



Cartas científicas

Absceso hepático por espina de pescado, un hallazgo inusual

Hepatic abscess caused by a fishbone: An unusual finding



Los abscesos hepáticos piógenos habitualmente presentan un origen biliar o son secundarios a un foco de sepsis, alcanzando el hígado por vía portal o arterial¹. Suponen un desafío terapéutico a pesar de los avances en las pruebas de imagen y en el tratamiento². Recientemente, ha aumentado la incidencia de los abscesos hepáticos producidos por perforaciones del tracto gastrointestinal tras ingesta de cuerpos extraños. El primer caso fue descrito por Lambert en 1989, y desde entonces unos 60 casos han sido publicados en la literatura²⁻⁴.

Esta entidad supone un reto diagnóstico debido a la ingesta accidental, en ocasiones olvidada, así como a la sintomatología inespecífica, siendo diagnosticados erróneamente como abscesos criptogénicos^{5,6}. Asimismo, debe tenerse en cuenta esta etiología en el diagnóstico diferencial de los abscesos hepáticos piógenos recurrentes².

Presentamos dos casos clínicos de abscesos hepáticos secundarios a perforación del tracto gastrointestinal por espina de pescado.

Caso 1. Mujer de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y colecistectomizada, con clínica de dolor en fosa renal derecha irradiado a hipocondrio derecho y fiebre de una semana de evolución. Presenta puño-percusión renal positiva, y analítica sin alteraciones. En ecografía abdominal, se visualiza una lesión heterogénea con múltiples septos en el segmento V hepático; que se confirma en tomografía axial computerizada (TAC), como lesión ocupante de espacio sugestiva de absceso multitabicado de 10 cm de diámetro.

Tras antibioterapia empírica y drenaje percutáneo, existe persistencia de la lesión, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente: mediante laparotomía subcostal, se realiza drenaje quirúrgico en dos ocasiones con una semana de intervalo entre ambas intervenciones, sin mejoría clínica ni radiológica, y sin hallar la etiología del absceso. Al séptimo día postoperatorio es alta con seguimiento ambulatorio permaneciendo asintomática y afebril. En la TAC de control, se visualiza nuevamente la lesión acompañada de una imagen

lineal de densidad ósea de 3 cm en relación con el antro gástrico y en íntimo contacto con el absceso (fig. 1a) no claramente visualizada en las pruebas de imagen previas.

Se programa intervención quirúrgica, relaparotomía y desbridamiento del plastrón inflamatorio que engloba antro gástrico, ángulo hepático del colon y segmentos V y VI hepáticos, con una espina de pescado de 4 cm que perfora cara lateral de la curvatura menor gástrica introduciéndose en el hígado. Se realiza resección del trayecto fistuloso, y cierre del mismo, extracción del cuerpo extraño y resección hepática de la zona abscesificada (fig. 1b). Posteriormente fue alta al octavo día, y actualmente sin recurrencia de la enfermedad.

Caso 2. Varón de 44 años con clínica de dolor abdominal difuso de un mes de evolución, que consulta por reagudización del mismo y leucocitosis (18.500 mil/mm³). En la TAC se observa en el lóbulo hepático izquierdo un cuerpo extraño lineal de densidad calcio de 4 cm, adyacente a una colección intraparenquimatosa de 5 cm de diámetro mayor, sugestiva de absceso hepático (fig. 2a); asimismo presenta edema alrededor de la segunda porción duodenal, con posible zona de perforación. Se decide iniciar tratamiento conservador con antibioterapia empírica, con buena evolución y siendo alta al octavo día.

Se decide posteriormente cirugía electiva; tras laparotomía subcostal bilateral, se encuentra plastrón inflamatorio en curvatura menor gástrica. Se lleva a cabo drenaje del absceso, cierre de la perforación en antro gástrico y retirada de la espina de pescado (fig. 2b). El paciente es dado de alta al quinto día, sin complicaciones ni recurrencia posterior.

Generalmente, los cuerpos extraños ingeridos accidentalmente atraviesan el tracto gastrointestinal sin presentar complicaciones en una semana aproximadamente^{1,7}. En determinados casos (<1%) provocan una perforación intestinal, migran y alcanzan el parénquima hepático ocasionando un absceso hepático. Las localizaciones más frecuentes de perforación son el píloro y el duodeno, y la zona de migración, el lóbulo hepático izquierdo por proximidad².

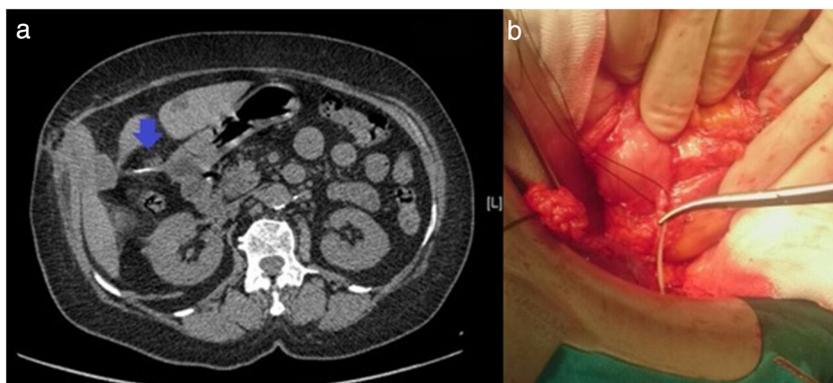


Figura 1 – a) Corte axial de la TAC, donde se objetiva cuerpo extraño (espina de pescado, marcado con la flecha azul); y a la derecha, b) imagen intraoperatoria donde se observa la espina en el trayecto fistuloso hacia el hígado. Los colores de la figura solo pueden apreciarse en la versión electrónica del artículo.

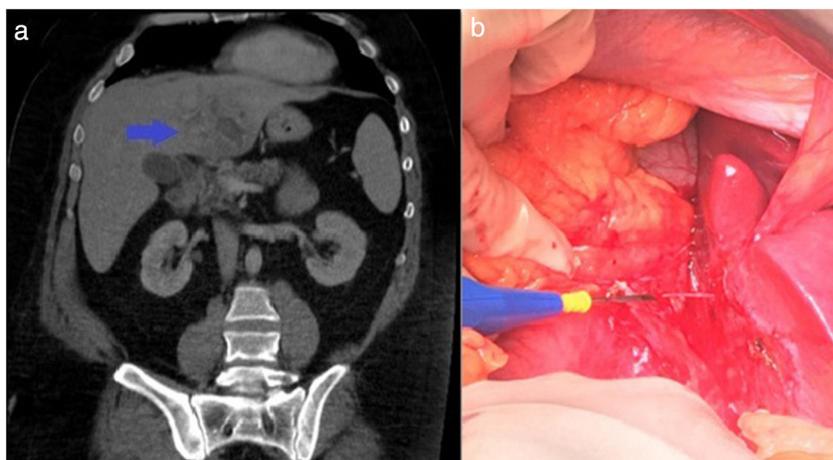


Figura 2 – a) Corte axial de la TAC, donde se observa absceso intrahepático en lóbulo hepático izquierdo señalado con la flecha azul. b) Imagen intraoperatoria durante la extracción de espina de pescado del hígado. Los colores de la figura solo pueden apreciarse en la versión electrónica del artículo.

Estos abscesos secundarios a cuerpos extraños, suelen relacionarse con elementos afilados y puntiagudos (palillos de dientes, huesos de pollo, agujas o espinas de pescado)^{3,5}.

Presentan una sintomatología indeterminada (dolor abdominal, fiebre, ictericia, pérdida de peso y/o fatiga) y la mayoría no recuerda la ingesta previa del cuerpo extraño^{1,8}. En la analítica, suelen presentar elevación de los parámetros inflamatorios, así como incremento de las enzimas hepáticas. La TAC es la prueba diagnóstica de elección debido a su alta resolución y exactitud diagnóstica⁶.

Estudios recientes abogan por un manejo inicial conservador con antibioterapia empírica asociada en ocasiones a drenaje percutáneo, y posterior retirada del cuerpo extraño mediante vía endoscópica o quirúrgica^{2,5}. El manejo endoscópico puede indicarse en casos diagnosticados precozmente y antes de que la perforación y migración del cuerpo extraño se haya producido⁷. A pesar de ello, la cirugía con retirada del cuerpo extraño, cierre de la perforación, drenaje y desbridamiento del absceso continúa siendo el tratamiento de elección para evitar la recurrencia^{5,9}.

Esta etiología debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de un absceso único, recurrente, o con evidencia indirecta en pruebas de imagen de adhesión o inflamación entre el tracto gastrointestinal y el hígado, sugestiva de la migración del cuerpo extraño². Debido a la escasa precisión diagnóstica, es importante un manejo multidisciplinar, siendo la cirugía el pilar básico para su resolución definitiva^{7,8}.

BIBLIOGRAFÍA

- Glick WA, Simo KA, Swan RZ, Sindram D, Iannitti DA, Martinie JB. Pyogenic hepatic abscess secondary to endoluminal perforation of an ingested foreign body. *J Gastrointest Surg.* 2012;16:885-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-011-1711-7>.
- Leggieri N, Marques-Vidal P, Cerwenka H, Denys A, Dorta G, Moutardier V, et al. Migrated foreign body liver abscess illustrative case report, systematic review, and proposed

- diagnostic algorithm. *Medicine (Baltimore)*. 2010;89:85-95. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0b013e3181d41c38>.
3. Ng CT, Htoo A, Tan SY. Fish bone-induced hepatic abscess: Medical treatment. *Singapore Med J*. 2011;52:3-5. <http://smj.sma.org.sg/5203/5203cr6.pdf>.
 4. Ede C, Sobnach S, Kahn D, Bhyat A. Enterohepatic migration of fish bone resulting in liver abscess. *Case Rep Surg*. 2015;2015:1-2. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/238342>.
 5. Matrella F, Lhuair M, Piardi T, Dokmak S, Bruno O, Maestraggi Q, et al. Liver hilar abscesses secondary to gastrointestinal perforation by ingested fish bones: surgical management of two cases. *Hepatobiliary Surg Nutr*. 2014;3:156-62. <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2304-3881.2014.04.01>.
 6. Tan CH, Chang SYH, Cheah YL. Laparoscopic removal of intrahepatic foreign body: A novel technique for management of an unusual cause of liver abscess-fish bone migration. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2016;26:47-50. <http://dx.doi.org/10.1089/lap.2015.0487>.
 7. Masoodi I, Alsayari K, Al Mohaimeed K, Ahmad S, Almtawa A, Alomair A, et al. Fish bone migration: An unusual cause of liver abscess. *BMJ Case Rep*. 2012;10-3. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr.09.2011.4838>.
 8. Liang H, Liu OQ, Ai XB, Zhu DQ, Liu JL, Wang A, et al. Recurrent upper quadrant pain: A fish bone secondary to gastric perforation and liver abscess. *Case Rep Gastroenterol*. 2011;5:663-6. <http://dx.doi.org/10.1159/000335211>.
 9. Lardièrre-Deguelte S, Ragot E, Amroun K, Piardi T, Dokmak S, Bruno O, et al. Hepatic abscess: Diagnosis and management. *J Visc Surg*. 2015;152:231-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisurg.2015.01.013>.

Isabel Jaén Torrejimenó*, Francisco Galeano Díaz, Diego López Guerra y Gerardo Blanco Fernández

Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isajaent@gmail.com (I. Jaén Torrejimenó).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.05.007>

0009-739X/© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Síndrome de Li-Fraumeni

Li Fraumeni syndrome



Aunque existen estrategias definidas en el manejo de ciertos cánceres hereditarios (mama, ovario, colon y recto, y endometrio), el manejo de pacientes portadores de mutaciones con riesgo aumentado de padecer cáncer es un problema mayor no establecido.

Las mutación germinal en el gen TP53, resulta en una condición rara hereditaria conocida como síndrome de Li-Fraumeni (SLF)¹.

Presentamos el caso de una mujer de 21 años con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y fiebre. A los 11 años fue diagnosticada de osteosarcoma de húmero proximal derecho, sin metástasis. Recibió quimioterapia protocolo SEOP 2001 (ifosfamida días 1-5 y adriamicina 25 mg/m² días 1-3) pre y poscirugía con desarticulación interescapulotorácica derecha. Neuroma residual con seguimiento anual hasta julio 2017. Abuelo materno fallecido por cáncer de pulmón (69 años) y paterno por cáncer de próstata (78 años). Destacaba a la exploración física un abdomen distendido, doloroso en hipocondrio izquierdo con masa empastada y sin defensa abdominal. Analítica con leucocitosis, neutrofilia y PCR 340. La TAC mostraba una masa heterogénea de 10 × 15 cm en hipocondrio izquierdo, ampliamente necrosada/abscesificada, con nivel hidroaéreo, la cual desplazaba estructuras vecinas. Esplenomegalia con áreas sugestivas de infartos. Hígado sin lesiones focales. Riñones sin hallazgos. No adenopatías de tamaño patológico, con moderado líquido libre intraperitoneal.

La cirugía identificó una peritonitis purulenta de 2,5 l con una masa dependiente de colon transversal distal empotrada anteriormente al hilio esplénico. A nivel posterior contactaba con la cola del páncreas y con la curvatura mayor gástrica hasta fundus gástrico. No se palparon LOES hepáticas. Tras hemicolectomía izquierda y esplenectomía con reconstrucción primaria del tránsito colónico, la paciente recuperó el tránsito en el quinto día postoperatorio siendo dada de alta tras ampliar el estudio hospitalario mediante RMN cerebral, mamaria y estudio genético en Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (fig. 1).

La anatomía patológica identificó un tumor del estroma gastrointestinal (GIST), fusocelular multifocal de bajo grado, de 5 × 3 cm, con los bordes quirúrgicos libres, sin afectación y sin invasión linfovascular ni perineural. Con menos de 50 mitosis por campo de gran aumento (G1). Sin evidencia de necrosis. La citología peritoneal fue negativa para malignidad. El panel de IHQ: CD117: positivo (++); Dog1: positividad focal; CKAE1/AE3: negativa; S100: negativa (-); CD34: positiva (+); Ki-67: proliferativo en aproximadamente 10-15% de celularidad, y actina: negativa (-) (fig. 2).

El cáncer pediátrico debe situarnos en la hipótesis de un síndrome de predisposición de cáncer hereditario en la familia, sobre todo con antecedentes familiares o con anomalías concurrentes congénitas. Las condiciones asociadas con mayor riesgo de cáncer en la infancia incluyen: genodermatosis (neurofibromatosis tipo 1 y esclerosis tube-