CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):534

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-161 - PERFORACIÓN GÁSTRICA POR ESPINA DE PESCADO COMPLICADA CON ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sosa Medina, Rocío Daniela; Gutiérrez Cabezas, José Manuel; Gutiérrez Cantero, Luis Eloy; Bolado Oria, María; Ruiz Gómez, José Luis; Márquez Llano, Sarah; Gutiérrez Ruiz, Amado José

Hospital Sierrallana, Torrelavega.

Resumen

Introducción: La ingesta accidental de cuerpos extraños es una urgencia muy común, la mayoría de los cuerpos extraños recorren el tubo digestivo sin incidencias, pero los puntiagudos que alcanzan el estómago, si no se retira endoscópicamente pueden presentan complicaciones hasta en el 35% de los casos, recomendándose la retirada si la extracción es segura. La perforación gastrointestinal secundaria es infrecuente (< 1%) y la posterior formación de abscesos hepáticos es aún más rara. Es frecuente que el diagnóstico de perforación gastrointestinal por espina de pescado se confunda con enfermedades comunes y no se haga la asociación causal por tiempo transcurrido desde la ingestión hasta la aparición de los síntomas, que suelen ser variables e inespecíficos: fiebre en picos, dolor en hipocondrio derecho, febrícula, pérdida ponderal, dolor pleurítico, derrame pleural derecho lo que dificulta el diagnóstico. Los gérmenes comúnmente aislados, pertenecen al género *Streptococcus*. Es poco probable realizar diagnóstico preoperatorio a través de la clínica o de estudios de imagen convencionales, por lo que el TAC se considera el método de elección ya que permite identificar la presencia, el sitio y la causa de la perforación gastrointestinal. La antibioterapia de amplio espectro, el drenaje del absceso y la retirada del cuerpo extraño endoscópica o quirúrgicamente son la base del tratamiento.

Caso clínico: Mujer 67 años HTA, DM2, DLP, remitida por el servicio de Medicina Interna a urgencias por mal estado general, fiebre de 39 ºC, tiritona, escalofríos, dolor abdominal en HD, náuseas sin vómitos de 8 días de evolución que no mejoraba a pesar de ser vista en 2 ocasiones previas en la urgencia y tratada por ITU con ciprofloxacino. A la exploración abdomen doloroso a la palpación profunda en Hipocondrio derecho y epigastrio sin signos de peritonismo, ruidos abdominales normales, no masas ni visceromegalia, Analítica: leucocitosis 17,10, granulocitos 80,00%, protrombina 70,00, INR 1,28, hemoglobina 12,10, hematocrito 36,20 resto de analítica anodina. Eco: colección de contorno bien definido, encapsulado, contenido líquido y aéreo en su interior, de 37 mm de diámetro, compatible con absceso, localizado en segmento IV. TAC: Engrosamiento del antro gástrico, con edema de submucosa y borramiento de grasa adyacente, presencia de cuerpo extraño hiperdenso que perfora antro gástrico y se introduce en el hígado relacionado con absceso descrito previamente. No adenopatías, no líquido libre intrabdominal, ni neumoperitoneo. Gastroscopia: sin hallazgos de interés. Se decide ingreso y tratamiento conservador con antibioticoterapia, después de 10 días no se evidencia mejoría clínica ni radiológica por lo que se decide cirugía, realizando drenaje del absceso y extracción del cuerpo extraño mas

exploración del estomago y lavado de cavidad vía laparoscópica. Postoperatorio sin complicaciones, alta médica al 4º día postintervención.

Discusión: Patología poco frecuente muy relacionado a la perforación de estómago o duodeno. El diagnóstico precoz es un desafió pues el signo clínicos más frecuente es la fiebre y los síntomas inespecíficos, siendo el TAC el método de elección para realizar el diagnóstico precoz. Es tratamiento consiste en antibioticoterapia, drenaje percutáneo o quirúrgico del absceso y extracción del cuerpo extraño si es posible.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados