



CASO CLÍNICO

Abcesso hepático amebiano em idade pediátrica – um caminho do intestino ao fígado



Filipa Carlota Marques*, Bruno Sanches, Andreia Guerreiro, Filipa Nunes e Paula Azeredo

Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Recebido a 28 de outubro de 2013; aceite a 3 de junho de 2014
Disponível na Internet a 4 de agosto de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Entamoeba histolytica;
Amebíase
extraintestinal;
Abcesso hepático

Resumo O abcesso hepático amebiano é uma entidade rara nos países desenvolvidos, no entanto, é uma patologia a considerar numa criança com uma lesão hepática, febre e dor abdominal, mesmo sem história de viagens a países endémicos. É importante identificar a fonte de contaminação.

Apresentamos o caso de uma criança com febre, dor abdominal e hepatomegalia condicionando aumento do volume abdominal. Imagiologicamente apresentava um abcesso único no lobo hepático esquerdo e serologia positiva para *Entamoeba histolytica*. Cumpriu terapêutica com metronidazol, paromomicina e realizou drenagem percutânea.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

KEYWORDS

Entamoeba histolytica;
Extra-intestinal
amebiasis;
Hepatic abscess

Amebic liver abscess in pediatrics – a path from the intestine to the liver

Abstract Hepatic amebic abscess is a rare disease in developed countries, but is important to consider such diagnosis in children with an hepatic lesion, fever and abdominal pain, although he/she has never been in an endemic country. It's important to identify the source of contamination.

We describe a case of a child with fever, abdominal pain, hepatomegaly with increased abdominal volume. The imagingology showed a solitary abscess in the left hepatic lobe and serology was positive to *Entamoeba histolytica*. Treatment consisted in metronidazole, paromomycin and percutaneous drainage.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: filipacmarques@sapo.pt (F.C. Marques).

Introdução

A amebíase é uma parasitose de distribuição mundial causada pelo protozoário *Entamoeba histolytica*. Estimam-se cerca de 50 milhões de casos por ano, sendo considerada a terceira causa de morte (100.000 por ano) por doença parasitária no mundo^{1,2}. A sua prevalência varia com o nível de saneamento e é geralmente mais elevada nas regiões tropicais e subtropicais³. Em Portugal deixou de ser uma doença de declaração obrigatória a partir de 1999 e os últimos dados publicados, referentes ao período 1992-1996, reportavam uma taxa de incidência mediana de 0,04 casos/milhão de habitantes⁴.

Os humanos parecem ser o único reservatório do parasita e, sendo a transmissão feita apenas por via fecal-oral, a doença poderia ser potencialmente erradicada através de medidas de controlo sanitário².

A infeção ocorre por ingestão do parasita na sua forma quística. No lúmen intestinal os quistos libertam os trofozoítos que podem causar apenas colonização intestinal.

Clinicamente, a amebíase pode manifestar-se sob a forma de colite, doença extraintestinal ou ser assintomática em 90% dos casos². A doença extraintestinal é rara (< 1%) e a sua forma de apresentação mais comum é o abscesso hepático^{5,6}. O abscesso hepático amebiano (AHA) é mais frequente em adultos do sexo masculino. Apesar de raro na idade pediátrica, está descrito em recém-nascidos e tem uma distribuição de género equitativa^{1,3,5}. O AHA resulta da disseminação hematogénica dos trofozoítos através da veia porta. Localiza-se preferencialmente no lobo direito do fígado, uma vez que este recebe a maioria da drenagem sanguínea do cego e do cólon ascendente². No seu conteúdo encontram-se fragmentos proteicos acelulares, tipo «pasta de anchovas», que correspondem a hepatócitos destruídos pelos trofozoítos^{7,8}.

As manifestações clínicas do AHA (febre, dor abdominal, anorexia e mal-estar geral) são inespecíficas e podem apresentar-se de forma aguda ou insidiosa³.

Descrevemos um caso clínico de AHA em idade pediátrica. Este caso tem interesse pela raridade com que ocorre nas crianças do nosso país e alerta para a necessidade de incluir a etiologia amebiana no diagnóstico diferencial de quadros clínicos caracterizados por febre prolongada, dor abdominal e lesão hepática focal.

Caso clínico

Criança de 24 meses, sexo masculino, raça negra, saudável, natural de Almada, onde sempre residiu. Vive em habitação com saneamento básico e um poço (água usada para regar horta). Os pais são de origem africana e residem em Portugal há 10 anos.

Inicia 10 dias antes do internamento, de forma súbita febre alta com calafrio acompanhada de dor no hipocôndrio direito e aumento progressivo do volume abdominal. Encontrava-se prostrado, com sensação de doença, temperatura axilar 39 °C, pálido, bem perfundido. Tensão arterial 85/40 mmHg. Frequência cardíaca de 120 bpm. Frequência respiratória de 40 cpm, com respiração superficial e gemido expiratório. Saturação transcutânea de O₂ de 98% em ar ambiente. Murmúrio vesicular mantido bilateralmente,



Figura 1 Abdomen da criança de 24 meses, com local de drenagem marcado ecograficamente.

sem ruídos adventícios. Abdomen (fig. 1) muito distendido, sob tensão, por hepatomegalia dolorosa (bordo hepático palpável 8 cm abaixo do rebordo costal direito). A avaliação laboratorial revelou hemoglobina 6,2 g/dL, leucócitos 27.600/uL (57% neutrófilos, 0% eosinófilos), proteína C reativa 32 mg/dL, AST 71 UI/L (VR: < 38 UI/L), albumina 2,2 g/dL (VR: 3,5-5 g/dL), coagulação, ALT, fosfatase alcalina e bilirrubina total normais. A ecografia abdominal evidenciou «lesão hepática única, localizada no lobo esquerdo, com área central hipocogénica, pouco vascularizada». A tomografia computadorizada (figs. 2 e 3) mostrou «lesão de densidade heterogénea com cerca de 9,5 x 8 x 6,2 cm, bem delimitada e capsulada (abscesso/quisto complexo infetado)». Foi colocada a hipótese diagnóstica de abscesso hepático, pelo que iniciou terapêutica empírica com ceftriaxona (100 mg/kg/dia) e metronidazol (42 mg/kg/dia).

A serologia para *E. histolytica* (pesquisa de anticorpos do tipo IgG por método de ELISA) foi fortemente positiva.

Perante um AHA do lobo esquerdo, de dimensões superiores a 5 cm foi decidida a realização de drenagem percutânea, com saída de cerca de 400 ml de líquido tipo «pasta de anchovas» (fig. 4). Manteve terapêutica com metronidazol durante 10 dias, inicialmente endovenoso e



Figura 2 Tomografia computadorizada com contraste, mostra lesão única no lobo hepático esquerdo de 9,5 x 8 x 6,2 cm (corte axial).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311368>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311368>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)