

## Relato de Caso

## Abscesso Hepático em Paciente com Febre de Origem Indeterminada - Relato de Caso

*Liver abscess in a patient with fever of undetermined origin- case report*

Ellen Cristina Rodrigues Neves<sup>1</sup>, Daniel Santos Gonçalves<sup>2</sup>, Bruno Henrique Melo Fernandes<sup>3</sup>,  
Margarida Maria Tavares Lacerda de Medeiros<sup>4</sup>, Samille Alves de Souza Franco<sup>5</sup>,  
Liliana de Oliveira Rocha<sup>6</sup>

Neves ECR, Gonçalves DS, Fernandes BHM, Medeiros MMTL, Franco SAS, Rocha LO. Abscesso hepático em paciente com febre de origem indeterminada - relato de caso / *Liver abscess in a patient with fever of undetermined origin- case report*. Rev Med (São Paulo). 2023 mar.-abr.;102(2):e-196558.

**RESUMO:** Abscesso hepático é o tipo mais comum de abscesso visceral. Sua prevalência é estimada em 2,3 casos por 100.000 pessoas anualmente e é maior entre homens do que mulheres. O abscesso hepático pode vir acompanhado por sinais e sintomas comuns a outras doenças como febre, emagrecimento e dor no hipocôndrio direito. Dessa forma, o diagnóstico essencialmente clínico é difícil de ser estabelecido. O artigo objetiva discutir o abscesso hepático em paciente com febre de origem indeterminada (FOI), através do relato de caso de um paciente de 43 anos que, dentre outros sintomas, apresentava tosse. O quadro clínico associado a aspectos epidemiológicos, levantaram a suspeita inicial de afecções respiratórias, o que postergou o diagnóstico de abscesso hepático.

**Palavras-chave:** Abscesso; Febre de causa desconhecida; Abscesso hepático.

**ABSTRACT:** Liver abscess is the most common type of visceral abscess. The prevalence is estimated at 2.3 cases per 100,000 people annually and is higher among men than women. Liver abscess may be accompanied by signs and symptoms common to other diseases such as fever, weight loss and pain in the right hypochondrium. Thus, the essentially clinical diagnosis is difficult to establish. The article aims to discuss liver abscess in a patient with fever of unknown cause, through the case report of a 43-year-old patient who, among other symptoms, had cough. The clinical condition associated with epidemiological aspects raised the initial suspicion of respiratory disorders, which delayed the diagnosis of liver abscess.

**Keywords:** Abscess, Fever of unknown cause, Liver abscess.

1. Acadêmica de medicina da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Teófilo Otoni - MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0771-3914>. E-mail: [ellen.neves@ufvjm.edu.br](mailto:ellen.neves@ufvjm.edu.br)
2. Acadêmico de medicina da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Teófilo Otoni - MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0294-8503>. E-mail: [goncalves.daniel@ufvjm.edu.br](mailto:goncalves.daniel@ufvjm.edu.br)
3. Acadêmico de medicina Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto- MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6015-9756>. E-mail: [brunomelo.bqi@gmail.com](mailto:brunomelo.bqi@gmail.com)
4. Acadêmica de medicina da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Teófilo Otoni- MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9162-2053>. E-mail: [margarida.medeiros@ufvjm.edu.br](mailto:margarida.medeiros@ufvjm.edu.br)
5. Acadêmica de medicina da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Teófilo Otoni- MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8455-4147>. E-mail: [samille.franco@ufvjm.edu.br](mailto:samille.franco@ufvjm.edu.br)
6. Médica infectologista. <https://orcid.org/0000-0003-3545-1357>. E-mail: [lilianarocha2015@gmail.com](mailto:lilianarocha2015@gmail.com)

**Endereço para correspondência:** Ellen Cristina Rodrigues Neves. Rua Otávio Otoni, 05, Apt 806 – Centro. Teófilo Otoni- MG. CEP 39802-042.

## INTRODUÇÃO

Os abscessos hepáticos podem ser classificados como piogênicos e amebianos. O abscesso piogênico geralmente acomete indivíduos da faixa etária entre os 50 aos 60 anos de idade, de modo que sua manifestação guarda estreita relação com as afecções do trato biliar e com a progressão de processos infecciosos bacterianos de origem hematogênica. No que tange à sintomatologia clássica desse tipo de abscesso, destaca-se a tríade composta pela icterícia (25% geralmente associada a doença biliar subjacente), pela dor no quadrante superior direito (40 a 70%) e pela febre. Além disso, a tosse e a dispnéia como o resultado de um comprometimento do diafragma, pode acometer 25% desses pacientes<sup>1</sup>. De acordo com Ferreira et al.<sup>2</sup> em uma análise de 119 pacientes diagnosticados com abscesso hepático piogênico e com apresentação de sintomas envolvendo o aparelho respiratório, 13% manifestaram dor pleurítica associada à tosse e 8% demonstraram alterações na ausculta respiratória. Tratando-se do abscesso amebiano, são acometidos geralmente os pacientes com faixa etária de 20 a 40 anos de idade. Nesse tipo de abscesso a procedência do paciente ganha forte relevância uma vez que áreas endêmicas oferecem grande risco de contaminação por *E. histolytica*, principal etiologia dessa classificação. A sintomatologia possui uma duração de alguns dias a quatro semanas e é marcada pela dor de característica constante e fastidiosa e também pela febre, associada a manifestação de calafrios<sup>1</sup>. Em ambas as apresentações dos abscessos hepáticos citadas a febre constitui-se como um sintoma frequente e inespecífico.

Petersdorf e Beeson<sup>3</sup> definem FOI como uma doença com manifestação febril por mais de três semanas com aumento da temperatura corporal acima de 38,3°C, em ocasiões nas quais não há um diagnóstico definido após uma semana de investigação clínica em âmbito hospitalar.

Traçando uma relação com o atual contexto mundial de emergência sanitária da pandemia do novo coronavírus, a Covid-19 surge como uma doença infectocontagiosa que tem como sintomas a febre aguda associada à tosse como componentes de um dos critérios clínicos que, associado a um critério epidemiológico, compõe a definição de caso suspeito de infecção pelo SARS-CoV-2. Nesse sentido, torna-se relevante apontar a inespecificidade desses dois sintomas, considerando que podem ser apresentados em uma variedade de moléstias de base infecciosa concomitante à ausência de manifestação de outros achados que são considerados patognomônicos. Assim, o objetivo do presente trabalho é demarcar a necessidade da suspeição de afecções extrapulmonares e de etiologia infecciosa ou inflamatória na presença de sintomas inespecíficos como febre e tosse, especialmente no contexto pandêmico da Covid-19.

Na próxima seção do relato são descritas a cronologia do caso, os achados clínicos, o processo

de investigação clínica, as intervenções terapêuticas empregadas, bem como o prognóstico e o desfecho. Já, na terceira seção, é traçado uma discussão científica sobre o caso clínico com base na literatura médica relevante. Por fim, na última sessão do artigo são traçados os entraves no estabelecimento do diagnóstico e as avaliações de possíveis causas e abordagens terapêuticas que poderiam ter sido empregadas.

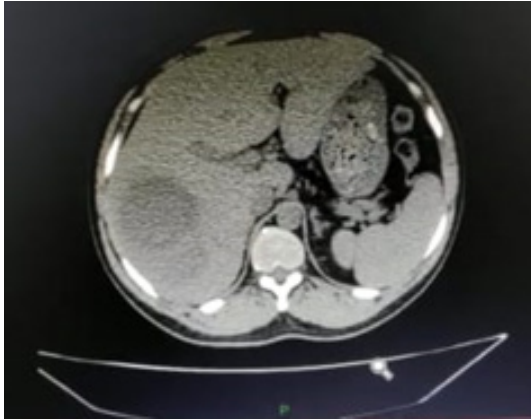
## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, G.S.A, 43 anos, natural de Novo Cruzeiro MG e residente em Teófilo Otoni MG, casado e possui uma filha de 3 anos. O paciente é comerciante, refere sedentarismo e má alimentação (sic). Nega viagem para fora da cidade nos últimos dois meses. Nega contato com ratos. Frequenta zona rural e criadouro de porcos. Nega uso de AINES. O paciente relata quadro de etilismo crônico há mais de 20 anos, que cessou com o início do quadro clínico em discussão neste artigo. O paciente iniciou, em 15/09/2020, febre alta, tosse persistente, dor em hipocôndrio direito, sudorese noturna, perda de apetite e emagrecimento. Procurou atendimento médico, inicialmente assistido por um Clínico Geral, que devido à pandemia do COVID-19 em 2020, realizou dois testes para SARS-CoV-2, com resultado negativo. Realizou também hemograma e outros exames pedidos pelo Clínico, que resultaram em leucocitose e trombocitose.

Com a persistência da tosse e a febre de origem indeterminada (FOI), G.S.A decidiu procurar um pneumologista. O especialista pediu um Raio-X de tórax, Exame de urina e Hemograma Completo, pois suspeitou de Pneumonia, mas o Raio-X não mostrou nenhuma alteração. A partir daí, o pneumologista receitou Amoxicilina e Levofloxacino para infecção bacteriana e dispensou o paciente. Sem melhora nos sintomas, ainda com febre alta e tosse, o paciente apresentou piora do quadro na noite de 09/10/2020 e foi levado para o Hospital Santa Rosália (HSR) em Teófilo Otoni pelo Corpo de Bombeiros. Ao ser admitido neste hospital, o paciente foi submetido a vários exames e ao exame físico apresentava-se corado, hipohidratado, taquipneico, acianótico, anictérico, febril (40,6 graus) e sudorese. Foi realizada, dentre os outros exames, uma Tomografia Computadorizada de abdome e tórax, que acusou dois Abscessos Hepáticos que atingiam o diafragma por contiguidade (Figuras 1 e 2). Esta tomografia mostrou também um significativo edema pulmonar (Figura 3), com acúmulo de líquido majoritariamente em pulmão direito, devido a contiguidade do abscesso diafragmático, o que explica a tosse persistente que G.S.A apresentava.

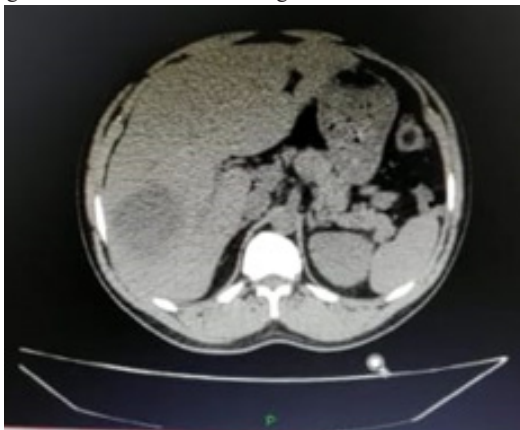
No dia seguinte, foi colocado um cateter abdominal (Figura 4) e, em seguida, feita a drenagem transcutânea do abscesso. Após isso, o paciente relata melhora dos sintomas e uso dos medicamentos Meropenem, metronidazol e tinidazol por escolha da sua equipe médica. Na evolução

do caso, vigésimo dia de internação, o setor de cirurgia geral suspeita de Abscesso Hepático amebiano, também relata íleo paralítico por abscesso subfrênico. G.S.A evoluiu com melhora clínica e laboratorial, seguindo tratamento adequado e acompanhamento médico para o caso, com ausência de febre ou vômitos. O paciente obteve alta do hospital e continua o tratamento em clínica particular com um infectologista da cidade.



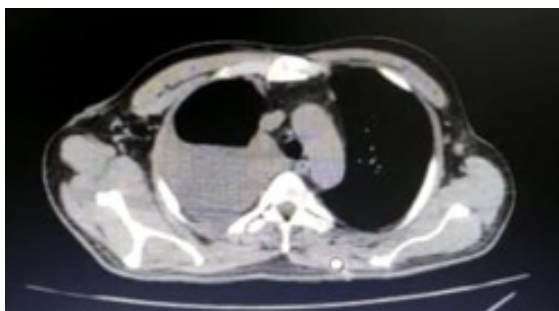
Fonte: Autorial própria

**Figura 1** - Tomografia Computadorizada com contraste do abdome. A imagem evidencia abscesso em fígado



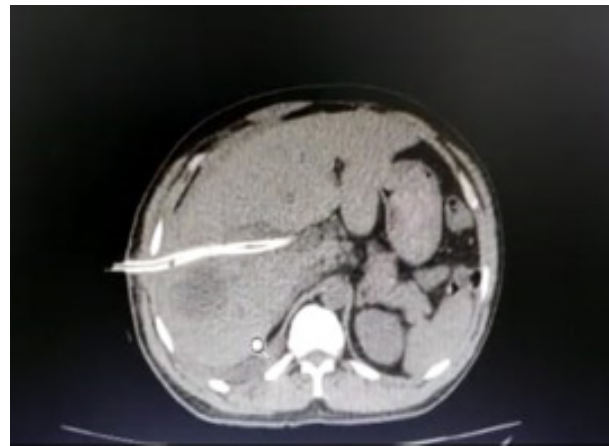
Fonte: Autorial própria

**Figura 2** - Tomografia Computadorizada com contraste do abdome. A imagem evidencia outro abscesso no fígado, somando o total de 2 abscessos nesse paciente



Fonte: Autorial Própria

**Figura 3** - Tomografia Computadorizada sem contraste. A imagem evidencia acúmulo de líquido no pulmão em decorrência da contiguidade do abscesso no diafragma



Fonte: Autorial Própria

**Figura 4** - Tomografia Computadorizada com contraste. A imagem evidencia um catéter implantado no paciente para a remoção dos abscessos

## DISCUSSÃO

O abscesso hepático é uma entidade clínica de baixa prevalência, o que, associado à presença de sintomas predominantemente inespecíficos, pode levar a um diagnóstico difícil e tardio<sup>4</sup>. Tal situação resulta em um intervalo de tempo médio entre o início do quadro e a instauração do tratamento maior que 23 dias<sup>2</sup>. As manifestações mais comuns são febre, dor abdominal, inapetência, perda ponderal e icterícia<sup>2,4,5</sup>. No caso relatado, além desses sintomas mais frequentemente encontrados, o paciente também apresentou queixas respiratórias, as quais contribuíram para o atraso no diagnóstico devido à maior prevalência dessas queixas em afecções de origem pulmonar.

Indivíduos com abscesso hepático podem apresentar complicações no decorrer da evolução do quadro, sendo que as mais observadas são abscesso subfrênico, abscesso subepático, insuficiência hepática, peritonite generalizada, empiema, hemobilia, hemorragia e sepse<sup>5</sup>. O paciente em questão apresentava no momento do diagnóstico, além do abscesso hepático, um abscesso subfrênico, o qual contribuiu para a notoriedade das queixas respiratórias.

Os exames de imagem apresentam alta sensibilidade para o diagnóstico de abscessos hepáticos<sup>4</sup>. Quando disponível, a tomografia computadorizada de abdome deve ser o exame de imagem de escolha, pois apresenta acurácia de 90% a 95% e permite detectar lesões de até 0,5 cm. A ultrassonografia também pode ser utilizada, porém apresenta desvantagem em relação à tomografia computadorizada por apresentar acurácia inferior, que varia de 80% a 90%, e não permitir observar lesões de até 0,5 cm no parênquima<sup>5</sup>.

No caso relatado, houve regressão do quadro, incluindo melhora clínica e laboratorial, após a terapêutica, que consistiu em antibioticoterapia aliada à drenagem da

coleção purulenta. Essa combinação constitui a base do tratamento do abscesso hepático<sup>5</sup>, estando associada a melhores desfechos no que se refere às taxas de morbidade e mortalidade<sup>4</sup>. O paciente apresentou derrame pleural à direita após o início da terapia, ainda no período de internação. O derrame pleural está entre as complicações pós-operatórias mais frequentes no tratamento dos abscessos hepáticos, as quais incluem também pneumonia, infecção da ferida, atelectasia e abscesso subfrênico<sup>5</sup>.

O presente relato torna evidente a necessidade de suspeição clínica de abscesso hepático diante de um paciente com febre de origem indeterminada e outras manifestações inespecíficas. As infecções, incluindo o abscesso hepático, são as principais causas de febre origem indeterminada<sup>6</sup> e, portanto, devem sempre ser pesquisadas durante a avaliação de um paciente com esse quadro. Os abscessos hepáticos são raros, porém podem apresentar consideráveis taxas de mortalidade<sup>5</sup>, o que torna mais evidente a necessidade de se considerar essa afecção no paciente com sintomas compatíveis, para que, assim,

sejam adotadas estratégias apropriadas para o diagnóstico e tratamento precoces e, dessa forma, alcançar-se melhores desfechos clínicos.

## CONCLUSÃO

Os abscessos hepáticos são raros e podem ser classificados como piogênicos ou amebianos, sendo difícil a distinção entre os tipos. O entrave para se determinar o quadro de abscesso hepático se deu em decorrência da sintomatologia inespecífica, de FOI e de tosse, apresentada pelo paciente, retardando o diagnóstico. Dessa forma, apenas buscou-se por causas extrapulmonares após o descarte de moléstias do trato respiratório, como COVID-19 - negatizada por dois exames - e pneumonia, descartada pela radiografia de tórax que não demonstrou alterações. Assim, em casos de febre de origem indeterminada, a busca nos diversos sítios de infecção se faz necessária para traçar o diagnóstico de forma eficaz. O caso foi conduzido de forma profícua, com melhora significativa do paciente.

**Agradecimentos:** Agradecemos imensamente ao Hospital Santa Rosália por todos os dados disponibilizados e todo o apoio cedido durante a confecção do artigo.

**Participação dos autores:** *Ellen Cristina Rodrigues Neves:* Coleta de dados e escrita da descrição do relato de caso; *Daniel Santos Gonçalves:* Revisão de literatura, escrita da introdução do relato de caso e tradução do artigo; *Bruno Henrique Melo Fernandes:* Revisão de literatura e escrita da conclusão do relato de caso. *Margarida Maria Tavares Lacerda de Medeiros:* Escrita do resumo, escrita do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, auxílio com os trâmites de submissão no Comitê de Ética e Pesquisa e na revista. *Samille Alves de Souza Franco:* Revisão de literatura, coleta de dados e escrita da discussão do relato de caso. *Liliana de Oliveira Rocha:* Orientação do tema, supervisão do processo de escrita e pesquisadora responsável.

## REFERÊNCIAS

1. Townsend CM. Sabiston textbook of Surgery E-book. 4th ed. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2016. p.1440–1444.
2. Ferreira S, Barros R, Santos M, Batista A, Freire E, Reis E, et al. Abscesso hepático piogênico - casuística de 19 anos. J Port Gastrenterol. 2007;14(3):128-33. [https://www.sped.pt/images/sped/GE/GE\\_2007/3maijul2007/v14n3a01.pdf](https://www.sped.pt/images/sped/GE/GE_2007/3maijul2007/v14n3a01.pdf)
3. Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. Medicine (Baltimore). 1961;40(1):1-30. doi: 10.1097/00005792-196102000-00001.
4. Santos-Rosa OM, Lunardelli HS, Ribeiro- Junior MA. Abscesso hepático piogênico: manejo dos recursos diagnósticos e terapêuticos. 2016;29(3):194-7. doi: 10.1590/0102-6720201600030015
5. Torres OJM, Silva WLR, Malafaia O. Abscesso hepático. 1997;798-807. <http://www.drorlandotorres.com.br/site/arquivos/artigos/RBM1997Abscessohepatico.pdf>
6. Lambertucci JR, Ávila RE, Voietta I. Febre de origem indeterminada em adultos. Rev Soc Bras Med Trop. 2005;38(6):507-13. doi: 10.1590/S0037-86822005000600012

Recebido: 11.04.2022

Aceito: 24.10.2022