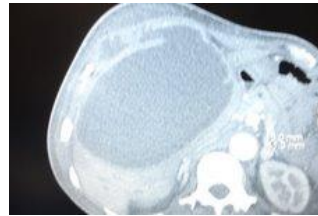
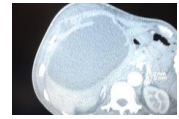


# Abcessos Hepáticos



**Hospital de Braga  
Cirurgia Geral**

Director: Dr. Mesquita Rodrigues



# Lesões Hepáticas Focais Benignas

Abcessos Hepáticos

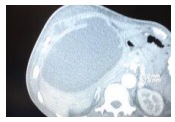
- Piogénico
- Amebiano
- Micótico

Quisto Hidático

Adenoma Hepático

Hiperplasia Nodular Focal

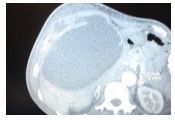
Hemangioma



# **Lesões Hepáticas Focais Benignas**

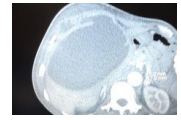
**Abcessos Hepáticos**

- **Piogénico**

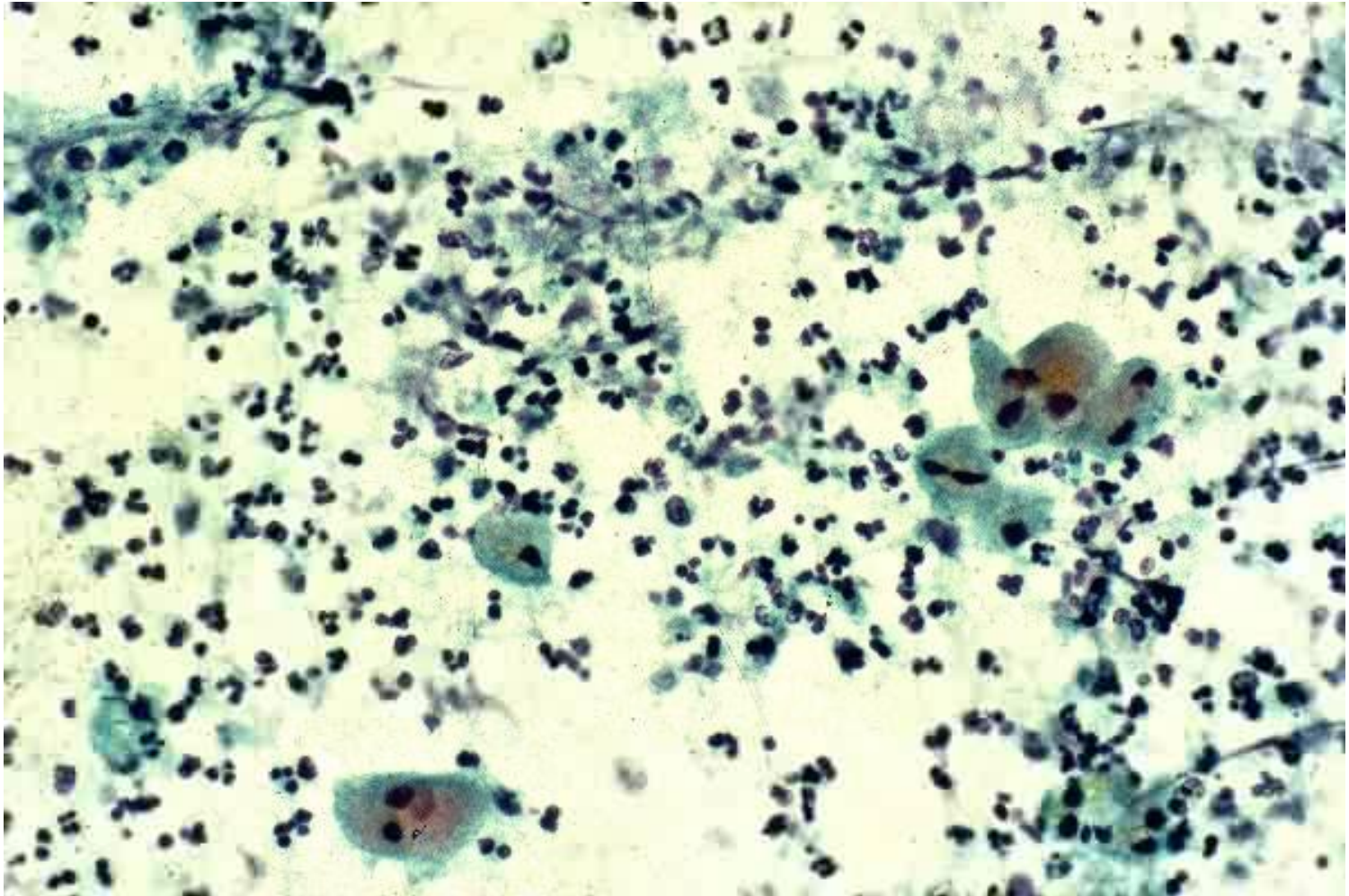


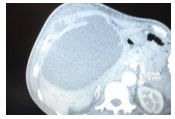
# Abcesso Piogénico Hepático

*Resulta de uma infecção bacteriana do parênquima hepático e subsequente infiltração por **neutrófilos e polimorfonucleares** com a consequente formação de pús.*



# Abcessos Hepáticos





# Etiologia

## 1. Biliar

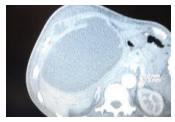
*(> 40% dos casos, associado a colangite, obstrução biliar; múltiplos abcessos)*

## 2. Portal

*(20% dos casos, mais frequente no lobo direito; antecedente de infecção intrabdominal)*

## 3. Arterial

*(10% dos casos, tóxicomanos e.v., bacteriemia)*



# Etiologia

## 4.Trauma

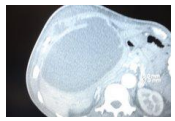
*(intervalo variável de tempo, por vezes longo, entre o trauma e o estabelecimento da lesão)*

## 5.Extensão Directa

*(colecistite, abcessos subfrênicos, úlceras perfuradas)*

## 6.Criptogénica

*(15% a 20% dos casos)*



## Diagnóstico

### Sintomas

%

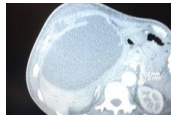
<b>Febre</b>	<b>79</b>
<b>Dor Abdominal</b>	<b>55</b>
Náusea	37
Vômitos	30
Emagrecimento	28
Toracalgia	21
Tosse/dispneia	21
Diarreia	20
Distensão abd.	5

### Sinais

%

<b>Defesa no HD</b>	<b>43</b>
<b>Hepatomegalia</b>	<b>28</b>
Atelectasia	28
Derrame pleural	28
Icterícia	28
Defesa no Epig.	15
Ascite	4
Choque Séptico	3





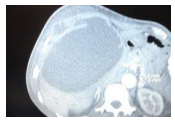
# **Microbiologia**

**Natureza piogénica confirmada por**

**Cultura Microbiológica**

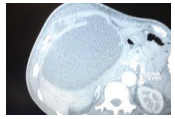
**Aspirado do abcesso (80 a 97%)**

**Hemoculturas positivas (50 a 60%)**



## Agentes Patogénicos

%	<i>Seeto e Rockey 1996</i>		<i>Stain et al 1996</i>	
	<b>Abcesso</b>	<b>Sangue</b>	<b>Abcesso</b>	<b>Sangue</b>
<b>E. Coli</b>	<b>35</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>7</b>
<b>Klebsiella sp.</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>10</b>
<b>Enterococcus</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>-</b>
Pseudomonas sp.	12	4	1	1
Streptococcus	14	7	6	2
Staphilococcus	12	9	2	1
Bacteroides	18	6	7	8
Fusobacterium	7	3	1	2



# Microbiologia

*Via Sistema Biliar (E. Coli)*

*Via Circulação Portal (Polimicrobianas)*

*Via Arterial (Staphylococcus aureus)*

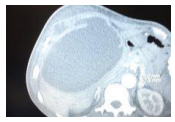
*Trauma (Staphylococcus aureus)*

*Criptogénicas (Bacteroides)*

**Staphylococcus** é o agente + freq. em **crianças**

Nestas os abcessos associam-se a dças.

Hematológicas, Granulomatosas e Imunosupressão



## Diagnóstico

### Laboratório

%

**Leucocitose**

**70 a 90**

Anemia

50

**↑ Fosfatase alcal.**

**80**

Hipoalbuminémia

70

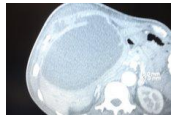
↑ Transaminases

60

↑ Bilirrubina

20 a 50

Hipoalbuminémia < 2 g/dl ⇒ **Mau Prognóstico**

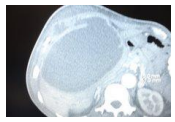


# Diagnóstico

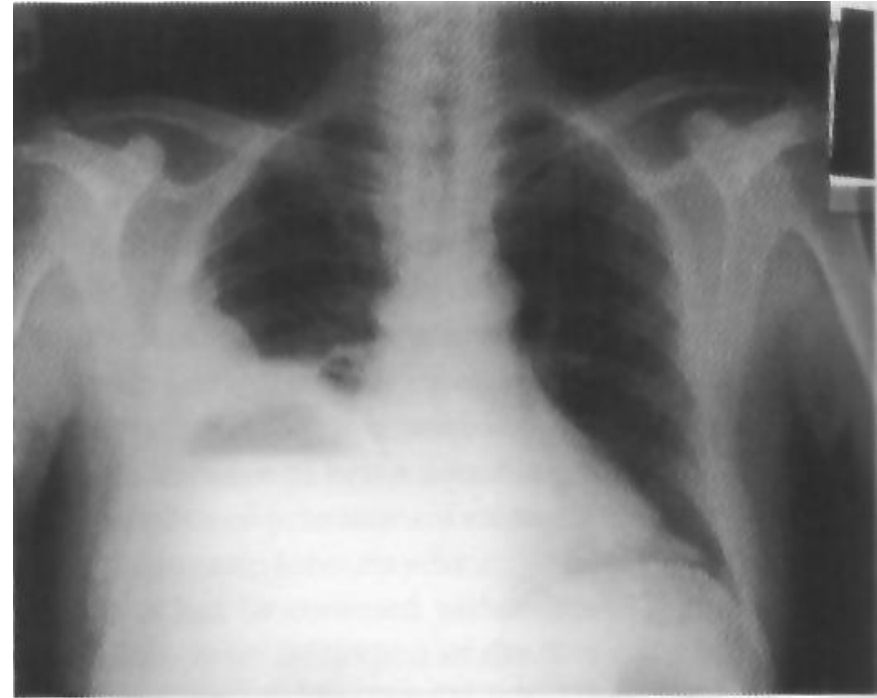
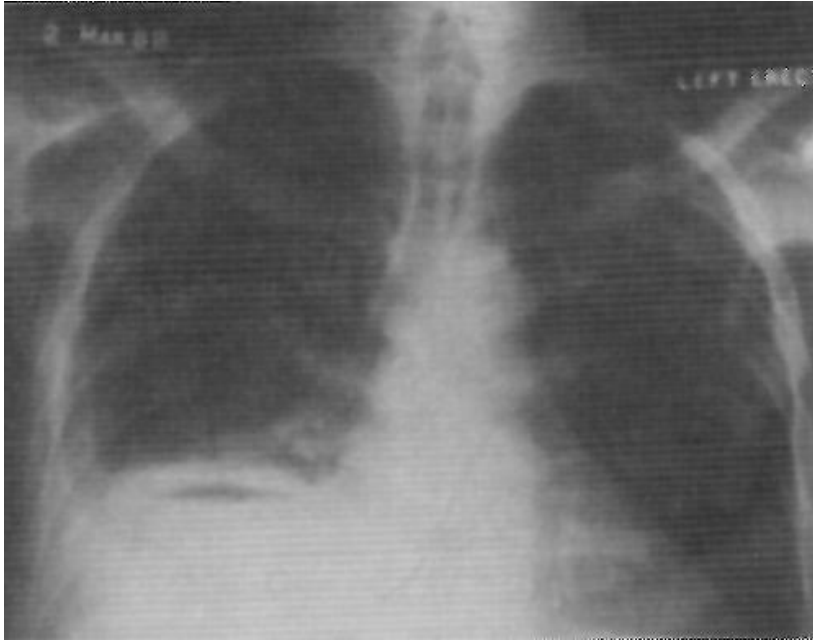
## Imagiologia

### Radiologia convencional

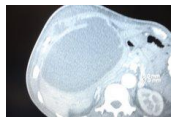
- RX tórax alterado em 40% dos casos (elevação da cúpula diafragmática, atelectasias do lobo inf. e derrame pleural direito)
- RX abdominal (gás no sistema portal confirma o dx. de pieloflebite)



## Abcessos Hepáticos



Elevação da cúpula diafragmática, com nível hepático e derrame pleural direito

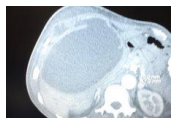


# Diagnóstico

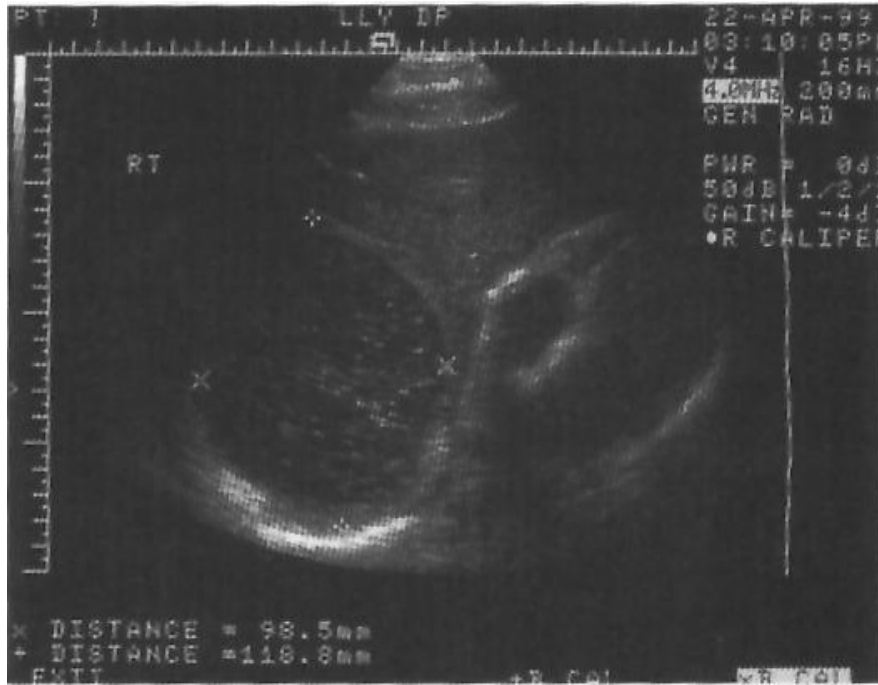
## Imagiologia

### Ecografia

- Sensibilidade de 85 a 95%;
- Dx. diferencial entre lesões sólidas e císticas;
- Formas irregulares, geralmente não esféricas;
- Punção aspirativa guiada;
- Imagem ecográfica semelhante a quisto mas com paredes espessas

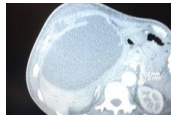


# Abcessos Hepáticos



Abcessos piogénicos apresentam-se como áreas ovaladas hipoecogénicas em relação ao restante parênquima hepático



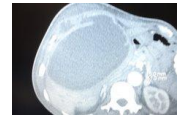


## Diagnóstico

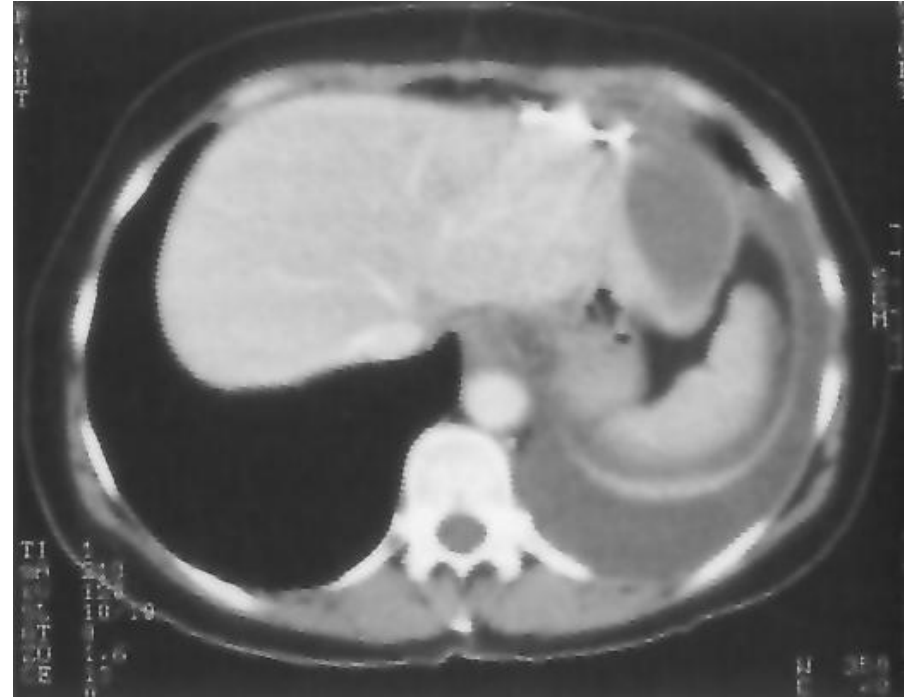
### Imagiologia

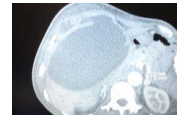
#### TAC

- Sensibilidade de 95 a 100%;
- Capaz de detectar colecções hepáticas com apenas 5 mm de maior diâmetro;
- Punção aspirativa guiada;



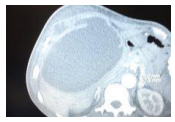
# Abcessos Hepáticos





# Abcessos Hepáticos



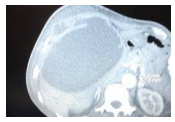


## Diagnóstico

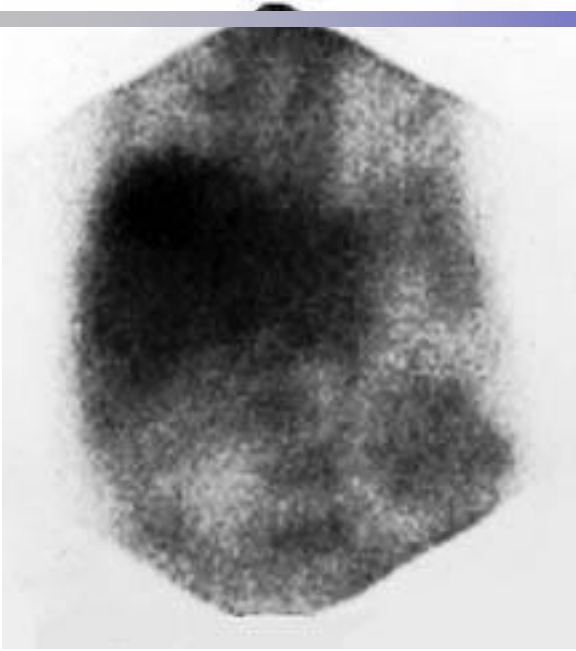
### Imagiologia

### Radioisótopos

- Cintigrafias com Gallium, Indium 111 e Tecnésio 99, sensibilidade de 80%;
- **Incapazes** de dx. lesões inferiores a 2 cm;
- **Incapaz** de distinguir lesões sólidas de císticas;



# Abcessos Hepáticos



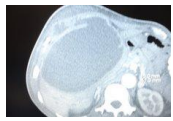
**Gallium**



**Indium 111**

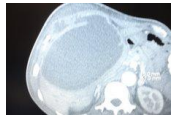


**Indium 111**



# Abcessos Hepáticos

<b>Dx. Diferencial</b>	<b>Amebíase</b>	<b>Piogénico</b>
Idade	< 40	> 50
Sexo	Homens 10:1	Homens 0,8:1
Raça	> 90% orig. hispânica	-
Dor HD	60 a 65%	30 a 40%
Febre	95 a 100%	95 a 100%
Arrepios	< 30%	75 a 80%
Serologia	98 a 100%	< 5%
Mortalidade	< 5%	10 a 15%



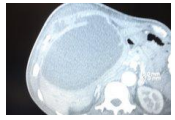
# Tratamento

## Bases do Tratamento

### Antibioterapia

### Drenagem

- Punção percutânea
- Drenagem Percutânea
- Drenagem Cirúrgica



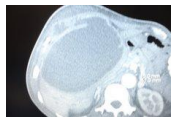
# Antibioterapia:

**Meropenem / Imipenem**

Ampicilina / Aminoglicosídeo / Metronidazol

Cefalosporina / Ampicilina / Metronidazol





## Antibioterapia

### **Via Biliar**

Vancomicina ou Teicoplanina

Ceftazidima + Amicacina + Metronidazol

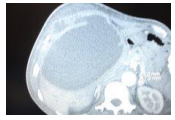
### **Via Não Biliar** (agente desconhecido)

Piperacilina + Tazobactam

Aminoglicosídeo + Metronidazol

### **Via Não Biliar** (agente identificado)

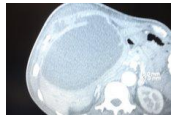
Antibioterapia adaptada + Metronidazol



# Drenagem

## Punção Percutânea

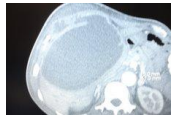
- Primariamente acto **diagnóstico**;
- Está indicada como tx. em abcessos pouco volumosos (<9 cm) e uniloculares;
- Guiada por ecografia.



# **Drenagem Percutânea**

Método de eleição no tx. dos abcessos hepáticos:

1. risco anestésico elevado;
2. obstrução biliar;



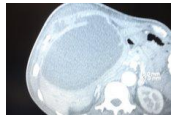
# Drenagem Percutânea

## Contra-indicações

- Ascite
- Necessidade de Laparotomia Urgente
- Ruptura de Abscesso
- Localização

## Complicações

- Hemorragia
- Perfuração de viscera oca
- Contaminação peritoneal
- Perfuração pleural

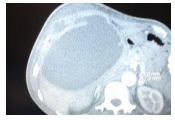


# Drenagem Percutânea

## Ecografia ou TAC

**Abcessos superficiais:** colocação de trocar metálico com execução da punção e drenagem simultaneamente;

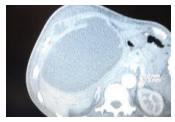
**Abcessos profundos ou de difícil acesso:** (técnica de Seldinger), introdução prévia de uma sonda guia para colocação de um dilatador que funciona como mandril para a colocação do dreno (técnica mais precisa e menos traumática)



## Drenagem Cirúrgica

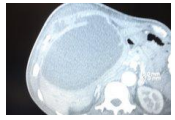
Falência do tratamento percutâneo e/ou  
necessidade de **Laparatomia Urgente**;

Impossibilidade técnica de drenagem  
percutânea;



# Drenagem Cirúrgica

- Subcostal
- Mediana

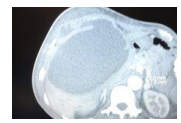


# Fracasso do Tratamento

**Persistência e/ou recidiva do abscesso** (nos 3 meses posteriores à drenagem) são consequência de:

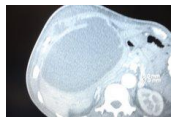
1. retirada precoce do dreno (**mínimo 15 dias**);
2. obstrução do dreno;
3. impossibilidade de retracção completa do abscesso pelo espessamento da parede;
4. comunicação com as vias biliares;
5. mobilização do dreno





# Conclusões

1. Quadro de mal estar geral, dor no HD, febre, leucocitose e  $\uparrow$  da fosfatase alcalina pensar em **abcesso hepático;**
2. Se patologia biliar associada  $\Rightarrow$  ECOGRAFIA;
3. A TAC é o exame mais sensível e particularmente útil para guiar punção percutânea;
4. O tratamento médico deve ser iniciado de imediato, e manter-se vigilância cuidada do doente.



**Obrigado!**