

## QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Aureliano Torquato Brandão<sup>1</sup>, Cláudio Alberto Iglesias Rosa<sup>1</sup>, Gustavo Alcoforado Franco Lima<sup>1</sup>, Marcos Roberto de Menezes<sup>2</sup>

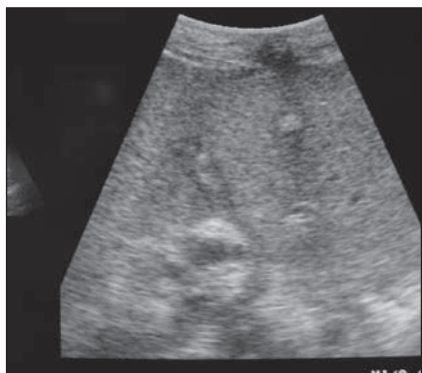
Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP. 1. Médicos Residentes do HC-FMUSP. 2. Diretor do Serviço de Pronto Socorro da Radiologia do HC-FMUSP. Correspondência: Dr. Aureliano Torquato Brandão. E-mail: atbrandao@hotmail.com

Paciente do sexo masculino, 44 anos, trabalhador rural, procedente do interior da Bahia, com história de febre não aferida, mal-estar, astenia e perda ponderal moderada há seis meses.

Na investigação inicial, em outro serviço, realizou ultrasonografia de abdome, que evidenciou “lesões hepáticas”, as quais foram submetidas a punção aspirativa por agulha fina, cujo

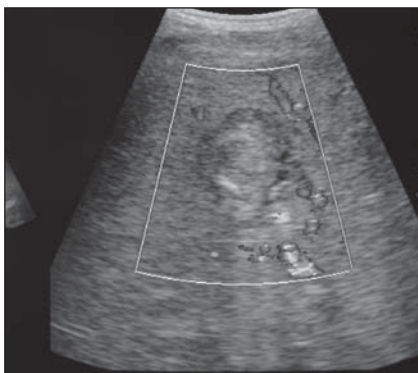
resultado foi inconclusivo. Evoluiu sem melhora do quadro clínico e como complicação do procedimento apresentou abscesso de parede.

Em seguida foi encaminhado para o HC-FMUSP, sendo submetido a exames de ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética de abdome.

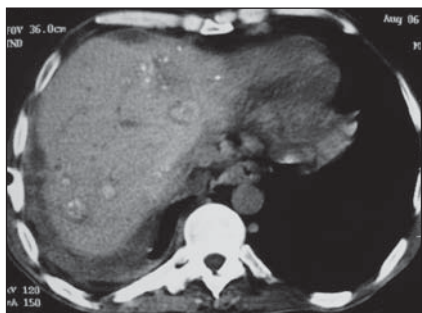


1A

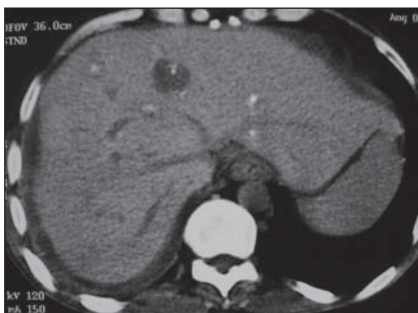
Figura 1. Ultra-sonografia de abdome.



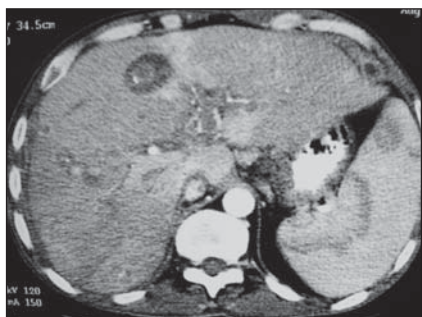
1B



2A



2B

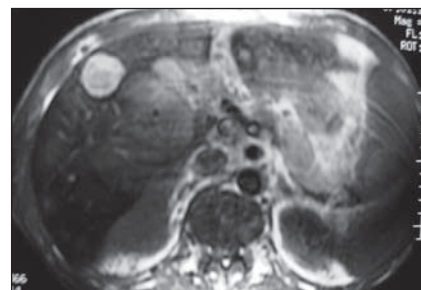


2C

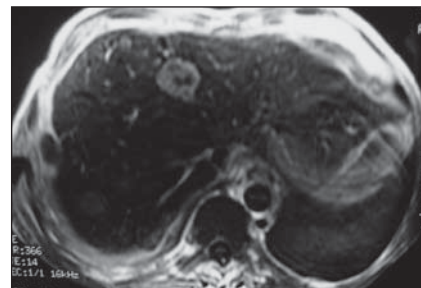


2D

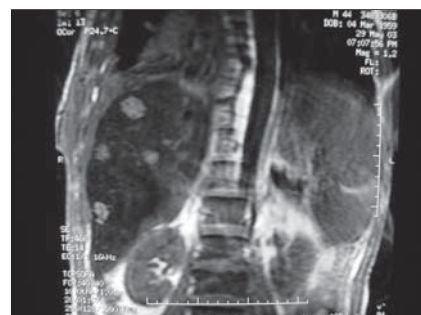
Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome.



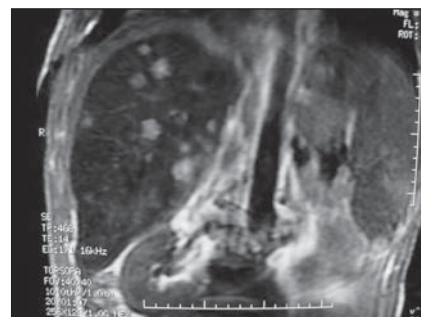
3A



3B



3C



3D

Figura 3. Ressonância magnética de abdome.

**Diagnóstico:** Brucelose hepática.

### Achados de imagem

À ultra-sonografia observam-se vários nódulos hipoecogênicos, heterogêneos e bem delimitados, alguns apresentando foco hiperecogênico central.

À tomografia computadorizada de abdome esses nódulos são hipoatenuantes, com calcificações centrais, apresentando tênue realce anular tardio após a injeção do meio de contraste endovenoso.

À ressonância magnética evidenciam-se nódulos com hipossinal na seqüência ponderada em T1 e hipersinal na seqüência ponderada em T2, havendo realce heterogêneo após a injeção do meio de contraste endovenoso.

### COMENTÁRIOS

A brucelose, também conhecida como febre de Malta, febre ondulante ou febre do mediterrâneo, é uma doença causada por um cobicacilo Gram negativo do gênero *Brucella*, de distribuição universal, sendo encontrado como hospedeiro em uma grande variedade de animais silvestres ou rurais.

O contágio humano pode ocorrer de diversas formas, sendo que as principais são a cutânea e a oral. Assim, a população mais acometida envolve veterinários e trabalhadores de frigoríficos e de ordenha.

Uma vez ocorrido o contágio, a *Brucella sp* é fagocitada e transportada a linfonodos, onde ocorre sua replicação. Esta é a fase aguda da brucelose, clinicamente

caracterizada por febre, calafrios, cefaléia, fadiga, sudorese, anorexia e emagrecimento, período que pode durar até dois meses após a infecção.

Após essa etapa, há disseminação hematogênica, preferencialmente para fígado, ossos e coração, constituindo a fase subaguda da doença, que pode durar de dois meses a um ano.

A resposta imunológica não é suficiente para eliminar o patógeno, desenvolvendo-se abscessos nesses órgãos-alvo.

Os abscessos hepáticos na brucelose são raros (há apenas 41 casos relatados na literatura) e incomuns, cabendo diversos diagnósticos diferenciais (abscesso piogênico, amebiano, por micobactérias, metastático, dentre outros). Em nenhum dos casos relatados isolou-se a *Brucella sp* em culturas de aspirado do fígado ou em hemocultura.

Na fase crônica (após um ano de infecção) formam-se, em meio aos abscessos, granulomas centrais constituídos por macrófagos contendo o patógeno fagocitado e calcificações que representam cicatrizações das reativações anteriores. Essas lesões, apesar de não serem patognomônicas, são características no fígado, tanto à ultra-sonografia como à tomografia computadorizada e ressonância magnética, descritas em todos os 41 casos relatados na literatura.

Havendo a suspeita radiológica de acometimento hepático, deve-se realizar o teste de aglutinação específico para brucelose, pois é o único método diagnóstico de certeza.

O tratamento da brucelose hepática não é simples, sendo necessária a associação medicamentosa com intervenção cirúrgica das lesões, pois apenas a exérese dos granulomas permite terapêutica eficaz, uma vez que pode haver reativação da doença, dependendo do estado imunológico do paciente.

Assim, por se tratar de acometimento raro, de difícil diagnóstico e de necessária terapêutica cirúrgica, os exames radiológicos são fundamentais para orientar o diagnóstico e tratamento adequados da brucelose hepática.

### REFERÊNCIAS

1. Cosme A, Barrio J, Ojeda E, Ortega J, Tejada A. Sonographic findings in brucellar hepatic abscess. *J Clin Ultrasound* 2001;29:109-11.
2. Pons JC, Teyssau H, Bureau M, Ruiz R, Surzur J, Tessier JP. Hepatic calcifications in isolated necrotizing, granulomatous hepatitis due to *Brucella*. A case report and review of the literature. *J Radiol* 1981;62:521-5.
3. Sisteron O, Souci J, Chevallier P, Cua E, Bruneton JN. Hepatic abscess caused by *Brucella*. US, CT and MRI findings: case report and review of the literature. *Clin Imaging* 2002;26:414-7.
4. Halimi C, Bringard N, Boyer N, et al. Hepatic brucellosis: 2 cases and a review of the literature. *Gastroenterol Clin Biol* 1999;23:513-7.
5. Colmenero J de D, Queipo-Ortuno MI, Maria Reguera J, et al. Chronic hepatosplenic abscesses in Brucellosis. Clinico-therapeutic features and molecular diagnostic approach. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2002;42:159-67.
6. Ariza J, Pigrau C, Canas C, et al. Current understanding and management of chronic hepatosplenic suppurative brucellosis. *Clin Infect Dis* 2001;32:1024-33.
7. Sadia Perez D, Cea-Calvo L, Aguado Garcia MJ, Ruiz Ilundain G, Lopez Martin A, Gonzalez Gomez C. *Brucella* hepatic abscess. Report of a case and review of the literature. *Rev Clin Esp* 2001;201:322-6.