

Abscesso Hepático Secundário à Perfuração Duodenal Após Ingestão de Espinha de Peixe: Relato de Caso

Fernanda Pombo Rodriguez ^{1,*}, Matheus Antônio Chiconelli Zangari ¹, Rodrigo Piltcher-da-Silva ¹, Vivian Lais Sasaki ¹, Doroty Eva Garcia Felisberto ¹, Júlio Cezar Uili Coelho ¹, Eduardo José Brommelstroet Ramos ¹, Micheli Fortunato ¹

¹ Divisão de Cirurgia Geral e Digestiva, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, Brasil.

* Correspondência: ferpombor@gmail.com.

Citação: Rodriguez FP. Abscesso Hepático Secundário à Perfuração Duodenal Após Ingestão de Espinha de Peixe: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05 (1):bjcr20.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr20>

Recebido: 12 Agosto 2024

Aceito: 12 Setembro 2024

Publicado: 15 Setembro 2024

Resumo: Embora a ingestão de corpo estranho seja uma situação comum no departamento de emergência, as complicações de uma perfuração do trato gastrointestinal que evolui para um abscesso hepático são raras. A suspeita e o diagnóstico precoce levam a menor morbidade e mortalidade. Este caso envolve um homem de 63 anos com histórico de ingestão de espinha de peixe, seguido de dor abdominal, febre e vômitos. O diagnóstico de abscesso hepático devido à possível perfuração do duodeno foi feito através de tomografia abdominal. Longe de remoção, o tratamento usual para corpos estranhos no trato gastrointestinal, a decisão neste caso foi de deixar o stent in situ, combinado com drenagem percutânea trans-hepática do abscesso e antibióticos endovenosos. O paciente evoluiu bem, com alta hospitalar precoce e acompanhamento ambulatorial.

Palavras-chave: Perfuração do duodeno; Perfuração; Abscesso hepático; Cirurgia de emergência; Espinha de peixe.

1. Introdução

A ingestão de corpo estranho é uma situação comum na sala de emergência, assim como os casos desconhecidos que se resolvem sem complicações pela eliminação espontânea [1]. Cerca de 1% dos casos evoluem para perfuração de vísceras ocas [2-4]. A perfuração gástrica ou duodenal associada a trauma hepático, desenvolvendo abscesso hepático, é extremamente rara [2]. O estômago é o local mais comum de perfuração por corpo estranho (40,9%), com a formação de abscesso no lobo esquerdo do fígado. Perfuração duodenal (20,5%) e do intestino grosso (11,4%) também foram relatadas na literatura [7]. A espinha de peixe foi o corpo estranho mais relatado (33%), seguido por palito de dente (27,3%), osso de frango (12,5%) e agulha (9,1%) [8].

Patógenos que se espalham através da veia porta a partir do trato gastrointestinal, da artéria hepática por sepsis sistêmica ou do ducto biliar, como na colangite, são causas reconhecidas de abscessos hepáticos [7], e abscessos hepáticos criptogênicos frequentemente afetam o lobo direito do fígado, em contraste com abscessos por corpo estranho [7, 8]. Em abscessos hepáticos decorrentes de corpo estranho, a espécie de bactéria mais isolada foi *Streptococcus* (72,3%), seguida por *Escherichia coli* (17%) e *Klebsiella pneumoniae* (10,6%) [8].

O objetivo do tratamento é remover o corpo estranho e drenar o abscesso hepático. A taxa geral de cura sem a remoção do corpo estranho é baixa (9,5%). Os métodos de abordagem do abscesso incluem laparotomia, laparoscopia, endoscopia e abordagens radiológicas intervencionistas percutâneas [8]. A maioria dos pacientes não percebe ou não



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

se lembra do evento de ingestão, manifestando sintomas inespecíficos, o que torna o diagnóstico ainda mais desafiador [2]. Aqui mostramos um caso de formação de abscesso extra-hepático devido à migração de espinha de peixe do trato gastrointestinal, tratado com manejo conservador.

2. Relato de Caso

Um homem de 63 anos, morador de área urbana, foi transferido para este hospital devido ao diagnóstico de abscesso hepático secundário à migração de espinha de peixe do trato gastrointestinal para o fígado. O paciente apresentava hipertensão arterial, diabetes e doença coronariana como comorbidades, sem histórico de cirurgias anteriores. Ele relatou a ingestão de uma espinha de peixe 20 dias antes da internação, tendo experimentado mal-estar geral no dia seguinte. Ele foi avaliado por um gastroenterologista que recomendou cuidados sintomáticos e domiciliares. O paciente apresentou melhora por uma semana, mas depois desenvolveu dor abdominal difusa, vômitos, inapetência e febre. Devido aos novos sintomas, ele procurou atendimento de emergência em sua cidade natal, onde exames laboratoriais revelaram leucocitose (24.800) com desvio para a esquerda (10%), PCR elevado (199) e deterioração da função renal (Cr 2,3; U67). Transaminases não foram solicitadas.

Além da apresentação clínica, foram realizados exames sorológicos e tomografia computadorizada (TC) de abdome total para diagnóstico diferencial. A TC revelou uma coleção com centro necrótico e liquefeito no segmento lateral do lobo esquerdo do fígado, medindo 4,6 x 4,5 x 3,5 cm, com volume estimado de 37 ml. Não havia sinais de pneumoperitônio. O paciente foi hospitalizado e recebeu antibióticos intravenosos (Ceftriaxona e Metronidazol), que foram trocados por Tetraciclina associada a Tazobactam no dia seguinte. O paciente mostrou melhora clínica moderada, sem dor abdominal, febre ou instabilidade hemodinâmica, embora os resultados dos exames laboratoriais tenham piorado. Uma nova TC foi realizada no quinto dia de internação, revelando um corpo estranho suspeito perfurando o duodeno, com a primeira porção atingindo o lobo hepático esquerdo, além de um aumento no tamanho da coleção, agora medindo 430 ml.

O paciente foi então transferido para um hospital de referência devido à complexidade do caso. Na admissão, ele apresentava resolução completa das queixas clínicas e sinais vitais estáveis. Foi realizada uma nova tomografia abdominal total com contraste intravenoso e oral, que confirmou o corpo estranho como uma espinha de peixe de 23 mm alojada no lobo esquerdo do fígado (segmento III), estendendo um abscesso do parênquima até a área subcapsular (Figuras 1 e 2). Não houve extravasamento de contraste, descartando a formação de fístula, e não havia sinais de pneumoperitônio, o que indicava o fechamento da fístula que levou à formação do abscesso hepático. Além disso, a imagem de tomografia mostrou um abscesso em que uma abordagem conservadora com drenagem percutânea foi possível.

Devido à melhora clínica e estabilidade hemodinâmica, optou-se por manejo conservador, deixando a abordagem cirúrgica para caso de piora clínica. O paciente foi mantido em jejum oral, com terapia antibiótica intravenosa, e foi realizada drenagem percutânea guiada por ultrassom assim que o paciente estava estável, sem dor e a tomografia mostrou drenagem percutânea favorável. Neste procedimento, foram drenados 350 ml de conteúdo purulento, o dreno foi deixado no local, e o material foi enviado para cultura (negativa para microrganismos). O paciente apresentou boa evolução clínica durante a internação; a drenagem foi de cerca de 100 ml nos primeiros dois dias e reduziu consideravelmente depois. Os resultados laboratoriais também mostraram boa evolução. No quarto dia de internação, foi repetida uma TC abdominal com contraste intravenoso e oral (Figura 3). O paciente recebeu alta no quinto dia com um dreno intra-abdominal.

A remoção do dreno ocorreu dezesseis dias após a alta, durante o acompanhamento ambulatorial. Um exame de imagem repetido um mês depois revelou o corpo estranho no

mesmo local e quase completa resolução do abscesso, mostrando apenas fluido laminar nesta topografia e pequenas coleções de natureza inflamatória no parênquima hepático, com volume estimado de 7 ml. Após seis meses, o paciente continuava bem e foi liberado. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem queixas.

Figura 1. Secção no plano coronal da Tomografia Computadorizada (TC) mostrando espinha de peixe dentro do parênquima hepático, no segmento lateral e inferior do lobo hepático esquerdo (segmento 3), associada à presença de abscesso no parênquima hepático contendo gás, medindo 6x4x5,1 cm (volume estimado em 63 mL), com extensão para a região subcapsular ao redor do lobo esquerdo, formando uma coleção subcapsular com volume estimado em 380 mL.

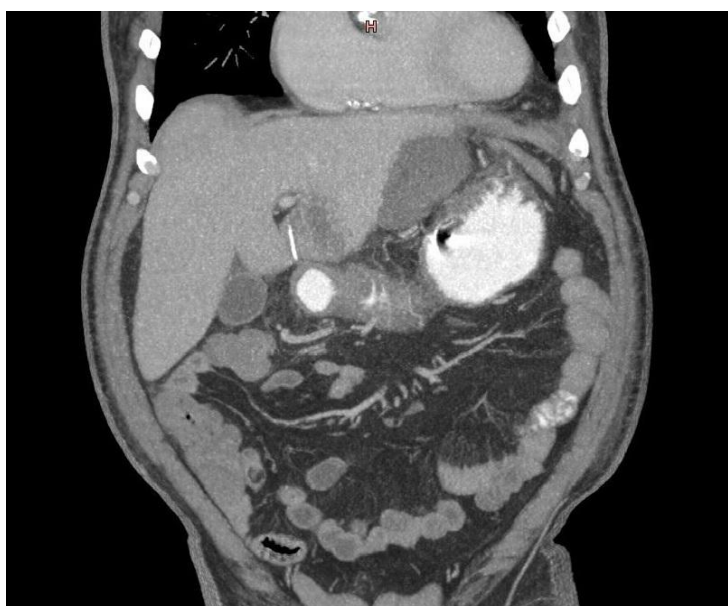


Figura 2. Secção no plano axial da Tomografia Computadorizada (TC) mostrando uma espinha de peixe dentro do parênquima hepático com um abscesso ao redor no parênquima hepático, contendo gás, medindo 6x4x5,1 cm (volume estimado em 63 mL), com extensão para a região subcapsular ao redor do lobo esquerdo, formando uma coleção subcapsular com volume estimado em 380 mL.

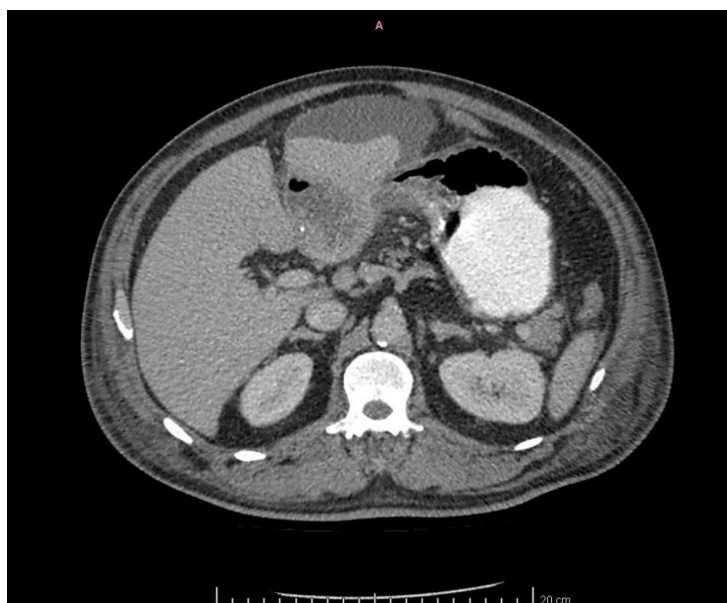


Figura 3. Secção no plano axial da tomografia computadorizada mostrando uma espinha de peixe ainda dentro do parênquima hepático, sem a presença de abscesso ao redor.



3. Discussão

O primeiro caso de perfuração gastrointestinal devido a uma espinha de peixe, complicada pela formação de um abscesso hepático, foi relatado por Lambert et al. em 1898 [3,4]. A perfuração do TGI ocorre após a ingestão de corpos estranhos afiados, como ossos de frango, agulhas, palitos de dente e espinhas de peixe, sendo esta última a mais prevalente, correspondendo a 33% dos casos de perfuração [3]. Embora haja variação na literatura quanto ao local específico da perfuração, a maioria dos estudos indica o duodeno como um dos principais locais, o que é consistente com o relato atual [5].

Devido à apresentação clínica inespecífica, o diagnóstico pode ser desafiador e frequentemente tardio [3]. A tríade clássica de sintomas de abscesso hepático — febre, icterícia e dor abdominal — nem sempre está presente, e a maioria dos pacientes apresenta sintomas inespecíficos, como vômitos e inapetência [5]. Como observado por Grayson, Shanti e Patel [6] (2022), os sintomas mais comuns incluem anorexia, dor epigástrica e febre. Além disso, muitos pacientes não se lembram de ter ingerido o corpo estranho [3,5]. Nosso paciente se alinha parcialmente com essas informações; apesar de ter experimentado sintomas vagos, como dor abdominal difusa, febre e vômitos, ele se lembrou da ingestão da espinha de peixe.

Durante a investigação, exames laboratoriais abrangentes devem ser solicitados, incluindo perfil e função hepática, hemograma e marcadores inflamatórios, além de exames de imagem, priorizando a TC de abdome total, que oferece alta precisão diagnóstica [3,5]. A morbimortalidade é influenciada pela rapidez do diagnóstico; quanto mais cedo o diagnóstico é feito, melhor o prognóstico [3].

A maioria dos relatos indica que a drenagem do abscesso está associada à terapia antibiótica e à remoção de corpos estranhos, seja cirurgicamente ou de forma percutânea [3,5]. Aproximadamente 10% dos casos foram tratados de maneira conservadora, com terapia antibiótica e procedimentos não invasivos [3]. No entanto, apesar de ser mais invasiva, a maioria dos profissionais prefere a abordagem cirúrgica em casos de perfuração do TGI [5]. Essa preferência provavelmente decorre da necessidade de intervenção direta e das dificuldades no relacionamento médico-paciente ao explicar os riscos e benefícios do tratamento conservador após mencionar "estômago/intestino perfurado".

No relato de caso apresentado por Kfoury [2], o paciente apresentou instabilidade hemodinâmica e sinais clínicos de peritonite e pneumoperitônio. Então, optou-se pela laparotomia exploratória para ressecar o segmento III do fígado e realizar a rafia da parede gástrica. No caso apresentado por Moustafa, o abscesso hepático do paciente não pôde ser drenado devido à presença de multiloculações, portanto, o paciente foi tratado conservadoramente com antibióticos intravenosos e nutrição parenteral por aproximadamente um mês.

A literatura recomenda a extração do corpo estranho, pois sua permanência pode impedir o fechamento da fístula [8]. No entanto, em ambientes com recursos cirúrgicos limitados, o tratamento conservador pode ser a única opção. Neste relato, assim como no caso descrito por Allam e Pericleous [3], o corpo estranho não foi removido. No entanto, apesar de manejar o caso apenas com terapia antibiótica, realizamos drenagem percutânea devido ao volume do abscesso. Nos três casos, incluindo o apresentado aqui, onde o tratamento conservador foi selecionado, os pacientes apresentaram boa evolução e receberam alta hospitalar dentro de um mês.

4. Conclusão

O abscesso hepático decorrente da ingestão de corpo estranho é uma condição que representa um desafio para a suspeita diagnóstica, sendo a TC de abdome total o exame mais eficaz. Embora não seja a abordagem mais adotada, observamos que o manejo conservador é viável. Portanto, apesar da recomendação de tratamento cirúrgico, vimos com este caso e outros semelhantes que uma abordagem conservadora com drenagem percutânea e antibióticos é possível. Sempre considerando o estado clínico do paciente e a instabilidade hemodinâmica que requerem tratamentos mais agressivos. Nesse sentido, é crucial manter o acompanhamento clínico e radiológico até a resolução do abscesso hepático.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que o paciente aprovou o estudo assinando o termo de consentimento informado e que o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Li Y, Wang R, Feng Q, Zhang S, Wang C, Song X. Long-term retainment of a foreign body in the esophagus in an adult: a case report. *J Int Med Res.* 2023 Feb;51(2):1-7. <https://doi.org/10.1177/03000605231152392>
2. Kfoury CFA, Romania MCFN, Silva C, Silva CN, Amorim GPC. Abscesso hepático secundário à perfuração gástrica por espinha de peixe. *Relatos Casos Cir.* 2017;3(4):1-4.
3. Allam M, Pericleous S. Migrated fish bone induced liver abscess: medical management. *Pan Afr Med J.* 2020 Jun 30;36(140). <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.140.23783>
4. Bekki T, Fujikuni N, Tanabe K, Amano H, Noriyuki T, Nakahara M. Liver abscess caused by fish bone perforation of stomach wall treated by laparoscopic surgery: a case report. *Surg Case Rep.* 2019 May 15;5(1):79. <https://doi.org/10.1186/s40792-019-0639-0>.
5. Mateus JE, Silva C, Beirão S, Pimentel S. Hepatic abscess induced by fish bone. *Acta Med Port.* 2018 May;31(5):276-279. <https://doi.org/10.20344/amp.9662>
6. Grayson N, Shanti H, Patel AG. Liver abscess secondary to fishbone ingestion: case report and review of the literature. *J Surg Case Rep.* 2022 Feb 15;2022(2):1-5. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjac026>.
7. Chong LW, Sun CK, Wu CC, Sun CK. Successful treatment of liver abscess secondary to foreign body penetration of the alimentary tract: a case report and literature review. *World J Gastroenterol.* 2014 Apr 7;20(13):3703-11. doi: 10.3748/wjg.v20.i13.3703. PMID: 24707157; PMCID: PMC3974541.
8. Leggieri N, Marques-Vidal P, Cerwenka H, Denys A, Dorta G, Moutardier V, Raoult D. Migrated foreign body liver abscess: illustrative case report, systematic review, and proposed diagnostic algorithm. *Medicine (Baltimore)* 2010;89:85–95.