



## COMUNICACIONES CLÍNICAS

### Absceso hepático secundario a la impactación de un cuerpo extraño en la pared colónica

### Pyogenic liver abscess secondary to a foreign body penetration in the colonic wall

L.Á. Sánchez-Muñoz<sup>a,\*</sup>, F.J. Sanjuán-Portugal<sup>b</sup>, J. Castiella-Herrero<sup>b</sup> y J. Naya-Manchado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna, Fundación Hospital Calahorra, La Rioja, España

Recibido el 5 de noviembre de 2009; aceptado el 26 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 10 de febrero de 2010

El absceso hepático piógeno es una patología infrecuente (10–20 casos/100.000 ingresos)<sup>1</sup>. Su etiología es de origen biliar en más del 40% de casos, portal en el 5–15%, arterial en el 5–10%, por contacto o traumatismos en el 5–10% y sin fuente aparente en el 20–40% de los casos<sup>1,2</sup>. La mayoría de los cuerpos extraños recorren el tubo digestivo sin incidencias en una semana; raramente originan la aparición de abscesos hepáticos y, cuando lo hacen, suele deberse a su acceso al hígado directamente desde el estómago o el duodeno<sup>3–5</sup>. La incidencia descrita de cuerpos extraños penetrando en el intestino es inferior al 1%<sup>3–5</sup>. Presentamos un caso de absceso hepático secundario a diseminación portal, tras un proceso inflamatorio local originado por la penetración de un cuerpo extraño en el colon distal.

#### Caso clínico

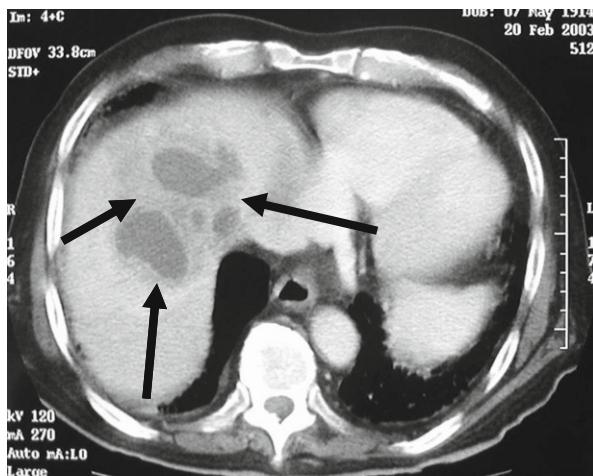
Se trataba de un paciente de 88 años, que ingresó por presentar un cuadro clínico de dos meses de evolución consistente en hiporexia, pérdida ponderal, anemización progresiva y episodios intermitentes de fiebre y tiritona sin foco aparente, que reaparecían tras varios ciclos de

antibioterapia ambulatoria empírica con cefuroxima y ciprofloxacino. No presentabacefalea, dolores osteomusculares, alteraciones visuales, claudicación mandibular ni otra sintomatología. Entre sus antecedentes constaba hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperuricemia e insuficiencia renal leve. En la exploración física se evidenciaban palidez, febrícula (37,8 °C), un soplo sistólico aórtico y leves edemas en las extremidades inferiores. En la analítica destacaban: hemoglobina 8,3 g/dl, volumen corpuscular medio 87 fl, leucocitos 17.180 células/μl (87% polimorfonucleares), velocidad de sedimentación globular 140 mm/h, ferritina 510 ng/ml, gamma-glutamil-transpeptidasa 261 UI/l y fosfatasa alcalina 405 UI/l. Las radiografías de tórax y abdomen no mostraron alteraciones de importancia. Se realizaron ecografía y tomografía computarizada (TC) abdominales (fig. 1A) que mostraron en el lóbulo hepático derecho una lesión subdiafragmática de 10 × 7 × 4 cm, de bajo coeficiente de atenuación, de bordes mal definidos, con captación precoz, de paredes gruesas y tabicadas. La vesícula, litiásica, no evidenciaba otros signos sugerentes de complicaciones asociadas. Ante la sintomatología y resultados de las pruebas de imagen del paciente, compatibles con absceso hepático piógeno, se realizó drenaje percutáneo guiado por TC y se pautó imipenem intravenoso. Tras dos semanas de tratamiento el paciente permanecía afebril y la imagen abscesificada se había resuelto (fig. 1B), por lo que se retiró el drenaje. Los

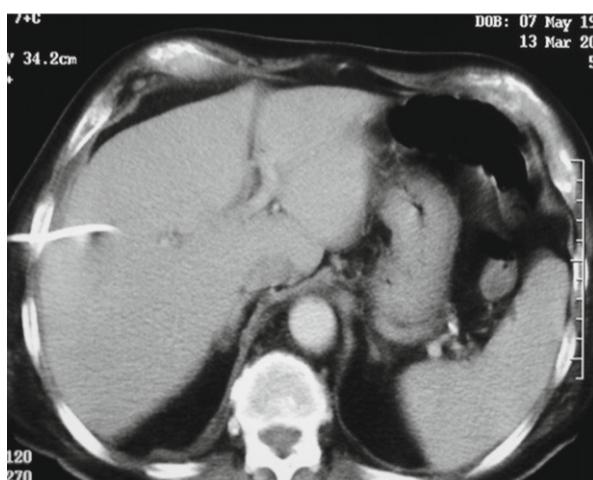
\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsanchezmunoz@gmail.com  
(L.Á. Sánchez-Muñoz).

A



B

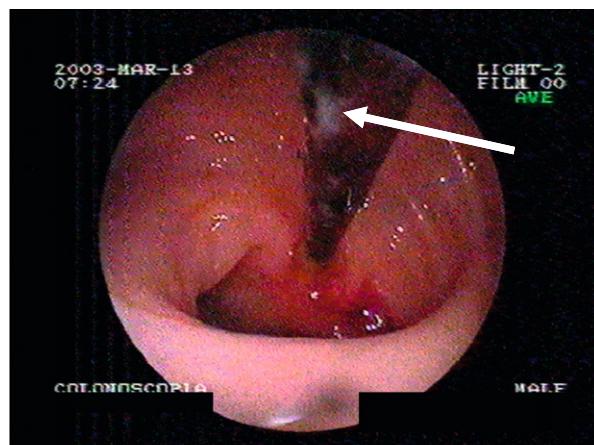


**Figura 1** A) Tomografía computarizada abdominal. Lesión subdiafragmática, de bordes mal definidos, de paredes gruesas y tabicadas, compatible con absceso hepático piógeno (flechas). B) Tomografía computarizada abdominal: resolución del absceso.

hemocultivos y cultivos aerobios y anaerobios del pus drenado resultaron negativos. Para completar el estudio etiológico del absceso hepático se realizó una colonoscopia (fig. 2A), que mostró en el colon descendente, a 55 cm del margen anal, un cuerpo extraño longitudinal de 5 cm de longitud, negro, firme, con un extremo distal impactado en la pared colónica, que estaba edematosas, eritematosa y con restos de fibrina, siendo imposible su extracción. Se realizó una laparotomía con extracción del cuerpo extraño que resultó ser un palillo (fig. 2B). El paciente completó 4 semanas de tratamiento con amoxicilina-clavulánico vía oral, permaneciendo afebril, con resolución del absceso hepático en los controles ecográficos posteriores.

Los abscesos hepáticos secundarios a la penetración en el tubo digestivo de cuerpos extraños son infrecuentes, y más aún si esta se produce en el colon<sup>3-5</sup>. Suele tratarse de objetos puntaagudos, habitualmente de origen alimentario, como espinas de pescado y huesos de pollo, aunque se han descrito palillos, agujas, porciones de dentaduras, etcétera. Tras la ingestión accidental, los cuerpos extraños suelen

A



B



**Figura 2** A) Colonoscopia; cuerpo extraño impactado en pared colónica (flecha). B) Cuerpo extraño (palillo) extraído por colotomía.

acceder al hígado tras perforar el estómago o el duodeno<sup>3-9</sup>. En los casos de origen colónico el absceso hepático se origina por diseminación portal a partir del foco inflamatorio que la penetración del cuerpo extraño produce en la pared colónica, habitualmente en las regiones ileocecal y rectosigmoidea<sup>3-6</sup>. Los síntomas que presenta el paciente son originados por la perforación del tubo digestivo y/o por el absceso hepático. Los pacientes que presentan una perforación gástrica, duodenal o colónica por cuerpo extraño, suelen presentar una sintomatología más leve que cuando la perforación es yeyunal o ileal<sup>4</sup>. El absceso hepático origina un amplio espectro de signos y síntomas, desde los más agudos y específicos ( fiebre en picos, dolor en el hipocondrio derecho) a otros más insidiosos y anodinos (febrícula, pérdida ponderal) o a los indicativos de afectación diafragmática (dolor pleurítico, derrame pleural derecho). El diagnóstico puede plantear dificultades dada sintomatología frecuentemente inespecífica, la baja sospecha de ingesta de cuerpo extraño y que los objetos ingeridos no suelen ser radioopacos<sup>3,5,7</sup>, como ocurrió en el caso presentado. En una serie que analiza 62 pacientes con perforación digestiva por cuerpo extraño sólo se recoge el antecedente de ingestión

previa del mismo en el 3% de casos; el uso de prótesis dental se considera un factor de riesgo (presente en el 69% de casos)<sup>4</sup>. La ecografía y TC abdominales son las técnicas de elección para el diagnóstico del absceso hepático, siendo mejor el rendimiento de la TC para detectar cuerpos extraños<sup>5</sup>. La endoscopia digestiva es útil para completar el estudio etiológico del absceso hepático si la causa no se ha evidenciado por métodos no invasivos. Sin embargo, dado que no permite valorar una importante porción del intestino delgado, el diagnóstico preoperatorio puede ser difícil y requiere de un alto índice de sospecha. La antibioterapia (con cobertura para enterobacterias y anaerobios), el drenaje del absceso y la retirada del cuerpo extraño (usualmente por laparotomía) son la base del tratamiento<sup>5</sup>.

Concluimos que cuando no se consigue filiar la etiología de un absceso hepático mediante métodos no invasivos la endoscopia digestiva puede resultar de gran utilidad<sup>5,10</sup>.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Johansenn EC, Madoff LC. Infecciones hepáticas y del sistema biliar. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica, 6<sup>a</sup> ed. Elsevier Churchill Livingstone; 2006. p. 951–7.
2. Krike JE, Beckingham IJ. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system. BMJ. 2001;322:537–40.
3. Chintamani SV, Lubhana P, Durkhere R, Bhandari S. Liver abscess secondary to a broken needle migration-a case report. BMC Surg. 2003;3:8.
4. Goh BK, Yong WS, Yeo AW. Pancreatic and hepatic abscess secondary to fish bone perforation of the duodenum. Dig Dis Sci. 2005;50:1103–6.
5. Santos SA, Alberto SC, Cruz E, Pires E, Figueira T, Coimbra E, et al. Hepatic abscess induced by foreign body: case report and literature review. World J Gastroenterol. 2007;13:1466–70.
6. Goh BK, Chow PK, Quah HM, Ong HS, Eu KW, Ooi LL, et al. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. World J Surg. 2006;30:372–7.
7. Drnovsek V, Fontanez-García D, Wakabayashi MN, Plavsic BM. Gastrointestinal case of the day. Pyogenic liver abscess caused by perforation by a swallowed wooden toothpick. Radiographics. 1999;19:820–2.
8. Tsui BC, Mossey J. Occult liver abscess following clinically unsuspected ingestion of foreign bodies. Can J Gastroenterol. 1997;11:445–8.
9. Kanazawa S, Ishigaki K, Miyake T, Ishida A, Tabuchi A, Tanemoto K, et al. A granulomatous liver abscess which developed after a toothpick penetrated the gastrointestinal tract: report of a case. Surg Today. 2003;33:312–4.
10. Bilimoria KY, Eagan RK, Rex DK. Colonoscopic identification of a foreign body causing an hepatic abscess. J Clin Gastroenterol. 2003;37:82–5.