

## ABSCESSO HEPÁTICO SECUNDÁRIO À PERFURAÇÃO GÁSTRICA POR ESPINHA DE PEIXE

### HEPATIC ABSCESS SECONDARY TO GASTRIC PERFORATION BY FISH BONE

Cláudio Franco do Amaral Kfourri, ACBC-SP<sup>1</sup>; Maria Clara Ferreira Nonato Romania<sup>1</sup>; Claudinei da Silva<sup>2</sup>; Cleibe Nicácio da Silva<sup>2</sup>; Guilherme Paulo Carvalho de Amorim<sup>2</sup>.

#### RESUMO

Perfurações do trato gastrointestinal por ingestão de corpos estranhos são extremamente raras e, em aproximadamente 84% dos casos, são causadas por espinhas de peixe. As complicações variam desde alterações inflamatórias leves até a formação de abscessos, obstrução intestinal e sangramento, e o diagnóstico costuma ser tardio devido à inespecificidade dos sintomas. Relatamos o caso de uma associação incomum de perfuração do trato gastrointestinal e formação de abscesso hepático, secundários à ingestão de espinha de peixe.

**Descritores:** Abdome Agudo. Perfuração Intestinal. Abscesso Hepático. Corpos Estranhos.

#### ABSTRACT

Perforations of the gastrointestinal tract by ingestion of foreign bodies are extremely rare and, in approximately 84% of cases, are caused by fish bones. Complications range from mild inflammatory changes to abscess formation, intestinal obstruction and bleeding, and the diagnosis is usually late due to the non-specific symptoms. We report the case of an unusual association of perforation of the gastrointestinal tract and hepatic abscess formation, secondary to the ingestion of a fishbone.

**Keywords:** Abdomen, Acute. Intestinal Perforation. Liver Abscess. Foreign Bodies.

#### INTRODUÇÃO

Perfurações do trato gastrointestinal por ingestão de corpos estranhos são extremamente raras e representam menos de 1% dos casos<sup>1</sup>. Aproximadamente 75% dos corpos estranhos ingeridos se impactam ao nível do esfíncter cricofaríngeo e, mais de 90% passam pelo trato gastrointestinal, sendo raras as complicações graves<sup>2</sup>. A espinha de peixe é o corpo estranho mais comumente ingerido acidentalmente, e representa 84% dos casos<sup>3</sup>. As complicações variam desde alterações inflamatórias leves até a formação de abscessos, obstrução intestinal e sangramento<sup>4</sup>. A dificuldade na suspeita diagnóstica e a inespecificidade dos sintomas são fatores que levam ao diagnóstico tardio e consequentemente ao pior prognóstico, o que resulta em elevado número de óbitos<sup>5</sup>.

Apresentamos o relato de um caso de associação incomum de perfuração do trato gastrointestinal e formação de abscesso hepático, secundários à ingestão de espinha de peixe.

#### RELATO DO CASO

Paciente de 56 anos, feminina, foi internada no Hospital Carlos Fernando

Malzoni, Matão - SP, em pós-operatório de cirurgia ortopédica. No primeiro dia pós-operatório, relatou dor localizada em epigástrico e hipocôndrio direito com irradiação para o ombro direito, de forte intensidade, associada a episódios de náuseas e vômitos pós-prandiais. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, acianótica, anictérica, febril (39,1°C), hipocorada (+/4+), taquicárdica (120 bpm), taquipnéica (24 irpm), hipotensa (70X35 mmHg). O abdome mostrava-se globoso, sem retrações ou abaulamentos, com ruídos hidroaéreos hipoaerativos, rígido, doloroso à palpação superficial e profunda, principalmente em epigástrico e hipocôndrio direito. O fígado era aumentado de volume e palpável a aproximadamente 2,5 cm do rebordo costal. À percussão, todo o abdome era timpânico, com sinal de Jobert positivo e presença de dor súbita à percussão dígito-digital na projeção hepática (sinal de Torres-Homem positivo).

Exames laboratoriais revelaram leucocitose (18.320/mm<sup>3</sup>), sendo 10% de bastonetes, proteína C reativa elevada (28,8 mg/L) e enzimas de função hepática dentro dos limites normais. A endoscopia digestiva

<sup>1</sup>Universidade de Araraquara - UNIARA, Faculdade de Medicina de Araraquara, Araraquara, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital Carlos Fernando Malzoni, Serviço de Cirurgia, Matão, SP, Brasil.

alta demonstrou lesão sub-epitelial na parede antral posterior, com diâmetro de cerca de 15 mm, recoberta por mucosa levemente hiperemiada, que não se alterava com a mudança de decúbito (Figura 1).



Figura 1. Endoscopia digestiva alta: lesão gástrica em parede antral posterior.

Tomografia computadorizada (TC) com contraste endovenoso mostrou pneumoperitônio e lesão nodular hipodensa, com realce heterogêneo, em lobo esquerdo do fígado, medindo 6,2 x 5,9 x 5,5 cm, com presença de pequena imagem radiodensa no interior da lesão (Figura 2). Por fim, a ressonância nuclear magnética (RNM) evidenciou lesão nodular no segmento III hepático medindo 6,2 x 5,9 x 5,5 cm, com pequena imagem alongada em seu interior (Figura 3).

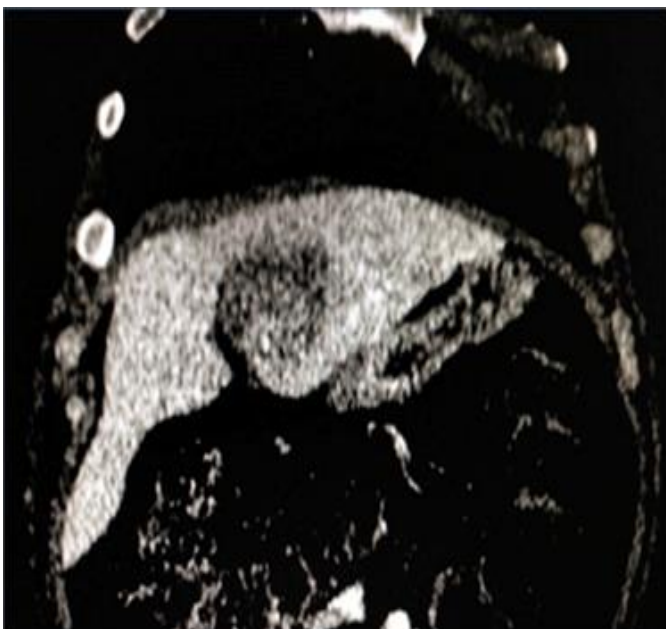


Figura 2. Tomografia computadorizada: lesão hepática (segmento III) e pneumoperitônio.

Laparotomia exploradora, através de acesso xifo-umbilical, revelou grande abaulamento na região do ligamento gastro-hepático, com presença de bloqueio epiploico devido à perfuração na parede posterior do antro e à presença de abscesso hepático em lobo esquerdo (segmento III), dentro do qual se evidenciava objeto pontiagudo, de coloração branca nacarada (Figura 4). Foi realizada ressecção do segmento hepático III e rafia da perfuração gástrica. As peças cirúrgicas foram enviadas ao estudo anatomopatológico (Figura 5). Houve boa evolução pós-operatória, sem intercorrências.

O exame anatomopatológico revelou processo inflamatório cístico com necrose de liquefação (abscesso) em segmento hepático e corpo estranho com aparência amorfa (espinha de peixe).

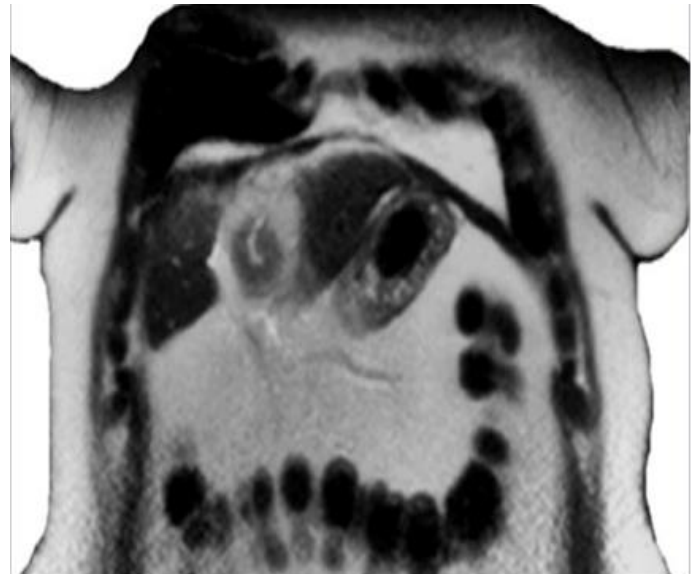


Figura 3. Ressonância magnética: corpo estranho em lesão hepática.



Figura 4. Intra-operatório: leito hepático e perfuração gástrica.



Figura 5. Peças cirúrgicas: espinha de peixe e lobo esquerdo do fígado com abscesso hepático.

## DISCUSSÃO

Lambert, em 1898, descreveu a primeira perfuração do trato gastrointestinal gerando abscesso hepático, uma concomitância de eventos é extremamente rara<sup>6</sup>. O estômago é o local onde frequentemente se observam estas perfurações por corpos estranhos, geralmente na região da curvatura menor, devido à sua angulação, causando inflamação perigástrica. Devido à proximidade com o parênquima hepático, pode haver comprometimento do lobo esquerdo do fígado com formação de abscesso hepático<sup>7</sup>. No presente caso, pôde-se observar a perfuração gástrica em parede antral posterior, com processo inflamatório perilesional, além da presença de abscesso hepático com a espinha de peixe cravada no parênquima hepático.

A dificuldade no diagnóstico pode ser atribuída à história clínica, já que a paciente, em geral, não se recorda da ingestão da espinha de peixe, e o tempo para surgimento dos sintomas pode variar até meses ou anos<sup>8</sup>. Manifesta-se por quadros clínicos variados, com apresentações hemorrágicas, obstrutivas ou, principalmente, perfurativas<sup>9</sup>. Os principais sintomas relacionados são febre, dor abdominal súbita e icterícia, contudo, na maioria das vezes, os sintomas são inespecíficos como anorexia, vômito e perda de peso, fato que torna o diagnóstico tardio e potencialmente fatal<sup>10</sup>. O sinal de Torres Homem é indicativo de processo in-

flamatório hepático e pode sugerir a ocorrência dessa afecção<sup>11</sup>.

Os exames laboratoriais podem revelar relativo aumento de bilirrubina, transaminases e fosfatase alcalina. Já o leucograma geralmente encontra-se com valores normais, mas, em certos casos, pode apresentar leucocitose e neutrofilia com desvio à esquerda. Estas infecções costumam ser polimicrobianas, sendo que o principal microrganismo encontrado é a *E. coli*<sup>12</sup>.

Os corpos estranhos não metálicos, especialmente as espinhas de peixe, apresentam baixa opacidade aos exames radiológicos, portanto, tornam-se praticamente invisíveis, sobretudo em pacientes obesos<sup>13</sup>. Em pacientes que desenvolvem processo inflamatório perilesional ocorre diminuição da sensibilidade dos exames de imagem e, comumente, os corpos estranhos são erroneamente descritos como “artefatos”<sup>14</sup>. O exame diagnóstico indicado é a TC com contraste endovenoso devido à sua sensibilidade a corpos estranhos, incluindo, no caso, a espinha de peixe, pois esta apresenta pequena quantidade de cálcio em sua composição e se torna radiopaco ao exame. Além disso, em certos casos, é demonstrado o local da perfuração do trato gastrointestinal e o pneumoperitônio, fatos que auxiliam no planejamento cirúrgico<sup>4</sup>. No caso descrito, a TC revelou a presença de uma pequena imagem radiodensa no local da lesão hepática, sendo que a RNM apontou também uma imagem pequena e alongada no centro da lesão. Esses resultados, à época do diagnóstico, não foram indicativos de presença de corpo estranho, o que só foi confirmado no intraoperatório.

O tratamento realizado para tratar o abscesso hepático e restaurar a função e a anatomia do trato gastrointestinal perfurado, bem como para retirar o corpo estranho, foi a laparotomia exploradora somada à terapia antimicrobiana. No entanto, a cirurgia minimamente invasiva, a drenagem percutânea guiada por ultrassonografia e o tratamento endoscópico, são estratégias terapêuticas consideradas em alguns desses quadros<sup>15</sup>. Como a paciente apresentava-se instável hemodinamicamente e com sinais de sepse, optou-se pela laparotomia exploradora.

Assim, no diagnóstico diferencial do abdome agudo perfurativo, deve-se lembrar das lesões decorrentes de perfurações por

corpos estranhos, e da possibilidade da formação de abscesso hepático secundário, conforme o ocorrido em nosso caso.

## REFERÊNCIAS

1. Choi Y, Kim G, Shim C, Kim D, Kim D. Peritonitis with small bowel perforation caused by a fish bone in a healthy patient. *World J Gastroenterol.* 2014;20(6):1626-9.
2. Earlam E. Clinical tests of esophageal function. New York: Grune & Stratton; 1975.
3. Leong HK, Chan RK. Foreign bodies in the upper digestive tract. *Singapore Med J.* 1987;28(2):162-5.
4. Venkatesh SH, Venkatanarasimha Karaddi NK. CT findings of accidental fish bone ingestion and its complications. *Diagn Interv Radiol.* 2016;22(2):156-60.
5. Borba CC, Gomes ARS, Filgueira JPPS, Paz OG. Abscessos hepáticos secundários a espinha de peixe. Relato de caso. *Rev Bras Clin Med São Paulo.* 2012;10(1):83-6.
6. McCause DE, Kurchin A, Hinshaw JR. Gastrointestinal foreign bodies. *Am J Surg.* 1981;142(3):335-7.
7. Santos SA, Alberto SC, Cruz E, Pires E, Figueira T, Coimbra E, et al. Hepatic abscess induced by foreign body: case report and literature review. *World J Gastroenterol.* 2007;13(9):1466-70.
8. Dugger K, Leppy T, Brus M, Sahgal S, Leikin JB. Hepatic abscess resulting from gastric perforation of a foreign object. *Am J Emerg Med.* 1990;8(4):323-5.
9. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc.* 1995;41(1):39-51.
10. Theodoropoulou A, Roussomoustakaki M, Michalodimitrakis MN, Kanaki C, Kouroumalis EA. Fatal hepatic abscess caused by a fish bone. *Lancet.* 2002;359(9310):977.
11. Meneghelli UG, Martinelli ALC. Principles of semitechnic and interpretation of the abdomen clinical examination. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2004;37(3/4):267-85. Portuguese.
12. Webb TH, Lillemoie KD, Pitt HA. Liver abscess. *Hosp Phys.* 1989;25:46-59.
13. Coulier B. [Diagnostic ultrasonography of perforating foreign bodies of the digestive tract]. *J Belge Radiol.* 1997;80(1):1-5. French.
14. Goh BK, Tan YM, Lin SE, Chow PK, Cheah FK, Ooi LL, et al. CT in the preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;187(3):710-4.
15. Horii K, Yamazaki O, Matsuyama M, Higaki I, Kawai S, Sakaue Y. Successful treatment of a hepatic abscess that formed secondary to fish bone penetration by percutaneous transhepatic removal of the foreign body: report of a case. *Surg Today.* 1999;29(9):922-6.

### Endereço para correspondência:

Cláudio Franco do Amaral Kfourri

E-mail: [cfakfourri@gmail.com](mailto:cfakfourri@gmail.com)

[claudiofakfourri@uol.com.br](mailto:claudiofakfourri@uol.com.br)