

ABCESSO ESPLÊNICO ASSOCIADO À ENDOCARDITE INFECCIOSA EM  
PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

• Autores:

Artur da Silva Farias<sup>1</sup>, Luciana Holmes Simões<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico de Medicina, UFPB, João Pessoa, PB

<sup>2</sup>Professora Orientadora Doutoranda da UFPB, João Pessoa, PB

• Autor de correspondência:

Artur da Silva Farias. Rua Professor Wilson Dias Novo, 76, Jardim São Paulo.

E-mail: [arturfarias92@gmail.com](mailto:arturfarias92@gmail.com). Telefones: 9654-1591/ 3235-4379

• Palavras-chaves:

Endocardite, Abscesso, Esplenopatia, Esplenectomia.

Endocarditis, Abscess, Splenic Diseases, Splenectomy.

## **Resumo**

Justificativa e objetivos: O abscesso esplênico (AE) é uma doença rara e com alta taxa de mortalidade, com menos de 1000 casos relatados mundialmente. O AE associa-se comumente com condições clínicas como neoplasias, imunodeficiência, trauma, infecção metastática, hemoglobinopatias, infarto esplênico e diabetes. Tendo na imunodeficiência o principal fator implicado com aumento do número de casos nos últimos anos. A endocardite infecciosa (EI) também é uma doença grave e incomum da infância e adolescência, com íntima relação com cardite reumática na faixa etária do caso dado, complicando com AE em 2 % dos casos. O objetivo do presente relato é apresentar um caso de abscesso esplênico secundário à endocardite bacteriana subaguda em um paciente jovem, sem imunodeficiência pregressa.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 19 anos, com quadro clínico de febre, dor abdominal, vômitos, artralgia, dispneia aos médios esforços, cefaleia e petéquias em membros inferiores. Após surgimento de sopro sistólico novo e sob suspeita de EI submeteu-se ao ecocardiograma que mostrou insuficiência mitral severa e vegetações aderidas aos folhetos anteriores e posteriores da valva mitral. Ainda sim, houve retorno da febre com quatro dias de início da antibioticoterapia associada à dor em hipocôndrio esquerdo. Realizada ultrassonografia de abdome que identificou imagem hipoeicóica esplênica, sugestiva de abscesso. A tomografia computadorizada (TC) confirmou a presença de abscesso esplênico, com pelo menos quatro imagens compatíveis. O paciente foi tratado com esplenectomia e curso terapêutico com antibióticos.

Conclusão: Esse relato demonstrou que o abscesso esplênico pode ocorrer em paciente jovem e sem história de imunodeficiência. Além disso, apesar da identificação até comum na literatura de EI como provável foco infeccioso inicial o presente caso não tinha história prévia de cardite reumática. O AE apresenta achados clínicos pouco sugestivos, tornando necessária investigação por métodos de imagem para realçar possibilidade diagnóstica.

## **Abstract**

**Objectives:** The splenic abscess (SA) is a rare condition with high mortality rates, although it has less than 1000 studies published worldwide. SA is commonly associated to clinical conditions such as neoplasms, immunodeficiency, trauma, metastatic infections, hemoglobin diseases, splenic infarction and diabetes. Immunodeficiency is the main responsible for the increase in the number of cases in the last years. Infective endocarditis (IE) is also a severe condition and is not likely to happen during childhood and adolescence. It is closely related to rheumatic carditis in this patient's group age, cursing with SA in 2% of the cases. The goal of the following study is to present a case of splenic abscess following a subacute bacterial endocarditis in a young patient without previous immunodeficiency.

**Case study:** Male patient, 19 years old, with symptoms such as fever, abdominal pain, emesis, arthralgia, dyspnea during medium efforts, headache and petechiae on lower limbs. After the occurrence of a new systolic heart murmur and under the suspect of IE he was submitted to an echocardiogram, which pointed to severe mitral insufficiency and vegetation attached to its anterior and posterior leaflets. Still, there was a reoccurrence of the fever associated to left hypocondriac pain in four days of treatment with antibiotics. Abdominal ultrasonography identified hypoechoic splenic images, suggesting abscess. Computed tomography (CT) confirmed the existence of splenic abscess, with at least four compatible images. The patient was treated with splenectomy and antibiotics.

**Conclusion:** This study showed that splenic abscess might occur in a young patient with no history of immunodeficiency. Besides, although there is a common indication in the literature of IE as the likely initial focus of infection, this patient had no previous history of rheumatic carditis. The SA shows slightly suggestive clinical findings, making it necessary to investigate with imaging methods to reveal the diagnostic possibility.

## INTRODUÇÃO

O abscesso esplênico (AE) consiste numa afecção rara, com menos de 1000 casos relatados na literatura mundial e com substancial taxa de mortalidade, valores variando de 47 a 100%, a depender do uso ou não de terapêutica antibiótica<sup>1,2</sup>. Tem maior prevalência no sexo masculino e pico de incidência na 6ª década de vida<sup>3</sup>.

Apresenta-se correlacionada a algumas condições como: neoplasias, imunodeficiência, trauma, infecção metastática, hemoglobinopatias, infarto esplênico e diabetes<sup>4</sup>. Sendo a imunodepressão apontada como principal fator de risco e responsável pelo aumento do número de casos nos últimos anos, associado ao avanço nas técnicas de investigação por imagem que tem permitido o diagnóstico mais precoce<sup>1,2,5,6</sup>.

No entanto, para confirmação nosológica no início do quadro é mister um alto grau de suspeição, o que contrapõe-se à premissa de que esta patologia apresenta um largo espectro de variação clínica. Os sintomas geralmente encontrados correspondem à tríade: dor abdominal, febre recorrente/persistente e esplenomegalia. Também podem estar associados, derrame pleural à esquerda e infarto esplênico<sup>1,3,7</sup>.

Do ponto de vista etiológico, acontece em 75% dos casos por via hematogênica, a partir de uma embolia séptica secundária à endocardite infecciosa ou disseminação de outro foco infeccioso<sup>3</sup>.

O tratamento do abscesso esplênico é baseado na terapêutica antibiótica e esplenectomia ou drenagem percutânea guiada, não existindo consenso atualmente sobre qual melhor abordagem. Não obstante, alguns autores indicam que a drenagem percutânea deve ser reservada para pacientes gravemente doentes ou com comorbidades que impeçam a esplenectomia, ou em abscessos únicos e sem septações<sup>3,4</sup>.

A endocardite infecciosa (EI) também é uma doença grave e incomum da infância e adolescência. Tendo sido implicada na maioria dos casos no Brasil, em pacientes nessa faixa etária, com doença valvar reumática e complicando raramente com abscesso esplênico em 2% dos casos<sup>2,8,9</sup>.

O objetivo do presente relato é apresentar um caso de abscesso esplênico secundário à endocardite bacteriana subaguda em um paciente jovem, sem imunodeficiência pregressa.

## RELATO DE CASO

W.R.S.C., sexo masculino, 19 anos, pardo, entregador de mercadorias. Admitido no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) com quadro de febre, dor abdominal, vômitos, artralgia, dispneia aos médios esforços, cefaleia e petéquias em membros inferiores há cerca de sete dias, sendo que esses últimos dois achados clínicos surgiram após três dias do início dos sintomas. Foi encaminhado do Hospital Municipal de Guarabira com suspeita inicial de meningite.

No Serviço de Doenças Infecto-Contagiosas (DIC) do HULW apresentou-se febril (38°C) no exame de admissão, com petéquias restritas aos membros inferiores e hemorragia conjuntival à esquerda. Negava história de febre reumática e traumas em abdome ou outra região, referindo acidente de moto com escoriações leves duas semanas antes da internação.

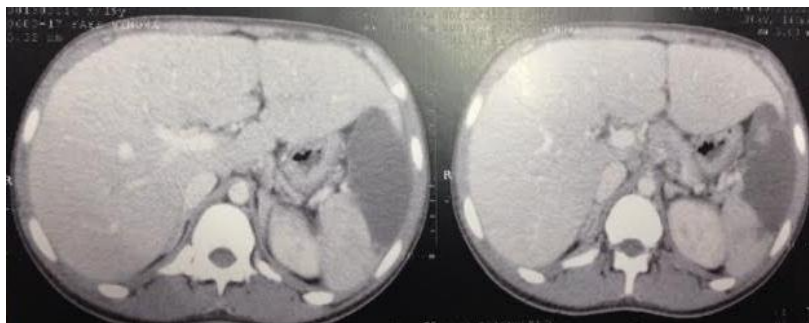
Ao exame físico mostrava-se em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e no espaço, hipocorado (+1/4+), hidratado, anictérico, acianótico e eupnéico. Exames dos aparelhos respiratórios e cardiovascular sem alterações significativas. Abdome plano, simétrico, depressível, referindo dor abdominal de leve intensidade à palpação profunda do abdome, difusamente, sem evidência de irritação peritoneal ou visceromegalias. Em extremidades presença de máculas indolores, compatíveis com hemorragias subungueais em 1º e 5º artelhos direitos. Pesquisados sinais de irritação meníngea, a saber: Kernig, Brudzinski e Laségue; todos ausentes. Trazia uma ultrassonografia (USG) de abdome recente, sem achados relevantes.

Foram solicitados: hemograma, ionograma, gama GT, AST, ALT, bilirrubina total e frações, ureia, creatinina, colhidas hemocultura e urocultura; raio X de tórax, sorologias para leptospirose, HIV, vírus da hepatite B, vírus da hepatite C e reação de Widal completaram os exames da investigação inicial. Entre as alterações dignas de nota, observou-se leucocitose com desvio à esquerda (19000, 8% bastões), plaquetopenia (72000), discreta anemia (Hb:11,3) normocítica e normocrômica e leve aumentos das provas de lesão hepática (AST: 87, ALT: 132).

A radiografia de tórax não demonstrou alterações e as sorologias pesquisadas foram negativas. A hemocultura não revelou crescimento bacteriano, assim como análise do liquor, sem alterações.

No quinto dia de internação hospitalar, evoluiu com persistência da febre e surgimento de novo sopro sistólico em foco mitral (+4/6+) sem irradiação definida, sendo identificados nódulos de Osler em região plantar esquerda. Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou insuficiência mitral severa e vegetações aderidas aos folhetos anteriores e posteriores da valva mitral. Ultrassom de abdome realizado no mesmo dia mostrou discreta ascite e derrame pleural bilateral.

Para tratamento da endocardite infecciosa (EI), foi iniciado esquema antibiótico com vancomicina, gentamicina e rifampicina, mas que teve insucesso com retorno da febre após quatro dias do início do tratamento medicamentoso. Além disso, passou a referir episódios de febre e dor abdominal intensa em hipocôndrio esquerdo que se irradiava para dorso esquerdo, sem fatores de melhora ou piora. Nova ultrassonografia de abdome evidenciou presença de imagem hipoeicóica esplênica, sugestiva de abscesso, além de pequena ascite e derrame pleural à esquerda.



**Figura 1.** Tomografia computadorizada de abdome: abscesso esplênico extenso

A tomografia computadorizada (TC) confirmou a presença de abscesso esplênico, pelo menos em quatro imagens, de contornos parcialmente definidos e aspecto ovalado, sugestivas de coleções no parênquima esplênico (figura 1), presença de ascite moderada e hepatoesplenomegalia discreta.

Após estabilização clínica e resultado da tomografia, o paciente foi submetido à esplenectomia. No inventário da cavidade abdominal não foi possível achar coleção

purulenta livre ou extensão do abscesso para outros órgãos. Feita a síntese por planos da parede abdominal alocando um dreno de Blake para quantificação do débito da cavidade. Encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva, onde ficou por dois dias sem intercorrências. Retornou para enfermaria da DIC para terminar antibioticoterapia, evoluindo clinicamente bem.

## **DISCUSSÃO**

O presente caso representa um abscesso esplênico por infecção metastática e foco por endocardite bacteriana, tendo, pois, o mais comum exemplo de patogênese para o AE. No entanto, o paciente em questão consiste em um jovem sem história de imunodeficiência, sendo esta última condição encontrada em 2/3 dos casos relatados. Além de não representar também o perfil epidemiológico para EI, incomum nessa faixa etária em pacientes sem relato de uso de drogas injetáveis ou cardite reumática<sup>1,2</sup>.

Em relação aos achados laboratoriais, encontram-se concordantes com outros estudos, visto que em até 50% dos casos a hemocultura não revela crescimento microbiano, e o hemograma demonstra padrão típico de infecção bacteriana. Apesar de segundo literatura consultada a USG ter comparável acurácia com a TC na detecção de abscessos esplênicos, foram necessários três exames ultrassonográficos para localizar imagem sugestiva, podendo impor à credibilidade desses resultados o caráter operador dependente da USG<sup>10</sup>.

A biópsia consiste no exame padrão-ouro e único utilizado para diagnóstico diferencial entre infarto e abscesso esplênico. Em comparação com resultados dos histopatológicos de outros estudos, poucos casos identificaram um abscesso com tamanhas proporções – 9,7 cm, ocupando quase que completamente o parênquima do órgão. Ainda mais pela correlação abrupta entre os achados clínicos e imaginológicos do abscesso deste caso<sup>11,12</sup>.

A escolha do tratamento intervencionista ainda é contraditória na literatura. A drenagem percutânea vem sendo realizada como opção à esplenectomia<sup>2</sup> e em alguns trabalhos tem sido considerada de eleição, por ter apresentado menor taxa de mortalidade, ser menos onerosa e apresentar menores riscos ao sistema imune, comparado à esplenectomia. Porém, ainda tem difícil aceitação devido ao risco

potencial de sangramento e pelo perigo de lesão dos órgãos circunvizinhos, principalmente estômago e ângulo esplênico do cólon<sup>3</sup>.

Para o presente caso foi realizada esplenectomia pelo fato de que na TC permitia identificar múltiplas imagens sugestivas de abscessos. Condição essa que é considerada contraindicação à drenagem percutânea.

## CONCLUSÕES

O presente caso demonstrou a ocorrência de uma condição atípica e rara na prática clínica. Tendo-se apresentando distante da documentada associação na literatura com imunossupressão, bem como sua prevalência em faixas etárias mais avançadas, características essas, não presentes no caso em questão.

Salietamos que pelo conjunto de sinais e sintomas inespecíficos do AE se faz necessário investigação com artifícios ultrassonográficos e tomográficos, além da confirmação por biópsia. Artefatos extras que deverão ser lançados a qualquer grau de suspeição para antever tratamento específico.

## REFERÊNCIAS

1. Araujo MS, Bremer FP, Oliveira CABM. Abscesso esplênico. Relato de caso. *Revista Brasileira Clínica Médica*. 2011; 9(4):3008-10.
2. Pereira MC, Azevedo LEL, Anton AGS. Abscesso esplênico associado à endocardite infecciosa: relato de um caso. *Com. Ciências Saúde*. 2008; 19(2): 181-84.
3. Zurstrassen CE, Silva MER, Doretto AN, Gasparin F, Assolini RA, Michelone PRT. RELATO DE CASO: ABSCESSO ESPLÊNICO. *Acta Cir. Bras.* [Internet]. 2001 [Acesso em 24 ago 2014]; 16(1):101-103. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-86502001000500028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-86502001000500028&script=sci_arttext).



4. Lee WS, Choi ST, Kim KK. Splenic Abscess: A Single Institution Study And Review Of The Literature. *Yonsei Medical Journal* [Internet]. 2010 [Acesso em 25 ago 2014]; 52(2):288-92. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051211/>.
5. Llenas-García J, Fernández-Ruiz M, Caurcel L, Enguinta-Valls A, Vila-Santos J, Guerra-Vales JM. Splenic Abscess: A Review Of 22 Cases In A Single Institution. *European Journal Of Internal Medicine* [Internet]. 2009 [Acesso em 25 ago 2014]; 20(5):537-539. Disponível Em: <[Http://Www.Sciencedirect.Com/Science/Article/Pii/S0953620509000855#](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620509000855#)>.
6. Naito R, Mitani H, Ishiwata S, Yamaguchi T, Tanaka K, Naruse Y, et al. Infective endocarditis complicated with splenic abscess successfully treated with splenectomy followed by double valve replacement. *Journal of Cardiology Cases* [Internet]. 2010 [Acesso em 25 ago 2014]; 27(8):20-22. Disponível em: [http://ac.els-cdn.com/S1878540910000095/1-s2.0-S1878540910000095-main.pdf?\\_tid=1671a17a-2268-11e4-9357-00000aacb361&acdnat=1407879297\\_be96e0ce82302c1149f4da2f6cd28c2a](http://ac.els-cdn.com/S1878540910000095/1-s2.0-S1878540910000095-main.pdf?_tid=1671a17a-2268-11e4-9357-00000aacb361&acdnat=1407879297_be96e0ce82302c1149f4da2f6cd28c2a).
7. Martins ACA, Vieira LFDF, Ferraz AAB, Santos Jr MA, Ferraz EM. Abscesso esplênico: mudanças nos fatores de risco e nas opções de tratamento. *Rev. Col. Bras. Cir.* [internet]. 2005 [Acesso em 24 ago 2014]; 32(6); 337-41. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912005000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912005000600011).
8. Wang C, Lee CH, Chan CY, Chen HW. Splenic infarction and abscess complicating infective endocarditis. *American Journal Of Emergency Medicine* [Internet]. 2009 [Acesso em 25 ago 2014]; 27(8):1021-21. Disponível em: [http://ac.els-cdn.com/S0735675709000084/1-s2.0-S0735675709000084-main.pdf?\\_tid=d215d88e-2267-11e4-b2b3-00000aab0f01&acdnat=1407879183\\_760f85cac04cc5e1e2e53b80bd166b53](http://ac.els-cdn.com/S0735675709000084/1-s2.0-S0735675709000084-main.pdf?_tid=d215d88e-2267-11e4-b2b3-00000aab0f01&acdnat=1407879183_760f85cac04cc5e1e2e53b80bd166b53).
9. Naito R, Mitani H, Ishiwata S, Yamaguchi T, Tanaka K, Naruse Y, et al. Infective endocarditis complicated with splenic abscess successfully treated with splenectomy followed by double valve replacement. *Journal of Cardiology Cases* [Internet]. 2010 [Acesso em 25 ago 2014]; 27(8):20-22. Disponível em: <[http://ac.els-cdn.com/S1878540910000095/1-s2.0-S1878540910000095-main.pdf?\\_tid=1671a17a-2268-11e4-9357-00000aacb361&acdnat=1407879297\\_be96e0ce82302c1149f4da2f6cd28c2a](http://ac.els-cdn.com/S1878540910000095/1-s2.0-S1878540910000095-main.pdf?_tid=1671a17a-2268-11e4-9357-00000aacb361&acdnat=1407879297_be96e0ce82302c1149f4da2f6cd28c2a)>.

10. Segundo ACM. Abscesso esplênico: análise secundária de dados, de critérios clínicos e diagnósticos [Monografia]. Salvador(BA): UFBA; 2013.
11. Godinho AR, Tomé E, Vaz A. Endocardite por *Gemella*: uma entidade agressiva. Rev Port Cardiol [Internet]. 2013 [acesso em 25 ago 2014];32(12):1027–1030. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255113002412>.
12. Ferraioli G, Brunetti E, Gulizia R, Mariani G, Marone P, Filice C. Management of splenic abscess: report on 16 cases from a single center. Inter Jour of Infec Dis [Internet]. 2009 [acesso em 26 ago 2014]; 13(4):524-30. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971208015488>.