

## Abscesso esplênico associado à endocardite infecciosa: relato de um caso

Splenic abscess associated with infectious endocarditis: a case report

Marianna Costa Pereira<sup>1</sup>  
 Lucas Emanuel de Lima Azevedo<sup>1</sup>  
 Ana Graziela Santana Anton<sup>1</sup>  
 Hermínio Neto<sup>1</sup>  
 Vânia Pereira<sup>1</sup>

### RESUMO

O abscesso esplênico é uma doença rara, com cerca de 1000 casos relatados mundialmente. Devido à inespecificidade do quadro clínico, apresenta diagnóstico difícil. Porém, a melhora da acurácia de exames de imagem e da antibioticoterapia, tem favorecido o prognóstico destes pacientes. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de abscesso esplênico em paciente de 13 anos, portador de cardite reumática, que foi tratado com drenagem percutânea associado à antibioticoterapia.

**Palavras-chave:** Abscesso; Baço; Sucção (drenagem); Endocardite bacteriana; Cardiopatia reumática.

### ABSTRACT

Splenic abscess is a rare disease with roughly 1,000 cases reported in the world. Due to the unspecific clinical symptoms the diagnosis is difficult. However the improvement in the accuracy of image exams and antibiotics therapy has considerably favored the patients' prognoses. The aim of this paper is to report a case of splenic abscess in a boy aged 13, with rheumatic heart disease, who was treated with percutaneous drainage linked to antibiotic therapy.

**Key words:** Abscess; Spleen; Suction (drainage); Bacterial endocarditis; Rheumatic heart disease.

<sup>1</sup>Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília- DF, Brasil.

### INTRODUÇÃO

O abscesso esplênico (AE) é um processo supurativo que envolve o parênquima esplênico ou o espaço subcapsular<sup>1</sup>, com taxa de mortalidade variando de 47 a 100%.<sup>2</sup> Descrito originalmente por Hipócrates, é uma doença rara, com menos de mil casos relatados na literatura mundial<sup>1</sup>. São várias as dificuldades diagnósticas tais como a inespecificidade dos achados clínicos e sua raridade, principalmente na infância<sup>3</sup>. Tanto que, na era pré-antibiótico, seu diagnóstico era realizado, na maioria das vezes, postmortem<sup>1,3</sup>. Atualmente, devido aos avanços tecnológicos, principalmente no que se refere aos exames de imagem e ao de-

**Correspondência**  
 Marianna Costa Pereira  
 SQSW 303, bloco B, apartamento 503,  
 Brasília-DF 70673-302, Brasil  
 mari\_cpereira@yahoo.com.br

Recebido em 21/fevereiro/2008  
 Aprovado em 19/junho/2008

envolvimento da antibioticoterapia, tem-se conseguido diagnóstico precoce e prognóstico mais favorável.

A endocardite infecciosa (EI) também é uma doença grave e rara na infância. Em estudo que analisa os fatores de risco relacionados à EI em adolescentes no Brasil, foi evidenciado que pacientes com doença valvar reumática, de valva nativa ou de prótese, representaram a maioria dos casos<sup>4</sup>. Foram consideradas possíveis portas de entrada as manipulações dentárias e os traumatismos, seguidos de infecções de partes moles<sup>4</sup>. Os microorganismos mais frequentemente envolvidos na EI são: *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus* e cocos Gram-positivos. A profilaxia secundária da febre reumática, mesmo em pacientes com adesão regular, não previne a endocardite infecciosa<sup>5</sup>.

O objetivo deste artigo é relatar um caso de AE, tratado com drenagem percutânea, associada à antibioticoterapia, em um paciente de 13 anos, portador de cardite reumática.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 13 anos, natural e procedente de Padre Bernardo – GO, pardo, admitido no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) no dia 31/08/2006, para investigação de febre há dois dias, aferida (40°C), associada a calafrios, além de dor em hipocôndrio esquerdo há duas semanas, que piorava à movimentação e à palpação, de intensidade inicialmente leve, evoluindo para moderada. Sem outras queixas.

Portador de cardite reumática há 7 anos, em uso de penicilina benzatina a cada 21 dias, sem omissão de nenhuma das aplicações, tendo recebido a última há 10 dias.

Na revisão de sistemas, foi digno de nota um único episódio de dispnéia relacionada ao decúbito que a mãe não soube precisar há quanto tempo ocorreu. Negava traumas em abdome ou outra região, infecções em pele ou mucosas, tratamentos dentários ou tonsilites recentes.

Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, hipocorado (++)/4+, taquicárdico (FC:140 bpm), levemente taquipnéico, icterico (++)/4+, hidratado, lúcido e orientado no tempo e no espaço. À ausculta respiratória, o murmúrio vesicular estava reduzido em hemitórax esquerdo e havia presença de crepitação à direita. Ao exame do aparelho cardíaco, observava-se *ictus cordis* visível, palpável propulsivo, medindo aproximadamente 5 polpas digitais, com presença de frêmito precordial; o ritmo cardíaco era regular, com sopros sistólicos em pian-

te (++++/4+), de alta frequência em foco mitral, e discreto (+/4+) em foco tricúspide. O abdome estava distendido, sem circulação colateral, alterações de pele ou peristaltismo evidente; os ruídos hidroaéreos eram normais nos quatro quadrantes; era flácido, e apresentava hepatoesplenomegalia, com fígado palpável a aproximadamente 3 centímetros do rebordo costal direito e baço palpável a aproximadamente 5 centímetros do rebordo costal esquerdo, com dor à palpação superficial e profunda em hipocôndrio esquerdo. Em membros, havia presença de baqueteamento digital, com unhas em vidro de relógio, ausência de petéquias, nódulos de Osler e lesões de Janeway em palmas das mãos e plantas dos pés.

Foi então questionada EI e, devido à presença de esplenomegalia, foram solicitados os seguintes exames complementares à admissão: hemograma completo, bioquímica, EAS (Tabela 1) e radiografia de tórax. À radiografia, foram observados presença de cardiomegalia e elevação de hemicúpula diafragmática esquerda, com apagamento de base pulmonar neste lado (Figura 1).

Tabela 1

### Exames laboratoriais na admissão.

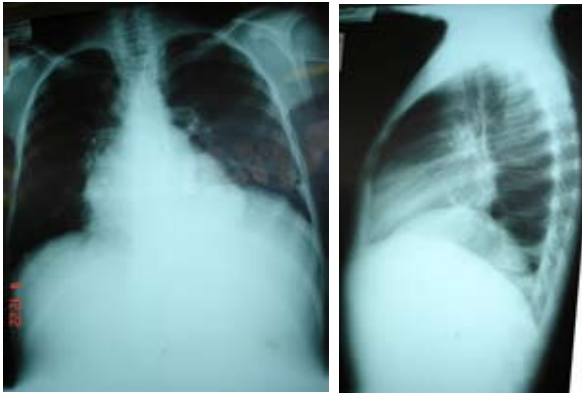
Hemograma	
Hemácias	3,77
Hemoglobina	9,00
Hematócrito	28,40
Leucócitos	12.500
Segmentados	77
Bastões	6
Monócitos	3
Linfócitos	14
Plaquetas	299.000
Bioquímica	
Glicose	108
Uréia	33
Creatinina	0,7
Aspartato-aminotransferase	48
Alanino-aminotransferase	35
Creatino quinase	13
Creatino quinase fração MB	16
Desidrogenase láctica	1124
Proteínas totais	7,5
Albumina	3
EAS	
Densidade	1020
pH	5
Proteínas	++
Hemácias	-
Leucócitos	Raros
Bilirrubinas	+
CED	2-3 campo
Cilindros hialinos	-
Flora bacteriana	++
Muco	++

CED: células epiteliais descamativas

A seguir foram solicitados: hemocultura, a qual não demonstrou crescimento de nenhum microorganismo; ultra-sonografia (US) abdominal que evidenciou baço volumoso à custa de coleção cística, com cerca de 1625ml, contendo debris no interior, sugestivo de abscesso; ecocardiograma transtorácico que mostrou insuficiência mitral de grau importante, pequeno refluxo aórtico e imagens compatíveis com vegetações em valva mitral.

Diante dos achados dos exames físico e complementares, foi levantada a hipótese de AE associado à EI. O paciente foi então transferido ao Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) para prosseguir investigação e tratamento. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) dia 02/09/06, que mostrou presença de coleção volumosa com densidade cística em baço, com cápsula bem definida e septos em seu interior e demais órgãos normais (Figura 2). Foi feito ainda punção diagnóstica e cultura do líquido do cisto esplênico, evidenciando coleção purulenta de odor forte, LDH de 29U/l, proteínas de 404,66 mg/dl, glicose de 2 mg/dl e predomínio de polimorfonucleares e células degeneradas, com positividade para *Streptococcus mitis*. Iniciou-se antibioticoterapia com Oxacilina 1,6mg 6/6 horas EV, Ceftriaxona 1,6mg 12/12 horas EV e Cefepime 700mg 8/8 horas EV.

**Figura 1**  
**Radiografia de Tórax em incidências ântero-posterior e perfil.**

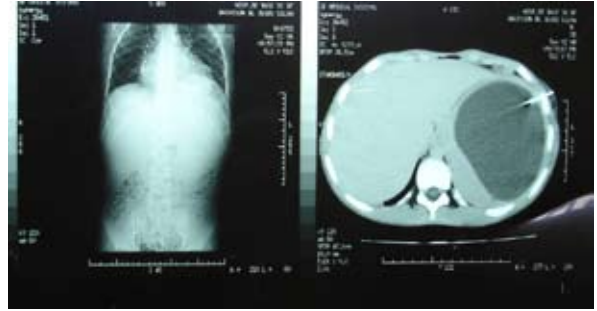


O paciente evoluiu com persistência da febre e progressão da esplenomegalia, com o baço aumentando de 5 centímetros do rebordo costal, no momento da admissão, para 8 centímetros.

Diante deste quadro, foi realizada a drenagem esplênica percutânea no dia 07/09/2006, com saída de cerca de 50ml de secreção purulenta com odor fétido, deixando-se dreno fixo à pele. Horas após o procedimento, o paciente iniciou quadro febril, e outros 600ml de secreção purulenta foram drenados, sendo solicitado parecer da cirurgia pediátrica. Esta indicou lavagem do dreno com

soro fisiológico 0,9% diariamente. Evoluiu com drenagem de outros 520ml de secreção serosanguinolenta em 3 dias, sendo discutida a troca dos antibióticos até então usados. Dia 13/09/2006 decidiu-se manter tratamento com Cefepime, agora associado à Vancomicina.

**Figura 2**  
**Tomografia Computadorizada de Abdome.**



Dia 20/09/06, a ecografia abdominal evidenciava apenas resquícios de líquido em região esplênica, sendo retirado o dreno com sucesso. Houve melhora clínica geral, e o paciente permaneceu internado para finalizar a antibioticoterapia proposta.

## DISCUSSÃO

De acordo com os achados levantou-se a hipótese de uma associação entre AE e EI.

Na literatura, a causa mais comum do AE é a infecção metastática de outros órgãos, como endocardite bacteriana<sup>1,2,6</sup>. De acordo com a sua patogênese, os abscessos podem ser classificados em: hematogênico, de contiguidade, relacionados à hemoglobinopatias, associados a traumas, ligados à imunossupressão<sup>2</sup>.

As casuísticas normalmente revelam predominância no sexo masculino, o que mais uma vez coincide com este relato. Existem descrições dessa patologia em indivíduos desde os 6 meses até 92 anos de idade<sup>7</sup>. Os fatores de risco são endocardite, infecções em tecidos próximos ao baço, hemoglobinopatias, uso de drogas intravenosas, câncer e história prévia de transplante<sup>2,7</sup>. No presente caso, o paciente apresentava vegetações em valva mitral, sendo esta a mais comprometida nos casos de EI, de acordo com dados da literatura<sup>4</sup>.

Sinais e sintomas típicos (febre, dor e esplenomegalia) estão presentes em 50% ou menos dos pacientes<sup>1</sup>, sendo que o paciente apresentado mostra essa tríade.

Os exames laboratoriais, com exceção das culturas, são inespecíficos, sugerindo apenas um processo infeccioso. Os organismos comumente isolados da secreção do abs-

cesso são estafilococos, estreptococos e salmonela, sendo a cultura positiva em 14 a 73% dos casos<sup>1,3,7</sup>. Apesar da coleta de sangue de maneira adequada<sup>3</sup>, um resultado negativo de hemocultura é freqüente, podendo chegar a quase 50% dos casos. Taxas de concomitância com o microorganismo isolado do material esplênico foram encontradas em apenas 23% dos pacientes<sup>7</sup>. Este achado pode estar relacionado ao uso prévio de antibióticos, no caso do paciente, o uso profilático de penicilina benzatina a cada 21 dias.

À radiografia, a presença de elevação da hemicúpula diafragmática esquerda é sugestiva, mas não específica para o caso. Outros achados comuns são a presença de gás fora do trato digestório no quadrante superior esquerdo do abdome, deslocamento da flexura esplênica do cólon, rim esquerdo e sombra gástrica, além de derrame pleural<sup>8,9,10</sup>. Anormalidades na radiografia de tórax ou abdome são descritas em 30 a 82% dos casos, porém sem especificidade<sup>7</sup>. A sensibilidade diagnóstica da US e da TC é de, aproximadamente, 90%<sup>6,7</sup>, sendo que a primeira tem a vantagem do baixo custo e a segunda da sensibilidade ligeiramente maior, particularmente no AE e patologias intra-abdominais associadas<sup>2,3,7</sup>.

Desde a década de 80, o tratamento conservador, com antibioticoterapia e drenagem percutânea, têm alcançado sucesso já que evita disfunções imunológicas pós esplenectomia, e está relacionado à menor morbidade. Mesmo quando a esplenectomia é atrasada por uma drenagem mal sucedida, esta não está relacionada a maiores taxas de mortalidade<sup>6</sup>. Alguns autores ainda recomendam a cirurgia, que foi a principal medida terapêutica no século XX, devido ao advento da anestesia<sup>1,2</sup>. A drenagem percutânea é indicada quando o abscesso é único, sem septações e de material pouco espesso. São contra-indicações para o método: condição abdominal que necessite de reparo cirúrgico associado, ruptura de abscesso com sangramento, coagulopatia, abscessos múltiplos e/ou septados, cavidade mal-definida ou pequena, localização central no parênquima, ascite difusa e ausência de janela radiológica segura para tal procedimento<sup>1,7</sup>. No presente caso, optou-se pelo tratamento conservador, com sucesso terapêutico.

O controle pós-operatório deve ser realizado por meio de exames clínico e ultra-sonográfico<sup>3</sup>.

No caso relatado, a associação de sintomas clássicos com história patológica pregressa e achados na radiografia suscitou a suspeita do AE. O paciente foi conduzido de modo conservador, sendo submetido então à drenagem percutânea, visto que a lesão apresentava características que possibilitavam esta abordagem, evitando assim um tratamento mais invasivo.

## REFERÊNCIAS

1. Martins ACA, Vieira LFDF, Ferraz AAB, Santos Júnior MA, Ferraz EM. Abscesso esplênico: Mudanças nos fatores de risco e nas opções de tratamento. *Rev Col Bras Cir.* 2005 nov/dez; 32(5): 337-341.
2. Smyrniotis V, Kehagias D, Voros D, Fotopoulos A, Lambrou A, Kostopanagiotou G, *et al.* Splenic abscess: An old disease with new interest. *Digestive Surg* 2000; 17: 354-357.
3. Porta G, Daniel Filho DA, Silva CHM, Oselka GW. Abscesso Esplênico na Infância: Relato de Um Caso. *Pediatr (S. Paulo).* 1983; 5: 320-323.
4. Aoun NBT, Albanesi Filho FM, Rachid MBF, Fernandes LAV, Messias JAS. Endocardite Infecçiosa em Adolescentes. Análise dos Fatores de Risco de Mortalidade Intra-Hospitalar. *Arq Bras Cardiol.* 1997; 69(6): 407-412.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Educação Médica Continuada: II Consenso sobre prevenção da febre reumática da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=24&id\\_detalhe=1613&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=1613&tipo_detalhe=s). Acessado em 18/mar/2008.
6. Choudhury SR, Rajiv C, Pitamber S, Akshay S, Dharmendra S. Management of splenic abscess in children by percutaneous drainage. *J Pediatr Surg.* 2006 Jan; 41(1):53-56.
7. Ooi LL, Leong SS. Splenic abscesses from 1987 to 1995. *Am J Surg.* 1997; 174(1): 87-93.
8. Herkenhoff BG, Ferreira LGS, Cavedagne M, Salomão RM, Maia AM, Iglesias AC. Abscesso Esplênico Causado por Salmonella. *Rev Col Bras Cir.* 2006 jun; 33(3): 169-173.
9. Ooi LLPJ, Nambiar R, Rauff A, *et al.* Splenic abscess. *Aust N Z J Surg* 1992;62:780-4.
10. Johnson JD, Raff MJ, Drasin GF, *et al.* Radiology in the diagnosis of splenic abscess. *Rev Infect Dis* 1985;7:10 - 20.