

FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA: UMA CAUSA RARA

FEVER OF UNKNOWN ORIGIN: AN UNCOMMON CAUSE

Sara Vilas-Bôas¹, Pedro Cabral², Pedro Lopes³

Palavras-chave: febre; abscesso hepático; corpo estranho

Keywords: fever; liver abscess; foreign body

Doente de 59 anos, sexo feminino, sem antecedentes pessoais relevantes, transferida para o serviço de Medicina Interna, proveniente de outra unidade hospitalar, por quadro com 1 semana de evolução de febre (38-40°C) e dor nos quadrantes superiores do abdómen. Sem foco infeccioso identificado (portadora de ecografia e tomografia computadorizada (TC) abdominais sem alterações) e já sob antibioticoterapia empírica de largo espectro há 5 dias sem resposta.

Análiticamente a destacar anemia normocítica normocrômica, leucocitose com neutrofilia e proteína C-reativa de 24.9mg/dL. Sem outras alterações relevantes, nomeadamente da enzimologia hepática e amilásémia.

Verificou-se persistência do quadro febril e aumento de parâmetros inflamatórios, com dor abdominal agora localizada no hipocôndrio direito, pelo que repetiu ecografia abdominal que revelou abscesso no lobo hepático esquerdo e TC abdominal onde se constatou fístula enterohepática secundária a perfuração por corpo estranho (Fig. 1 e 2).

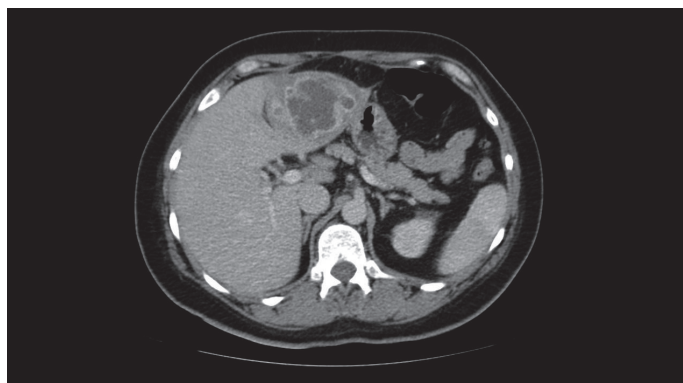


Figura 1 – Abscesso do lobo hepático esquerdo

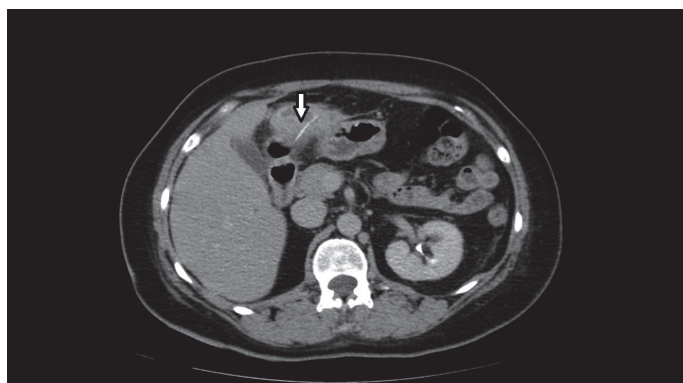


Figura 2 – Corpo estranho intra-hepático.

Foi submetida a laparotomia exploradora com drenagem de abscesso, extracção do corpo estranho (espinha – Fig. 3) e colocação de drenagem externa que retirou uma semana após controlo imagiológico. Verificou-se progressiva melhoria clínica, laboratorial e imagiológica.



Figura 3 – Corpo estranho (espinha) após extracção cirúrgica.

A maioria dos corpos estranhos é eliminada do organismo em média uma semana após a sua ingestão, com menos de 1% a causar complicações, onde se inclui a perfuração gastrointestinal.¹⁻⁴ A formação secundária de abscessos hepáticos é ainda mais rara, com cerca de 60 casos descritos na literatura.³ A localização no lobo esquerdo é mais frequente e há normalmente pouca resposta à antibioticoterapia.²

O facto da maioria dos doentes não relatar a ingestão de corpos estranhos e a sua difícil identificação nos exames de imagem (não reconhecidos ou interpretados como artefactos),⁴ acresce dificuldade no reconhecimento precoce de complicações potencialmente fatais.

Embora estejam descritos casos de drenagem e extracção do corpo estranho por técnicas endoscópicas, a laparotomia exploradora continua a ser a abordagem preconizada.²⁻⁵

59 year-old female patient, with no relevant personal history, admitted from another hospital with one-week course of fever (38-40°C) and pain in the upper abdominal quadrants. The focus of infection was not identified even with abdominal ultrasound and computerized tomography (CT) scan. Patient was already under empirical broad-spectrum antibiotics for 5 days.

Laboratory data revealed normocytic normochromic anemia, leu-

¹ Interno da formação específica em Medicina Interna, Serviço de Medicina III, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E., Amadora, Portugal
✉ saravb@hotmail.com

² Assistente Hospitalar de Radiologia, Serviço de Imagiologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E., Amadora, Portugal

³ Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Serviço de Medicina III, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E., Amadora, Portugal

kocytosis with neutrophilia and C-reactive protein 24.9mg/dL. No other significant changes were detected namely liver enzymology and amylasemia.

There was persistent fever and increasing inflammatory parameters, with abdominal pain, at the time located in the right upper quadrant. Re-evaluation with abdominal ultrasound scan revealed abscess in the left hepatic lobe and abdominal CT demonstrated an enterohepatic fistula secondary to perforation by a foreign body (Fig. 1 and 2).

The patient underwent an exploratory laparotomy with drainage of the abscess, foreign body extraction (fish bone – Fig. 3) and external drainage placement, removed a week after imaging re-evaluation. There was progressive clinical, laboratory and imaging improvement.

Most of the foreign bodies are eliminated on average one week after ingestion, with less than 1% causing complications, including gastrointestinal perforation.¹⁻⁴ Secondary formation of liver abscesses is even rarer, with about 60 cases described in the literature.³ The location in the left lobe is more frequent and there is usually little response to antibiotic therapy.²

Most patients do not report the ingestion of foreign bodies and their identification becomes challenging based on imaging studies (not recognized or interpreted as artifacts),⁴ adding difficulty to the early recognition of potentially fatal complications.

Although there are described cases of drainage and extraction of the foreign body by endoscopic techniques, laparotomy remains the recommended approach.²⁻⁵

BIBLIOGRAFIA

1. Santos SA1, Alberto SC, Cruz E, Pires E, Figueira T, Coimbra E, et al. Hepatic abscess induced by foreign body: case report and literature review. *World J Gastroenterol.* 2007; 13: 1466-70.
2. Chintamani1, Singhal V, Lubhana P, Durkhere R, Bhandari S., et al., Liver abscess secondary to a broken needle migration--a case report. *BMC Surg.* 2003; 3: 8.
3. Leggieri N1, Marques-Vidal P, Cerwenka H, Denys A, Dorta G, Moutardier V., et al., Migrated foreign body liver abscess: illustrative case report, systematic review, and proposed diagnostic algorithm. *Medicine (Baltimore)* 2010; 89: 85-95.
4. Ricci G1, Campisi N, Capuano G, De Vido L, Lazzaro L, Simonatto G., et al., Liver abscess and pseudotumoral gastric lesion caused by chicken bone perforation: laparoscopic management. *Case Rep.Surg* 2012;. 2012: 791857.
5. Kumar S, Gupta NM., Foreign bodies migrating from gut to liver. *Indian J Gastroenterol* 2000; 19: 42.