



# QUISTOS NO VIAJANTE

Maria João Lopes, Tiago Brito,  
Marta Sousa, Nuno Pignatelli, Ana Germano,  
Teresa Brandão, Isabel Braga,  
Vítor Nunes, Paulo Freitas

Sessão Clínica 18 Maio 2017

# CASO CLÍNICO



- ♂ , 36 anos, leucodérmico, solteiro, 1 filho, vive com a mãe;
- Natural de Castelo Branco, residente Belas;
- Mécânico de automóveis.
  
- AP: Anemia. Sem internamentos prévios ou cirurgias;
- Tabagismo activo (20 UMA). Negava hábitos alcoólicos ou toxicofílicos;
- Medicado com ferro e cianocobalamina;
- Alergia ao metamizol magnésico. Intolerância à lactose recente.

# CASO CLÍNICO



- ♂ , 36 anos

**Dor lombar direita**, inicialmente intermitente, de instalação progressiva. Permanente desde há 3 meses, com **extensão** para o **hipocôndrio e flanco direitos**.

**Astenia**  
**Anorexia**  
**Perda ponderal (16Kg)**  
**Vômitos**  
**Icterícia**

# CASO CLÍNICO



- ♂ , 36 anos

**Dor lombar direita**, inicialmente intermitente, de instalação progressiva. Permanente desde há 3 meses, com **extensão** para o **hipocôndrio e flanco direitos**.

Negava colúria, acolia, prurido, diarreia, melenas, hematoquézias, tenesmo, toracalgia, tosse produtiva ou disúria.

**Astenia**  
**Anorexia**  
**Perda ponderal (16Kg)**  
**Vômitos**  
**Icterícia**

# CASO CLÍNICO



• ♂, 36 anos

## Emagrecido, icterico

TA 121/82mmHg FC 130bpm SpO2 98% aa **TT 38.1°C**

AP: MV diminuído no 1/3 inferior do HT direito

Abd: RHA diminuídos. Doloroso à percussão generalizada. Abdómen rígido ao nível do hipocôndrio e flanco direitos, epigastro e região umbilical. **Hepatomegália dolorosa**, 8 cm abaixo do RCD. Esplenomegália palpável. Murphy vesicular negativo.

**Dor lombar direita com extensão ao hipocôndrio direito e flanco direito.**

**Astenia**  
**Anorexia**  
**Saciedade precoce**  
**Perda ponderal (16Kg)**  
**Vômitos**  
**Icterícia**

# CASO CLÍNICO



- ♂, 36 anos

Emagrecido, icterico

TA 121/82mmHg FC 130bpm SpO2 98% aa TT 38.1°C

AP: MV diminuído no 1/3 inferior do HT direito

Abd: RHA diminuídos. Doloroso à percussão generalizada. Abdómen rígido ao nível do hipocôndrio e flanco direitos, epigastro e região umbilical. Hepatomegália dolorosa, 8 cm abaixo do RCD. Esplenomegália palpável. Murphy vesicular negativo.

**Dor lombar direita com extensão ao hipocôndrio direito e flanco direito.**

**Astenia  
Anorexia  
Saciedade precoce  
Perda ponderal (16Kg)  
Vômitos  
Icterícia**

- Hb **10.6**g/dL NH
- Leucocitose **16900**u/L,
- Neutrofilia **13900**u/L
- Na **132**mmol/L, K **5.4**mmol/L
- AST **82**U/l, ALT **46**U/l , FA **929** U/l, GGT **509** U/l
- Bilirrubina total **8.77**mg/dL
- CPK **68**mg/dL, Amilase **43**mg/dL
- sCr **0.75**mg/dL, Ureia **22**mg/dL
- PCR **14.1**mg/dL

# CASO CLÍNICO



- ♂ , 36 anos

Emagrecido, icterico

TA 121/82mmHg FC 130bpm SpO2 98% aa TT 38.1°C

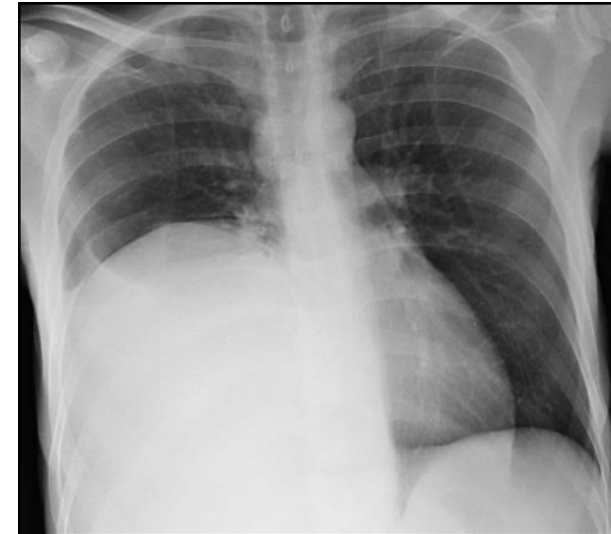
AP: MV diminuído no 1/3 inferior do HT direito

Abd: RHA diminuídos. Doloroso à percussão generalizada. Abdómen rígido ao nível do hipocôndrio e flanco direitos, epigastro e região umbilical. Hepatomegália dolorosa, 8 cm abaixo do RCD. Esplenomegália palpável. Murphy vesicular negativo.

**Dor lombar direita com extensão ao hipocôndrio direito e flanco direito.**

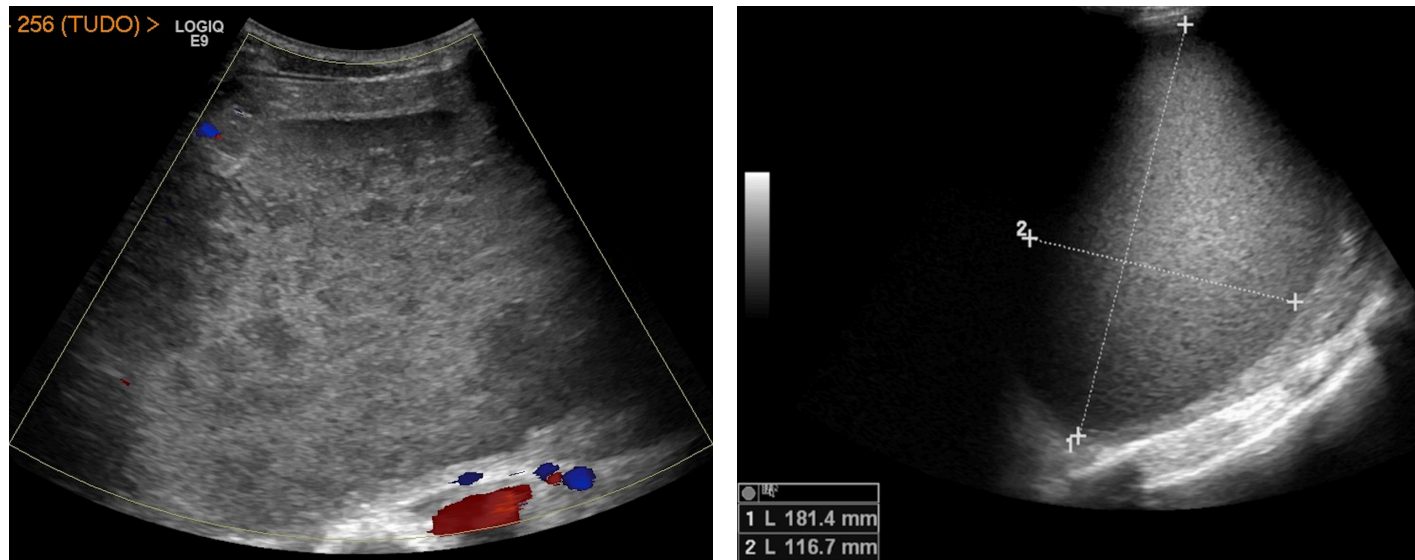
**Astenia  
Anorexia  
Saciedade precoce  
Perda ponderal (16Kg)  
Vômitos  
Icterícia**

- Hb **10.6**g/dL NH
- Leucocitose **16900**u/L,
- Neutrofilia **13900**u/L
- Na **132**mmol/L, K **5.4**mmol/L
- AST **82**U/l, ALT **46**U/l , FA **929** U/l, GGT **509** U/l
- Bilirrubina total **8.77**mg/dL
- CPK **68**mg/dL, Amilase **43**mg/dL
- sCr **0.75**mg/dL, Ureia **22**mg/dL
- PCR **14.1**mg/dL



# CASO CLÍNICO

## Ecografia Abdominal:



- Volumosa **massa hipoeecogénica** (14,4 cm x 9,8 cm), a comprimir o fígado, empurrando o arco duodenal e o pâncreas;
- Posteriormente, **volumosa imagem sugestiva de um quisto com conteúdo não puro e homogêneo** (18,1 cm x 11,6 cm) e que poderá estar em topografia intratorácica;
- **Ligeira esplenomegalia homogênea**;
- Pequeno **volume de líquido livre intraperitoneal**.

## SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO

2 HC em aerobiose

Ceftriaxone 2g (TE)

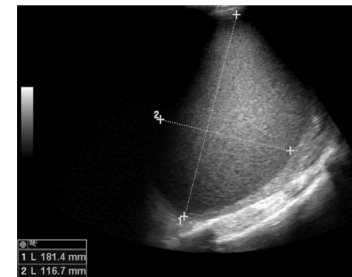
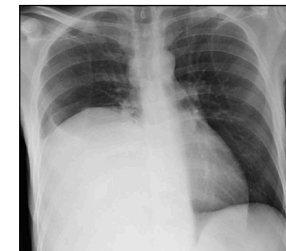
# CASO CLÍNICO



**Dor lombar direita com extensão ao hipocôndrio direito e flanco direito.**

**Astenia  
Anorexia  
Saciidade precoce  
Perda ponderal (16Kg)  
Vômitos  
Icterícia**

- Hb **10.6g/dL** NH
- Leucocitose **16900**u/L,
- **Neutrofilia** **13900**u/L
- Na **132**mmol/L, K **5.4**mmol/L
- AST **82**u/l, ALT **46**u/l, FA **929** u/l, GGT **509** u/l
- Bilirrubina total **8.77** mg/dL
- PCR **14.1** mg/dL



SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO

23 Jan 2017



# CASO CLÍNICO

SERVIÇO DE URGÊNCIA

**Lombalgia**  
**Calafrios**  
**Sudorese**  
**Anictérico**

Urina II: prot +, Hb  
+++ , Leuc +

ITU

Ago 2016

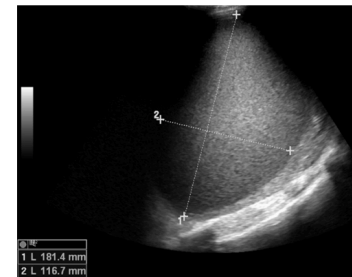
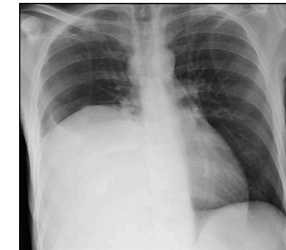


**Dor lombar direita com extensão ao hipocôndrio direito e flanco direito.**

**Astenia**  
**Anorexia**  
**Saciedade precoce**  
**Perda ponderal (16Kg)**  
**Vômitos**  
**Icterícia**

- Hb **10.6g/dL** NH
- Leucocitose **16900**u/L,
- **Neutrofilia** **13900**u/L
- Na **132**mmol/L, K **5.4**mmol/L
- AST **82**u/l, ALT **46**u/l , FA **929** u/l, GGT **509** u/l
- Bilirrubina total **8.77** mg/dL
- PCR **14.1** mg/dL

SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO



23 Jan 2017

# CASO CLÍNICO

SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICA

**Lombalgia**  
**Calafrios**  
**Sudorese**  
**Anictérico**  
Urina II: prot +, Hb  
+++ , Leuc +

ITU

Ago 2016

SERVIÇO DE URGÊNCIA

**Lombalgia**  
**Alterações urinárias**  
Urina II: prot vestígios, Hb  
+1, Leuc 250, Nit -

ITU

Out 2016

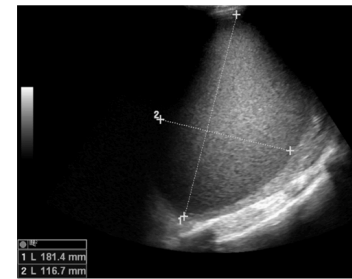
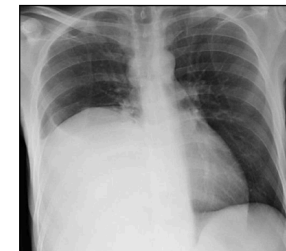


**Dor lombar direita com extensão ao hipocôndrio direito e flanco direito.**

**Astenia**  
**Anorexia**  
**Saciedade precoce**  
**Perda ponderal (16Kg)**  
**Vômitos**  
**Icterícia**

- Hb **10.6g/dL** NH
- Leucocitose **16900u/L**,
- **Neutrofilia 13900u/L**
- Na **132mmol/L**, K **5.4mmol/L**
- AST **82u/l**, ALT **46u/l**, FA **929 u/l**, GGT **509 u/l**
- Bilirrubina total **8.77 mg/dL**
- PCR **14.1 mg/dL**

SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO



23 Jan 2017

# CASO CLÍNICO

SERVIÇO DE URGÊNCIA



Ago 2016

**Lombalgia**  
**Calafrios**  
**Sudorese**  
**Anictérico**  
Urina II: prot +, Hb +++ , Leuc +

ITU

SERVIÇO DE URGÊNCIA

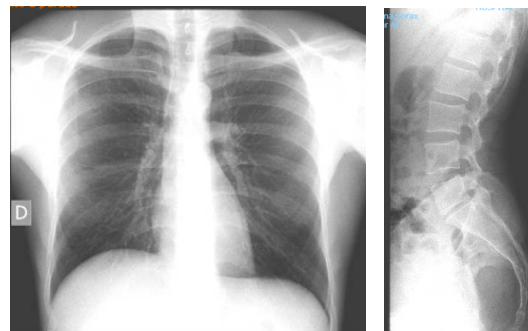
Out 2016

**Lombalgia**  
**Alterações urinárias**  
Urina II: prot vestígios, Hb +1, Leuc 250, Nit -

ITU

Nov 2016

**Lombalgia direita**  
**Desconforto torácico e abdominal** exacerbado por tosse e inspiração profunda.  
Apirético, HD estável.  
ABD: **Dor à palpação do flanco direito.**  
Dor à palpação lombar. Sem murphy renal.



- Hb **12g/dL** NN
- Leucocitose **16100u/L** Neutrofilia **12700u/L**
- INR **1.2**
- AST **33u/l**, ALT **59u/l**, FA **741u/l**, GGT **1115 u/l**
- Bilirrubina total **0.45mg/dL**
- PCR **14.5mg/dL**
- Urina II: Hb +1, Leuc **500**, Nit -

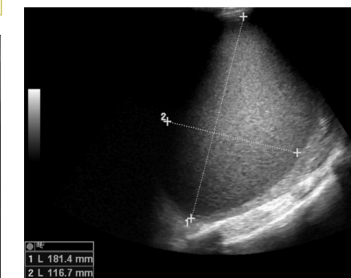
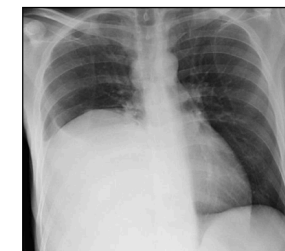
ITU



**Dor lombar direita com extensão ao hipocôndrio direito e flanco direito.**

**Astenia**  
**Anorexia**  
**Saciedade precoce**  
**Perda ponderal (16Kg)**  
**Vômitos**  
**Icterícia**

- Hb **10.6g/dL** NH
- Leucocitose **16900u/L**,
- Neutrofilia **13900u/L**
- Na **132mmol/L**, K **5.4mmol/L**
- AST **82u/l**, ALT **46u/l**, FA **929 u/l**, GGT **509 u/l**
- Bilirrubina total **8.77 mg/dL**
- PCR **14.1 mg/dL**



SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO

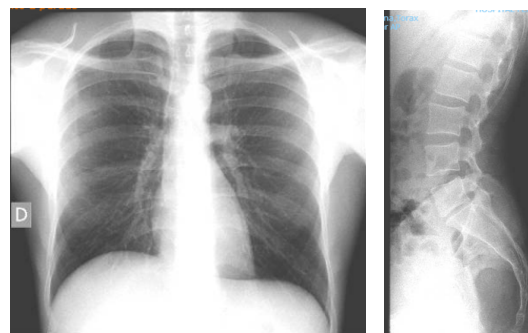
23 Jan 2017

# CASO CLÍNICO

6 MESES DE EVOLUÇÃO

Diarreia ocasional  
Febre e sudorese ocasionais  
Enfartamento pós-prandial  
Intolerância à lactose

**Lombalgia direita**  
**Descoforto torácico e abdominal**  
exacerbado por tosse e inspiração profunda.  
Apirético, HD estável.  
ABD: **Dor à palpação do flanco direito.**  
Dor à palpação lombar. Sem murphy renal.



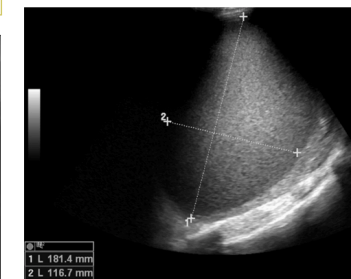
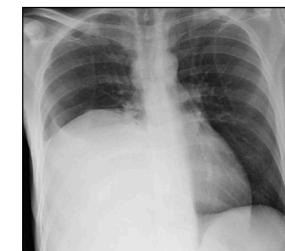
- Hb **12g/dL** NN
- Leucocitose **16100u/L** Neutrofilia **12700u/L**
- INR **1.2**
- AST **33u/l**, ALT **59u/l**, FA **741u/l**, GGT **1115 u/l**
- Bilirrubina total **0.45mg/dL**
- PCR **14.5mg/dL**
- Urina II: Hb +1, Leuc **500**, Nit -



**Dor lombar direita com extensão ao hipocôndrio direito e flanco direito.**

**Astenia**  
**Anorexia**  
**Saciedade precoce**  
**Perda ponderal (16Kg)**  
**Vômitos**  
**Icterícia**

- Hb **10.6g/dL** NH
- Leucocitose **16900u/L**,
- **Neutrofilia 13900u/L**
- Na **132mmol/L**, K **5.4mmol/L**
- AST **82u/l**, ALT **46u/l**, FA **929 u/l**, GGT **509 u/l**
- Bilirrubina total **8.77mg/dL**
- PCR **14.1mg/dL**



SERVIÇO DE URGÊNCIA

**Lombalgia**  
**Calafrios**  
**Sudorese**  
**Anictérico**  
Urina II: prot +, Hb +++ , Leuc +

ITU

SERVIÇO DE URGÊNCIA

**Lombalgia**  
**Alterações urinárias**  
Urina II: prot vestígios, Hb +1, Leuc 250, Nit -

ITU

SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO

ITU

Ago 2016

Out 2016

Nov 2016

23 Jan 2017

# CASO CLÍNICO

Quadro consumptivo

Febre

Dor abdominal

6 meses de evolução

Icterícia

Alteração provas hepáticas

Aumento parâmetros inflamatórios

“Volumosa massa intra-abdominal  
e quisto com conteúdo não puro”



# CASO CLÍNICO

Quadro consumptivo  
Febre  
Dor abdominal  
6 meses de evolução

Icterícia  
Alteração provas hepáticas  
Aumento parâmetros inflamatórios

“Volumosa massa intra-abdominal  
e quisto com conteúdo não puro”

TC Abdominal



- **Duas formações, contíguas, volumosas (17x13x11cm e 13x14x12cm) localizadas no parênquima hepático. São hipodensas e hipocaptantes com densidades hídricas na formação superior, notando-se densidade heterogênea mais elevada à periferia na formação inferior.**
- **Condicionam compressão do hilo hepático com dilatação da árvore biliar intra-hepática.**
- **Pequeno volume de líquido livre nos recessos peritoneais.**



# CASO CLÍNICO

Quadro consumptivo  
Febre  
Dor abdominal  
6 meses de evolução

Icterícia  
Alteração provas hepáticas  
Aumento parâmetros inflamatórios

“Volumosa massa intra-abdominal  
e quisto com conteúdo não puro”

Natureza quística?  
Cistoadenoma?  
Sequela hemorragia/infecção?  
Abscessos?

TC Abdominal



- **Duas formações, contíguas, volumosas (17x13x11cm e 13x14x12cm) localizadas no parênquima hepático. São hipodensas e hipocaptantes com densidades hídricas na formação superior, notando-se densidade heterogênea mais elevada à periferia na formação inferior.**
- **Condicionam compressão do hilo hepático com dilatação da árvore biliar intra-hepática.**
- **Pequeno volume de líquido livre nos recessos peritoneais.**



# CASO CLÍNICO

Quadro consumptivo  
Febre  
Dor abdominal  
6 meses de evolução

Icterícia  
Alteração provas hepáticas  
Aumento parâmetros inflamatórios

“Volumosa massa intra-abdominal  
e quisto com conteúdo não puro”

Viagem a Angola

Natureza quística?  
Cistoadenoma?  
Sequela hemorragia/infecção?  
Abscessos?

TC Abdominal



- **Duas formações, contíguas, volumosas (17x13x11cm e 13x14x12cm) localizadas no parênquima hepático. São hipodensas e hipocaptantes com densidades hídricas na formação superior, notando-se densidade heterogênea mais elevada à periferia na formação inferior.**
- **Condicionam compressão do hilo hepático com dilatação da árvore biliar intra-hepática.**
- **Pequeno volume de líquido livre nos recessos peritoneais.**



# CASO CLÍNICO

Quadro consumptivo  
Febre  
Dor abdominal  
6 meses de evolução

Icterícia  
Alteração provas hepáticas  
Aumento parâmetros inflamatórios

“Volumosa massa intra-abdominal  
e formação quística de conteúdo  
não puro”

Viagem a Angola



- Agravamento da dor;

# CASO CLÍNICO

Quadro consumptivo  
Febre  
Dor abdominal  
6 meses de evolução

Icterícia  
Alteração provas hepáticas  
Aumento parâmetros inflamatórios

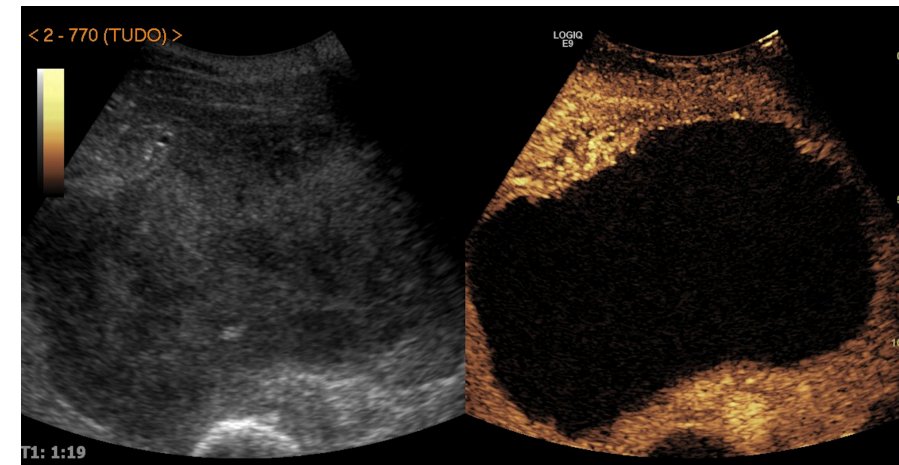
“Volumosa massa intra-abdominal  
e formação quística de conteúdo  
não puro”

Viagem a Angola



- Agravamento da dor;
- **Lesões não sólidas;**

Ecografia com contraste



# CASO CLÍNICO

Quadro consumptivo  
Febre  
Dor abdominal  
6 meses de evolução

Icterícia  
Alteração provas hepáticas  
Aumento parâmetros inflamatórios

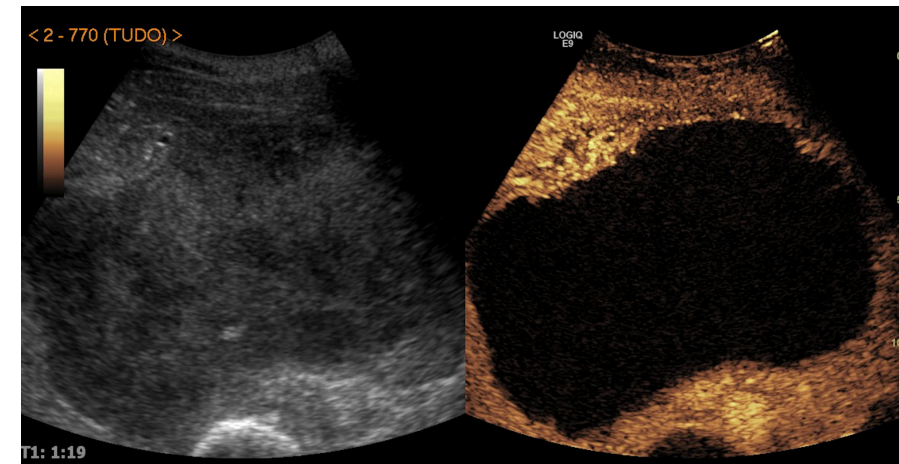
“Volumosa massa intra-abdominal  
e formação quística de conteúdo  
não puro”

Viagem a Angola



- Agravamento da dor;
- **Lesões não sólidas;**
- Agravamento analítico:
  - Hb **10.6** g/dL NH → **9.4** g/dL
  - Leucocitose **16900**u/L → **18900**u/L
  - Neutrofilia **13900**u/L → **17100**u/L
  - INR **1.7**
  - AST **82**U/I → 55U/I , ALT **46**U/I → 35U/I , FA **929** U/I → 823 U/I, GGT **509** U/I → 365U/I
  - Bilirrubina total **8.77**mg/dL → **10.47**mg/dL
  - PCR **14.1**mg/dL → **20.9**mg/dL

Ecografia com contraste



# CASO CLÍNICO

Quadro consumptivo  
Febre  
Dor abdominal  
6 meses de evolução

Icterícia  
Alteração provas hepáticas  
Aumento parâmetros inflamatórios

“Volumosa massa intra-abdominal  
e formação quística de conteúdo  
não puro”

Viagem a Angola

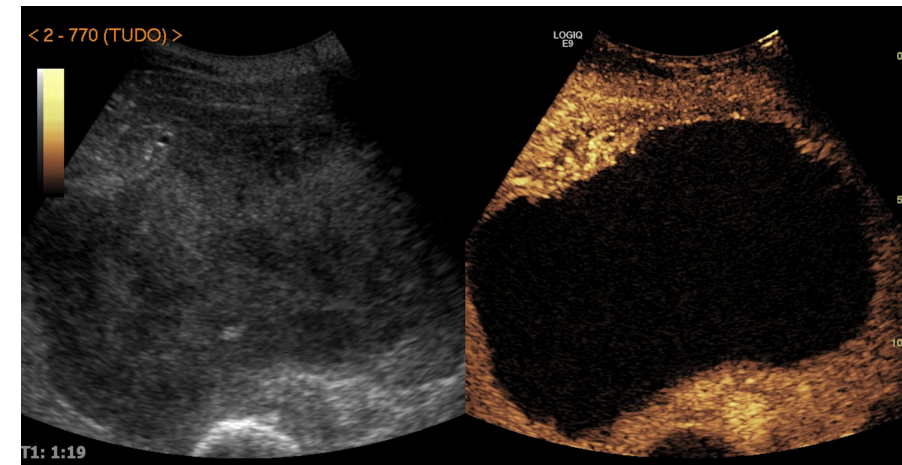


- Agravamento da dor;
- **Lesões não sólidas;**
- Agravamento analítico:
  - Hb **10.6** g/dL NH → **9.4** g/dL
  - Leucocitose **16900**u/L → **18900**u/L
  - Neutrofilia **13900**u/L → **17100**u/L
  - INR **1.7**
  - AST **82**U/I → **55**U/I , ALT **46**U/I → **35**U/I , FA **929** U/I → **823** U/I, GGT **509** U/I → **365**U/I
  - Bilirrubina total **8.77**mg/dL → **10.47**mg/dL
  - PCR **14.1**mg/dL → **20.9**mg/dL

## ESTUDO COMPLEMENTAR

- 2 HC (24/01) em curso;
- Ac VIH, Ac VHC, AgHBs, AchHBc negativos;
- Ac *Echinococcus* spp IgG em curso.

## Ecografia com contraste



# CASO CLÍNICO

## INTERVENÇÃO CIRÚRGICA URGENTE

- Peritonite bilio-purulenta com líquido livre em todos os recessos peritoneais;
- Volumosa hepatomegália;
- Lobo esquerdo: abscesso hepático, em drenagem espontânea, bilio-purulenta, ao nível do lobo caudado;
- Lobo direito/subfrênico direito: abscesso hepático.



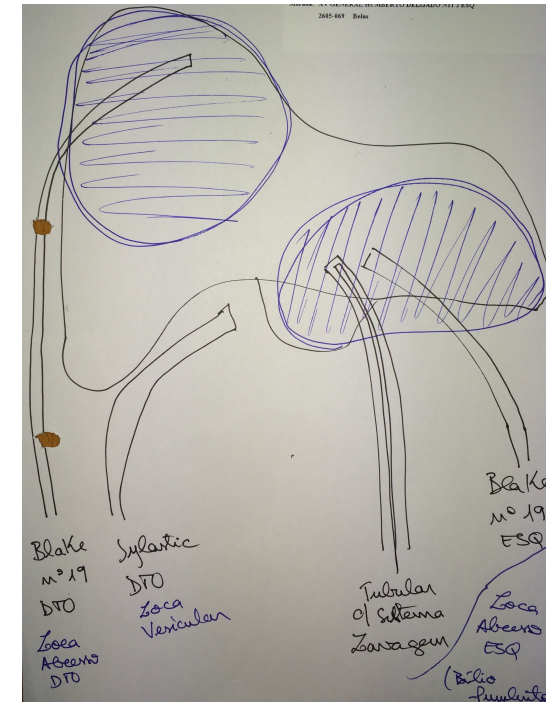
# CASO CLÍNICO

## INTERVENÇÃO CIRÚRGICA URGENTE

- Peritonite bilio-purulenta com líquido livre em todos os recessos peritoneais;
- Volumosa hepatomegália;
- Lobo esquerdo: abscesso hepático, em drenagem espontânea, bilio-purulenta, ao nível do lobo caudado;
- Lobo direito/subfrênico direito: abscesso hepático.



- Drenagem dos abscessos do lobo direito e esquerdo;
- Abundante toilette peritoneal;
- Colectomia retrograda parcial, até ao infundíbulo, não se conseguindo identificar com segurança ducto cístico e via biliar principal devido a múltipla vascularização colateral venosa do hilo hepático (transformação cavernomatosa da veia porta);
- Colocação de 4 drenos abdominais (loca de abscesso direito/subfrênico direito; loca vesicular; loca de abscesso esquerdo; loca de abscesso esquerdo com *pleurocath* com sonda de lavagem);
- Lesão iatrogénica da cúpula diafragmática direita. Drenagem torácica no 5º EIC direito.



# CASO CLÍNICO



VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS



# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

Admissão no pós-operatório sob VMI  
Sem necessidade de suporte vasopressor



# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

Admissão no pós-operatório sob VMI  
Sem necessidade de suporte vasopressor

Hb **6.6g/dL**, Leucocitose **15400u/L**  
AST **2563U/l**, ALT **896U/l**, FA **629U/l**, GGT  
**102U/l**, Bil total **7.1mg/dL**, Albumina **1g/dL**  
INR **1.9**, TP **22.5"**, APTT **35.4"**  
PCR **14.5mg/dL**

Meropenem 1g tid  
Metronidazol 500mg tid

Transusão de  
hemoderivados

# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

Admissão no pós-operatório sob VMI  
Sem necessidade de suporte vasopressor

Hb **6.6g/dL**, Leucocitose **15400u/L**  
AST **2563U/l**, ALT **896U/l**, FA **629U/l**, GGT **102U/l**, Bil total **7.1mg/dL**, Albumina **1g/dL**  
INR **1.9**, TP **22.5"**, APTT **35.4"**  
PCR **14.5mg/dL**

Meropenem 1g tid  
Metronidazol 500mg tid

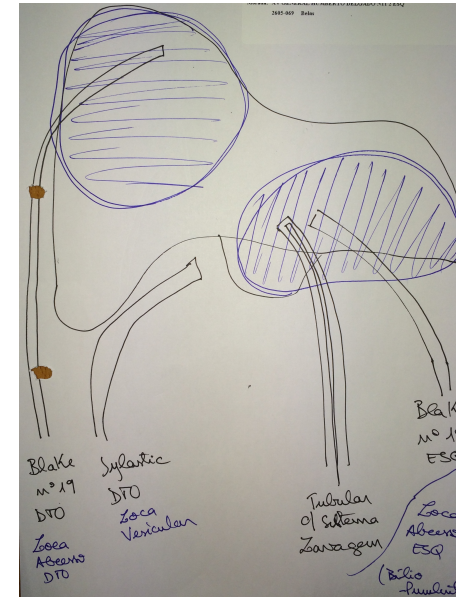
Transusão de  
hemoderivados

Extubação

Dreno torácico  
retirado

Diarreia aquosa com acolia

Drenagens:  
líquido ascítico  
líquido bilio-seroso



26 Jan 2017

30 Jan 2017

31 Jan 2017

01 Fev 2017



# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

Meropenem 1 g tid  
Metronidazol 500mg tid

Extubação

Dreno torácico retirado

Diarreia aquosa com acolia

Drenagens:  
líquido ascítico  
líquido bilio-seroso

TAC-Abdominal:



- Pequeno pneumotórax à direita e enfisema subcutâneo.
- **Marcadas alterações do fígado**, com **várias áreas hipocaptantes** em relação com abscessos drenados, em topografia **central e posterior do lobo direito**.
- **Área hipocaptante subcapsular posterior nos segmentos VIII, VII e VI**, podendo traduzir outro abscesso hepático. **Extensa área hipocaptante no segmento IV** com extensão ao hilo sugestiva de **enfarte**.
- Edema periportal e dilatação das vias biliares intrahepáticas esquerdas;

26 Jan 2017

30 Jan 2017

31 Jan 2017

01 Fev 2017



# CASO CLÍNICO



VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS

Diarreia aquosa com acolia

Drenagens:  
líquido ascítico  
líquido bilio-seroso



**ETIOLOGIA?** Bacteriana? Parasitária?

Meropenem 1g tid  
Metronidazol 500mg tid

Extubação

Dreno torácico  
retirado

26 Jan 2017

30 Jan 2017

31 Jan 2017

01 Fev 2017



# CASO CLÍNICO



VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS

Diarreia aquosa com acolia

Drenagens:  
líquido ascítico  
líquido bilio-seroso



**ETIOLOGIA?** Bacteriana? Parasitária?

Meropenem 1 g tid  
Metronidazol 500mg tid

Extubação

Dreno torácico  
retirado



## HISTÓRIA EPIDEMIOLÓGICA:

- Habitação com boas condições de higiene e saneamento;
- Nega actividades profissionais ou recreativas ao ar livre/meio aquático;
- Nega contacto frequente com animais;
- Consumo frequente de queijo artesanal pasteurizado;
- Nega viagens recentes ao estrangeiro;
- **Residiu durante quatro anos em Luanda, Angola** (regresso a Portugal em 2011).

26 Jan 2017

30 Jan 2017

31 Jan 2017

01 Fev 2017



# CASO CLÍNICO



VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS

Diarreia aquosa com acolia

Drenagens:  
líquido ascítico  
líquido bilio-seroso



Bacteriana?

## ETIOLOGIA?

- **Pus (26/01):**  
Ex. directo: Muitos PMN, não se observam bactérias ou fungos  
**Ex. cultural NEGATIVO**

- 2 HC (24/01) negativas
- 3 HC, UC (26/01) negativas
- SB (26/01) *C. albicans* (colonização), BAAR neg
- Coprocultura (31/01) neg

Meropenem 1 g tid  
Metronidazol 500mg tid

Extubação

Dreno torácico  
retirado

26 Jan 2017

30 Jan 2017

31 Jan 2017

01 Fev 2017



# CASO CLÍNICO



VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS

Diarreia aquosa com acolia

Drenagens:  
líquido ascítico  
líquido bilio-seroso



Bacteriana?

## ETIOLOGIA?

- **Pus (26/01):**  
Ex. directo: Muitos PMN, não se observam bactérias ou fungos  
**Ex. cultural NEGATIVO**
- 2 HC (24/01) negativas
- 3 HC, UC (26/01) negativas
- SB (26/01) *C. albicans* (colonização), BAAR neg
- Coprocultura (31/01) neg
- Rosa de Bengala neg
- *Ac Brucella spp*
- *Ac C. burnetti*

TAC-Coluna:  
Sem alterações

Meropenem 1g tid  
Metronidazol 500mg tid

Extubação

Dreno torácico  
retirado

26 Jan 2017

30 Jan 2017

31 Jan 2017

01 Fev 2017



# CASO CLÍNICO



VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS

Diarreia aquosa com acolia

Drenagens:  
líquido ascítico  
líquido bilio-seroso



Bacteriana?

## ETIOLOGIA?

- **Pus (26/01):**  
Ex. directo: Muitos PMN, não se observam bactérias ou fungos  
**Ex. cultural NEGATIVO**

- 2 HC (24/01) negativas
- 3 HC, UC (26/01) negativas
- SB (26/01) *C. albicans* (colonização), BAAR neg
- Coprocultura (31/01) neg

- Rosa de Bengala neg
- Ac *Brucella* spp
- Ac *C. burnetti*

TAC-Coluna:  
Sem alterações

**Pus (26/01):**  
Identificação bacteriana  
(sequenciação do ARN ribossomal 16S)

Meropenem 1 g tid  
Metronidazol 500mg tid

Extubação

Dreno torácico  
retirado

26 Jan 2017

30 Jan 2017

31 Jan 2017

01 Fev 2017



# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

Diarreia aquosa com acolia

Drenagens:  
líquido ascítico  
líquido bilio-seroso



Meropenem 1 g tid  
Metronidazol 500mg tid

Bacteriana?

• **Pus (26/01):**  
Ex. directo: Muitos PMN, não se observam bactérias ou fungos  
**Ex. cultural NEGATIVO**

• 2 HC (24/01) negativas  
• 3 HC, UC (26/01) negativas  
• SB (26/01) *C. albicans* (colonização), BAAR neg  
• Coprocultura (31/01) neg

• Rosa de Bengala neg  
• Ac *Brucella* spp  
• Ac *C. burnetti*

TAC-Coluna:  
Sem alterações

**Pus (26/01):**  
Identificação bacteriana  
(sequenciação do ARN ribossomal 16S)

Parasitária?

• Ac *Echinococcus* spp IgG (em curso)  
• Ac *E. histolytica*; Ac *S. stercoralis*, Ac *Fasciola hepatica*; Ac Larva migrans visceral

• Exame parasitológico das fezes, pesquisa *C. parvum*, *I. belli*

Extubação

Dreno torácico retirado

26 Jan 2017

30 Jan 2017

31 Jan 2017

01 Fev 2017



# CASO CLÍNICO



VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS

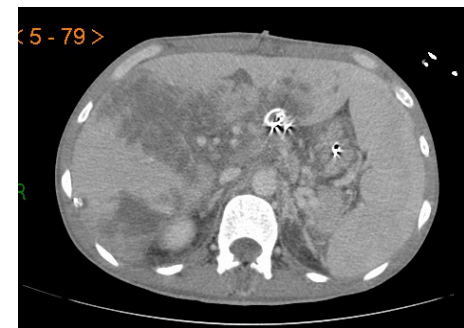
Meropenem 1 g tid  
Metronidazol 500mg tid

Extubação

Dreno torácico  
retirado

Diarreia aquosa com acolia

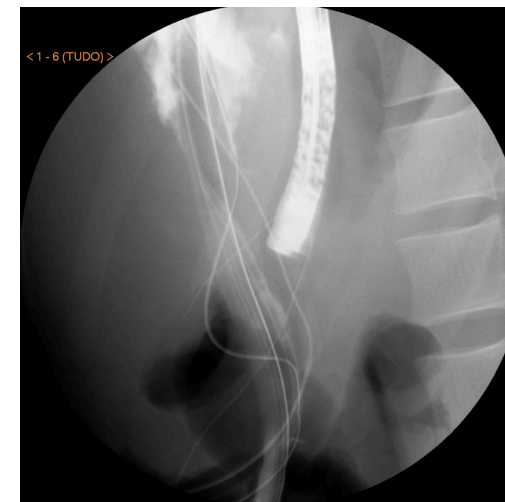
Drenagens:  
líquido ascítico  
líquido bilio-seroso



## FÍSTULA DA VIA BILIAR?

### CPRE

VBP não dilatada, sem lesões até ao **hepático comum**, onde este **termina abruptamente numa loca heterogênea e com conteúdo onde existem drenos que se opacificam**. Esta loca **perde contraste aparentemente para a cavidade abdominal**.  
Papilotomia e colocação de prótese biliar.  
**Não se opacifica outra estrutura que possa corresponder à bifurcação/VBIH.**



26 Jan 2017

30 Jan 2017

31 Jan 2017

01 Fev 2017

02 Fev 2017



# CASO CLÍNICO



VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS

Meropenem 1 g tid  
Metronidazol 500mg tid

Extubação

Dreno torácico  
retirado

Diarreia aquosa com acolia

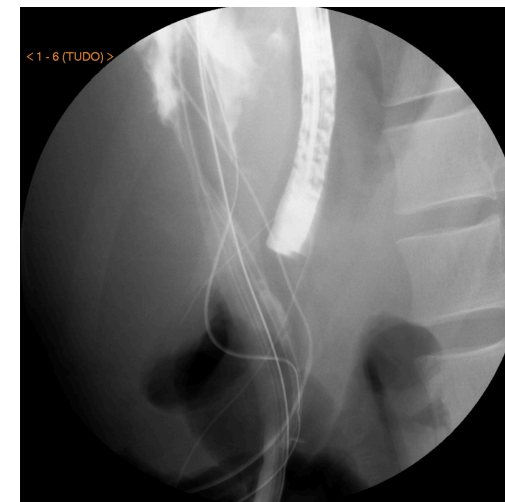
Drenagens:  
líquido ascítico  
líquido bilio-seroso



## FÍSTULA DA VIA BILIAR?

### CPRE

VBP não dilatada, sem lesões até ao **hepático comum**, onde este **termina abruptamente numa loca heterogênea e com conteúdo onde existem drenos que se opacificam**. Esta loca **perde contraste aparentemente para a cavidade abdominal**.  
Papilotomia e colocação de prótese biliar.  
**Não se opacifica outra estrutura que possa corresponder à bifurcação/VBIH.**



26 Jan 2017

30 Jan 2017

31 Jan 2017

01 Fev 2017

02 Fev 2017



# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

D13 Meropenem 1 g tid  
D13 Metronidazol 500mg tid



# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

D13 Meropenem 1 g tid  
D13 Metronidazol 500mg tid

### ETIOLOGIA?

**Pus (26/01):**

Pesquisa ARN ribosomal 16S **NEGATIVA**



# CASO CLÍNICO



VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS

D13 Meropenem 1g tid  
D13 Metronidazol 500mg tid

## ETIOLOGIA?

**Pus (26/01):**

Pesquisa ARN ribossomal 16S **NEGATIVA**

SERVIÇO DE URGÊNCIA



Quadro  
consumptivo  
Febre  
Dor abdominal



Ago 2016

23 Jan 2017

UCICRE



7 Fev 2017

# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

D13 Meropenem 1g tid  
D13 Metronidazol 500mg tid

### ETIOLOGIA?

**Pus (26/01):**

Pesquisa ARN ribossomal 16S **NEGATIVA**

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Diarreia com muco e sangue com 4 dias de evolução.  
Sem febre.

### DISENTERIA

Rectosigmoidoscopia: Edema, friabilidade e apagamento da rede vascular do recto com hemorragia discreta. Mucosa normal a partir dos 20 cm.  
Rectite a esclarecer.

Quadro consumptivo  
Febre  
Dor abdominal



Out 2011

Ago 2016

23 Jan 2017

# CASO CLÍNICO



VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS

D13 Meropenem 1g tid  
D13 Metronidazol 500mg tid

## ETIOLOGIA?

**Pus (26/01):**

Pesquisa ARN ribossomal 16S **NEGATIVA**

**Pus (26/01):**

PCR *Entamoeba histolytica*

Residência em Angola até 2011

> 6 ANOS DE EVOLUÇÃO

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Diarreia com muco e  
sangue com 4 dias de  
evolução.  
Sem febre.

**DISENTERIA**

Rectosigmoidoscopia: Edema,  
friabilidade e apagamento da  
rede vascular do recto com  
hemorragia discreta. Mucosa  
normal a partir dos 20 cm.  
Rectite a esclarecer.

Quadro  
consumptivo  
Febre  
Dor abdominal



Out 2011

Ago 2016

23 Jan 2017

# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

D13 Meropenem 1g tid  
D13 Metronidazol 500mg tid

### Diarreia aquosa com acolia

- Hb **9.2** g/dL
- Leucocitose **10600**u/L
- INR **1.2**
- AST **71**U/l, ALT **73**U/l, FA **589** U/l,GGT **741** U/l
- Bilirrubina total **2.16**mg/dL
- PCR **7.44**mg/dL

### FÍSTULA DA VIA BILIAR?



# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

D13 Meropenem 1g tid  
D13 Metronidazol 500mg tid

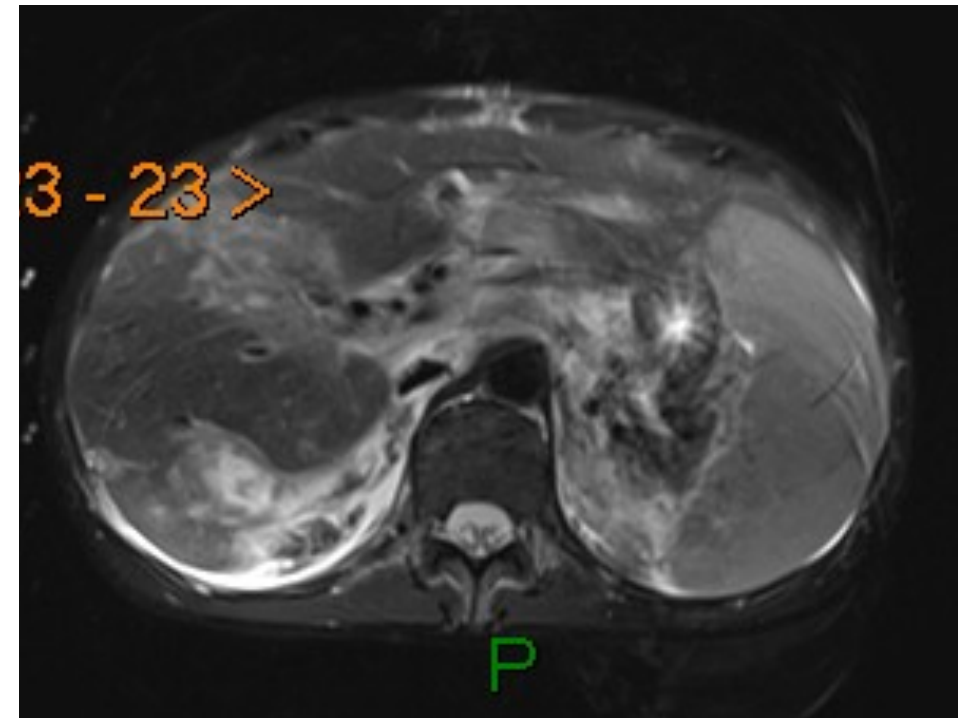
### Diarreia aquosa com acolia

- Hb **9.2** g/dL
- Leucocitose **10600**u/L
- INR **1.2**
- AST **71**U/l, ALT **73**U/l, FA **589** U/l,GGT **741** U/l
- Bilirrubina total **2.16**mg/dL
- PCR **7.44**mg/dL

### FÍSTULA DA VIA BILIAR?

#### Colangio-RM

Não há dilatação das vias biliares intra hepáticas.  
**Não se consegue definir o confluente hepático.**  
Líquido livre peri-hilar compatível com **leak biliar.**  
Colédoco não ectasiado visível apenas abaixo da confluência, com prótese no seu interior.  
**Hepatomegália com marcado aumento do lobo esquerdo. Algumas lesões focais hepáticas ainda sugestivas de abscessos (...).**  
**Trombose da veia porta** e seus ramos direito e esquerdo, com cavernoma no hilo e finos ramos permeáveis/repermeabilização marginal.  
**Volumosa esplenomegália.**



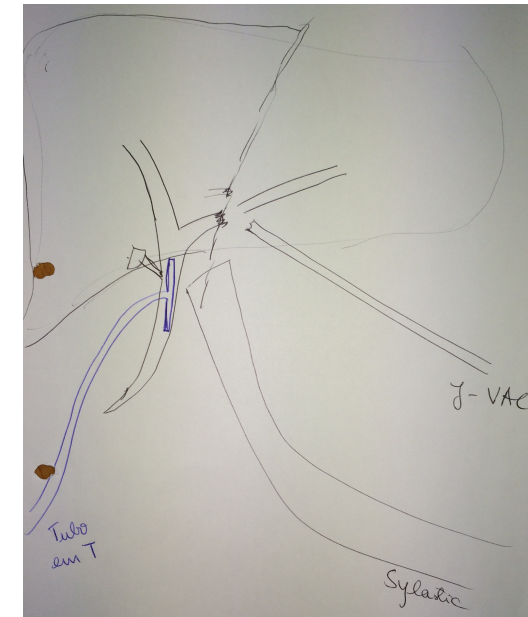
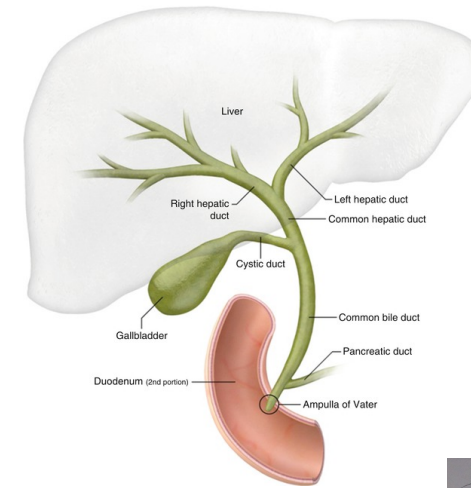
# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

### • SEGUNDA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA – EXPLORAÇÃO DAS VIAS BILIARES

- Sem peritonite;
- Sinais de HT portal;
- Identificação na VBP da prótese colocada por CPRE e sua extração;
- **VBP: zona de perfuração no fundo da loca de abscesso prévio, duas outras zonas de abertura dos canais biliares na loca;**
- **Colangiografia intra-operatória: ausência de preenchimento VBP esquerda e preenchimento à direita.**
- Dada a distancia e localização retro-hepatica das perfurações, tendo em conta a drenagem à direita e ausência de drenagem à esquerda, opta-se por **lobectomia esquerda**.
- Colocação de tubo em T.
- **Colangiografia pelo tubo:** preenchimento VBP direita.
- Colocação de drenos abdominais: 1 - em relação com tranche e loca de abscesso; 2 - sub-hepático.



# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

PÓS-OP EXPLORAÇÃO DAS VIAS BILIARES E  
LOBECTOMIA ESQUERDA (SEGM II E III)



# CASO CLÍNICO



## VOLUMOSOS ABCESSOS HEPÁTICOS

PÓS-OP EXPLORAÇÃO DAS VIAS BILIARES E  
LOBECTOMIA ESQUERDA (SEGM II E III)

Re-admissão sob VMI  
Choque séptico com necessidade de suporte vasopressor

Hb **8.7**g/dL  
Leucocitose 30500u/L  
AST **576**U/I, ALT **299**U/I, FA **325**U/I, GGT **465**U/I,  
Bil total **4.82**mg/dL, Albumina **1.4**g/dL  
INR **1.8**, APTT **69.9**”  
PCR **12.50**mg/dL



# CASO CLÍNICO



VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS

PÓS-OP EXPLORAÇÃO DAS VIAS BILIARES E  
LOBECTOMIA ESQUERDA (SEGM II E III)

Sob VMI e suporte vasopressor

D14 Meropenem 1g tid  
D14 Metronidazol 500mg tid  
D1 Vancomicina

## ETIOLOGIA?

*Ac Entamoeba histolytica* IgG  
**POSITIVO**



# CASO CLÍNICO



## ABCESSOS HEPÁTICOS AMEBIANOS

PÓS-OP EXPLORAÇÃO DAS VIAS BILIARES E  
LOBECTOMIA ESQUERDA (SEGM II E III)

Sob VMI e suporte vasopressor

D14 Meropenem 1g TID  
D14 Metronidazol 500mg TID  
D1 Vancomicina

STOP Meropenem 1g TID (18D)  
STOP Metronidazol 500mg TID (18D)  
STOP Vancomicina (5D)

Subida dos parâmetros inflamatórios

Linezolide (10D)

SB (10/02) MRSA

08 Fev 2017

10 Fev 2017

13 Fev 2017



# CASO CLÍNICO



## ABCESSOS HEPÁTICOS AMEBIANOS

PÓS-OP EXPLORAÇÃO DAS VIAS BILIARES E LOBECTOMIA ESQUERDA (SEGM II E III)

Sob VMI e suporte vasopressor

D14 Meropenem 1g TID  
D14 Metronidazol 500mg TID  
D1 Vancomicina

## ETIOLOGIA?

*Ac Entamoeba histolytica* IgG  
**POSITIVO**

## MELHORIA CLÍNICA PROGRESSIVA

Resolução de diarreia aquosa com acolia  
Redução progressiva das drenagens intra-abdominais  
Saída de líquido bilioso pelo tubo em T (200mL/dia)

Hb **8.0g/dL** Leucocitose 6600 u/L  
AST **41U/l**, ALT **48U/l**, FA **378U/l**, GGT **485U/l**,  
Bil total **2.14mg/dL**, Albumina **1.5g/dL** INR **1.1**  
PCR **2.44mg/dL**

### TAC-Abdominal:

- **Redução dimensional das colecções parenquimatosas;**
- Menor quantidade de líquido livre em topografia perihepática, agora maior quantidade em topografia periesplênica e cavidade pélvica;
- Sem colecções organizadas.

Extubação



# CASO CLÍNICO



## ABCESSOS HEPÁTICOS AMEBIANOS

PÓS-OP EXPLORAÇÃO DAS VIAS BILIARES E  
LOBECTOMIA ESQUERDA (SEGM II E III)

Sob VMI e suporte vasopressor

D14 Meropenem 1g TID  
D14 Metronidazol 500mg TID  
D1 Vancomicina

*Ac Strongyloides stercoralis* IgG **POSITIVO**

IVERMECTINA  
200 µg/kg/dia – 9mg/dia (2 dias)

## ETIOLOGIA?

*Ac Entamoeba histolytica* IgG **POSITIVO**

**Pus (26/01):**  
PCR *Entamoeba histolytica* **POSITIVA**

METRONIDAZOL 500mg tid (18 dias)  
PARAMOMICINA 500mg tid (7 dias)

UCICRE

08 Fev 2017

10 Fev 2017

13 Fev 2017

# CASO CLÍNICO



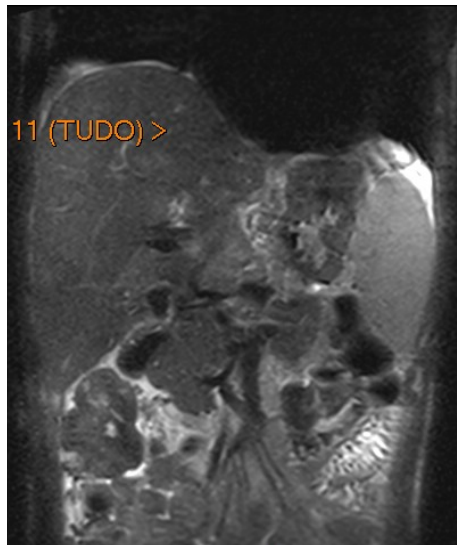
Intercorrência  
infecciosa:  
colonização  
por KPC



# CASO CLÍNICO

## Colangio-RM

- **Desaparecimento dos abscessos hepáticos.**
- Importantes **alterações perfusionais** do fígado, com particular expressão na fase de excreção biliar, traduzindo alteração da função hepatocitária.
- Persiste volumosa colecção no hilo hepático com conteúdo líquido e sólido
- Tubo em T aparentemente bem colocado na VBP.
- **Cavernoma da veia porta** no hilo hepático e trombose dos ramos.



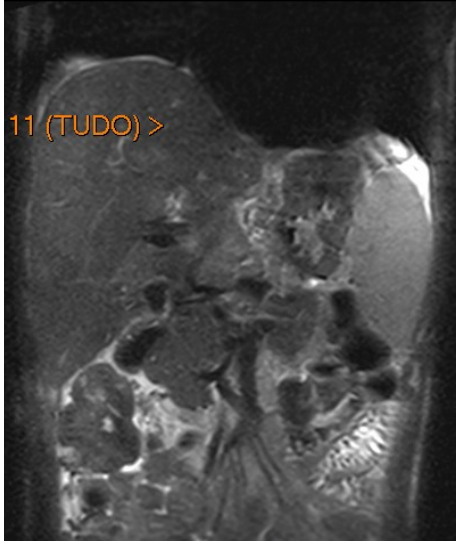
ALTA

Intercorrência  
infecciosa:  
colonização  
por KPC

CIRURGIA B

# CASO CLÍNICO

Colangio-RM



ALTA

Intercorrência  
infecciosa:  
colonização  
por KPC

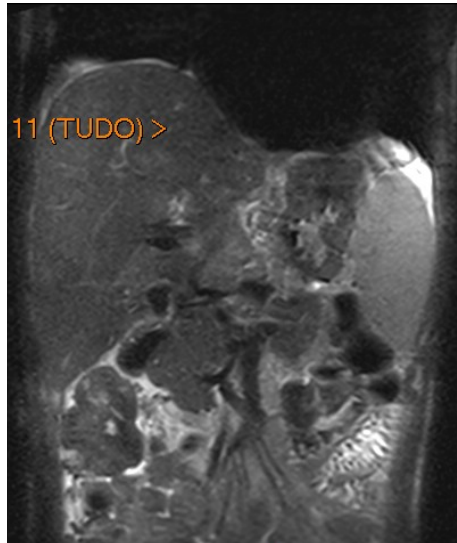
CIRURGIA B

27 Fev 2017

15 MAR 2017

# CASO CLÍNICO

Colangio-RM



ALTA

Retirou drenos e tubo em T  
Melhoria clínica gradual

Intercorrência  
infecciosa:  
colonização  
por KPC

CONSULTA CIRURGIA GERAL

CIRURGIA B

27 Fev 2017

15 MAR 2017



# CASO CLÍNICO

Drenagem espontânea de líquido bilio-purulento pela cicatriz operatória

Piperacilina/Tazobactam

Hb 15g/dL Leucocitose 17300 u/L  
AST 70U/l, ALT 58U/l, FA 468U/l,  
GGT 470U/l, Bil total 5.03mg/dL,  
PCR 7.89mg/dL

REINTERNAMENTO CIRURGIA B

CIRURGIA B

ALTA

15 MAR 2017

6 ABR 2017



# CASO CLÍNICO

Drenagem espontânea de líquido bilio-purulento pela cicatriz operatória

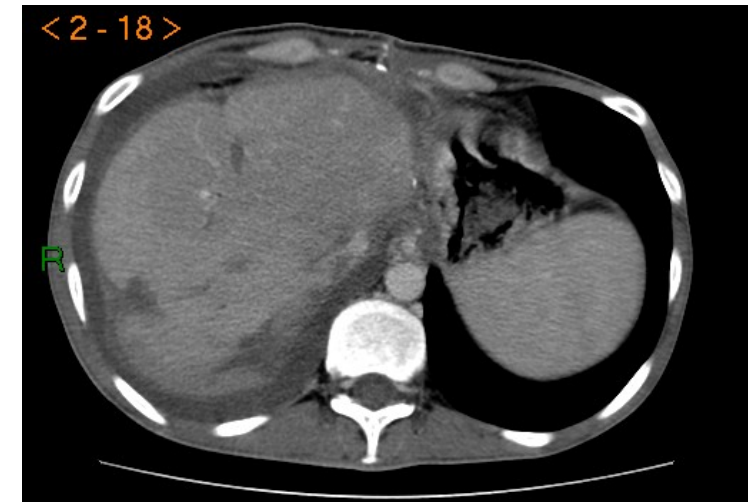
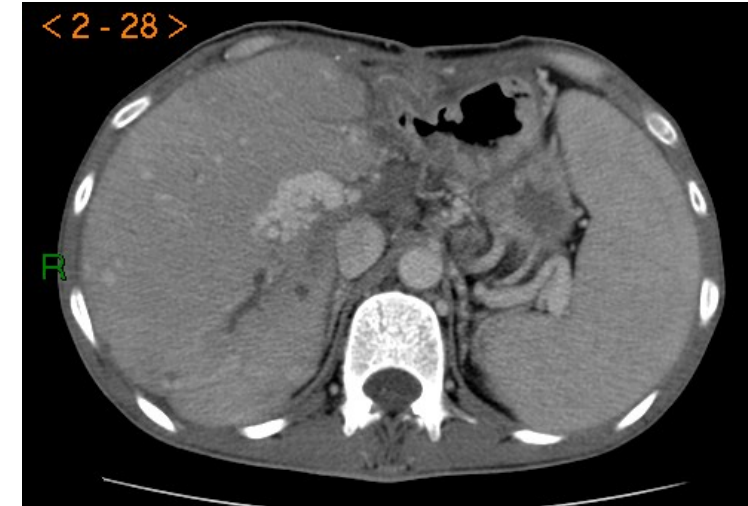
Piperacilina/Tazobactam

Hb 15g/dL Leucocitose 17300 u/L  
AST 70U/l, ALT 58U/l, FA 468U/l,  
GGT 470U/l, Bil total 5.03mg/dL,  
PCR 7.89mg/dL

TAC-Abdominal

REINTEGRAMENTO CIRURGIA B

- Persiste **heterogeneidade hepática** que envolvem todo parênquima que relacionamos com **alterações perfusionais**.
- **Transformação cavernomatosa da veia porta, com trombose parcial**, associada a múltiplos shunts portocava.
- **Não se identificam as veias supra-hepáticas permeáveis**, admitindo-se alterações sequelares pós trombose (**Budd-Chiari não recente**).
- São ainda evidentes **sinais de hipertensão portal**
- Redução da colecção líquida peri-hilar e adjacente à confluência das veias supra-hepáticas (...) em continuidade com trajectos lineares que se dirigem para um **trajecto fistuloso cutâneo** na parede abdominal anterior, linha média, na região epigástrica.



# CASO CLÍNICO

Drenagem espontânea de líquido bilio-purulento pela cicatriz operatória

Piperacilina/Tazobactam

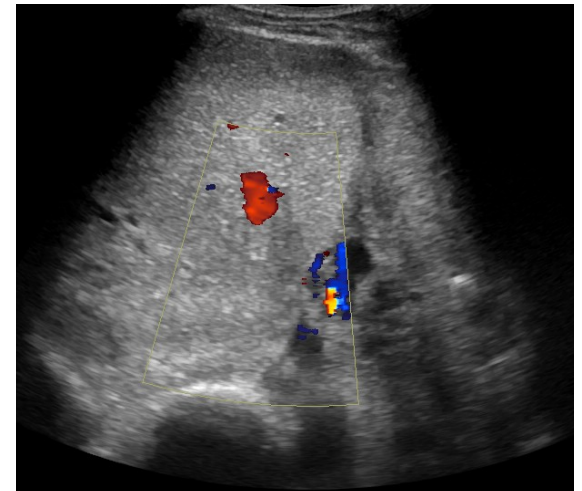
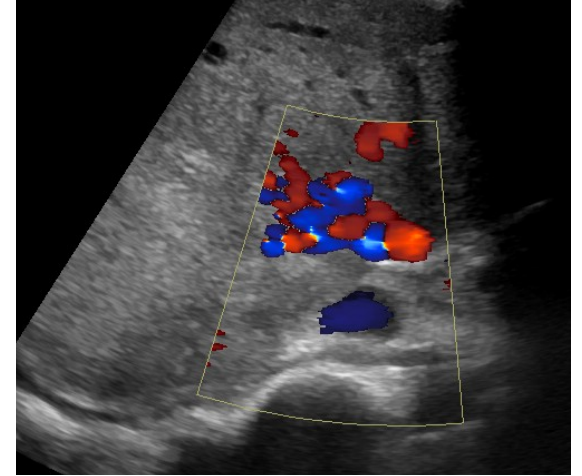
Hb 15g/dL Leucocitose 17300 u/L  
AST 70U/l, ALT 58U/l, FA 468U/l,  
GGT 470U/l, Bil total 5.03mg/dL,  
PCR 7.89mg/dL

TAC-Abdominal

Doppler-Abdominal

Não se detecta sinal Doppler nas veias supra-hepáticas, aspecto compatível com **oclusão**. Transformação cavernomatosa da veia porta, permeável. Artéria hepática permeável com normal índice de resistência.

Síndrome de Budd-Chiari



REINTERNAMENTO CIRURGIA B

ALTA

CIRURGIA B

15 MAR 2017

6 ABR 2017

13 ABR 2017

# CASO CLÍNICO

CIRURGIA B

ALTA

REINTERNAMENTO CIRURGIA B

Drenagem espontânea de líquido bilio-purulento pela cicatriz operatória

Piperacilina/Tazobactam

Hb 15g/dL Leucocitose 17300 u/L  
AST 70U/l, ALT 58U/l, FA 468U/l,  
GGT 470U/l, Bil total 5.03mg/dL,  
PCR 7.89mg/dL

TAC-Abdominal

Síndrome de Budd-Chiari

Doppler-Abdominal

- ESTUDO PRÓ-TROMBÓTICO
- Proteína C (funcional) 61.1%
- ANA 1/160 fino granular

Enoxaparina 40mg bid → Rivaroxabano

ALTA



15 MAR 2017

6 ABR 2017

13 ABR 2017

14 ABR 2017

# CASO CLÍNICO - RESUMO

> 6 ANOS DE EVOLUÇÃO



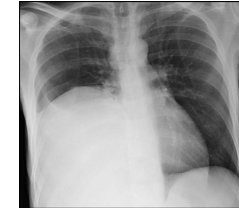
♂, 36 anos

Residência durante  
4 anos em Angola

**DISENTERIA**

Provável amebíase  
intestinal

Quadro consumptivo com 6  
meses de evolução, febre e  
dor abdominal / "lombar"



Out 2011

Ago 2016

Jan 2017

Serologia *E. histolytica*  
PCR *E. histolytica* (pus)

MEROPENEM

METRONIDAZOL 500mg tid (18 dias)  
PARAMOMICINA 500mg tid (7 dias)

ALTA

**VOLUMOSOS ABCESSOS  
HEPÁTICOS AMEBIANOS**

SOBREINFECÇÃO BACTERIANA?

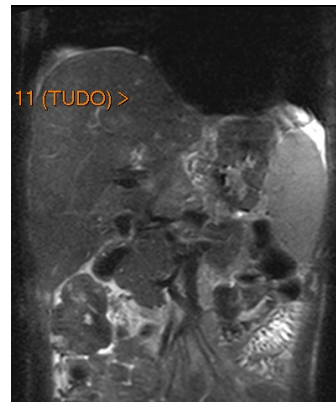
**DRENAGEM  
CIRÚRGICA DOS  
ABCESSOS**

Sinais de HT Portal

Carvernoma da porta

**CORRECÇÃO  
CIRÚRGICA DE  
FÍSTULA DA VIA  
BILIAR**

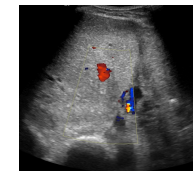
Hepatectomia  
esquerda



Síndrome de Budd-Chiari

PIPERACILINA/TAZOBACTAM

**FISTULIZAÇÃO CUTÂNEA /  
SOBREINFECÇÃO**



ANTICOAGULAÇÃO

Jan 2017

Fev 2017

Mar 2017

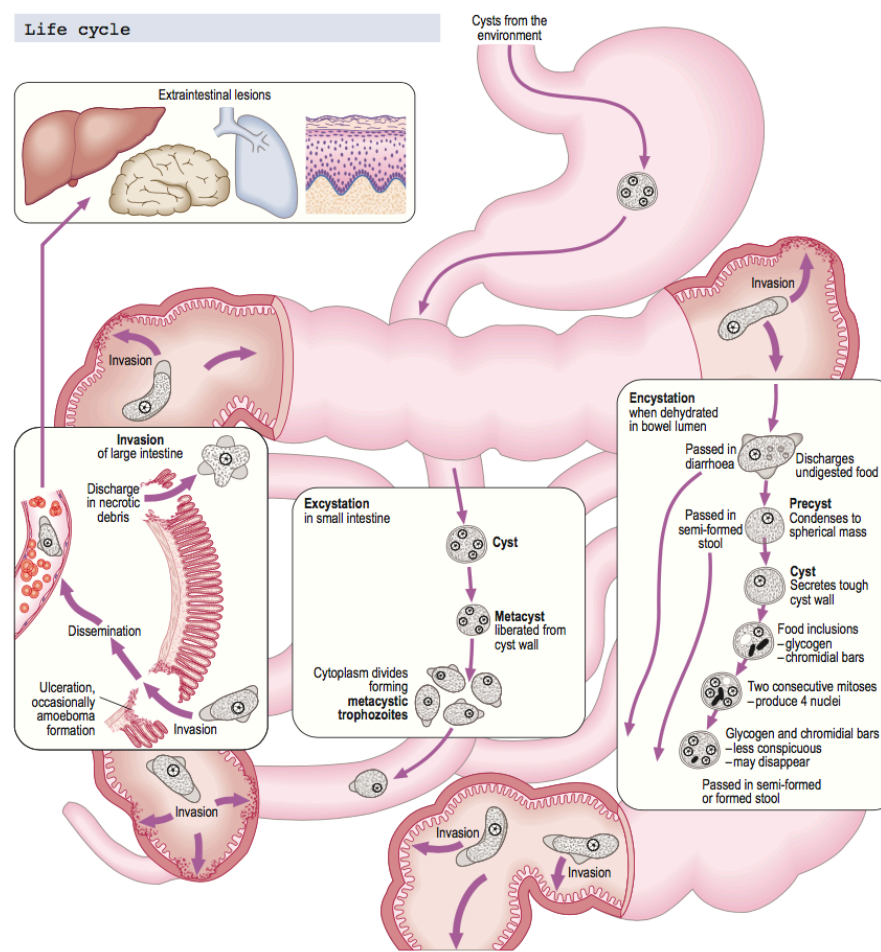
Abr 2017

**AMEBÍASE** |

# AMEBÍASE

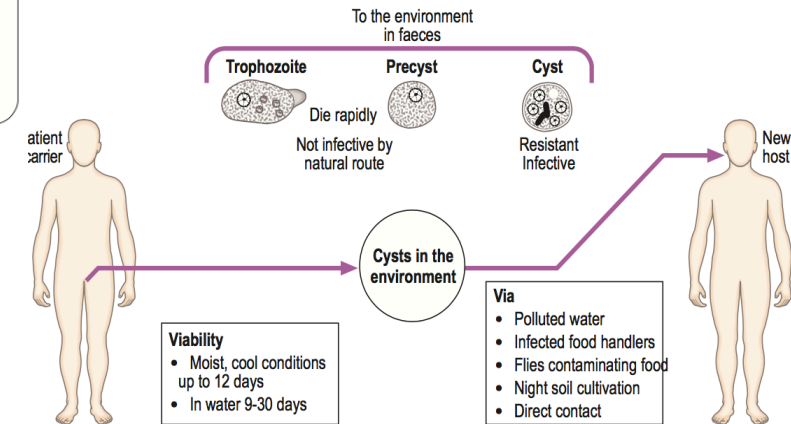
Doença auto-limitada,  
assintomática  
90% dos casos

## *Entamoeba histolytica* (causing amoebiasis)



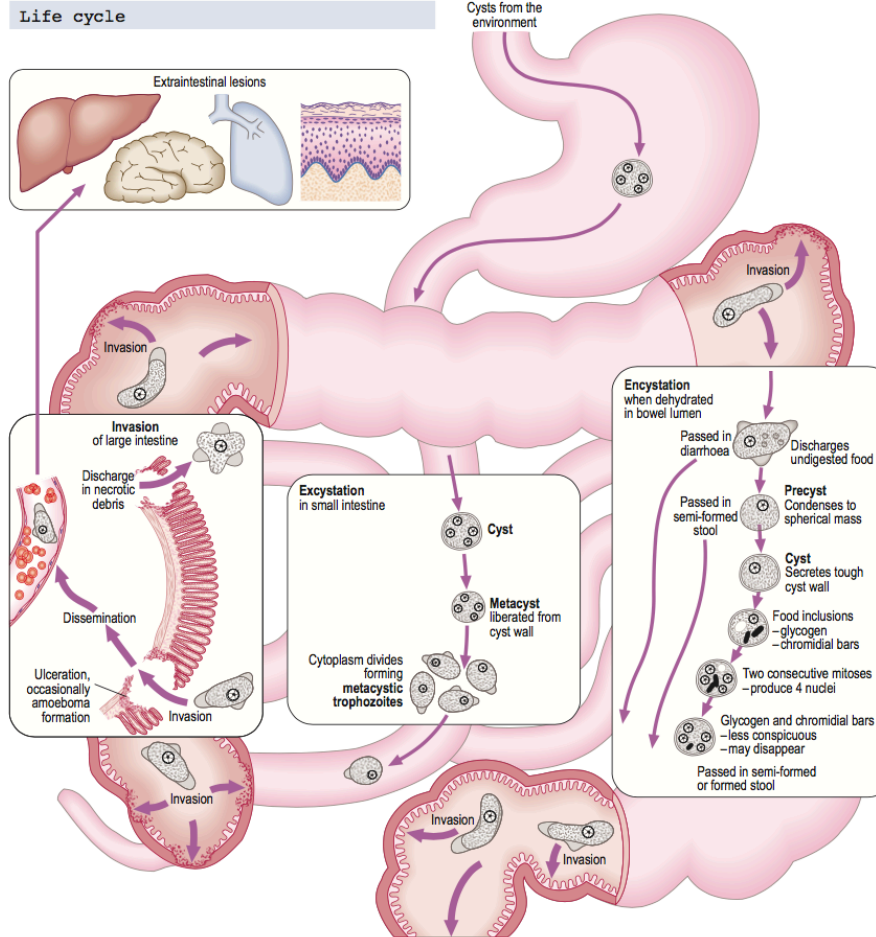
## 2 FORMAS:

- INFECCIOSA - Quistos
- INVASIVA - Trofozoítos



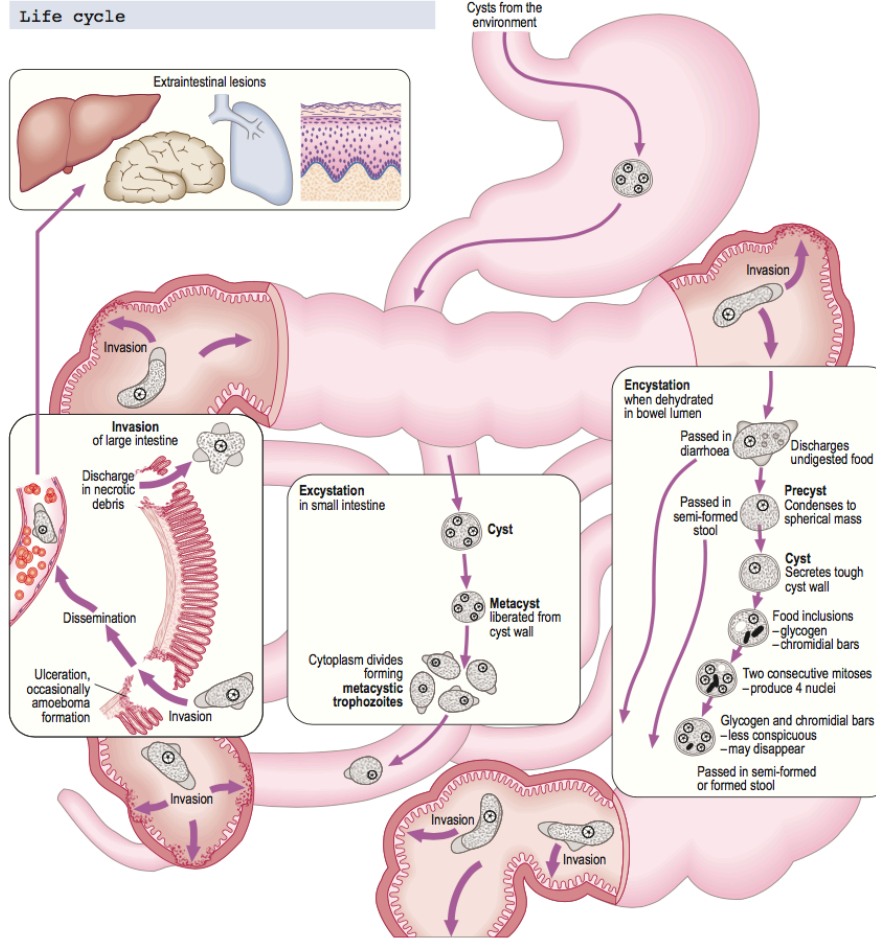
# AMEBIÁSE

## *Entamoeba histolytica* (causing amoebiasis)

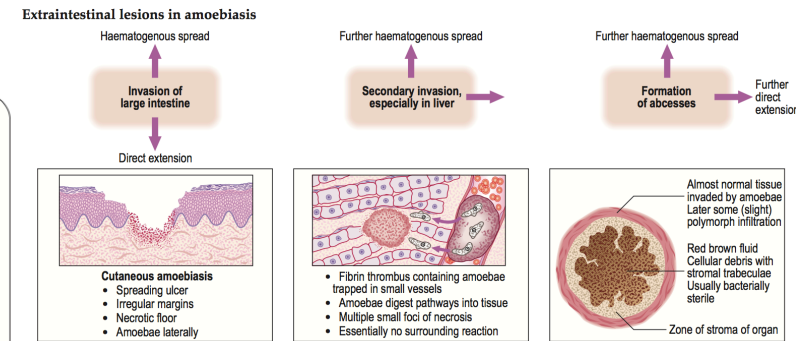


# AMEBIÁSE

## *Entamoeba histolytica* (causing amoebiasis)



Doença invasiva  
10% dos casos

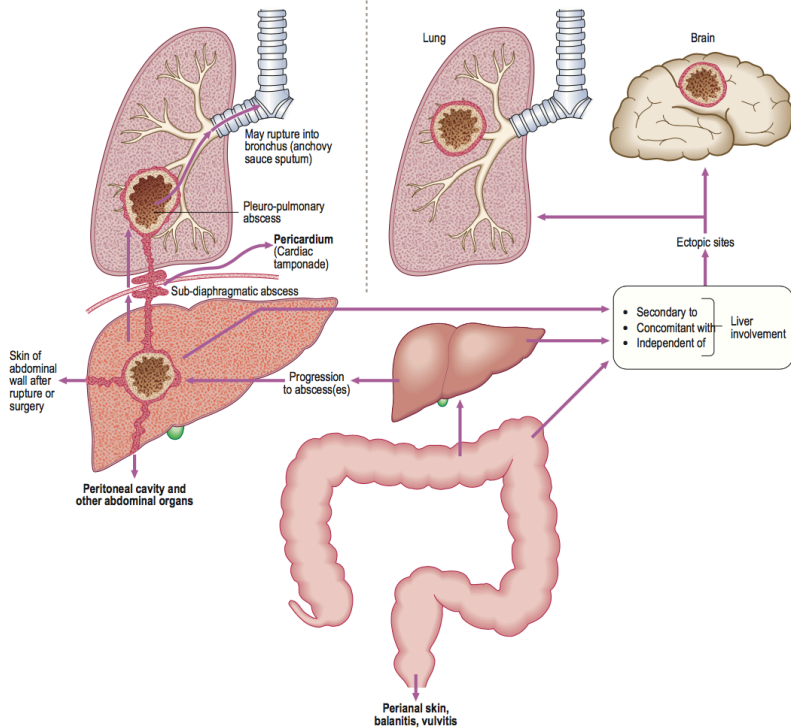


# AMEBÍASE

Doença extra-intestinal  
 <1% dos casos

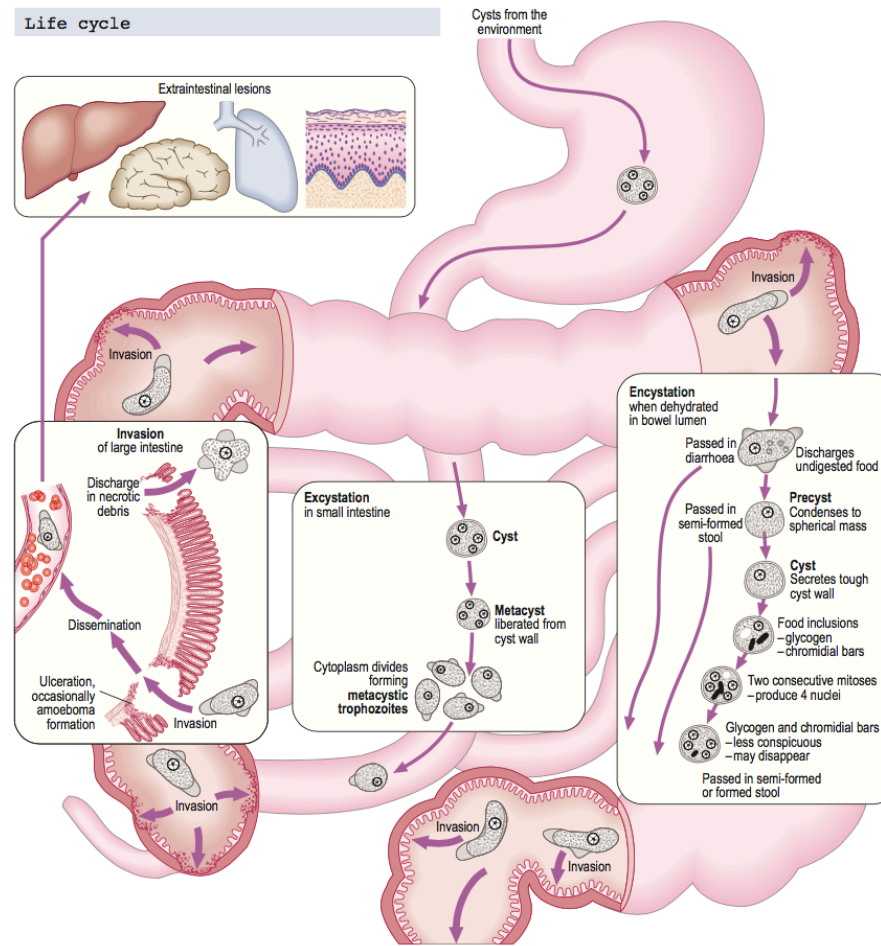
Direct extension

Haematogenous spread



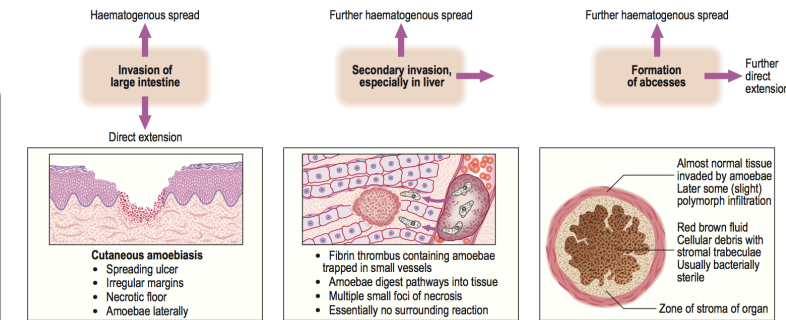
## Entamoeba histolytica (causing amoebiasis)

Life cycle



Doença invasiva  
 10% dos casos

Extraintestinal lesions in amoebiasis



# AMEBÍASE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

90% ASSINTOMÁTICA

# AMEBÍASE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

90% ASSINTOMÁTICA

## INTESTINAL

Diarreia Leve

Disenteria grave

Dor abdominal tipo cólica

Febre

Tenesmo

Diarreia com sangue e muco

Ameboma (DD neoplasia cólon, TB intestinal)

Resolução espontânea

Crônica, cíclica

COMPLICAÇÕES 5%

Peritonite secundária a perfuração de abscesso

Hemorragia secundária a erosão de abscesso

Megacólon tóxico

# AMEBÍASE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

90% ASSINTOMÁTICA

## INTESTINAL

Diarreia Leve

Disenteria grave

Dor abdominal tipo cólica

Febre

Tenesmo

Diarreia com sangue e muco

Ameboma (DD neoplasia cólon, TB intestinal)

Resolução espontânea

Crônica, cíclica

COMPLICAÇÕES 5%

Peritonite secundária a perfuração de abscesso

Hemorragia secundária a erosão de abscesso

Megacólon tóxico

## EXTRAIESTINAL

### ABCESSO HEPÁTICO

Abcesso pulmonar, abcesso cerebral

Ruptura de abcesso hepático para cavidade peritoneal, pleural ou pericárdio

# ABCESSO HEPÁTICO AMEBIANO

- Apresentação síncrona com disenteria (14%) ou vários anos depois;
- Geralmente solitários (83%) e localizados no lobo direito (75%);
- Maioria sem doença intestinal activa ou história de disenteria.

	(%)
<b>Symptoms</b>	
Duration of symptoms (weeks)	
<2	37-66
2-4	20-40
4-12	16-42
>12	5-11
Pain	90
Diarrhoea and/or dysentery	14-66
Weight loss	33-53
Cough	10-32
Dyspnoea	4
<b>Physical Findings</b>	
Localized tenderness	80-95
Enlarged liver	43-93
Fever	75-98
Rales, rhonchi	8-47
Localized intercostal tenderness	40
Epigastric tenderness	22
Swelling over the liver	10
Jaundice	10-25
<b>Laboratory Findings</b>	
Increased bilirubin	10-25
White blood cell count $>10 \times 10^9/L$	63-94
Raised transaminases	26-50
Raised alkaline phosphatase	38-84
Increased erythrocyte sedimentation rate	81

# ABCESSO HEPÁTICO AMEBIANO

- Apresentação síncrona com disenteria (14%) ou vários anos depois;
- Geralmente solitários (83%) e localizados no lobo direito (75%);
- Maioria sem doença intestinal activa ou história de disenteria.

## OBSTRUÇÃO VENOSA

- Complicação rara

*Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 81(5), 2009, pp. 768–769  
doi:10.4269/ajtmh.2009.09-0230  
Copyright © 2009 by The American Society of Tropical Medicine and Hygiene

### Short Report: Budd-Chiari Syndrome as a Vascular Complication of Amebic Liver Abscess

Frédéric Méchaï,\* Olivier Aoun, Cécile Ficko, Régine Barluet, Patrick Imbert, and Christophe Rapp  
*Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Saint-Mandé, France*

	(%)
<b>Symptoms</b>	
Duration of symptoms (weeks)	
<2	37–66
2–4	20–40
4–12	16–42
>12	5–11
Pain	90
Diarrhoea and/or dysentery	14–66
Weight loss	33–53
Cough	10–32
Dyspnoea	4
<b>Physical Findings</b>	
Localized tenderness	80–95
Enlarged liver	43–93
Fever	75–98
Rales, rhonchi	8–47
Localized intercostal tenderness	40
Epigastric tenderness	22
Swelling over the liver	10
Jaundice	10–25
<b>Laboratory Findings</b>	
Increased bilirubin	10–25
White blood cell count $>10 \times 10^9/L$	63–94
Raised transaminases	26–50
Raised alkaline phosphatase	38–84
Increased erythrocyte sedimentation rate	81

# ABCESSO HEPÁTICO AMEBIANO

- Apresentação síncrona com disenteria (14%) ou vários anos depois;
- Geralmente solitários (83%) e localizados no lobo direito (75%);
- Maioria sem doença intestinal activa ou história de disenteria.

## INDICAÇÕES FORMAIS PARA ASPIRAÇÃO:

- Exclusão de abscesso piogénico, particularmente se múltiplas lesões;
- Adjuvante da terapêutica médica (se ausência de melhoria após 72h);
- Se ruptura iminente;
- Abscesso do lobo esquerdo. (risco aumentado de ruptura).



Cirurgia deve ser reservada para os casos de ruptura, sobreinfecção bacteriana ou drenagem necessária não acessível por via percutânea.

	(%)
<b>Symptoms</b>	
Duration of symptoms (weeks)	
<2	37-66
2-4	20-40
4-12	16-42
>12	5-11
Pain	90
Diarrhoea and/or dysentery	14-66
Weight loss	33-53
Cough	10-32
Dyspnoea	4
<b>Physical Findings</b>	
Localized tenderness	80-95
Enlarged liver	43-93
Fever	75-98
Rales, rhonchi	8-47
Localized intercostal tenderness	40
Epigastric tenderness	22
Swelling over the liver	10
Jaundice	10-25
<b>Laboratory Findings</b>	
Increased bilirubin	10-25
White blood cell count $>10 \times 10^9/L$	63-94
Raised transaminases	26-50
Raised alkaline phosphatase	38-84
Increased erythrocyte sedimentation rate	81

# AMEBÍASE DIAGNÓSTICO

## MICROSCOPIA

- Fezes
  - Quistos = *E. dispar* (não patogénica)
  - Trofozoítos com hematofagocitose
- Pus (abcesso hepático)
  - Quistos não detectados
  - Trofozoítos raramente
  - Produto estéril

## SEROLOGIA

- Ensaio imunoenzimático
  - Positiva em 95% abcesso hepático, 70% doença intestinal activa;
  - Negativação 6-12m após tratamento

## DETECÇÃO DE AG E PCR

- Detecção Ag (distingue *E. dispar*) – Fezes, pus
- PCR – maior sensibilidade – Fezes, pus

## SENSIBILIDADE DOS TESTES DE DIAGNÓSTICO

Test	Colitis	Liver Abscess
	percent	
Microscopy		
Stool	25–60	10–40
Abscess fluid	NA	≤20
Antigen detection		
Stool	90	~40
Serum	65 (early)	~100 (before treatment)
Abscess fluid	NA	~40
Indirect hemagglutination (antibody)		
Serum obtained during acute illness	70	70–80
Serum obtained during convalescence	>90	>90

N Engl J Med 2003;348:1565-73

# AMEBÍASE DIAGNÓSTICO

## RADIOLOGIA

- Radiografia tórax: Elevação hemicúpula direita
- Ecografia, TAC, RMN (Abscesso hepático)
  - Não distingue de abscesso piogénico

## ENDOSCOPIA

- Colonoscopia (Amebíase intestinal)
  - Biópsia – Identificação trofozoítos, Ag

# AMEBIÁSE TRATAMENTO

FÁRMACO	DOSE
<b>ABCESSO HEPÁTICO AMEBIANO</b>	
Metronidazol	750mg oral tid durante 7-10 dias (1ª linha)
Tinidazol	800mg oral tid durante 5 dias (2ª linha)
Paramomicina	25-35mg/kg/dia dividido em 3 doses durante 7 dias (agente luminal)

FÁRMACO	DOSE
<b>COLITE AMEBIANA</b>	
Metronidazol	750mg oral tid durante 7-10 dias
Paramomicina	25-35mg/kg/dia dividido em 3 doses durante 7 dias (agente luminal)

FÁRMACO	DOSE
<b>COLONIZAÇÃO INTESTINAL ASSINTOMÁTICA</b>	
Paramomicina	25-35mg/kg/dia dividido em 3 doses durante 7 dias (agente luminal)

# REFERÊNCIAS

- *The travel and tropical medicine manual*; Sanford, C.; Elsevier, 5th edition, 2016
- *Manson's Tropical Diseases*; Farrar, J. et al; Elsevier, 23rd edition, 2014
- *Atlas of medical helminthology and protozoology*; Chiodini, P.; Churchill Livingstone; 4th edition 2000
- Amebiasis, Current concepts; Haque, R. et al; *N Engl J Med* 2003;348:1565-73
- Amebiasis, Seminar; Stanley Jr, S.; *Lancet* 2003; **361**: 1025–34

# BEM HAJAM!



## QUISTOS NO VIAJANTE

Maria João Lopes, Tiago Brito,  
Marta Sousa, Nuno Pignatelli, Ana Mónica,  
Teresa Brandão, Isabel Braga,  
Vitor Nunes, Paulo Freitas

