

Abcesso Hepático Amebiano na Criança: Caso Clínico

Ana Ehrhardt Pinheiro¹, Raquel Ferreira², Ana Leça³

RESUMO

A infecção humana por *Entamoeba histolytica* tem uma distribuição mundial, com zonas endémicas situadas nos trópicos. A manifestação mais comum é a colite amebiana. O fígado é o órgão extra-intestinal mais frequentemente envolvido.

Descreve-se o caso clínico de uma criança do sexo masculino, com nove anos de idade, internada no decurso de quadro clínico de febre alta e dor abdominal, com nove dias de evolução; referia a ingestão de água não canalizada e contacto com cães. Ao exame físico destacava-se a presença de hepatomegalia e dor à palpação no hipocôndrio direito. Analiticamente apresentava parâmetros sugestivos de infecção com leucocitose e proteína C reactiva elevada. A ecografia hepática revelou lesão ocupando espaço. A serologia positiva para *Entamoeba histolytica* e o exame parasitológico das fezes com quistos deste mesmo parasita permitiram o diagnóstico etiológico. Após terapêutica com metronidazol, seguido de paramomicina, assistiu-se a uma boa evolução clínica. No inquérito epidemiológico, apesar de referência a ingestão de água não canalizada, não foi possível a demonstração inequívoca da fonte de infecção.

A amebíase é uma entidade patológica pouco frequente em Portugal, mas não pode ser esquecida, principalmente se houver contexto epidemiológico (ingestão de alimentos e/ou água contaminados com quistos amebianos).

Palavras-chave: *Entamoeba histolytica*, amebíase, abcesso hepático, metronidazol, paramomicina

Nascer e Crescer 2009; 18(3): 146-148

INTRODUÇÃO

O abcesso hepático é raro na criança, sendo mais frequente nos adultos e nos doentes imunocomprometidos⁽¹⁾. Quanto à etiologia pode ser piogénico, amebiano ou fúngico⁽¹⁾, e condiciona morbilidade e mortalidade significativas^(1,2).

A infecção humana por *Entamoeba histolytica* (*E. histolytica*) tem uma distribuição mundial, com zonas endémicas situadas nos trópicos, sendo a terceira causa de morte por doença parasitária a nível mundial⁽³⁾. A manifestação clínica mais comum é a colite amebiana. A infecção disseminada, em que o fígado é o órgão extra-intestinal mais frequentemente envolvido, ocorre em menos de 1% dos indivíduos infectados⁽³⁾. A doença grave é mais comum em crianças, grávidas, imunodeprimidos e indivíduos malnutridos⁽³⁾.

O Homem é o reservatório da *E. histolytica*, e a transmissão ocorre por via fecal-oral⁽⁴⁾, através da ingestão de alimentos e/ou água contaminados com quistos amebianos⁽⁵⁻⁹⁾. Os quistos infecciosos quadrinucleados podem durar dias em ambientes secos a temperaturas de 30°C, semanas em ambientes húmidos, e resistem ao pH gástrico⁽⁷⁾. A enquistação ocorre no lúmen do cólon, onde se formam os trofozoítos potencialmente invasivos^(5,6). Na maioria das infecções os trofozoítos agregam-se na parede intestinal formando novos quistos, resultando numa infecção assintomática e auto-limitada⁽⁵⁾. A invasão do epitélio intestinal permite a dissemi-

nação extraintestinal para o peritoneu, fígado e outros locais⁽⁵⁾.

Independentemente da etiologia, a febre, muitas vezes associada a calafrio, dor abdominal no quadrante superior direito, e hepatomegalia são os sinais e sintomas de apresentação mais comum do abcesso hepático⁽²⁾. Uma apresentação crónica, com perda ponderal, febre e dor abdominal foi descrita em doentes com abcesso amebiano único⁽⁸⁾.

A clínica inespecífica pode atrasar o diagnóstico, que muitas vezes só é considerado após realização de exames de imagem, nomeadamente ecografia, tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) hepática. O diagnóstico definitivo, é confirmado pela detecção de parasitas nas fezes ou no aspirado do abcesso, e por serologia positiva para *E. histolytica*.

As complicações do abcesso hepático amebiano surgem geralmente da sua ruptura (peritoneu, cavidade pleural, pericárdio) ou infecção bacteriana secundária^(5,8). Abscessos extrahepáticos foram descritos pontualmente no pulmão, cérebro e pele, e resultam presumivelmente de disseminação hematogénea⁽⁵⁾.

O tratamento da amebíase invasiva consiste primariamente na administração de um nitroimidazol, seguido de um amebicida luminal^(3,8-10).

CASO CLÍNICO

Criança do sexo masculino, nove anos de idade, raça branca, natural e residente desde sempre em Portugal, com história de ingestão de água não canalizada e contacto com cães. Em aparente estado de saúde até nove dias antes do internamento, altura em que inicia quadro clínico de febre alta e dor abdominal. Foi observado em ambulatório e medicado com azitromi-

¹ Internato Complementar de Pediatria, H Espírito Santo de Évora, EPE

² Internato Complementar Pediatria, H Dona Estefânia, CHLC

³ Unidade da Infecçologia, H Dona Estefânia, CHLC

cina, tendo sido posteriormente internado por agravamento progressivo da sintomatologia e do estado geral.

Ao exame objectivo destacava-se febre alta com calafrio, hepatomegalia de 4 cm e dor à palpação no hipocôndrio direito, mas sem defesa ou reacção peritoneal. Analiticamente apresentava leucocitose (18.270 leucócitos/ μ l) com neutrofilia (75%), PCR elevada (20.75 mg/dL), ALT de 34U/L e AST de 25U/L. A ecografia abdominal à entrada evidenciou lesão ocupando espaço com 5.6x5.2 cm nos segmentos VI e VII do lobo direito hepático, compatível com abscesso. A TC abdominal confirmou existência de massa nodular volumosa sugestiva de lesão inflamatória/infecciosa circunscrita (figura 1).

A suspeita de abscesso hepático piogénico, no contexto de perfuração apendicular, levou à instituição de terapêutica empírica com ceftriaxone, gentamicina e metronidazol. A hemocultura, coprocultu-

ra e urocultura revelaram-se negativas, assim como a serologia para *Echinococcus granulosus* e vírus Epstein Barr. A reacção de Widal foi negativa. A serologia positiva para *E.histolytica* (pesquisa de anticorpo por imunofluorescência) e o exame parasitológico das fezes frescas com abundantes quistos permitiram o diagnóstico etiológico.

Após a instituição da terapêutica empírica assistiu-se a uma evolução clínica favorável, com normalização dos parâmetros laboratoriais e regressão progressiva dos achados imagiológicos (figura 2). Para eliminação intraluminal da *E. histolytica*, após 15 dias de terapêutica com metronidazol, iniciou paramomicina (30 mg/kg/dia, 7 dias). O exame parasitológico de fezes frescas, realizado após o final da terapêutica, foi negativo e confirmou a cura da infecção.

Dada a história de ingestão de água de furo, foi pedido exame da água que

evidenciou quistos de *Giardia lamblia* inviáveis e muitos coliformes fecais.

Manteve seguimento em consulta de infecciologia pediátrica (actualmente com três anos de *follow-up*), permanecendo assintomático, com pequena lesão hepática residual, de dimensões progressivamente menores.

DISCUSSÃO

A *E.histolytica* infecta centenas de milhões de pessoas anualmente⁽⁶⁾. Nos países desenvolvidos, a amebíase é diagnosticada mais frequentemente em imigrantes ou viajantes de países endémicos^(3,8). A maioria dos indivíduos permanece no entanto assintomática, perpetuando o ciclo natural do parasita através da excreção fecal de quistos⁽⁶⁾. O abscesso hepático amebiano, a manifestação mais comum da infecção disseminada, é raro na criança^(5,8).

No caso clínico descrito, de uma criança previamente saudável, residen-

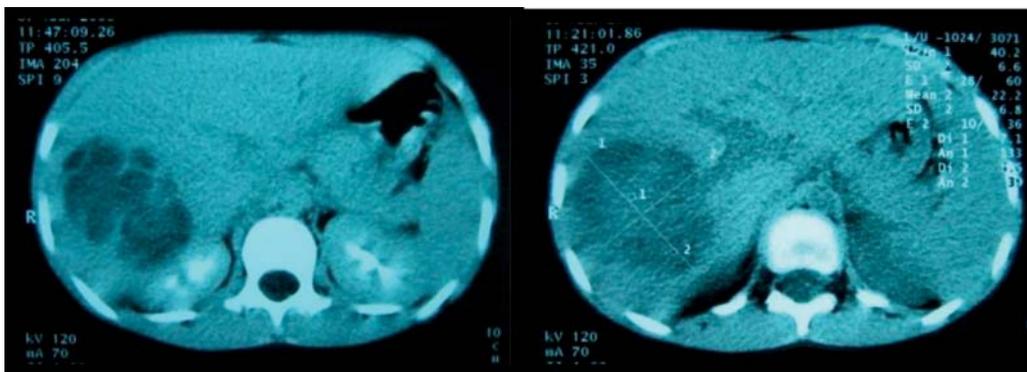


Figura 1 - TC abdominal realizada no 1º dia de internamento (9 dias após início da sintomatologia), imagem de lesão nodular volumosa (50x40x22) nos segmentos VI e VII do lobo direito do fígado



Figura 2 - Ecografias abdominais: a) antes do início de terapêutica com metronidazol (1º dia de internamento), lesão com 5.6x5.2 cm; b) após terminar 15 dias de terapêutica com metronidazol, lesão com 2.93x2.12 cm

te em país não endêmico, sem história recente de diarreia, com quadro clínico de febre com calafrio e dor abdominal já com nove dias de evolução e com exame de imagem sugerindo massa inflamatória hepática, o diagnóstico mais provável parecia ser um abscesso piogénico secundário a apendicite. No entanto, a inexistência de sinais sugestivos de abdómen agudo fizeram-nos optar por uma atitude expectante e uma observação continuada em estreita colaboração com a Cirurgia. O quadro clínico e o contexto epidemiológico (contacto com cães e ingestão esporádica de água de furo hertziano), levaram-nos a alargar as hipóteses de diagnóstico e a pesquisar imediatamente outras etiologias. Os anticorpos elevados para *E.histolytica*, e o exame parasitológico das fezes frescas com abundantes quistos deste parasita permitiram o diagnóstico definitivo.

A terapêutica empírica instituída à entrada, de acordo com a hipótese diagnóstica inicial de abscesso piogénico incluía o metronidazol, que é também a terapêutica de eleição para o abscesso amebiano. O início deste fármaco, mesmo antes do diagnóstico etiológico, terá condicionado uma melhoria clínica mais rápida.

Os nitroimidazóis, como o metronidazol não têm qualquer efeito nos parasitas intraluminais, pelo que esta terapêutica deve ser complementada com um amebicida luminal como a paramomicina^(3,6,8). A paramomicina não deve ser administrada simultaneamente com o metronidazol, uma vez que a diarreia é um efeito secundário frequente, tornando mais difícil a percepção da resposta à terapêutica inicial^(3,6).

A terapêutica amebicida é geralmente eficaz pelo que a drenagem cirúrgica é raramente necessária⁽⁸⁾.

Em termos epidemiológicos, é importante identificar e tentar eliminar a eventual fonte de contágio. A análise pedida à água de furo que a criança ingeria esporadicamente sugeriu contaminação fecal, tendo este facto sido relatado à Autoridade de Saúde. A não identificação de quistos de *E. histolytica* na água ingerida, não nos permitiu identificar ou excluir inequivocamente a fonte de infecção.

Apesar de rara em Portugal (0.04/10⁵)⁽¹¹⁾, a amebiose não pode ser esquecida, principalmente se houver suspeita de contexto epidemiológico, ou seja, ingestão de alimentos e/ou água contaminados com quistos amebianos.

Mesmo nas situações em que o diagnóstico de abscesso hepático parece sugerir uma etiologia piogénica, é importante uma história clínica detalhada, e um diagnóstico diferencial que contemple as diversas causas possíveis, nomeadamente a etiologia amebiana.

AMEBIC LIVER ABSCESS IN CHILDREN: CASE REPORT

ABSTRACT

Human infection by *Entamoeba histolytica* is worldwide spread, with endemic areas in the tropics. The most frequent form of the disease is amebic colitis. The liver is the more commonly affected organ in extraintestinal disease.

We describe a case report of a nine year-old boy admitted to the hospital due to high fever and abdominal pain, with a nine days course. There was reference to the ingestion of untreated water. On physical examination he presented enlargement and tenderness of the liver. Laboratory findings were suggestive of infection, with leukocytosis and elevated C reactive protein. Ultrasonography showed a hepatic mass. A positive serologic test for *Entamoeba histolytica* and the identification of cysts of the parasite by microscopic examination of fresh stool samples allowed the etiologic diagnosis. After treatment with metronidazole, followed by paramomycin, there was a good clinical evolution. Although epidemiological data pointed out to ingestion of groundwater as the source of infection, it was not possible to prove this undoubtedly.

Amebiasis is a rare clinical entity in Portugal, but must be taken into account especially if there is a positive epidemiological context (ingestion of food or water contaminated with *Entamoeba* cysts).

Key-words: *Entamoeba histolytica*, amebiasis, liver abscess, metronidazole, paramomycin

Nascer e Crescer 2009; 18(3): 146-148

BIBLIOGRAFIA

- 1 Gastrointestinal Syndromes. In: Fisher R, Boyce T, editors. *Moffet's Pediatric Infectious Diseases: A Problem-Oriented Approach*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005;420-67.
- 2 Sharma MP, Kumar A. Liver abscess in Children. *Indian J Pediatr* 2006;73:813-7.
- 3 John C, Salata R. Amebiasis. In: Kliegman RM, Behrman R, Jenson HB, Stanton BF, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007;1460-62.
- 4 Weinberg A, Levin MJ. Infections: parasitic and mycotic. In Hay W, Levin M, Sondheimer J, Detering R eds. *Current diagnosis and Treatment in Pediatrics*. 18th ed. New York: Lange Medical Books/Mc Graw Hill; 2007; 1225-27.
- 5 Haque R, Huston C, Hughes M, Houpt E, Petri W. Amebiasis. *N Engl Med* 2003;348:1565-73.
- 6 Stauffer W, Ravdin J. *Entamoeba histolytica*: an update. *Curr Opin Infect Dis* 2003;16:479-85.
- 7 Yost J. Amebiasis. *Peds in Review* 2002;23:293-4.
- 8 Petri W, Singh U. Diagnosis and management of amebiasis. *Clin Infect Dis*. 1999;29:1117-25.
- 9 American Academy of Pediatrics. Amebiasis. In: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, McMillan JA, editors. *Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics;2006:204-6.
- 10 WHO/PAHO/UNESCO report of a consultation of experts on amoebiasis. *Weekly Epidemiological Report of the World Health Organization* 1997;72:97-9.
- 11 Amebiasis. <http://www.saudepublica.web.pt/04-PrevencaoDoenca/DTDO-manual/ameb.htm>.

CORRESPONDÊNCIA

Ana Ehrhardt Pinheiro
R. das Margaridas, 251, Birre;
2750-249 Cascais
E-mail: ehrhardtdana@gmail.com