

Sepse puerperal secundária a abscesso hepático: relato de caso

Flávio Xavier Silva ¹
Alex Sandro Rolland Souza ²

^{1,2} Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. CEP: 50.070-550. E-mail: flavio-xavier@live.com

Resumo

Introdução: a sepse é um problema grave de saúde pública, afetando milhões de pessoas no mundo a cada ano. Apresenta uma alta mortalidade, um em quatro doentes, e vem aumentando sua incidência. É uma das principais causas de mortalidade materna, sendo uma causa importante de admissões em unidades de terapia intensiva obstétrica.

Descrição do caso: puérpera, no terceiro dia pós-cesariana, apresentou quadro clínico de sepse e choque séptico secundário a um abscesso hepático piogênico. Evoluiu com complicações secundárias ao choque: plaquetopenia, coagulopatia, isquemia de pododáctilos e insuficiência renal aguda. A paciente era portadora de colelitíase e apresentou repetidas crises álgicas em hipocôndrio direito durante a gestação. Durante o internamento, ficou definido que a causa do abscesso hepático foi a infecção das vias biliares. Realizou-se tratamento em unidade de terapia intensiva obstétrica, tendo a paciente sido submetida à drenagem do abscesso hepático e antibioticoterapia. A evolução foi satisfatória e a paciente obteve alta em boas condições.

Discussão: o abscesso hepático piogênico durante a gravidez e o puerpério é uma condição extremamente grave, com poucos casos relatados, representando um desafio diagnóstico e terapêutico. Como os achados clínicos e laboratoriais são usualmente inespecíficos, um diagnóstico retardado é possível, aumentando os riscos de morbidade e mortalidade materna em casos não tratados precocemente.

Palavras-chave Abscesso hepático, Sepse, Puerpério, Colecistite, Drenagem percutânea

Introdução

A sepse é um problema grave de saúde pública, afetando milhões de pessoas no mundo a cada ano. Apresenta uma alta mortalidade, um em quatro doentes, e vem aumentando sua incidência.¹ Estimativas indicam a existência de aproximadamente 600 mil novos casos de sepse a cada ano no Brasil, com custos aproximados em US\$9,6 mil por paciente.² É uma disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por uma resposta sistêmica, deletéria, secundária à infecção. O choque séptico é uma situação da sepse em que ocorre disfunção metabólica, celular e circulatória, associada ao alto risco de mortalidade.¹

Essa doença é uma das principais causas de mortalidade materna, sendo uma causa importante de admissões em unidades de terapia intensiva (UTI) obstétrica.³ Existe relato de sua ocorrência em 0,001% a 0,02% de todos os partos, estando relacionada a infecções de origem obstétrica, como aborto infectado, corioamionite e infecção puerperal, ou não obstétricas, como resultado de infecções primárias que acometem outros sítios.⁴

A taxa de mortalidade do choque séptico na mulher no ciclo grávido-puerperal pode chegar até 28%.⁵ Entretanto, alguns fatores contribuem para melhor prognóstico da sepse em obstetria, como o sítio de infecção ser mais comum na pelve, onde é uma região passível de intervenção cirúrgica e uma maior sensibilidade dos principais microrganismos à antibioticoterapia de amplo espectro. Destaca-se que as mulheres grávidas em geral são mais jovens e apresentam menos comorbidades, o que pode melhorar o prognóstico dessas pacientes.⁵

Os abscessos hepáticos piogênicos são os mais comuns tipos de abscessos viscerais. A incidência anual estimada tem sido em torno de dois casos por 100.000 pacientes, sendo mais frequente em homens do que em mulheres. Fatores de risco incluem diabetes, doença pancreática ou hepatobiliar subjacente e o transplante hepático.⁶ Comumente ocorrem por disseminação direta causada por peritonite, infecção de vias biliares ou por via indireta secundária à disseminação hematogênica. Doenças do trato biliar subjacente, tais como cálculos ou obstrução maligna estão presentes em 40% a 60% dos casos de abscessos hepáticos.⁶

Muitos patógenos têm sido relacionados e essa variabilidade reflete as diferentes etiologias, tipos de intervenções médicas e diferenças geográficas. As manifestações clínicas típicas são febre e dor abdominal. A febre ocorre em aproximadamente 90% dos pacientes e sintomas abdominais ocorrem em 50% a

75% destes.⁷ Os sinais e sintomas são usualmente localizados no quadrante superior direito e podem incluir dor à palpação e sinais de irritação peritoneal. Em torno da metade dos pacientes têm hepatomegalia.⁷

Na gravidez e puerpério o abscesso hepático piogênico é uma complicação extremamente grave e rara, devendo ser considerada quando ocorrer uma doença febril acompanhada de dor abdominal superior e hepatomegalia.

O relato do caso foi submetido ao comitê de ética de pesquisa em seres humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) tendo sido aprovado (CAAE 48398715.6.0000.5201), o qual foi descrito apenas após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Relato do Caso

Mulher de 26 anos, cor branca, com união estável, escolaridade ensino médio incompleto, natural e procedente de Glória do Goita, Estado de Pernambuco (PE), Brasil, estava na sua terceira gestação tendo tido duas cesarianas anteriores. Realizou pré-natal em serviço particular na cidade de Vitória de Santo Antão, PE. Era hipertensa crônica e fazia uso de α -metildopa 1g/dia. Durante a gestação vinha apresentando dores no abdômen superior decorrentes de uma colelitíase, diagnosticada por ultrassonografia ainda no período anterior a gravidez.

Foi submetida à cesariana de forma eletiva na 39ª semana de gestação por causa das repetidas crises de dor em abdome superior, secundária a colelitíase e refratária a medicações analgésicas, em uma maternidade no município de Vitória de Santo Antão, PE. O recém-nascido do sexo masculino, nasceu bem, apresentando escore de Apgar oito e nove, nos 1º e 5º minutos, respectivamente, e pesando 2.830g. A mãe, ainda com dor, mesmo com uso de medicação analgésica, e seu filho receberam alta hospitalar com 48 horas após a cesariana.

No terceiro dia de puerpério apresentou quadro de dispneia importante, tendo sido atendida em outro hospital do interior do estado, localizado na cidade de Jaboatão dos Guararapes, PE. Evoluiu com piora da dispnéia, hipotensão e oligúria sendo necessária a realização de entubação para ventilação mecânica e uso de drogas vasoativas. Foi aventada a possibilidade de tromboembolismo pulmonar (TEP), com realização de tomografia computadorizada de tórax que sugeriu a presença de trombo em base do pulmão direito.

A paciente foi então transferida para a UTI obstétrica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) localizado no Recife, PE, ainda no terceiro dia pós-cesariana. Evoluiu com estado geral grave, anasarca, hipotensão, taquicardia, picos febris e isquemia de pododáctilos perceptível ao exame físico. As hipóteses diagnósticas de TEP, coagulação intravascular disseminada (CIVD), síndrome HELLP e isquemia de pododáctilos foram aventadas, sendo o motivo do encaminhamento para uma unidade de referência. No IMIP foram acrescentadas as hipóteses diagnósticas de sepse e insuficiência renal aguda (IRA). Os exames admissionais no IMIP foram: classificação sanguínea = A; fator Rh = negativo; teste rápido anti-HIV = não reagente; VDRL = não reagente; uréia = 238 mg/dL; creatinina = 5,2 mg/dL; hemoglobina = 9,2 g/dL; hematócrito = 26,9%; leucócitos = 20.200/ $\times 10^9$ (bastonetes = 1%, segmentados = 86%); plaquetas = 17.000/ $\times 10^9$; INR = 2,09; fibrinogênio = 349,7 mg/dL; sódio = 135 mmol/L; potássio = 4,9 mmol/L; desidrogenase láctica (DHL) = 544 u/L; aspartato aminotransferase (AST) = 183 u/L; alanina aminotransferase (ALT) = 156 u/L; fosfatase alcalina = 247 u/L; gama-glutamilttransferase (GGT) = 65 u/L; bilirrubina total = 3,6 mg/dL; bilirrubina direta = 3,2 mg/dL; e bilirrubina indireta = 0,4 mg/dL.

Foi iniciado antibioticoterapia com piperacilina e tazobactam 4,5g a cada 6 horas, prescrito plasma fresco, solicitado parecer da nefrologia e ultrassonografia (USG) de abdômen total. Neste mesmo dia, foi examinada pela equipe da nefrologia que não indicou necessidade de realização de hemodiálise.

No sexto dia de puerpério, a paciente mantinha-se em ventilação mecânica, febril, taquicárdica e com piora da função renal (uréia = 505 mg/dL; creatinina = 6,0 mg/dL), sendo indicada diálise diária. O resultado da hemocultura foi positiva em duas amostras para Gram negativo (*Citrobacter freundii*) sensível à piperacilina e tazobactam, optando-se por manter a antibioticoterapia. Como a contagem de plaquetas voltou a cair (7.000/ $\times 10^9$), foram prescritas 10 unidades de concentrado de plaquetas. No dia seguinte a paciente foi vista pelo cirurgião vascular que orientou manter a heparina que tinha sido suspensa e programar colocação de filtro de veia cava inferior.

A paciente realizou ultrassonografia do abdome que evidenciou imagem de baixa ecogenicidade de contornos irregulares e limites relativamente pouco precisos, medindo aproximadamente 5,8 x 2,6 cm, sem evidência de fluxo, localizada na projeção do lobo direito hepático (Figura 1).

A tomografia computadorizada (TC) de abdômen confirmou que se tratava de abscesso hepático medindo 9,4 x 7,9 x 7,3 cm, ocupando os segmentos hepáticos VII e VIII. Observou-se ainda na TC que o ramo principal direito da veia porta, bem como seus seguimentos periféricos não se apresentavam opacificados nas sequências pós-contraste, com conteúdo hipoecóico no seu interior, sugerindo a possibilidade de trombose como complicação secundária.

O médico cirurgião geral aventou a possibilidade de realização de punção do abscesso que foi contraindicada neste momento por a paciente apresentar distúrbio de coagulação. Após dez dias de puerpério, houve melhora do quadro clínico, no entanto a paciente evoluiu com picos pressóricos sendo otimizada a terapia com anti-hipertensivos. No 11º dia de puerpério, após retirada da sedação para o despertar diário, a paciente extubou-se. Como apresentava melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais, optou-se por colocar em máscara de Venturi a 50%, ficando bem adaptada. Houve melhora dos parâmetros laboratoriais, da plaquetopenia (151.000/ $\times 10^9$), bem como da função renal (uréia = 86 mg/dL e creatinina = 1,3 mg/dL). No 12º dia de puerpério, teve a diálise suspensa.

Paciente foi submetida à drenagem do abscesso hepático no 18º dia de puerpério, sem intercorrências.

Recebeu alta da UTI obstétrica no 21º dia pós-cesariana, no 5º dia pós-drenagem de abscesso hepático, com choque séptico e sepse superados, insuficiência renal aguda superada, escara de decúbito em dorso e região interglútea, isquemia de pododáctilos e hipertensão arterial crônica, em boas condições clínicas. Assim, foi encaminhada ao alojamento conjunto fazendo uso de piperacilina e tazobactam 4,5g de 6 em 6 horas, clonidina 0,3 mg/dia, nifedipina 30 mg/dia e propranolol 80 mg/dia.

No alojamento conjunto foi realizado debridamento da escara de decúbito e curativos com Dersani. Os pododáctilos isquêmicos ficaram sob vigilância, sem a necessidade de amputação. Realizou TC do abdômen no 31º dia de puerpério para avaliar regressão do abscesso hepático. O exame evidenciou grande área de fleimão em lobo hepático direito (Figura 2). Como a paciente estava estável, sem queixas, com leucograma normalizado e com redução do débito do dreno, foi retirado o dreno e orientada repetição da TC com 30 dias, ambulatorialmente.

Paciente recebeu alta hospitalar no 34ª dia de puerpério, em bom estado geral, após ter feito 31

dias de piperacilina e tazobactam, sendo orientada para acompanhamento ambulatorial.

Durante o acompanhamento ambulatorial relatou episódios de dor no abdome superior e febre ocasionais. Realizou TC do abdome que evidenciou fígado com dimensões preservadas, notando-se área de atenuação com pequenos focos cálcicos em periferia do segmento VII que poderia

estar relacionado a sequela do abscesso drenado. Realizou também USG do abdome que evidenciou vesícula biliar escleroatrófica, preenchida por cálculos.

A paciente foi submetida à colecistectomia no hospital municipal de Vitória e atualmente encontra-se bem e sem queixas.

Figura 1

Imagem ultrassonográfica de abscesso hepático em mulher no sexto dia de puerpério.



Figura 2

Imagem tomográfica de abscesso hepático drenado em mulher no 31º dia de puerpério.



Discussão

Observou-se no presente caso uma evolução grave de uma mulher com abscesso hepático no puerpério que teve seu diagnóstico retardado acarretando em significativa morbidade, porém resultou em um desfecho favorável com a alta hospitalar. Ressalta-se, que o atraso no diagnóstico pode ocorrer, já que trata-se de uma condição extremamente rara.

Embora a febre e a dor no abdômen superior direito sejam os sintomas mais comuns, em muitos casos a apresentação clínica é inespecífica e o diagnóstico torna-se um desafio. Assim, o abscesso hepático só passa a ser pesquisado quando as pacientes apresentam um quadro clínico grave de sepse.⁶

Os abscessos hepáticos comumente ocorrem por disseminação direta causada por peritonite, infecção de vias biliares ou por via indireta secundária à disseminação hematogênica.⁷ No presente caso, foi definido que o mecanismo envolvido no desenvolvimento do abscesso hepático tenha sido por infecção das vias biliares, pois a paciente era portadora de colelitíase e apresentava crises álgicas repetidas da vesícula biliar durante a gestação.

Vários microrganismos foram associados à esta entidade clínica incluindo amebíase, *Listeria Monocytogenes*, *Brucellosis*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* e infecções polimicrobianas.⁸ No caso relatado, a bactéria encontrada em duas amostras de hemocultura foi Gram-negativa (*Citrobacter freundii*) sensível à piperacilina e tazobactam. Na literatura pesquisada não se encontrou nenhuma referência a esse agente gram-negativo.

Como os sintomas clínicos, os testes laboratoriais são também inespecíficos para o diagnóstico de abscesso hepático. Os achados mais frequentes são leucocitose, aumento da fosfatase alcalina e hiperfibrinogenemia que são inespecíficos na gravidez e no puerpério.⁶ Destaca-se que a leucocitose só deve ser valorizada na gravidez e no puerpério quando acima de 25.000/ \times L ou com desvio à esquerda.⁹

O presente caso mostra a importância do exame de imagem do abdômen em puérperas que apresentam sintomas não usuais, como dor no

quadrante superior direito associadas às condições já conhecidas, incluindo colelitíase e colecistite aguda. Isto porque, particularmente a ultrassonografia é um exame de baixo custo e apresenta uma sensibilidade para o diagnóstico de abscesso hepático piogênico alta, em torno de 85%.⁶

O tratamento dos pacientes com abscesso hepático piogênico consiste na drenagem percutânea e uso de antibióticos por duas a seis semanas.⁸ O diagnóstico e tratamento rápidos são vitais por causa do alto índice de mortalidade que tem sido descrito, podendo chegar a 100% nos casos não tratados. Índices de mortalidade de 28% *versus* 4% têm sido relatados entre pacientes tratados unicamente com antimicrobianos em comparação com pacientes recebendo terapia antimicrobiana e drenagem, respectivamente.⁸ Ressalta-se que em nossa paciente a drenagem foi postergada devido ao distúrbio de coagulação, mas que foi realizada no menor tempo possível.

O diagnóstico de síndrome HELLP levantado inicialmente, foi baseado nos achados de plaquetopenia e aumento das transaminases em uma paciente no pós-parto imediato com hipertensão crônica. Porém, o diagnóstico não foi mantido, pois a paciente apresentava a bilirrubina total aumentada as custas da bilirrubina direta, não caracterizando hemólise. Além do mais, o choque explica todo o fenômeno de aumento das transaminases e plaquetopenia.

A nossa paciente apresentou trombose venosa portal. O diagnóstico foi incidental e a trombose foi provavelmente decorrente do processo infeccioso hepático e biliar, não se podendo descartar a possibilidade de trombose séptica. Ela apresentava fatores de risco para trombose venosa portal: colecistite, abscesso hepático e o próprio período puerperal, em que o risco de tromboembolismo aumenta mais de 20 vezes comparado às mulheres não grávidas ou que não estão no período pós-parto.¹⁰

Acredita-se que os bons resultados neste caso se devam, outrossim, ao diagnóstico precoce da sepse e choque séptico, com o pronto atendimento em unidade de terapia intensiva, tendo sido iniciado o tratamento durante as horas de ouro.

Referências

1. Rhodes A, Evans L, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2016. *Crit Care Med.* 2017; 45 (3): 486-552.
2. Brasil. Instituto Latino-americano de Sepse. Sepse: um problema de saúde pública / Instituto Latino-americano de Sepse. Brasília, DF; 2015. p. 1-90.
3. Creanga A, Berg C, Syverson C, Seed K, Bruce F,

- Callaghan W. Pregnancy-related mortality in the United States, 2006-2010. *Obstet Gynecol.* 2015; 125 (1): 5-12.
4. Louis J, Menard M, Gee R. Racial and ethnic disparities in maternal morbidity and mortality. *Obstet Gynecol.* 2015;125(3):690-4. doi: 10.1097/AOG.0000000000000704.
 5. Barton J, Sibai B. Severe sepsis and septic shock in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 689.
 6. Yüksel B, Seven A, Kucur S, Gözükarı I, Keskin N. Presentation and management of pyogenic liver abscess in a 23-week pregnant woman. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2013; 2013: 845215.
 7. Rahimian J, Wilson T, Oram V, Holzman R. Pyogenic liver abscess: recent trends in etiology and mortality. *Clin Infect Dis.* 2004; 39 (11): 1654-9.
 8. Sherer D, Dalloul M, Shah T, Walsh A, Sokolovski M, Zinn H, Serur E, Abulafia O. Sonography and magnetic resonance imaging of a maternal methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* liver abscess at 33 weeks' gestation. *J Ultrasound Med.* 2010;29(6):989-92.
 9. Souza A, Filho M, Ferreira L. Hematological changes and pregnancy. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2002; 24 (1): 29-36.
 10. Jackson E, Curtis K, Gaffield M. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011; 117 (3): 691-703.

Recebido em 3 de Abril de 2017

Versão final apresentada em 23 de Setembro de 2017

Aprovado em 5 de Outubro de 2017