

Tratamento de Abscessos Intra-Abdominais por Punção Percutânea sob Orientação Ecográfica*

PEDRO NERY DA L. JÚNIOR
EDUARDO C. DIDONÉ
JOSÉ LUÍS STRAPAZON
LUIZ ROHDE
ÁLVARO P. A. FURTADO

SINOPSE

Abscessos abdominais, quando não tratados precoce e adequadamente, apresentam índices elevados de morbidade e mortalidade. Nos últimos anos, a punção percutânea tem sido preconizada como método terapêutico de primeira escolha no tratamento destas patologias. Os autores relatam 11 casos de pacientes com abscessos abdominais que foram tratados primariamente com punção percutânea sob orientação ecográfica. Na maioria eram pacientes em estado grave, em pós operatório e com outras doenças associadas. A punção percutânea foi efetiva em 7 dos 11 casos estudados. Em um caso houve complicação atribuída ao procedimento: sinais de bacteremia. Não houve mortes relacionadas diretamente com o procedimento. São discutidos aspectos de técnica, contra-indicações e vantagens do método em relação a cirurgia.

UNITERMOS: Abscesso Abdominal; Drenagem Percutânea.

INTRODUÇÃO

Os abscessos intra-abdominais são frequentemente de difícil diagnóstico e por vezes impossíveis de localizar-se pelo exame físico. Costumam

* Trabalho realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço para separatas: Pedro Nery Luz Júnior
Av. Independência, 986 ap 1101
Porto Alegre - RS

Recebido em: 17/03/88

Aceito para publicação em: 05/09/88

ABSTRACT

Treatment of Abdominal Abscesses by ultrasound guided percutaneous drainage.

Abdominal abscesses carry high morbidity and mortality unless properly drained. In recent years, percutaneous drainage has become an accepted alternative to surgery. We reviewed 11 cases of intraabdominal abscesses treated by ultrasound guided percutaneous drainage. The majority was postoperative and with other associated diseases. The percutaneous drainage was effective in 7 cases. There was a case of complication related to the procedure but there was not mortality related with it. Technical rules, contra-indications and advantages compared with surgical drainage are discussed.

UNITERMS: Abdominal Abscess; Percutaneous Drainage

apresentar-se com sinais e sintomas pouco específicos como febre, taquicardia, íleo adnâmico, distensão abdominal, anorexia, vômitos, cólicas e icterícia.

Com o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos como a tomografia computadorizada, a ultrassonografia e a cintilografia com diferentes radiofármacos (gálio e índio), a identificação e localização precisas de coleções líquidas na cavidade abdominal tornaram-se mais fáceis. Do mesmo modo, isto possibilitou o surgimento de métodos alternativos para o tratamento destas entidades patológicas.

Mc Fadzean (1), em 1953, publicou o primeiro estudo sobre tratamento de abscessos hepático-solitários com punção aspirativa e uso de antibioticoterapia. Já a partir de meados da década de 70, com os estu-

dos de Gronvall e Gerzof (2, 3) a drenagem percutânea de abscessos intra-abdominais se estabeleceu como um procedimento efetivo e de escolha em casos selecionados.

O trabalho foi realizado com a finalidade de indicar a validade da punção percutânea como método de escolha no tratamento de abscessos intra-abdominais. Além disto, pretende-se com a progressiva experiência, estabelecer critérios de indicação do procedimento e da técnica a ser utilizada.

MÉTODOS

Foram selecionados e estudados 11 pacientes portadores de abscesso intra-abdominal durante o período de março de 1986 a abril de 1987 com seguimento mínimo de 60 dias após o procedimento (punção ou cirurgia). Os pacientes estavam internados em hospitais de Porto Alegre, sendo 5 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. A idade variou de 11 a 84 anos, com média de 53. Dos 11 pacientes, 7 tinham idade igual ou superior a 60 anos.

O exame ecográfico foi realizado à beira do leito por ecografista experiente com aparelho modelo Aloka SSD 210 DXII portátil. Uma vez localizada a coleção líquida e observados os cuidados gerais de antisepsia, era feita anestesia local com lidocaína a 2% sem vasoconstritor na região a ser puncionada. A punção foi feita com agulhas longas n.º 10 e 16 e nos casos com líquido macroscopicamente compatível com pus, era introduzido trocater e deixada sonda de Levine n.º 12, ou cateter de calibre 8 F com múltiplos orifícios laterais, nos centímetros distais.

Foram solicitados exame bacterioscópico e bacteriológico dos líquidos aspirados. O exame bacterioscópico não foi realizado imediatamente após a punção. Em todos os casos a cultura foi positiva.

Nos 7 casos em que se utilizou a drenagem de demora, em 6 deles foi realizada lavagem contínua com solução de NaCl a 0,9% ou lavagem intermitente com solução de NaCl a 20%.

Na amostra estudada houve predominância de pacientes em período pós operatório, em mau estado geral e com outras patologias associadas como diabetes melito, DBPOC e cardiopatia isquêmica.

Em 1 caso (caso 4) houve a retirada acidental do cateter logo após a sua introdução. Foi, então, considerado como puncionado exclusivamente.

A indicação final do método a ser utilizado no tratamento do abscesso (punção ou ambas) ficava a critério do médico assistente. Não houve, portanto, uniformidade de critérios para a indicação do método terapêutico e da sua técnica.

A drenagem foi considerada efetiva quando os abscessos curavam-se rapidamente, sem recidivas locais e com boa evolução do paciente. Ao contrário, a drenagem foi considerada inadequada se uma cirurgia adicional era necessária para resolver definitivamente o abscesso ou se havia complicação relacionada com o método.

Uma descrição sumária dos casos estudados é encontrada na tabela 1.

A punção percutânea mostrou-se efetivada como método diagnóstico em todos os pacientes em que foi realizada. Além do diagnóstico do abscesso, possibilitou a coleta de material para exame bacteriológico e antibiograma, auxiliando na escolha do antibiótico a ser utilizado. No grupo estudado houve o predomínio de germes Gram negativos, sendo a *E. coli* a bactéria mais freqüente. Entre os germes Gram positivos houve o predomínio do gênero *Streptococo*.

A maioria dos abscessos se desenvolveu como complicação pós-operatória, conforme é mostrado na tabela 2. Nestes casos, a punção seguida de drenagem de demora foi a técnica mais utilizada. Os abscessos não surgidos após procedimentos cirúrgicos foram, em sua maioria, tratados com punção simples.

No grupo em que foi utilizada apenas a punção com agulha fina esta foi considerada efetiva em 3 casos. No caso restante (caso 4) constatou-se a recidiva local 10 dias após a punção. O abscesso era grande (300ml de pus) e a drenagem de demora, que era o plano inicial, não pôde ser realizada devido a retirada acidental do cateter.

No grupo em que foi utilizada a punção associada à drenagem de demora, esta foi considerada efetiva em 5 pacientes. Em 2 pacientes houve a necessidade de posterior tratamento cirúrgico. Dentre estes houve um caso de hidronefrose associada a abscessos renais múltiplos. O paciente permaneceu com quadro séptico, hipertermia e drenagem de pus espesso, sendo indicada a nefrectomia 5 dias após a punção. Em outro caso de falha do procedimento, o paciente permaneceu com hipertermia, calafrios e hipotensão. A laparotomia, realizada no 7.º dia após a punção evidenciou coleção líquida amarelada no mesmo local do abscesso prévio (espaço subhepático).

Nos casos em que a punção percutânea foi bem sucedida os abscessos tinham as seguintes características em comum: eram únicos e bem localizados, próximos à parede abdominal, de conteúdo líquido pouco viscoso e sem material necrótico que pudesse obstruir o cateter.

A efetividade da punção percutânea pode ser vista na tabela 3.

Entre as complicações do procedimento observamos sinais de bacteremia (hipertermia, tremores e calafrios), após a lavagem da cavidade do abscesso com soro fisiológico. Este quadro permaneceu até 2 dias após o procedimento.

Houve três mortes no grupo estudado. Todas ocorreram em pacientes idosos e em mau estado geral. Nenhuma das mortes foi relacionada diretamente ao procedimento realizado.

A figura 1 mostra o controle ecográfico de um abscesso subfrênico esquerdo antes e após a drenagem percutânea. A figura 2 mostra o mesmo abscesso, visualizado por fistulografias através do cateter de drenagem.

DISCUSSÃO

O índice de cura de abscessos abdominais por punção percutânea varia amplamente, de acordo com

TABELA 1
Sumário dos Casos Analizados

Caso	Idade	Sexo	Indicação	Procedimento	Cultura	Patologias Associadas	Resultados da Drenagem
1	67	m	Abscesso intrahepático	Só punção	<i>E. coli</i>	Diverticulose	Efetiva. Não houve complicações.
2	60	f	Abscesso esplênico	Só punção	<i>E. coli</i>	Diabete melito Hipertensão arterial Cardiopatia isquêmica Vasculopatia periférica	Diminuição significativa do volume do abscesso no 2.º dia pós punção (confirmado por ecografia). Morte por edema agudo de pulmão no 4.º dia pós punção.
3	62	f	Abscesso retroperitoneal	Só punção	<i>S. aureus</i>	Mieloma múltiplo	Resolução completa do abscesso no 20.º dia pós punção. Sem complicação.
4	76	m	Abscesso subfrênico. PO laparotomia por perfuração de divertículo de cólon E.	Só punção	<i>S. beta hemolítico</i>	Carcinoma de próstata Diverticulose Cardiopatia isquêmica	Não Efetiva. Laparotomia no 10.º dia pós punção. Morte no 21.º dia pós punção por falência de múltiplos órgãos.
5	21	f	Abscesso em goteira parieto-cólica D. PO de laparotomia por cisto ovariano e apendicectomia.	Punção e cateter	<i>E. coli</i>	—	Efetiva, comprovada por ecografia no 9.º dia pós punção. Sem complicações.
6	84	m	Abscesso subfrênico. PO de colecistectomia e coledocoduodenostomia por carcinoma de pâncreas.	Punção e cateter	<i>Klebsiella S. faecalis</i>	Litíase biliar Hipertensão arterial Cardiopatia isquêmica	Efetiva após ampliação do orifício de drenagem no 3.º dia pós punção. Sem complicações.
7	11	m	Pionefrose	Punção e cateter	<i>Proteus vulgaris</i>	Litíase renal Pielonefrite crônica supurativa. Hidronefrose	Não Efetiva (material necrótico). Nefrectomia no 7.º dia pós punção.
8	28	m	Abscesso intrahepático. PO de laparotomia por úlcera duodenal penetrada.	Punção e cateter	<i>S. alfa hemolítico</i>	Alcoolismo pesado. Tabagismo	Efetiva. Resolução completa do quadro abdominal.
9	64	m	Abscesso subhepático. PO de colecistectomia por empiema de vesícula biliar.	Punção e cateter	<i>S. faecalis</i>	Hipertensão arterial	Não Efetiva. Hipertermia e tremores até o 2.º dia pós punção. Laparotomia no 7.º dia pós punção por recidiva do abscesso.
10	77	m	Abscesso subfrênico. PO de laparotomia por úlcera gástrica perfurada.	Punção e cateter	<i>E. coli</i>	DB POC Cor pulmonale Infecção respiratória Cardiopatia isquêmica	Efetiva. Laparotomia no 5.º dia pós punção para drenagem de novo abscessos (subhepático). Morte por falência de múltiplos órgãos - no 37.º dia pós punção.
11	33	f	Abscesso subhepático. PO de colecistectomia por colelitíase.	Punção e cateter	<i>E. coli</i>	Obesidade	Efetiva. Confirmada por fistulografias seriadas. Sem complicações.

TABELA 2

Relação dos Métodos Terapêuticos com a Origem dos Abscessos

	Punção	Punção e Drenagem	Total
Abscessos pós-operatórios	1	6	7
Abscessos não pós-operatórios	3	1	4

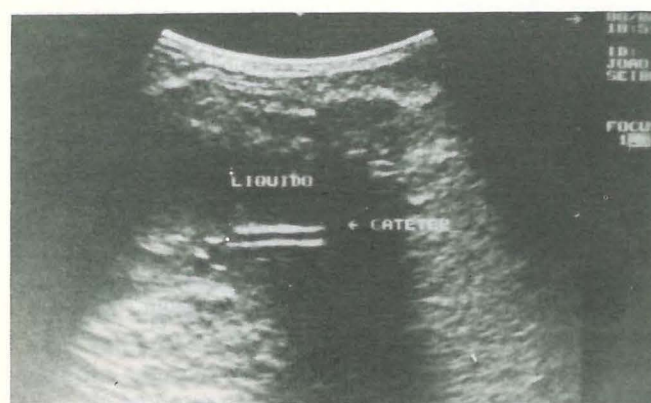
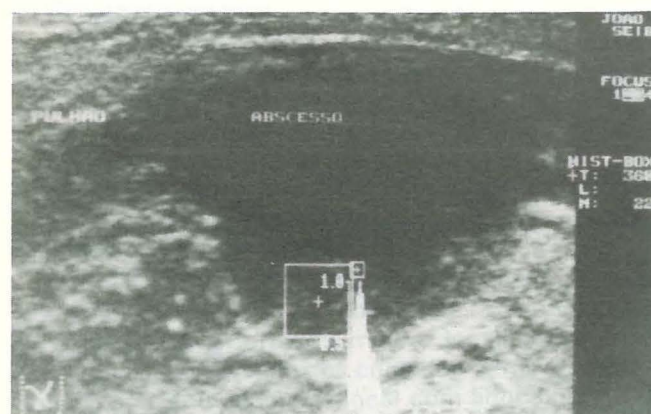


Fig. 1 - Observa-se, em A, um abscesso subfrênico esquerdo. Em B, o mesmo abscesso é visto logo após a inserção do cateter em seu interior. A figura 1-C mostra a ecografia de controle pós-punção realizada vários dias após. O abscesso aparece drenado e com o cateter ainda inserido na sua cavidade. Este foi retirado logo depois da realização do exame.

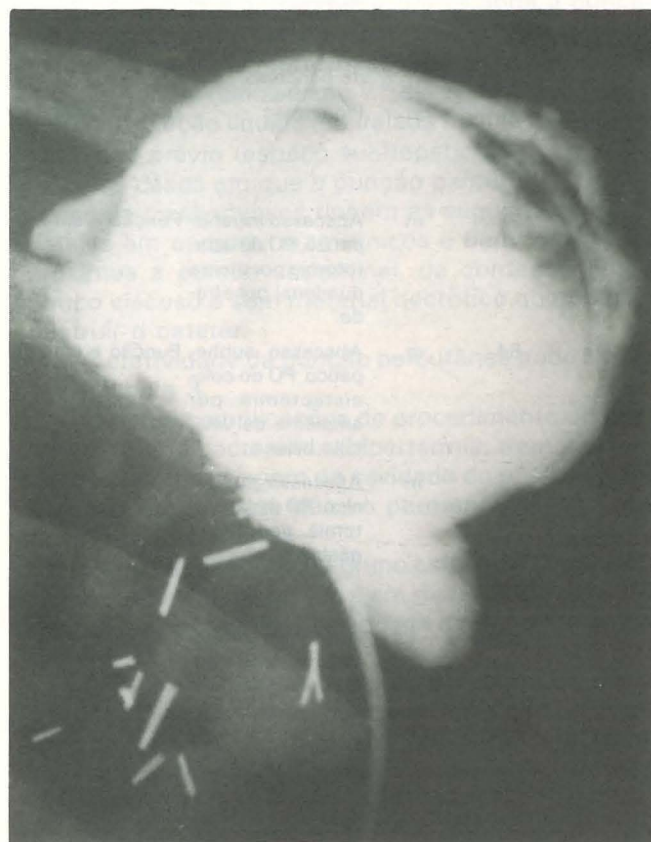


Fig. 2 - Mostra o mesmo abscesso da figura 1 documentado por fistulografias realizadas no terceiro dia após a punção (figura 2-A) e pouco antes da retirada do cateter (figura 2-B).

TABELA 3

Resultados da Drenagem de Abscessos

	Só Punção	Punção e Cateter	Total
Efetivos	3	5	8
Não Efetivos (cirurgia)	1	2	3
Total	4	7	11

os dados da literatura (47 a 89%). Em geral, situa-se ao redor de 80% (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Alguns autores usam somente ecografia para diagnosticar e guiar a punção (5, 15). Outros consideram a tomografia computadorizada como o exame ideal para o diagnóstico do abscesso (2, 11, 17). A ecografia, no presente estudo, foi utilizada para guiar a punção por tratar-se de método de menor custo e maior versatilidade em relação a tomografia computadorizada, podendo ser usada à beira do leito.

Cerca de 90% dos abscessos abdominais são uniloculados e possuem uma via de acesso segura à punção. Desta maneira, apenas 10% deles não poderiam ser drenados pela punção percutânea (3, 7).

O método é considerado vantajoso, em relação à cirurgia, quando em casos selecionados. Entre os quais: menor risco de contaminação do resto da cavidade peritoneal, menores custos, diminuição do tempo de drenagem, diminuição dos cuidados de enfermagem necessários, é melhor tolerado pelos pacientes, possibilita o diagnóstico e o tratamento precoce e pode melhorar as condições de pacientes com alto risco cirúrgico (5, 16, 17, 18).

A desvantagem atribuída é a possibilidade de drenagem insuficiente (16).

A incidência de complicações relatadas não tem sido elevada. Seus índices variam de 6 a 12% (9, 13, 14, 19). As mais freqüentes foram septicemia, peritonite, fistulas, disseminação de neoplasias, hemorragias, bacteremia e empiema pleural (4, 5, 7, 8, 20).

As contra-indicações ao procedimento são os abscessos micóticos, pancreáticos, multiloculados, múl-

tiplos, ascite, estrutura vital no trajeto da punção, coexistência de indicação absoluta para a cirurgia (obstrução biliar, e úlcera péptica perfurada, por exemplo) e presença de pus espesso ou material necrótico que possa obstruir o cateter. Mesmo em alguns destes casos, a punção percutânea tem sido usada para melhorar o quadro séptico do paciente até que este possa ser submetido a tratamento cirúrgico (4, 8, 16, 21).

A irrigação é contra-indicada por alguns autores devido ao risco de induzir bacteremia e por não parecer melhorar a resolução do abscesso (7). Em nossa amostra houve um caso em que sinais e sintomas sugestivos de bacteremia ocorreram logo após a lavagem da cavidade com soro fisiológico.

No nosso meio, o método é pouco utilizado e, conseqüentemente, pouco é divulgado. Portela e Zanini (22), em 1983, publicaram relato de dois casos bem sucedidos de tratamento de abscessos abdominais por punção percutânea sob orientação de tomografia computadorizada.

Da experiência até aqui adquirida, observamos que os melhores resultados são obtidos nos casos em que os abscessos são bem localizados, únicos, próximos da parede abdominal e com material pouco viscoso. Tais dados concordam com a maioria dos estudos já publicados (7, 19).

Abscessos abdominais, que em um passado recente eram tratados pela drenagem cirúrgica, hoje podem, em casos selecionados, ser tratados satisfatoriamente por drenagem percutânea sob orientação ecográfica e antibioticoterapia adequada. O método pode vir a ser mais amplamente utilizado em nosso meio uma vez que a ultrassonografia já é acessível em muitas instituições, o material é de baixo custo e a técnica é relativamente simples. A drenagem percutânea não é isenta de complicações (peritonite, hemorragia, empiema), porém estas não são freqüentes, não inviabilizando a sua utilização. Quando realizada em meio hospitalar, o fácil acesso à cirurgia de urgência permite o seu controle. A integração entre o ecografista e o cirurgião é indispensável no tratamento destes pacientes, não apenas para o manejo das complicações eventuais mas, também, para a correta indicação do procedimento de drenagem (cirurgia ou punção percutânea) a ser utilizado.

BIBLIOGRAFIA

1. Mc Fadzean A J S; Chang K P S; Wong C C. Solitary pyogenic of the liver treated by closed aspiration and antibiotics. Br J Surg, 1953, 41: 141 - 52.
2. Gronvall J; Gronvall S; Hegedus V. Ultrasound-guided drainage of fluid-containing masses using angiographic catheterization techniques. AJR, 1977; 129: 997 - 1002.
3. Gerzof S G; Robbins A H; Birkett D G; Johnson W C; Pugatch R D; Vicent M E. Percutaneous catheter drainage of abdominal abscesses guided by ultrasound and computed tomography. AJR, 1979; 133: 1 - 8.
4. Gerzof S G; Robbins A H; Johnson W C; Birkett D H; Nabseth D C. Percutaneous catheter drainage of abdominal abscesses. A five year experience. N. Engl J Med, 1981. 305: 653 - 57.
5. Gronvall S; Gammelgaard J; Haubek A; Holm H H. Drainage of abdominal abscesses guided by sonography. AJR, 1982; 138: 527 - 29.
6. Aeder M I; Wellman J L; Haaga J R; Hau T. Role of surgical and percutaneous drainage in the treatment of abdominal abscesses. Arch Surg, 1983; 118: 273 - 80.
7. Johnson W C; Gerzof S G; Robbins A H; Nabseth D C. Treatment of abdominal abscesses. Comparative evaluation of operative drainage versus percutaneous catheter drainage guided by com-

- puted tomography or ultrasound. *Ann Surg*, 1981; 194: 510 - 20.
8. Reuvers C B; Lamaries J S; Bruining H A; Jeekel J. Ultrasound-guided percutaneous drainage of 25 abscesses. *Acta Chir Scand*, 1983; 149: 161 - 64.
 9. Glass C A; Cohn J R I. Drainage of intraabdominal abscesses. A comparison of surgical and computerized tomography. *Am J Surg*, 1984; 147: 315 - 17.
 10. Gerzof S G; Johnson W C. Radiologic aspects of diagnosis and treatment of abdominal abscesses. *Surg Clin North Am*, 1984; 64: 53 - 65.
 11. Walters R; Hermann C M; Neff R; Cummings D; Harley J. Percutaneous drainage of abscesses in the postoperative abdomen that is difficulted to explore. *Am J Surg*, 1985; 149: 623 - 26.
 12. Pruett T L; Rotsteins O D; Grass J; Frick M P; Flohr A; Simmons R L. Percutaneous aspiration and drainage for suspected abdominal infection. *Surgery*, 1984; 96: 731 - 37.
 13. Sonnenberg E; Mueller P R; Ferrucci J T. Percutaneous drainage of 250 abdominal abscesses and fluid collections. Part I: Results, Failures and Complications. *Radiology*, 1984; 151: 337 - 41.
 14. Mueller P R; Sonnenberg E; Ferrucci J T. Percutaneous drainage of 250 abdominal abscesses and fluid collections. Part II; Current Procedural Concepts. *Radiology*, 1984; 151: 343 - 47.
 15. Berger L A; Osborne D R. Treatment of pyogenic liver abscesses by percutaneous needle aspiration. *Lancet*, Jan, 1982; 16: 132 - 4.
 16. Sheinfeld A M; Steiner A E; Rivkin L B; Dermer R H; Shemesh O N; Dolberg M S. Transcutaneous drainage of abscesses of the liver guided by computed tomography scan. *Surgery Gynecol Obstet*, 1982; 155: 662 - 6.
 17. Halasz N A; Sonnenberg E. Drainage of Intraabdominal abscesses. Tactics and choices. *Am J Surg*, 1983; 146: 112 - 5.
 18. Karlson K B; Fankuchen E I; Martin E C; Schultz R W; Casarella W J. Percutaneous abscess drainage. *Surgery Gynecol Obstet*, 1982; 154: 44-&.
 19. Sonnenberg E; Ferruci J T; Mueller P R; Wittenberg J; Simeone J F. Percutaneous drainage of abscesses and fluid collections: technique, results and applications. *Radiology*, 1982; 142: 1 - 10.
 20. Schyder P A; Candardjis G; Anderegg A. Peritonitis after thin-needle aspiration biopsy of abscess. *AJR*, 1981; 137: 1271 - 2.
 21. Van Waes PFGM; Feldberg MAM; Mali WPTM et al. Management of loculated abscesses that are difficult to drain: a new approach. *Radiology*, 1983; 147: 57 - 63.
 22. Portela LAP; Zanini LA. Localização e drenagem percutânea de abscessos abdominais. *Radiol Bras*, 1983; 16: 104 - 8.
 23. Boey J H; Dunphy J E. Peritoneal Cavity. IN Way LW. *Current Surgical Diagnosis and Treat*. Seventh Edition. Los Altos. California. Lange Medical Publications, 1985.
 24. Diamant M J; Stanley P; Kangaroo H; Donaldson J S. Percutaneous aspiration and catheter drainage of abscesses *J Ped*, 1986; 108: 204 - 8.



18/OUTUBRO/89

Prepare seu tema livre!