



QUADRO DE DIAGNÓSTICO TARDIO DE IDENTIFICAÇÃO DE CISTO HIDÁTICO

LATE DIAGNOSIS CHART OF HYDATIC CYST IDENTIFICATION

Saulo Francisco de Assis Gomes¹, Joice Keviner Gomes dos Santos², Henrique Coelho Medeiros³ Filho, Vanubia Silva do Nascimento¹, Rone Antônio Alves de Abreu¹

Submetido em: 25/08/2021

e29673

Aprovado em: 01/10/2021

<https://doi.org/10.47820/recima21.v2i9.673>

RESUMO

Este artigo tem como objetivo descrever um relato de caso em um quadro de cisto hidático, derivado do parasita *Echinococcus granulosus*. Paciente, sexo feminino, com fortes dores em região epigástrica, apresentando náuseas e vômitos intermitentes. Realizado exame físico na admissão, avaliações laboratoriais de função renal, hepática e pancreática, além de eletrólitos e hemograma. Foram solicitados exames de imagem no qual apresentou presença de formação expansiva hipodensa em região de lobo hepático esquerdo. Iniciado tratamento clínico com albendazol 400mg/kg duas vezes ao dia. Sem redução do quadro, foi indicado laparotomia exploratória com segmentectomia hepática lateral e drenagem cavitária. A conduta cirúrgica foi realizada em tempo hábil, prevenindo a apresentação das complicações mencionadas e solucionando o caso. Paciente evoluiu bem, recebendo alta no quarto dia pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia. Diagnóstico. Medicina interna. Parasitologia.

ABSTRACT

This article aims to describe a case report of a hydatid cyst, derived from the parasite Echinococcus granulosus. Patient, female, with severe pain in the epigastric region, presenting nausea and intermittent vomiting. Physical examination was performed on admission, laboratory evaluations of renal, liver and pancreatic function, in addition to electrolytes and blood count. Imaging exams were requested and showed the presence of a hypodense expansive formation in the region of the left hepatic lobe. Clinical treatment was started with albendazole 400mg/kg twice a day. With no reduction in the condition, exploratory laparotomy with lateral hepatic segmentectomy and cavity drainage was indicated. The surgical procedure was performed in a timely manner, preventing the presentation of the mentioned complications and solving the case. The patient evolved well, being discharged on the fourth postoperative day.

KEYWORDS: *Diagnosis. Internal medicine. Parasitology. Surgery.*

INTRODUÇÃO

Os cistos hidáticos ou equinocócicos são estruturas preenchidas por fluidos limitados por uma membrana derivada do parasita *Echinococcus granulosus* em seu estágio larval, que tem os cães como hospedeiro definitivo e os humanos como hospedeiros acidentais (1). A doença hidática é

¹ Hospital Regional de Araguaína, TO, Secretaria de Estado de Saúde

² Hospital da Mulher e Maternidade Dona Iris Alameda Emílio Póvoa, 151 – Vila Redenção, Goiânia

³ Faculdade de Medicina, Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

QUADRO DE DIAGNÓSTICO TARDIO DE IDENTIFICAÇÃO DE CISTO HIDÁTICO
Saulo Francisco de Assis Gomes, Joice Keviner Gomes dos Santos,
Henrique Coelho Medeiros Filho, Vanúbia Silva do Nascimento, Rone Antônio Alves de Abreu

mais comum em jovens e o órgão mais acometido é o fígado, uma vez nos capilares hepáticos, as larvas de *Echinococcus granulosus* transformam-se lentamente em hidátides (estruturas císticas) (2).

Em relação ao quadro clínico, os pacientes costumam ser assintomáticos, os sintomas que podem ocorrer costumam advir de um efeito de massa do cisto de grande volume sobre as estruturas adjacentes ou por vazamento do líquido na cavidade peritoneal, infecção do cisto ou obstrução biliar (3).

Os cistos de *E. granulosus* podem se romper na árvore biliar e produzir cólica biliar, icterícia obstrutiva, colangite ou pancreatite. Os reflexos da compressão de ductos biliares, veias porta e hepática ou na veia cava inferior podem se apresentar como colestase, hipertensão portal, obstrução venosa ou síndrome de Budd-Chiari. Em caso de rompimento do cisto no peritônio, pode ocorrer peritonite, ou se romperem transdiafragmaticamente na árvore brônquica, causam hidatidose pulmonar ou fístula brônquica. Já a infecção bacteriana secundária dos cistos pode resultar em abscessos hepáticos (3–5). Frente a isso, o presente trabalho tem a intenção de trabalhar com a descrição de um quadro atípico de cisto hidático hepático.

RELATO DE CASO

O presente relato de caso seguiu a metodologia utilizada por Cardoso-Brito et al. (6), no qual utilizou de forma descritiva e relatada o atendimento de paciente em quadro de interesse devido sua raridade ou ainda, dificuldade no diagnóstico. A metodologia descritiva serve para formar ao leitor, uma ideia de raciocínio para condutas terapêuticas futuras em quadros semelhantes ou correlacionados. Todos os dados foram coletados em hospital-escola, com aval do supervisor de cirurgia e atendendo a todos os preceitos éticos e morais, garantindo a segurança e qualidade de vida do paciente atendido (7,8).

O relato de caso trata de um paciente, sexo feminino, com 25 anos, branca, solteira, tendo como ocupação manicure. A mesma foi encaminhada da unidade de saúde em Xambioá – TO. O paciente apresentava na admissão ao serviço de saúde, dores em região de epigástrico, presença de náuseas e vômitos intermitentes. Ainda, existe uma queixa antiga, no qual caracteriza como cefaleia constante pelo período de oito anos, com piora destes sintomas nos últimos 4 anos. A paciente ainda relata, perda de peso e abaulamento em hipocôndrio direito. Não foi identificado durante o atendimento, nenhuma doença de base ou comorbidades existentes.

Em exame físico, a paciente apresentou regular estado geral, orientada, afebril, acianótica, hidratada, com sinais vitais, aparelho respiratório e cardiovascular estáveis, estando estes parâmetros dentro da normalidade. Apresenta ainda, abdome pleno, com passa palpável e dor à palpação em hipocôndrio direito, sem sinais de irradiação peritoneal. RHA presentes e baço não palpável, membros sem edemas e panturrilhas livres. Dessa forma, foi encaminhada internação para acesso ao serviço de diagnóstico laboratorial para que sejam realizados exames complementares.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

QUADRO DE DIAGNÓSTICO TARDIO DE IDENTIFICAÇÃO DE CISTO HIDÁTICO
Saulo Francisco de Assis Gomes, Joice Keviner Gomes dos Santos,
Henrique Coelho Medeiros Filho, Vanúbia Silva do Nascimento, Rone Antônio Alves de Abreu

No processo de internação, foi solicitado exames laboratoriais para avaliação de função renal (Creatinina e Ureia), função hepática (ALT, AST, GGT, FA e PT), função pancreática (lipase e amilase), além de eletrólitos e hemograma. Todos os exames retornaram dentro da normalidade sem alterações que fizessem ligações ao quadro álgico do paciente. Solicitado então ultrassonografia (USG) de abdome superior, onde ficou evidenciado uma massa hepática, e para conformação, submetem o paciente a uma tomografia computadorizada (TC) sem uso de contraste em região de abdome, onde ficou claro a presença de formação expansiva hipodensa, multiloculada com atenuação cística de 8,9 x 6,0 cm no lobo hepático esquerdo, com discreto efeito de massa sobre as estruturas adjacentes, sugestivo de cisto hidático, com segunda confirmação a partir de ressonância magnética (RNM) de abdome superior, com massa expansiva cística multisseptada/loculada no lobo hepático esquerdo, que apesar de aspecto indeterminado é altamente sugestivo de cisto hidático.

Após realização dos exames para diagnóstico, a paciente foi submetida a tratamento clínico dos com Albendazol 400 mg / 2x / dia pelo período de três meses. Mesmo com o tratamento à risca, a paciente evoluiu sem melhoras ao protocolo inicial e após reentrada no setor de urgência, foi novamente submetida a um quadro de RNM de abdome superior onde constatou massa cística expansiva multisseptada, com múltiplos cistos periféricos, com realce de paredes e dos septos, medindo 12,0 x 11,5 x 6,6 cm, ocupando totalmente os seguimentos hepáticos II e III, além de envolver os ramos das vias biliares, ramos portais e veia hepática esquerda, ainda com a sugestão inicial do diagnóstico, de cisto hidático. Com estes resultados, foi realizado uma laparotomia exploratória com segmentectomia hepática lateral esquerda e drenagem cavitária, sendo observado cisto hidático nos seguimentos hepáticos II e III, conforme observado nas figuras 1 (A e B).

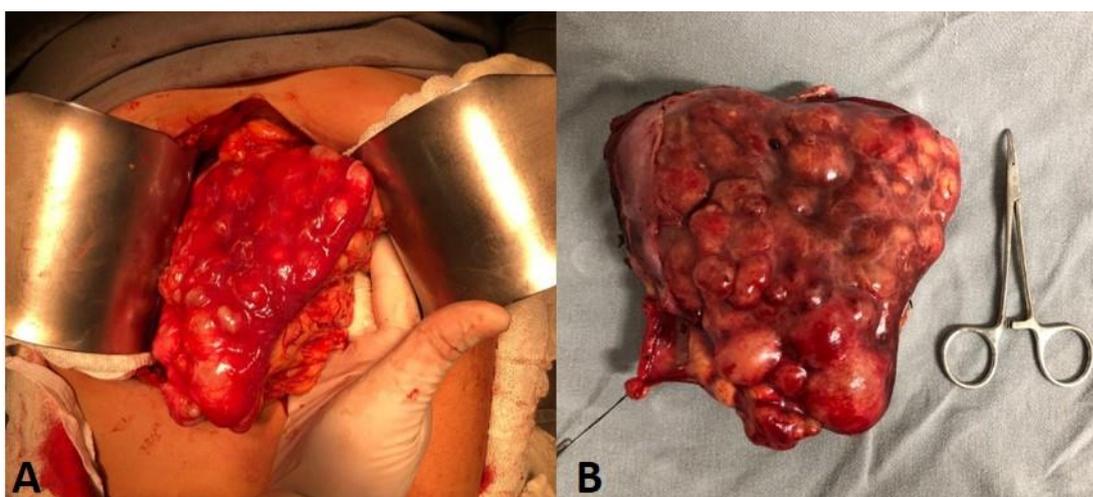


Figura 1. Laparotomia exploratória com segmentectomia hepática lateral esquerda e drenagem cavitária, sendo observado cisto hidático nos seguimentos hepáticos II e III.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

QUADRO DE DIAGNÓSTICO TARDIO DE IDENTIFICAÇÃO DE CISTO HIDÁTICO
Saulo Francisco de Assis Gomes, Joice Keviner Gomes dos Santos,
Henrique Coelho Medeiros Filho, Vanúbia Silva do Nascimento, Rone Antônio Alves de Abreu

O paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 4º dia pós-operatório, com trânsito intestinal funcional, aceitando bem a dieta oral e estável laboratorialmente, clinicamente e hemodinamicamente.

DISCUSSÃO

O quadro de cisto hidático apresenta uma importante variável socioeconômica da população acometida, visto que o mesmo tem maior prevalência dentro de comunidades com poucas ou deficientes métodos de sanidade básica, ainda, a América do Sul apresenta o maior índice de prevalência desta patologia, principalmente o Brasil (5).

A indecência do caso quanto ao encontrado pela literatura, corrobora com os dados epidemiológicos encontrados neste trabalho, visto que a paciente é do sexo feminino e idade de 25 anos, quando na literatura, mais de 65% dos quadros são apresentados em mulheres com idades variadas, sempre mantendo um padrão estatístico de 30 ± 5 anos (9). A localização do cisto é uma determinante a ser levada em consideração, pois existe uma grande dificuldade de diagnóstico, pois podem ser observados quadros simples de elevação de temperatura nos primeiros dias, assim como dor ou incomodo em região de abdome superior, quadro semelhante a qualquer outro fator de diversas patologias (4).

Talvez devido a esses fatores, que o paciente apresenta um quadro há 8 anos, com cistos menores de 10 cm de diâmetro o que não segue o curso habitual da doença, fazendo com que seja confundido com outras patologias ligadas a sistema gastrointestinal inferior e hepáticos. Ainda, é possível identificar que alguns quadros de cisto hidático não apresentam alterações em enzimas hepáticas ou marcadores inflamatórios, dificultando ainda mais o diagnóstico (2).

O lobo hepático direito é o mais acometido, podendo ou não ter sintomas significativos, com presença ou ausência de dor no quadrante superior direito, associando assim a náuseas e vômitos (3). O quadro de diagnóstico diferencial deve sempre ser levado em consideração, visto que pode ser essencial para uma boa conduta terapêutica e se necessária intervenção cirúrgica, garantindo qualidade de vida do paciente assistido. Ainda é possível descrever como diagnósticos diferenciais, cisto simples, neoplasia cística mucinosa, abscesso hepático, tumor hepático, hemangioma e metástase hepática de tumor neuroendócrino (2,10).

Laboratorialmente o cisto hidático tem apresentação inespecífica com leucopenia ou trombocitopenia, eosinofilia leve e anormalidades da função hepática, entretanto, esses achados isoladamente não são diagnósticos, exames de imagem são necessários, que podem ser USG, TC e/ou RNM. Exames sorológicos também podem ser empregados para detecção inicial e acompanhamento do tratamento, sendo ELISA o teste sorológico mais sensível e específico (2,4)

Em relação ao tratamento, os cistos assintomáticos não costumam requerer tratamento, os cistos em estágio CE1 e CE3a que tem um único compartimento e < 5 cm podem ser tratados clinicamente com Albendazol. Caso o tratamento clínico seja ineficaz, indica-se tratamento



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

QUADRO DE DIAGNÓSTICO TARDIO DE IDENTIFICAÇÃO DE CISTO HIDÁTICO
Saulo Francisco de Assis Gomes, Joice Keviner Gomes dos Santos,
Henrique Coelho Medeiros Filho, Vanúbia Silva do Nascimento, Rone Antônio Alves de Abreu

percutâneo por punção, aspiração, injeção e reaspiração. Já os estágios CE1 e CE3a com > 5 cm devem ser tratados com a associação de Albendazol e PAIR. Os cistos em estágio CE2 e CE3b têm muitos compartimentos que requerem punção individual, esses pacientes têm alta taxa recidiva após PAIR, sendo assim o manejo deve seguir uma técnica de cateterização modificada ou cirurgia, ambas com terapia medicamentosa adjuvante. E por fim, os cistos em estágios CE4 e CE5 são cistos inativos que podem ser tratados com observação. A cirurgia também é o tratamento de escolha para cistos complicados (9,11).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como conclusão, cabe salientar que apesar do diagnóstico tardio por conta do quadro inespecífico e possibilidade de complicações como: cólica biliar, icterícia obstrutiva, colangite, pancreatite, síndrome colestática, hipertensão portal, obstrução venosa, síndrome de Budd-Chiari e abscesso hepático, uma vez que na RNM a paciente apresentava cisto volumoso envolvendo os ramos das vias biliares, ramos portais e veia hepática esquerda. A conduta cirúrgica foi realizada em tempo hábil, prevenindo a apresentação das complicações mencionadas e solucionando o caso.

REFERÊNCIAS

1. Rossato CK, Salazar LN, Gallas DL, Kanitz F. Lesões hepáticas encontradas em bovinos abatidos para alimentação humana. Hig. Aliment. 2017;31(2676/267):123-129.
2. Obrigon AM, Rangel MG, Traldi MC de C, Silveira MC da, Neto VD, Botter M. et al. Hidatidose pulmonar e hepática com múltiplos cistos: um relato de caso / Pulmonary and hepatic hydatidosis with multiple cysts: A case report. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2018;63(3):239-44.
3. Andrade Arruda A, da Silva BF. Educação em Saúde para prevenção de zoonoses parasitárias. Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo [Internet]. 5 de dezembro de 2018 [citado 8 de junho de 2021];(diciembre). Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/atlane/2018/12/educacao-saude-prevencao.html>
4. Chiattoni MKS, Jorge V, Jannke HA, Teló GH, Segala NCC. Cisto hidático intramuscular: relato de caso. Rev Soc Bras Med Trop. 2003 jul;36:527-9.
5. Moraes MAP, Sobreira M de NM, Medeiros Filho P, Tavares AC, Gomes MI. Hidatidose policística: cisto hidático calcificado, simulando neoplasia mesentérica, descoberto acidentalmente. Rev Soc Bras Med Trop. 2003 jul;36:519-21.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR
ISSN 2675-6218

QUADRO DE DIAGNÓSTICO TARDIO DE IDENTIFICAÇÃO DE CISTO HIDÁTICO
Saulo Francisco de Assis Gomes, Joice Keviner Gomes dos Santos,
Henrique Coelho Medeiros Filho, Vanúbia Silva do Nascimento, Rone Antônio Alves de Abreu

6. Cardoso-Brito V, Junior S de A, Moreira NIT, Pereira LA, Bulgo DC. Rotavirus infection in immunocompetent adult patient in a city of state of São Paulo, Brazil – case report. *Research, Society and Development*. 2020;9(2):194922216.
7. Almeida Junior S de, Silva MM, Popolim RS, Gonçalves CR, Melo MRS de, Bulgo DC. Dissemination of knowledge and scientific production in professionalizing courses: a report of experience. *Pub saúde*. 2019;2:1–8.
8. Junior S de A, Cardoso-Brito V, Moreira MES, Melo MRS de, Andrade G, Bulgo DC. Biosafety evaluation and characterization of occupational risks in a ready care unit paulista, Brazil. *Research, Society and Development*. 2020;9(2):74922028.
9. Tercan M, Tanriverdi TB, Kaya A, Altay N. Nossa experiência clínica e resultados no acompanhamento de casos de cisto hidático. *Rev Bras Anesthesiol*. 2020;70:104–10.
10. Amaral MJ, Serôdio M, Koch MJ, Almeida R, Campos JC, Tralhão JG. Ruptured Hemorrhagic Hepatic Cyst: An Unusual Case Report. *PJG*. 2020;27(2):124-7.
11. Viderman D, Nurpeisov A, Balabayev O, Urunbayev Y, de Almeida G, Bilotta F. Cisto hidático na medula cervical complicada por via aérea difícil com potencial risco de vida: relato de caso. *Brazilian Journal of Anesthesiology*. 2020;70(5):553-5.