronal, na fase sem contraste, evidenciando a formação linear hiperdensa (seta), representando o corpo estranho.

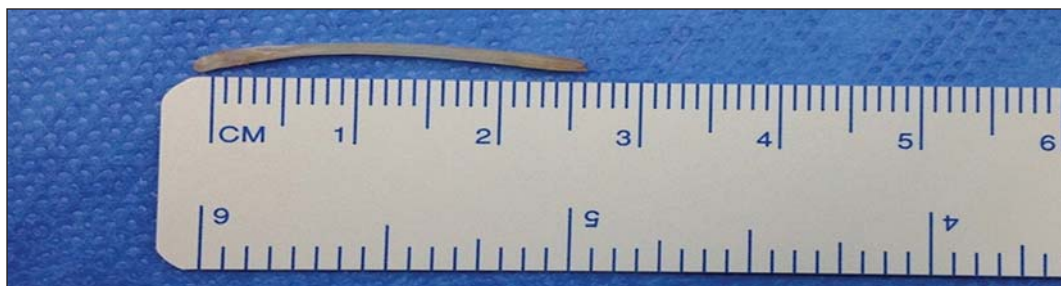


Figura 4. Corpo estranho – espinha de peixe – removido via laparoscopia. Neste caso, o corpo estranho havia migrado totalmente e encontrava-se após a serosa gástrica e perfurando o lobo hepático esquerdo, o que dificultou o diagnóstico via endoscopia.