

## Casos en imagen 4.—ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A PERFORACIÓN GÁSTRICA POR CUERPO EXTRAÑO

### Diagnóstico final

Absceso hepático secundario a perforación gástrica por hueso de pollo.

### Hallazgos radiológicos

TC abdominal con contraste yodado endovenoso: área hipodensa de 8 cm de diámetro que ocupa gran parte del lóbulo izquierdo hepático. Colección redondeada hipodensa junto a curvatura menor gástrica en relación con absceso en ligamento gastrohepático. Imagen lineal de densidad calcio en contacto tanto con la lesión hepática como con la colección extragástrica y que corresponde al cuerpo extraño (hueso de pollo).

### Comentario

La ingesta de cuerpos extraños es habitual en niños, enfermos mentales, personas con dentadura postiza y desdentados, así como en casos de alteraciones de la deglución<sup>1</sup>. Se calcula que sólo un 1% de los cuerpos extraños perforan el tracto gastrointestinal<sup>2</sup>. Estas perforaciones suelen ser causadas por cuerpos extraños con extremo rígido como palillos de dientes, espinas o huesos de pollo, y ésta puede producirse a cualquier nivel, con preferencia por las zonas de angulación o estrechamiento, o de patología subyacente como Crohn o cirugía previa<sup>3</sup>.

La formación de abscesos hepáticos secundarios a la perforación por cuerpo extraño ingerido es excepcional. Los síntomas son la respuesta sistémica al absceso: dolor abdominal, fiebre, escalofríos y vómitos<sup>4</sup>. La aparición de ictericia, típica de los abscesos hepáticos es muy rara y casi siempre asociada a colangitis<sup>5</sup>. El tiempo transcurrido desde la ingesta, en general accidental y no percibida va desde días a años por lo que el diagnóstico rara vez se sospecha<sup>4</sup>.

La radiología convencional únicamente ayuda si el cuerpo extraño es radioopaco o si sugiere absceso. La ecografía puede orientar al diagnóstico si identifica el cuerpo extraño. La TC es

la técnica más útil ya que permite diagnosticar no sólo el cuerpo extraño y la lesión hepática sino las posibles alteraciones acompañantes como gas libre intraperitoneal y otros abscesos en distintas localizaciones<sup>6</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. McCanse DE, Kurchin A, Hinshaw JR. Gastrointestinal foreign bodies. *Am J Surg* 1981;142:335-7.
2. Strauss JE, Balthazar EJ, Naidich DP. Case report: jejunal perforation by a toothpick: CT demonstration. *J Comput Assist Tomogr* 1985;9:812-4.
3. Toyonaga T, Shinohara M, Miyatake E, Ouchida K, Shirota T, Ogawa T, et al. Penetration of the duodenum by an ingested needle with migration to the pancreas: report of a case. *Surg Today* 2001;31:68-71.
4. Horii K, Yamazaki O, Masuyama M, Higaki I, Kawai S, Sakaue Y. Successful treatment of a hepatic abscess that formed secondary to fish bone penetration by percutaneous transhepatic removal of the foreign body: report of a case. *Surg Today* 1999;29:922-6.
5. De la Vega M, Rivero JC, Ruiz L, Suárez S. Case report: a fish bone in the liver. *Lancet* 2001;358:982.
6. Gómez J, Rodríguez R, Villacorta J, Torres A, Pimentel C, Pedrosa CSA. CT findings in gastrointestinal perforation by ingested fish bones. *J Comput Assist Tomogr* 1988;12:88-90.

### Correspondencia:

Pilar Aisa.  
Servicio de Radiología.  
Hospital Santiago Apóstol.  
C/ Olaguibel, 29. 01004 Vitoria.  
E-mail: paisa@hsan.osakidetza.net