

## Abscesso esplênico por *Brucella abortus*

### Splenic abscess by *Brucella abortus*

Leopoldo Luiz dos Santos-Neto, Gustavo Paiva Costa, Cézár Kozak Simaan  
e Francisco Aires Correia-Lima

**Resumo** É relatado caso de um homem de 23 anos de idade com febre prolongada por *Brucella abortus*. O incomum neste caso foi a presença de abscesso esplênico, identificado através de tomografia computadorizada de abdômen. A evolução foi favorável com a introdução apenas de antibióticos, havendo regressão completa das lesões.

**Palavras-chaves:** Brucelose. *Brucella abortus*. Abscesso esplênico. Tomografia computadorizada.

**Abstract** A 23 year-old man with prolonged fever caused by *Brucella abortus* is reported. The uncommon feature of this case was the presence of a spleen abscess identified by computer tomography of the abdomen. Patient evolution was favorable after treatment with antibiotics, with complete regression of the lesions.

**Key-words:** Brucellosis. *Brucella abortus*. Splenic abscesses. Computing tomography.

A brucelose produz um quadro clínico muito pleomórfico. A infecção pelo organismo do gênero *Brucella* pode acometer quase todos os órgãos ou sistemas<sup>12</sup>. Atualmente os casos de brucelose humana têm sido associados à doença profissional. As infecções por *B. abortus* e *B. suis* têm sido identificadas em homens adultos que trabalham em indústria de abatedor. A infecção por *B. melitensis* está associada com o consumo de produtos de laticínios não pasteurizados.

No Brasil a maioria dos quadros de brucelose estão associados à infecção por *B. abortus*. A sua evolução clínica costuma ser benigna e raramente apresenta complicações, diferente da infecção pela *B. melitensis* que pode apresentar complicações em até 31% dos casos<sup>2 3</sup>.

Apresentamos um caso de um paciente com *B. abortus* que desenvolveu abscesso esplênico no curso evolutivo da brucelose.

#### RELATO DO CASO

Homem pardo de 23 anos procurou assistência médica porque apresentava febre intermitente com calafrios há 3 meses. A febre se associava a queixas de hiporexia, astenia e dores generalizadas, principalmente em membros inferiores. No exame físico foi detectado sopro protomesossistólico 1+/6+ em foco mitral, frequência cardíaca de 70bpm e 120 x 80mmHg

de pressão arterial. Não foi evidenciada a presença de adenomegalias, hepatomegalia ou esplenomegalia. O exame neurológico evidenciou hiperestesia em membros inferiores, sem fraqueza muscular. A temperatura axilar foi de 39,3°C. Os exames complementares mostraram hemoglobina de 15,3g/dl, leucometria de 9.600 células/mm<sup>3</sup> (com diferencial normal) e 532.000

Unidade de Reumatologia, Departamento de Clínica Médica, Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, Brasília, DF  
Endereço para correspondência: Prof. Leopoldo Luiz dos Santos Neto. Unidade de Reumatologia/Deptº Clínica Médica/HUB. Caixa Postal 04-438, 70919-970 Brasília, DF, Brasil.

Fax: 55 61 349-8089;

E-mail: leoneto@uninet.com.br

Recebido para publicação em 6/4/98.

plaquetas/mm<sup>3</sup>. A hemossedimentação foi de 50mm e os exames de bioquímica foram normais. O FAN, Anti-DNA e sorologia para VIH foram negativas. O Rx de tórax e a ecocardiografia foram normais.

Como havia história profissional de trabalho em fazenda, aplicando vacinas em gado e manuseio de animais doentes, foi solicitado exame para brucelose. A sorologia (método de aglutinação) foi positiva até 1:280. As hemoculturas apresentaram crescimento de *Brucella*, identificada como *B. abortus* (Laboratório de Zoonoses bacterianas, Instituto Oswaldo Cruz).

Devido à forte dor na região do hipocôndrio esquerdo, foi solicitado tomografia computadorizada (TC) de abdômen. O exame revelou a presença de massa na região da

cabeça de pâncreas, com densidade de partes moles, estendendo-se inferiormente na topografia do processo uncinado, causando compressão extrínseca da 2ª porção do duodeno (Figura 1). O baço tinha dimensões normais e apresentava áreas hipodensas múltiplas, que não se alteravam após a injeção de contraste (Figura 2). Não havia gânglios na região do retroperitônio. O fígado apresentava tamanho e densidade normais.

O primeiro laudo sugeriu que as lesões eram compatíveis com linfoma. Ainda assim foi iniciado esquema com tetraciclina (2g/dia VO, por 4 semanas) e estreptomicina (1g/dia IM, por 2 semanas). Na 4ª semana de antibióticos o paciente estava assintomático, permanecendo assim até o último contato telefônico no 60 mês. Os exames de TC e ultra-sonografia de abdômen de controle foram normais.

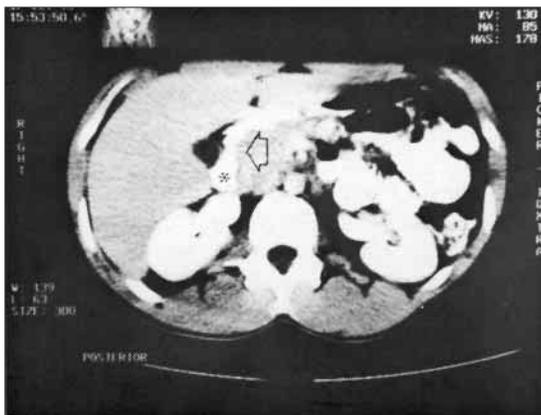


Figura 1 - Tomografia computadorizada de abdômen com contraste. O asterix indica o arco duodenal. A seta mostra uma massa na região da cabeça do pâncreas, estendendo-se inferiormente na topografia do processo uncinado, causando compressão extrínseca da 2ª porção do duodeno.



Figura 2 - Tomografia computadorizada de abdômen com contraste. O baço tem dimensões normais e apresenta áreas hipodensas múltiplas (as duas setas), que não se alteram após a injeção do contraste.

## DISCUSSÃO

Os relatos de casos de abscesso na brucelose são raros. Todos os casos descritos foram associados à infecção por *B. melitensis* ou *B. suis*. O relato do nosso caso constitui o primeiro relato de abscesso esplênico causado por *B. abortus*. Apesar do abscesso por *B. abortus* não ter sido confirmado por punção aspirativa, a lesão identificada através da TC de abdômen regrediu após o tratamento para brucelose. Esta forma de apresentação atípica ocorreu num indivíduo adulto hígido, que não demonstrou

evidências de doença imunossupressora ou crônica-degenerativa. Além do mais, não era usuário de drogas ilícitas, nem fazia uso excessivo de bebida alcoólica.

Nos 5 casos descritos de abscesso hepato-esplênico causados por *B. melitensis*<sup>2 9 10</sup> a evolução clínica foi favorável, após o uso de antibióticos por 2 meses. No entanto, foi necessário a drenagem cirúrgica em 3/5 dos casos<sup>9 10</sup>. Em apenas 2 casos o abscesso foi identificado apenas no baço<sup>1</sup>.

Nos 8 casos de abscesso hépato-esplênico por *B. suis*, 7 apresentaram lesão esplênica. Em todos estes casos foi necessária a correção cirúrgica com drenagem ou esplenectomia<sup>4 6 7 11</sup>. Existem mais dois outros relatos de casos de abscesso hépato-esplênico por *Brucella sp.*, sendo a evolução clínica favorável e sem complicações<sup>5 7</sup>.

O achado mais comum na infecção pela *B. abortus* é o granuloma sarcóide<sup>8</sup>. Esta observação também é identificada nos estudos experimentais, aonde a inoculação de *B. abortus* se correlaciona com a formação de granulomas, enquanto a de *B. melitensis* com microabscessos<sup>13</sup>.

O laudo inicial da TC de abdômen foi compatível com linfoma. Entretanto, a revisão posterior do exame sugeriu que as lesões hipodensas, localizadas no baço, correspondessem a áreas de infarto ou abscesso. A massa na região da cabeça do pâncreas foi interpretada como linfonodos confluentes. Esta dificuldade deve estar associada com a raridade da apresentação deste caso.

Este caso mostra a necessidade da realização de uma história profissional detalhada. A presença de abscessos esplênicos, na infecção por *B. abortus*, pode ser controlada apenas com antibioticoterapia por 4 semanas.

#### AGRADECIMENTOS

Sra. Doroti Guillarducci Moreira pelo isolamento (Laboratório de Microbiologia do HUB-UnB); Dr. Ernesto Hofer pela identificação da espécie (Laboratório de Zoonoses

Bacterianas, Instituto Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro); Dr. Tito Lívio Mundim (Clínica Vilas-Boas, Brasília) pela revisão das tomografias computadorizadas.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ates KB, Dolar ME, Karahan M, Temucin G, Onaran L. *Brucella melitensis* splenic abscess: sonographic detection and follow-up. *Journal of Clinical Ultrasound* 20:349-351, 1992.
2. Colmenero JD, Reguera JM, Martos F, Sánchez-de-Nora D, Delgado M, Causse M, Martín-Farfán A, Juárez C. Complications associated with *Brucella melitensis* infection: a study of 530 cases. *Medicine* 75:195-211, 1996.
3. Lulu AR, Araj GF, Khateeb MI, Mustafa MY, Yusuf AR, Fenech FF. Human brucellosis in Kuwait: a prospective study of 400 cases. *Quarterly Journal of Medicine* 249:39-54, 1988.
4. McGarity WC, Serafin D. Brucellosis. Indication for splenectomy. *American Journal of Surgery* 115:355-363, 1968.
5. Naveau S, Poitrine A, Delfraissy JIE, Brivet F, Dormont J. Brucellosis hepatic abscesses and pregnancy. *Gastroenterology* 84:164-173, 1983.
6. Spink WW. Suppuration and calcification of the liver and spleen due to long standing infection with *Brucella suis*. *New England Journal of medicine* 257:209-210, 1957.
7. Spink WW. Host-parasite relationship in human brucellosis with prolonged illness due to suppuration of the liver and spleen. *American Journal of Medical Science* 247:129-136, 1964.
8. Spink WW, Hoffbauer FW, Walker WW, Green RA. Histopathology of the liver in human brucellosis. *Journal of laboratory and Clinical Medicine* 34:40-58, 1949.
9. Vargas V, Comas P, Llatzer R, Esteban R, Guardia J. Brucellar hepatic abscess. *Journal of Clinical Gastroenterology* 13:477-478, 1991.
10. Vallejo JG, Stevens AM, Dutton RV, Kaplan SL. Hepatosplenic abscesses due to *Brucella melitensis*: report of a case involving a child and review of literature. *Clinical Infectious Diseases* 22:485-489, 1996.
11. Williams RK, Crossley K. Acute and chronic hepatic involvement of brucellosis. *Gastroenterology* 83:455-458, 1982.
12. Young EJ. An overview of human brucellosis. *Clinical Infectious Diseases* 21:283-290, 1995.
13. Young EJ, Gomes CI, Yawn DH, Musher DM. Comparison of *Brucella abortus* and *Brucella melitensis* infections of mice and their effect on acquired cellular resistance. *Infectious and Immunity* 26:680-685, 1979.