

stable gene transfer using recombinant adeno-associated virus 2 vector. *Blood Cells Mol Dis.* 1998;24:522–8.

Luisa Adán Merino*, Silvia Gómez Senent,
María Dolores Martín Arranz, Eduardo Martín Arranz y
José María Segura Cabral

doi:10.1016/j.gastrohep.2008.09.020

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Paz, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisaadan@gmail.com (L. Adán Merino).

Cuerpo extraño: una causa infrecuente de absceso hepático

Foreign body: an uncommon cause of liver abscess

Sr. Editor:

Los abscesos hepáticos debidos a perforación gastrointestinal por cuerpo extraño son poco frecuentes¹, y suponen entre el 0 y el 5% de éstos.

El primer caso se describió en 1898², desde entonces se han publicado 47 casos más, y la espina de pescado es el agente causal aislado con más frecuencia¹.

En nuestro hospital, en los últimos 5 años, se han atendido 2 casos de abscesos hepáticos secundarios a cuerpo extraño que, por su baja frecuencia de presentación, motivan esta carta.

El primer caso correspondía a una mujer de 57 años, con cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal, fiebre y vómitos. En la exploración física destacaba una hepatomegalia de 2 cm. Los análisis reflejaban una anemia leve con hipertransaminasemia y cifras elevadas de gammaglutamil transpeptidasa (GGT) y fosfatasa alcalina. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal que reveló la presencia de una lesión hepática multilobulicada de 5 × 4 cm compatible con absceso, con una imagen lineal de 4 cm de longitud en su interior. Durante la intervención quirúrgica se confirmó la presencia de una pata de gamba. Despues de extraer el cuerpo extraño y de realizar desbridamiento y drenaje del absceso, la paciente evolucionó favorablemente, con resolución del cuadro.

El segundo caso se trataba de una mujer de 66 años, con clínica de fiebre alta de 2 semanas de evolución y malestar general acompañante. Los datos analíticos revelaron la existencia de una hipertransaminasemia leve, con GGT y fosfatasa alcalina elevadas. En los hemocultivos se aisló *Streptococcus anginosus*. La TC abdominal mostró una masa heterogénea en lóbulo hepático izquierdo, de 7,5 × 7 cm de diámetro, con una imagen lineal hiperdensa de 3,5 cm que se introducía en el antro gástrico (fig. 1). En el acto operatorio se observó un hueso de pollo con absceso hepático en su proximidad. Se realizó drenaje de éste y se extrajo el cuerpo extraño, con buena evolución posterior.

En los abscesos hepáticos secundarios a perforación gastrointestinal por cuerpo extraño, la espina de pescado es el agente identificado con más frecuencia, como ocurre en uno de nuestros casos, seguida del palillo de dientes y, en tercer lugar, del hueso de pollo. Son menos frecuentes otras etiologías, como las agujas, piercings, etc.¹. La sintomatología inespecífica y variable de esta entidad, así como el hecho de que los pacientes no suelen recordar el momento de la ingestión, hacen que el diagnóstico de perforación hepática por cuerpo extraño sea aún más complicado. Aunque la ecografía puede aportar datos de interés³, la TC abdominal con contraste intravenoso es la que nos aporta más información y, frecuentemente, el diagnóstico⁴.

En nuestros pacientes, los abscesos se originaron, en un caso, por la migración a través de la pared gástrica de una pinza de crustáceo y, en el otro, por una esquirla de hueso de pollo que atravesó la primera porción del duodeno. Los lugares de perforación gastrointestinal descritos con más frecuencia son, al igual que en estos casos, el estómago y el duodeno^{5,6}. Entre los gémenes identificados en este tipo de abscesos, el género *Streptococcus* es el que se aísla con más frecuencia⁷, como ocurrió en uno de nuestros pacientes. Sin embargo, en cerca de la mitad de los casos no se llega a identificar el germe causal. 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 endoscópica⁸ o percutánea⁹. También se ha comunicado algún caso con buena evolución sólo con tratamiento antibiótico, sin retirada del cuerpo extraño¹⁰, aunque en nuestra opinión esta opción sólo debería considerarse en los casos en los que se contraindique la intervención quirúrgica.



Figura 1

Bibliografía

1. 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.
2. De la Vega M, Rivero JC, Ruiz L, Suarez S. A fish bone in the liver. *Lancet.* 2001;358:982.
3. Chiang TH, Liu KL, Lee YC, Chiu HM, Lin JT, Wang HP. Sonographic diagnosis of a toothpick traversing the duodenum and penetrating into the liver. *J Clin Ultrasound.* 2006;34:237-40.
4. Chan SC, Chen HY, Ng SH, Lee CM, Tsai CH. Hepatic abscess due to gastric perforation by ingested fish bone demonstrated by computed tomography. *J Formos Med Assoc.* 1999;98:145-7.
5. Chintamani, Singhal V, Lubhana P, Durkhere R, Bhandari S. Liver abscess secondary to a broken needle migration- a case report. *BMC Surg.* 2003;3:8.
6. Tsai JL, Than MM, Wu CJ, Sue D, Keh CT, Wang CC. Liver abscess secondary to fish bone penetration of the gastric wall: a case report. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).* 1999;62:51-4.
7. Nisbet M, Thomas M. Liver abscess associated with persistent *Streptococcus anginosus* bacteremia. *Clin Infect Dis.* 2005;41:352-3. 403-5.
8. Mukkada RJ, Chettupuzha AP, Francis VJ, Mathew PG, Chirayath SP, Koshy A, et al. Endoscopic removal of chicken bone that caused gastric perforation and liver abscess. *Indian J Gastroenterol.* 2007;26:246-7.
9. Horii K, Yamazaki O, Matsuyama 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.

10. Yang CY, Kao JH, Liu KL, Chen SJ. Medical treatment of fish bone-related liver abscess. *Clin Infect Dis.* 2005;41:1689-90.

Ikbal Ammari^a, Rebeca Longueira Suárez^{b,*}, José Luis Lamas Ferreiro^b, Mauricio Iribarren Díaz^c, Ángeles Toscano Novella^c y César Martínez Vázquez^b

^aServicio de Nefrología, Complexo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Xeral, Universidad de Santiago, Vigo, Pontevedra, España

^bServicio de Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Complexo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Xeral. Universidad de Santiago, Vigo, Pontevedra, España

^cServicio de Cirugía General, Complexo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Xeral, Universidad de Santiago, Vigo, Pontevedra, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(R. Longueira Suárez\)](mailto:rebeca.longueira@hotmail.com)