



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-124 - ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A PERFORACIÓN POR CUERPO EXTRAÑO: TRATAMIENTO MEDIANTE DRENAJE PERCUTÁNEO Y ABORDAJE LAPAROSCÓPICO POSTERIOR.

Romera Barba, Elena; Navarro García, María Inmaculada; Gijón Román, Cecilia; Torregrosa Pérez, Nuría María; González-Coste Martínez, Rafael; Abellán Garay, Laura; Rodríguez García, Pablo; Muñoz García, Javier

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: Los abscesos hepáticos secundarios a cuerpos extraños tras perforación de víscera hueca intestinal son raros (0-5%). Los más frecuentes son secundarios a espinas de pescado o huesos de pollo, que alcanzan el hígado tras perforar el estómago o el duodeno. Entre los gérmenes identificados en este tipo de abscesos, el género *Streptococcus* es el que se aísla con más frecuencia, aunque en cerca de la mitad de los casos no se llega a identificar el germen causal. La sintomatología inespecífica y variable, así como el hecho de que los pacientes no suelen recordar el momento de la ingestión, lo que hace que el diagnóstico sea aún más complicado. Aunque la ecografía puede aportar datos de interés, el TC abdominal con contraste intravenoso aporta más información y, frecuentemente, el diagnóstico. El tratamiento convencional consiste en la cirugía, con drenaje del absceso y retirada del cuerpo extraño, aunque se han descrito casos de extracción por vía endoscópica o percutánea, e incluso algún caso con buena evolución sólo con tratamiento antibiótico, si bien la persistencia del cuerpo extraño puede favorecer la recidiva del absceso.

Caso clínico: Mujer de 72 años, con antecedentes de HTA y artritis reumatoide, que acudió a urgencias por dolor focalizado en hipocondrio derecho (HCD) y epigastrio de 12 días de evolución asociado a febrícula de predominio vespertino. A la exploración se encontraba afebril, con abdomen blando y depresible, doloroso en HCD y epigastrio, con defensa voluntaria, sin irritación peritoneal. En la analítica presentaba leucocitosis con neutrofilia. Se solicitó ecografía abdominal apreciando imagen sugestiva de absceso hepático, por lo que se completó estudio con TC que informó de área hipodensa mal definida, de 36 mm, en LHI, en S3, con pérdida del plano de separación grasa entre el LHI y el antro gástrico, con imagen hiperdensa, lineal, en su interior, sugestivo de absceso hepático que pudiese tener como origen una perforación gástrica con cuerpo extraño. No neumoperitoneo. No líquido libre intraabdominal. Dada la estabilidad de la paciente se decidió realizar drenaje radiológico de la colección, que se retiró a los 8 días tras confirmar la resolución del mismo. El cultivo fue positivo para *Streptococcus viridans*. Se realizó gastroscopia sin hallazgos. Fue alta hospitalaria y se programó 3 meses más tarde para realizar laparoscopia exploradora. Se intervino mediante laparoscopia con 4 trócares (Hasson umbilical, accesorios 5,5,11 mm), hallando adherencias de curvatura menor a superficie hepática a nivel del lóbulo hepático izquierdo. Tras realizar adhesiolisis se evidenció un trayecto fistuloso bien delimitado, con un diámetro máximo de 1cm de grosor, con origen prepilórico hasta penetrar en hígado. Se realizó disección del trayecto, sección del mismo extrayendo espina de pescado de su interior, y resección completa del trayecto con sección del extremo gástrico con endogía. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo alta al 3^{er} día.

Discusión: Consideramos que el tratamiento de los abscesos hepáticos debidos a perforación gastrointestinal por cuerpo extraño mediante drenaje percutáneo inicial y abordaje laparoscópico diferido es una opción factible que aporta las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva y evita la realización de una cirugía durante el proceso infeccioso agudo.