

ABCESSOS HEPÁTICOS PIOGÊNICOS: EMPREGO DOS RECURSOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

PYOGENIC LIVER ABSCESSSES: USE OF DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC RESOURCES

Antônio Carlos Corrêa Küster Filho, ACBC-PR¹

Matias Rudolfo Krüger²

Alderson Luis Pacheco³

Zacarias Alves de Souza Filho, TCBC-PR⁴

RESUMO: A evolução tecnológica dos recursos diagnósticos e terapêuticos das últimas décadas tem possibilitado mudanças no manejo de pacientes com abscessos hepáticos piogênicos (AHP). A abordagem cirúrgica tem sido substituída ou complementada com os métodos de punção guiados por tomografia computadorizada (TC) ou por ultra-sonografia (US). Foi realizado um estudo retrospectivo de 27 casos de AHP atendidos num período de 15 anos, objetivando principalmente avaliar os métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados em nosso hospital neste período, comparando a nossa realidade com os dados da literatura mundial. Dor abdominal (96%), febre (92%), e hepatomegalia (85%) foram os sinais e sintomas mais comuns; leucocitose (85%) com aumento dos bastões (88%), hipoalbuminemia (77%) e elevação da fosfatase alcalina (66%) foram as alterações laboratoriais mais frequentes. *Escherichia coli* e *Staphylococcus sp* foram os agentes mais comumente identificados. A US abdominal foi o exame de eleição, fazendo diagnóstico em 92% dos casos, e a TC foi utilizada em 44% dos pacientes, complementar à US. Cinco pacientes (19%) foram tratados por punção com inserção de catéter de drenagem dirigida por US, enquanto 16 (59%) foram submetidos a laparotomia para drenagem e seis (22%) foram tratados apenas com antibioticoterapia. Sepses (37%) e derrame pleural (19%) foram as complicações mais frequentes. Houve três óbitos (mortalidade de 11%). Os métodos de drenagem percutânea apresentam menor morbidade que a drenagem cirúrgica em relação ao procedimento, diminuindo o risco de contaminação da cavidade peritoneal, além de apresentarem bons e similares resultados. A citologia do material aspirado possibilita também a complementação diagnóstica, principalmente para doenças subjacentes, facilitando a identificação da etiologia dos AHP. A drenagem por videolaparoscopia pode constituir outra alternativa à drenagem cirúrgica, com a vantagem da identificação dos abscessos não acessíveis à drenagem percutânea, mas apresentando ainda o risco de contaminação da cavidade peritoneal. Portanto, a indicação de drenagem por laparotomia para pacientes portadores de AHP deveria restringir-se àqueles onde houve falha na drenagem percutânea ou impossibilidade de acesso aos abscessos, principalmente no caso de abscessos múltiplos, e quando houver ruptura do abscesso ou grave comprometimento do estado geral do paciente. É necessário oferecer ao paciente o melhor tratamento de acordo com os recursos disponíveis do hospital, permitindo assim a diminuição das taxas de morbidade e mortalidade para esta doença.

Unitermos: Abscesso hepático; Radiologia intervencionista; Cirurgia; Laparoscopia.

INTRODUÇÃO

O manejo de pacientes com abscessos hepáticos piogênicos (AHP) vem sofrendo muitas mudanças nas últimas décadas de acordo com a evolução tecnológica dos recursos diagnósticos e terapêuticos. Historicamente, Ochsner e associados

preconizaram, em 1938, que o tratamento por drenagem cirúrgica aberta era o mais indicado.¹ Em 1953 foi aplicada com sucesso a técnica de aspiração percutânea de AHP associada a antibioticoterapia,¹⁰ mas continuou-se a preferir a drenagem cirúrgica aberta até a metade dos anos 70.² Com o surgimento da ultra-sonografia (US) e da tomografia computadorizada

1. Médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da UFPR.

2. Acadêmico de Medicina do 6º ano da UFPR.

3. Médico Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da UFPR.

4. Professor Titular e Coordenador da Disciplina de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da UFPR.

Recebido em 18/2/98

Aceito para publicação em 1/10/98

Trabalho desenvolvido pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

(TC) como métodos precisos para se localizarem os abscessos, foram desenvolvidas técnicas de aspiração e drenagem percutâneas guiadas por TC ou por US e, a partir de 1980, já eram reportados trabalhos com significativa amostragem usando essas técnicas. Em muitas instituições passou-se a usá-las como métodos preferenciais para o tratamento dos AHP.^{3-7,11} A abordagem continuou sendo preferencialmente cirúrgica em muitos hospitais nos casos de abscessos múltiplos, abscessos multiloculados ou dificuldade de acesso para a punção, ao passo que em outros serviços estas condições adversas serviram de incentivo à melhoria das técnicas de punção para possibilitar sua realização mesmo nessas condições.^{8,9,11}

As técnicas de punção dirigidas (tanto por US quanto por TC) mais utilizadas atualmente são as punções com inserção de catéter de drenagem (PCD) e as punções aspirativas por agulha (PAA) sem inserção de catéter de drenagem. A citologia do material aspirado possibilita a complementação diagnóstica, principalmente para doenças subjacentes, facilitando a identificação da etiologia dos AHP.^{23,27} Para os métodos de drenagem percutânea, Seeto & Rockey¹³ obtiveram mortalidade de 6% tanto para a PCD quanto para a PAA, com recorrência de 7% para a PCD contra 12% para a PAA, necessidade de cirurgia para drenagem de abscesso residual em 10% contra 24% respectivamente, e taxa de cura de 77% para a PCD contra 58% com a PAA. A técnica de punção aspirativa por agulha (PAA), associada à antibioticoterapia e lavagem da cavidade do abscesso com solução salina e gentamicina ou metronidazol,¹¹ é apresentada por outro autor com 98% de taxa de cura sem recorrência no seguimento ambulatorial e com curto tempo de internação (média de nove dias). Em outros trabalhos obteve-se sucesso no tratamento dos AHP através da aspiração percutânea de 70% a 90% dos casos tratados por este método.^{9,14,21} É sugerido que provavelmente o maior avanço no tratamento dos AHP nestes últimos oitenta anos talvez seja a técnica da simples aspiração percutânea com injeção intracavitária de antibióticos, sendo uma alternativa melhor à colocação de catéteres de drenagem.²² Outros autores citam a videolaparoscopia como alternativa à drenagem cirúrgica, com obtenção de excelentes resultados e mínima morbidade.^{25,26}

Entretanto, em um estudo com um total de 483 pacientes, outros autores sugerem considerar a drenagem cirúrgica em pacientes com múltiplos abscessos,¹⁸ pois a falha de tratamento nestes pacientes que foram submetidos a drenagens percutâneas foi maior do que naqueles com abscessos únicos submetidos ao mesmo tratamento. A drenagem cirúrgica é também sugerida como boa alternativa e primeiro passo não apenas para o tratamento da causa primária dos abscessos mas também naqueles pacientes sépticos com doença severa nos quais a demora na drenagem adequada, freqüente na drenagem percutânea, pode elevar a taxa de morbidade e mortalidade.¹⁹ Esses autores obtiveram sucesso de 91,5% com a drenagem cirúrgica, e taxa de mortalidade de 8,5%. Para pacientes com diagnóstico de AHP e que se apresentam em

choque e dor abdominal difusa deve ser feita a hipótese de ruptura do abscesso, sendo que cirurgia é o único tratamento indicado para esta condição.²⁴ A mortalidade para os AHP permanece ainda alta, entre 10% e 25%,^{8,12,13,14,17,18} apresentando-se maior nos pacientes com abscessos múltiplos do que nos pacientes com abscessos únicos.¹⁸ Alguns autores salientam que o prognóstico para os pacientes tratados exclusivamente com antibioticoterapia é significativamente pior do que o daqueles tratados com antibióticos e drenagem dos abscessos.^{13,20} Pacientes com AHP que não forem drenados apresentam aproximadamente 100% de mortalidade.¹⁴

Por meio do estudo retrospectivo dos casos de pacientes atendidos em nosso hospital com AHP nos últimos 15 anos, objetivamos principalmente avaliar os métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados, observando se houve progresso no emprego dos mesmos e identificando a situação da terapêutica daquele período com relação aos dados da literatura mundial, buscando perceber se a conduta adotada corresponde aos recursos disponíveis e ao manejo atual descrito na literatura.

PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizada a revisão de sessenta prontuários médicos de pacientes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná com o diagnóstico de Abscesso do Fígado (CID 572-1/5), atendidos durante o período de janeiro de 1982 a maio de 1997. Foram utilizados como métodos diagnósticos complementares a ultra-sonografia abdominal (US) e a tomografia computadorizada (TC), e eventualmente outro exame, obtendo a confirmação diagnóstica de AHP em 27 pacientes, sendo excluídos os demais do estudo. Não houve registro de abscessos hepáticos amebianos atendidos no hospital neste período.

Os pacientes foram avaliados retrospectivamente quanto à história clínica, sinais e sintomas, exames laboratoriais, etiologia, tempo de internamento, recidivas, morbidade e mortalidade. Foi dada atenção especial aos métodos diagnósticos de imagem e ao tratamento adotado para cada caso, e estes dados foram também tabulados em ordem cronológica para avaliar o progresso da utilização dos diferentes métodos nestes 15 anos. Avaliamos os abscessos quanto ao tamanho, número (únicos ou múltiplos), ruptura e local de drenagem da secreção. Foi realizada pesquisa do agente etiológico usando-se meios de cultura para aeróbios e anaeróbios em 24 pacientes, sendo que no total foram obtidas 15 culturas de material do abscesso hepático, 15 hemoculturas, duas uroculturas e três culturas de líquido pleural, duas culturas de pus de toracocentese e uma cultura de punção líquórica. Em três pacientes não foi feito nenhum tipo de cultura ou este dado não era disponível no prontuário. Após a alta hospitalar, o acompanhamento dos pacientes constituiu-se de ecografias hepáticas de controle, exames laboratoriais e avaliação clínica, recebendo alta ambulatorial a partir do momento em que clinicamente não apresentassem mais sintomas relacionados e

houvesse diminuição significativa do tamanho da cavidade residual dos abscessos ou a involução total da mesma.

Dividiu-se a provável etiologia dos abscessos em cinco categorias, de acordo com a forma de infecção: 1) secundários a doença do trato biliar ou hepática, 2) via hematogênica, 3) por extensão direta, 4) por trauma hepático e 5) criptogênico ou de causa obscura.

Este estudo foi realizado pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da UFPR, sendo que os pacientes nele incluídos foram atendidos não apenas pelo serviço de Cirurgia Geral, mas por diversos outros serviços do hospital, isoladamente ou em conjunto, incluindo os de Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia do Aparelho Digestivo.

RESULTADOS

Houve 17 (63%) pacientes do sexo masculino e dez (37%) do feminino, e a idade variou entre 4 e 64 anos, com média de 30,8 anos.

O início dos sintomas até a data do primeiro atendimento variou de três a 120 dias, com média para 29,2 dias, e 60% dos pacientes tiveram o início dos sintomas três semanas ou mais da data do primeiro atendimento, caracterizando a evolução subaguda dessa doença. Os sinais e sintomas mais frequentes são apresentados na tabela 1 e as principais alterações laboratoriais são demonstradas na tabela 2. Nenhum dos pacientes apresentou-se em choque séptico no primeiro atendimento.

Tabela 1
Sinais e sintomas frequentes

Sinais e sintomas	Nº de pacientes	%
Dor abdominal	26	96
Febre	25	92
Hepatomegalia	23	85
Hipersensibilidade no QSD*	21	77
Icterícia	15	55
Astenia	15	55
Calafrios	15	55
Perda de peso	14	52
Anorexia	13	48
Esplenomegalia	7	26
Ascite	7	26
Colúria	7	26

*QSD = Quadrante superior direito do abdome

Foi realizada US abdominal em 26 pacientes (96,3%), sendo o principal método de investigação usado. Doze pacientes (44,4%) foram submetidos a TC, complementar à US previamente realizada nestes pacientes. Cintilografia hepática foi realizada em dois pacientes, também em complemento à US abdominal. Dos 26 pacientes nos quais foi realizada a US abdominal, em 25 (96%) foi formulada a hipótese diagnóstica de abscesso hepático. Não foi feita hipótese de AHP por meio da US em apenas um dos pacientes, o qual também foi subme-

Tabela 2

Principais alterações laboratoriais em pacientes portadores de AHP

Exame laboratorial	Nº de pacientes	%
Bastonetes > 8%	24	88
Leucócitos > 11,8x10 ³ cels/ mL	23	85
Albumina < 3,4 g/dL	21	77
Fosfatase alcalina >120 U/L	18	66
Tempo de Protrombina >14s	17	63
Globulinas > 3,5 g/dL	13	48
Bilirrubina direta > 1,2 mg/dL	12	44
SGOT > 40 U/L	11	40
Hematócrito < 30%	10	37
Bilirrubinas totais > 2 mg/dL	9	33
Hemoglobina < 10 g/dl	9	33
SGPT > 40 U/L	8	30
Creatinina > 1,5 mg/dL	6	22

SGOT = transaminase glutâmico-oxalacética

SGPT = transaminase glutâmico-pirúvica

tido posteriormente a cintilografia hepática. Ambos os exames foram inconclusivos, e foi então realizada laparotomia exploradora, que foi diagnóstica. Em um paciente foi realizada apenas radiografia abdominal como rotina para abdome agudo e então submetido a laparotomia exploradora, com achado de AHP.

Pelo cruzamento dos dados do uso de exames diagnósticos complementares com a data do primeiro atendimento ao paciente, notou-se que os exames de TC começaram a ser realizados a partir do ano de 1988, sendo que as US abdominais já eram realizadas no ano de 1982. As duas cintilografias hepáticas foram realizadas (como complemento à US abdominal) uma em 1982 e a outra em 1986, isto é, em período anterior ao advento da TC em nosso hospital.

A localização do abscesso foi no lobo hepático direito em 16 pacientes (59,3%), no lobo esquerdo em quatro (14,8%) e bilobar em sete (25,9%). Abscessos únicos foram encontrados em 12 pacientes (44,4%), e em 15 (55,6%) foram encontrados dois ou mais (múltiplos) abscessos. O diâmetro variou de 23mm a 190mm (n=20), com média de 73,3mm, tomando-se o diâmetro do maior no caso de abscessos múltiplos. Para os outros sete pacientes este dado não constava no prontuário. Houve ruptura dos abscessos em dez pacientes (37%), sendo cinco únicos e cinco múltiplos. Cinco abscessos rotos drenaram para a cavidade peritoneal, quatro drenaram para a cavidade pleural e em um houve drenagem para ambas as cavidades.

De todas as culturas realizadas, houve 37% de culturas negativas. Foram identificadas 16 bactérias diferentes, sendo as mais comuns a *Escherichia coli* e *Staphylococcus sp.*

A divisão quanto à provável etiologia dos AHP é mostrada na tabela 3.

Todos os pacientes receberam antibioticoterapia, única ou em associação de até três agentes, mudando-se a prescrição conforme os resultados do antibiograma. O esquema mais comumente usado foi a associação de metronidazol, genta-

Tabela 3

Divisão dos pacientes de acordo com a provável etiologia dos AHP

Etiologia	Nº de pacientes	(%)
<i>Doença do trato biliar ou hepática</i>	12	(44,4%)
Cirurgia biliar prévia	4	
Hepatite	3	
Etilismo crônico	2	
Etilismo crônico + malária	1	
Parasitose hepática	1	
Câncer de vias biliares	1	
<i>Hematogênica</i>	2	(7,4%)
Otite supurada	1	
Drogadição + AIDS	1	
<i>Extensão direta</i>	1	(3,7%)
Apendicite aguda	1	
<i>Trauma Hepático</i>	5	(18,5%)
Com laceração	3	
Contuso	2	
<i>Criptogênico</i>	7	(26%)

micina e cefoxitina, e em alguns pacientes foi associada ainda a irrigação da cavidade do abscesso com gentamicina através do catéter de drenagem.

Dos 27 pacientes, apenas cinco (18,5%) foram tratados por meio de punção com inserção de catéter de drenagem dirigida por US (PCD). Destes, três apresentavam abscessos múltiplos, mas em localização favorável para a drenagem através de punção e colocação do catéter, e os outros dois apresentavam abscessos únicos. Dezesesseis pacientes (59,3%) foram submetidos a drenagem cirúrgica do(s) abscesso(s), 14 dos quais com inserção de catéter de drenagem. Sete pacientes apresentavam abscessos múltiplos e nove apresentavam abscessos únicos. Para um dos pacientes submetidos a drenagem cirúrgica houve necessidade de aspiração por agulha US dirigida para drenagem de coleção residual durante o internamento pela persistência da sintomatologia e não diminuição de um dos abscessos no controle ecográfico. Seis laparotomias foram realizadas de emergência por quadro de abdome agudo, e as outras dez drenagens cirúrgicas foram em caráter eletivo.

Tabulando os dados do tratamento inicial adotado e a data do internamento, notou-se que no período entre 1982 a 1989 foram realizadas nove drenagens cirúrgicas e apenas um PCD, e que no período entre 1990 a 1997 houve sete drenagens cirúrgicas e quatro drenagens percutâneas dirigidas. Não foi realizada drenagem percutânea dirigida por TC em nenhum dos pacientes no período deste estudo, e nenhum foi submetido a videolaparoscopia.

Seis pacientes (22%) foram tratados exclusivamente com antibioticoterapia, sem realizar drenagem percutânea nem laparotomia. Cinco apresentavam importante melhora do quadro clínico e do controle ecográfico com o uso da antibioticoterapia, e o outro, doente de AIDS, foi a óbito antes de surgir oportunidade para realização de algum dos procedimentos de drenagem. As principais complicações foram sepse (37%), derrame pleural (19%), peritonite (16%), e empiema pleural e insuficiência respiratória (11% para ambos).

Houve três óbitos (11%). Um destes pacientes fora admitido em mau estado geral, séptico, sendo submetido a laparotomia exploradora por abdome agudo com achado de abscesso hepático de grandes dimensões, roto, com coleções de pus intra-abdominais e peritonite difusa, indo a óbito dez dias após a admissão. Outro paciente era HIV positivo, usuário de cocaína injetável, com múltiplos abscessos hepáticos, pancitopênico, com 1.800 leucócitos/ml e hematócrito de 11%, sendo tratado somente com antibioticoterapia, aguardando-se o momento oportuno para a intervenção. Evoluiu com hemorragia na punção de subclávia e paradas cardiorrespiratórias, indo a óbito seis dias após a admissão, não por complicações decorrentes dos AHP, mas pelo quadro gerado pela doença de base. O último óbito foi de um paciente que havia sido submetido a operação de vias biliares em outro hospital. Apresentava múltiplos abscessos hepáticos e um abscesso peri-hepático. Foi submetido a laparotomia com inserção de catéter de drenagem, com cultura de pus do abscesso positiva para *Pseudomonas aeruginosa* multi-resistente e *Enterobacter cloacae* em hemocultura e secreção do dreno. Permaneceu séptico, evoluindo com pneumonia, derrame pleural e edema agudo de pulmão, indo a óbito no 56º dia de internação, tendo como achado de necropsia um adenocarcinoma de vesícula biliar bem diferenciado, invasor.

Excluindo-se os óbitos, o tempo médio de internamento foi de 33 dias, sendo de 34 dias para os pacientes submetidos a drenagem cirúrgica (n=14), para os submetidos à PCD (n=5) média de 32,8 dias e média de trinta dias para os tratados exclusivamente com antibioticoterapia (n=5).

Ocorreu recidiva dos AHP após a alta hospitalar em 16% (n=24, quatro pacientes), sendo três nos tratados por PCD e uma recidiva nos tratados por drenagem cirúrgica. A taxa de sucesso para a drenagem cirúrgica foi de 81,2% (16 pacientes, uma recidiva e dois óbitos) e para a PCD foi de 50% (seis pacientes e três recidivas).

Para apenas 19 pacientes havia dados de seguimento ambulatorial disponíveis, sendo acompanhados de um a 28 meses, com média de 7,2 meses. Houve grande dificuldade em obter-se um seguimento adequado. Apenas 80% tiveram algum retorno, e, destes, apenas 47% efetivamente foram acompanhados clinicamente até receberem alta ambulatorial.

DISCUSSÃO

Os abscessos hepáticos piogênicos apresentam evolução subaguda,¹³ e a formulação da hipótese diagnóstica através da clínica é dificultada pelo fato de tanto os sinais e sintomas quanto as alterações laboratoriais apresentarem-se inespecíficos para esta doença.

Em nosso estudo, os sinais e sintomas foram semelhantes aos da literatura,¹¹⁻¹⁴ mas em relação aos exames laboratoriais, os níveis de fosfatase alcalina, bilirrubinas e SGOT apresentaram-se alterados com menor frequência. Similar também a outros estudos, a principal etiologia foi doença do trato biliar

ou hepática,^{8,9,11,12} e obtivemos também elevada taxa de mortalidade.

A US abdominal forneceu a hipótese diagnóstica para 92% de nossos pacientes, aparecendo como o exame complementar de eleição para a investigação de AHP em nosso hospital, e essa sensibilidade diagnóstica foi similar a outro estudo.¹⁶ A tomografia computadorizada apresentou sensibilidade em torno de 94% contra 83% a 87% da US abdominal para o diagnóstico de AHP em outros estudos,^{8,13} sendo que a TC nestes serviços é o exame de eleição para o diagnóstico dos AHP. A sensibilidade diagnóstica da cintilografia hepática é a menor, ficando em torno de 70%.⁸

As bactérias mais freqüentes em nossas culturas foram *Escherichia coli* e *Staphylococcus*; a *E. coli* e a *Klebsiella sp.* são os agentes mais comumente reportados,^{9,11,12,14,15} sendo mais comuns a *E. coli* nos abscessos múltiplos e a *Klebsiella sp* nos únicos.¹³

As técnicas de punção dirigida apresentam a vantagem de serem menos invasivas e muito menos traumáticas do que a intervenção cirúrgica, além de evitarem a contaminação da cavidade quando não há ruptura do abscesso, diminuindo assim o risco de peritonite e as taxas de morbidade. Uma opção à laparotomia quando não há possibilidade de acesso à coleção hepática pela punção dirigida é a videolaparoscopia, que permite adequada exploração da cavidade abdominal, realização da drenagem e coleta de material para cultura, mas permanecendo ainda o risco de contaminação da cavidade semelhantemente à drenagem cirúrgica aberta.

Deveria, portanto, ser considerado em primeiro lugar o tratamento usando-se os métodos de punção dirigida, de acordo com a técnica mais acessível a cada serviço, deixando a indicação de laparotomia para os pacientes que se apresentem com comprometimento do estado geral, abscessos rotos, e nos múltiplos abscessos se não for possível efetuar a drenagem de outra forma.

A drenagem adequada dos AHP, seja por punção percutânea, seja por laparotomia ou por cirurgia videoassistida, com ou sem inserção de catéter de drenagem e sempre associada ao uso de antibioticoterapia, oferece ao paciente a oportunidade de ter uma boa evolução, devendo-se ter sempre em mente que a mortalidade neste grupo de pacientes ainda se apresenta elevada, e que este índice tem diminuído relativamente pouco apesar dos novos métodos de tratamento. Assim como houve grande avanço no tratamento dos AHP com o desenvolvimento das novas técnicas de diagnóstico por imagem e do uso destas para a realização da drenagem, assim também deve-se estar atento a todas as possibilidades diagnósticas e terapêuticas, levando-se em consideração as características únicas de cada paciente, oferecendo-lhe o melhor tratamento de acordo com os recursos disponíveis no hospital, para que cada vez mais se veja a diminuição das complicações e da mortalidade.

Observamos neste estudo que no Hospital de Clínicas da UFPR a drenagem dos abscessos foi realizada ainda preferencialmente por meio de cirurgia convencional, com a utilização da PCD em apenas 19% de nossos pacientes. Mas podemos observar também que houve um aumento da utilização da PCD nestes últimos sete anos, o que pode ser considerado como um bom sinal. No presente momento temos observado que já ocorre a preferência pela drenagem percutânea dirigida, apesar de às vezes se imporem as dificuldades técnicas para a realização do procedimento. Cremos que o procedimento videoassistido, face às suas características, passe a ser também empregado em nosso meio em benefício de pacientes selecionados.

Apesar das dificuldades que possam se apresentar quanto ao emprego dos diversos meios terapêuticos disponíveis, elas devem sempre servir de incentivo e de desafio a todos que desejam oferecer o tratamento mais adequado aos seus pacientes.

ABSTRACT

The diagnosis and management of patients with pyogenic liver abscesses (PLA) in the last decades has improved with the development of ultrasound (US), computed tomography (CT) and guided percutaneous aspiration and/or catheter drainage interventional procedures, which came to substitute or complementate the surgical approach. In a retrospective study of 27 cases in a 15 year period, our main objective was to evaluate the diagnostic and therapeutic resources for the treatment of PLA used in our hospital, and to compare our data to literature. Abdominal pain (96%), fever (92%) and hepatomegaly (85%) were the signs and symptoms most frequently found; bacteremia (88%), leukocytosis (85%), hypoalbuminemia (77%) and high serum alkaline phosphatase level (66%) were the most common laboratorial findings. Escherichia coli and Staphylococcus sp were the pathogen agents most frequently identified. Percutaneous catheter drainage US guided was performed in five patients (19%) and surgical drainage in 16 (59%). The other six patients (22%) were treated only by antibiotics. Three patients died (mortality of 11%). The guided percutaneous aspiration methods present less procedure-related morbidity than surgical drainage, diminishing the contamination risk of the peritoneal cavity avoiding peritonitis, and giving an equally good outcome. Also, the aspiration cytology can play an essential complementary role to diagnosis, principally for underlying diseases. Video-laparoscopic drainage is an other method to consider as possible, offering another way before submitting the patient to laparotomy if the possibility of percutaneous guided drainage is gone. So, surgical drainage should be indicated only for patients with failure of percutaneous drainage or not reachable multiple abscesses,

and/or rupture of the PLA. For each case, it must be offered to the patient the best treatment according to the hospital available resources, allowing reduction of mortality and morbidity rates.

Key Words: Liver abscess; Interventional radiology; Surgery; Laparoscopy.

REFERÊNCIAS

- Ochsner A, DeBakey M, Murray S – Pyogenic abscess of the liver, II: an analysis of forty-seven cases with review of the literature. *Am J Surg* 1938;40:292-319.
- Satiani B, Davison E – Hepatic abscesses: improvement in mortality with early diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1978;135:647-50.
- Haaga JR, Weinstein AJ – CT guided percutaneous aspiration and drainage of abscesses. *AJR* 1980;135:1.127-94.
- Kraulis JE, Bird BL, Colapinto ND – Percutaneous catheter drainage of liver abscess: an alternative to open drainage? *Br J Surg* 1980; 67:400-2.
- Berger LA, Osborne DR – Treatment of pyogenic liver abscesses by percutaneous needle aspiration. *Lancet* 1982;1:132-34.
- Bertel CK, Van Heerden JA, Sherdey PF II – Treatment of pyogenic liver abscesses. Surgical versus percutaneous drainage. *Arch Surg* 1986;121:554-8.
- Farges O, Leeses T, Bismuth H – Pyogenic liver abscess: An improvement in prognosis. *Br J Surg* 1988;75:862-5.
- Huang CJ, Pitt HA, Lipsett PA, et al – Pyogenic hepatic abscess. Changing trends over 42 years. *Ann Surg* 1996;223:600-9.
- Tazawa J, Sakai Y, Maekawa S, et al – Solitary and multiple pyogenic liver abscesses: characteristics of the patients and efficacy of percutaneous drainage. *Am J Gastroenterol* 1997;92:271-74
- McFazdean JS, Chang KPS, Wong CC - Solitary piogenic abscesses of liver treated by closed aspiration and antibiotics. *Br J Surg* 1953; 41:141-52.
- Giorgio A, Tarantino L, Mariniello N, et al – Pyogenic liver abscesses: 13 years of experience in percutaneous needle aspiration with US guidance. *Radiology* 1995;195:122-124.
- Chu KM, Fan ST, Lai ECS, et al – Pyogenic liver abscess. An audit of experience over the past decade. *Arch Surg* 1996;131:148-52.
- Seeto RK, Rockey DC – Pyogenic liver abscess. Changes in etiology, management, and outcome. *Medicine* 1996;75:99-113.
- Hashimoto L, Hermann R, Grundfest-Broniatowski S – Pyogenic hepatic abscess: Results of current management. *The Am Surg* 1995;61: 407-11.
- Ni YH, Chang MH, Hsu HY, Lee CY – Ultrasound-guided percutaneous drainage of liver abscess in children. *Acta Paediatr Sin*, 1995;36: 336-41.
- Corbella X, Vadillo M, Torras J, et al – [Presentation, diagnosis and treatment of pyogenic liver abscess: analysis of a series of 63 cases]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995;13:80-4.
- Rae E, Aroztegui O, García Saiz E, Rodríguez HV – [Percutaneous drainage of pyogenic hepatic abscesses]. *Medicina B Aires* 1995;55: 665-9.
- Chou FF, Sheen-Chen SM, Chen YS, Chen MC – Single and multiple pyogenic liver abscesses: clinical course, etiology and results of treatment. *World J Surg* 1997;21:384-8
- Herman P, Pugliese V, Montagnini AL, et al – Pyogenic liver abscess; the role of surgical treatment. *Int Surg* 1997;82: 8-101.
- Ramos A, Gazapo T, Murillas J, et al – [Pyogenic liver abscess. A descriptive study of 35 cases.] *Gastroenterol Hepatol* 1996;19: 292-6.
- Laméris JS, van Overhagen H – Imaging and intervention in patients with acute right upper quadrant disease. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1995;9:21-36.
- Miller FJ, Ahola DT, Bretzman PA, Fillmore DJ – Percutaneous management of hepatic abscess: a perspective by interventional radiologists. *J Vasc Interv Radiol* 1997;8:241-7.
- Yeoh KG, Yap I, Wong ST, et al – Tropical liver abscess. *Postgrad Med J* 1997;73:89-92.
- Chou FF, Sheen-Chen SM, Lee TY – Rupture of pyogenic liver abscess. *Am J Gastroenterol*1995;90:767-70.
- Iwamura K – Therapeutic utilization of laparoscopy in liver abscess cases. *Tokai J Exp Clin Med* 1981;6:275-84.
- Cappuccino H, Campanile F, Knecht J – Laparoscopy-guided drainage of hepatic abscess. *Surg Laparosc Endosc* 1994;4:234-7.
- Wee A, Nilsson B, Yap I, Chong SM – Aspiration cytology of liver abscesses. *Acta Cytologica* 1995;39:453-62.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Alderson Luis Pacheco
Rua Cel. Joaquim Inácio T. Ribas, 893/1602
80730-330 – Curitiba-PR