

Abscesso Hepático por *Klebsiella pneumoniae* em paciente com Pneumonia grave por SARS-COV2 e Anemia Falciforme – relato de caso.



Autores: Ana Azevedo Beltrão, Cibele Franz e Rafael Mello Galliez

Filiação institucional: Hospital Federal Servidores do Estado e Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião



Introdução

Abscesso Hepático, tipo mais comum de abscesso visceral, geralmente é associado a quadro de peritonite e sua fisiopatologia é ligada à disseminação hematogênica. A diabetes, secundada pela antibioticoterapia prévia, é considerada como principal fator de risco para o abscesso hepático, principalmente para infecção por *K. pneumoniae*. Sintomas incluem febre, dor abdominal - principalmente em hipocôndrio direito -, icterícia, aumento de aminotransferases e fosfatase alcalina e bilirrubina. Outras alterações laboratoriais incluem leucocitose, hipoalbuminemia e anemia normocrômica e normocítica.

Quanto à microbiologia do abscesso piogênico, a *K. pneumoniae* consta como um agente etiológico frequente e nos países asiáticos é associada com a síndrome do abscesso hepático invasivo por infecção adquirida na comunidade e com neoplasia colorretal.

O diagnóstico é estabelecido mediante a clínica do paciente e exame de imagem, sendo a tomografia de abdômen com contraste mais sensível que a ultrassonografia para estes casos. A coleta de hemoculturas também está indicada. Já o do agente etiológico deve ser determinado através da punção, preferencialmente guiada por imagem, e subsequente cultura e análise de gram do material coletado.

Objetivo

Relatar caso clínico de abscesso hepático em portadora de anemia falciforme e pneumonia por covid 19.

Caso

J.T.V., 28 anos, gestante de 21 semanas e portadora de anemia falciforme, admitida em UTI por suspeita de pneumonia por COVID-19 já em insuficiência respiratória. Procedeu-se à intubação orotraqueal e ventilação mecânica e iniciou-se Ceftriaxone e Azitromicina, além de Dexametasona 6mg/dia, ampliando-se a antibioticoterapia com Piperacilina/Tazobactam no dia seguinte. Resultado positivo de RT-PCR e a tomografia (TC) de tórax com achados característicos confirmaram o diagnóstico.

Após 2 semanas, constatou-se óbito fetal induzindo-se o parto vaginal e realizando-se curetagem. Apesar disso, paciente evoluiu com sepse. Após troca de acessos venosos, foram iniciados Vancomicina, Meropenem, e Polimixina B.

Registrou-se piora evolutiva de função renal, exigindo hemodiálise, e piora de anemia falciforme e icterícia impondo hemotransfusão regular. Atribuiu-se a piora hematológica em parte ao quadro infeccioso como gatilho para a doença de base e resultante hemólise. Hemoculturas revelaram *K. pneumoniae* multirresistente, sensível apenas à Polimixina B e Ceftazidima e Avibactam.

A despeito da antibioticoterapia, a paciente manteve febre associada à piora importante das aminotransferases, bilirrubina e função hepática. Ecocardiograma sem alterações. USG de abdome revelou múltiplos abscessos hepáticos, sem obstrução em vias biliares – achados confirmados posteriormente por tomografia de abdômen com contraste conforme observado na figura 1.

Paciente apresentava, então, insuficiência hepática com MELD 40, porém sem critérios para realização de transplante hepático por insuficiência hepática aguda de acordo com os critérios de King's College.

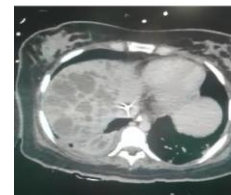
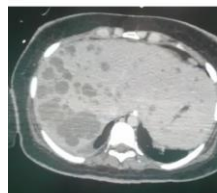


Figura 1. Tomografia de abdômen com contraste demonstrando múltiplos abscessos hepáticos



Figura 2. Conteúdo purulento aspirado após procedimento de radiologia intervencionista

Realizada punção do abscesso com coleta de material purulento (Figura 2.), a cultura possibilitou isolamento de *Klebsiella pneumoniae* de mesmo espectro de hemoculturas anteriores. Mesmo com antibioticoterapia guiada (Ceftazidima e Avibactam), paciente evoluiu para óbito devido à sepse grave.

Conclusões/Considerações Finais

Apesar da maior facilidade de acesso a exames de imagem, este caso representou um desafio diagnóstico e de manejo clínico devido a diversos fatores de confundimento e a própria complexidade clínica gerada pela múltiplas comorbidades. A presença de febre em um paciente internado sempre requer a busca por um foco infeccioso, ou a necessidade de descartar outros focos infecciosos, caso já esteja determinado um provável foco. A paciente em questão apresentava febre, leucocitose e hemoculturas persistentemente positivas com *K. pneumoniae* a despeito da troca de cateter venoso central e uso de antibioticoterapia guiada. Dado o fato de que a paciente se encontrava em prótese ventilatória sob o efeito de sedoanalgesia, a queixa clássica de dor abdominal não era possível, configurando mais uma dificuldade para o diagnóstico mais precoce.

O manejo clínico representou um desafio, dada a combinação de uma síndrome anêmica grave pela doença de base, o grau de comprometimento hepático, a pneumopatia associada à infecção por SARS-COV 2 e a insuficiência renal provocada pelo estado crítico da paciente.

O caso em questão demonstra a necessidade de um maior grau de suspeição para evitar que realização do diagnóstico de abscesso hepático ocorra de forma tardia em pacientes críticos com febre persistente em cenário de terapia intensiva.

Referências Bibliográficas

1. Huang CJ, Pitt HA, Lipssett PA, et al. Pyogenic hepatic abscess. Changing trends over 42 Years. Ann. Surg. 1996
2. Yang CC, Yen CH, Ho MW, Wang JH. Comparison of pyogenic liver abscesso caused by non-Klebsiella pneumoniae and Klebsiella pneumoniae. J Microbiol Immunol Infect 2004; 37:176.
3. Chicago. Harrison's Principles of Internal Medicine. New York :McGraw-Hill, Health Professions Division, 1998.
4. Rochwerg B, et al. A living WHO guideline on drugs for covid-19. BMJ. 2020;370:m3379. Epub 2020 Sep 4.