

# Absceso hepático por espina de pescado: reporte de caso

## Liver Abscess Due to Fish Bone: Case Report

Annar Aileen Cuesta-Pertuz,<sup>1\*</sup> Óscar Alberto Mosquera-López,<sup>2</sup> Isabel Cristina Palacios-Cuesta,<sup>3</sup> Jesús Alberto Mosquera-López,<sup>4</sup> Daniela Patricia De León-Valdés.<sup>5</sup>

### ACCESO ABIERTO

#### Citación:

Cuesta-Pertuz AA, Mosquera-López OA, Palacios-Cuesta IC, Mosquera-López JA, De León-Valdés DP. Absceso hepático por espina de pescado: reporte de caso. Revista. colomb. Gastroenterol. 2024;39(3):332-336. <https://doi.org/10.22516/25007440.1117>

- <sup>1</sup> Médica, especialista en Cirugía General, Clínica Diagnóstica S. A. S. Quibdó, Colombia.  
<sup>2</sup> Médico, radiólogo, especialista en Radiología Intervencionista, Unidad de Diagnóstico por Imagen Diagnóstica S. A. S. Quibdó, Colombia.  
<sup>3</sup> Médica general, Clínica Diagnóstica S. A. S. Quibdó, Colombia.  
<sup>4</sup> Médico, residente de Radiología e Imágenes Diagnósticas, Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.  
<sup>5</sup> Médica, especialista en Cirugía General, Clínica Diagnóstica S. A. S. Quibdó, Colombia.

\*Correspondencia: Annar Aileen Cuesta-Pertuz.  
aileenqert@gmail.com

Fecha recibido: 24/07/2023  
Fecha aceptado: 17/10/2023



### Resumen

La presencia de cuerpos extraños en el hígado es una entidad infrecuente. Se reporta el caso de un paciente con absceso hepático por espina de pescado secundario a la migración de esta desde el tracto gastrointestinal. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas; por eso, en este caso, el diagnóstico oportuno y el abordaje quirúrgico precoz permitieron disminuir la estancia hospitalaria, el riesgo de complicaciones y la muerte.

### Palabras clave

Cirugía general, hepatología, reacción a un cuerpo extraño.

### Abstract

The presence of foreign bodies in the liver is an uncommon condition. This report details the case of a patient with a hepatic abscess caused by a fishbone, which migrated from the gastrointestinal tract. The clinical manifestations were nonspecific, making the timely diagnosis and early surgical intervention crucial in reducing hospital stay, the risk of complications, and mortality.

### Keywords

General Surgery, Hepatology, Foreign Body Reaction.

## INTRODUCCIÓN

El absceso hepático se define como la acumulación de pus rodeada de una cápsula, originado por una infección con destrucción del parénquima y el estroma<sup>(1)</sup>. La incidencia en Norteamérica es de 2,3 por 100.000 admisiones hospitalarias, en Taiwán es de 275,4 por 100.000<sup>(2)</sup>. Esta enfermedad tiene una alta tasa de morbimortalidad si no es diagnosticada y tratada adecuadamente. Los factores predisponentes más importantes para desarrollar un absceso hepático son: diabetes *mellitus* (39,6%), cirugías de la vesí-

cula o de las vías biliares (21,3%) y la presencia de abuso crónico de alcohol (10,5%)<sup>(3)</sup>.

El absceso hepático por cuerpos extraños, y en especial por espina de pescado, es una condición potencialmente grave. Es importante describir este caso con presentación clínica insidiosa, síntomas inespecíficos y antecedente no claro de ingestión de cuerpo extraño, similar a los descritos en la literatura, y se confirma el valor del diagnóstico temprano y del adecuado manejo multidisciplinario que llevaron a la resolución completa de la enfermedad en corto tiempo. Cuando no se identifica de manera inicial la presencia de un cuerpo

extraño, se prolonga el tratamiento por la persistencia de este en el hígado generando recidivas del absceso, lo que requiere múltiples drenajes percutáneos o abiertos.

## REPORTE DE CASO

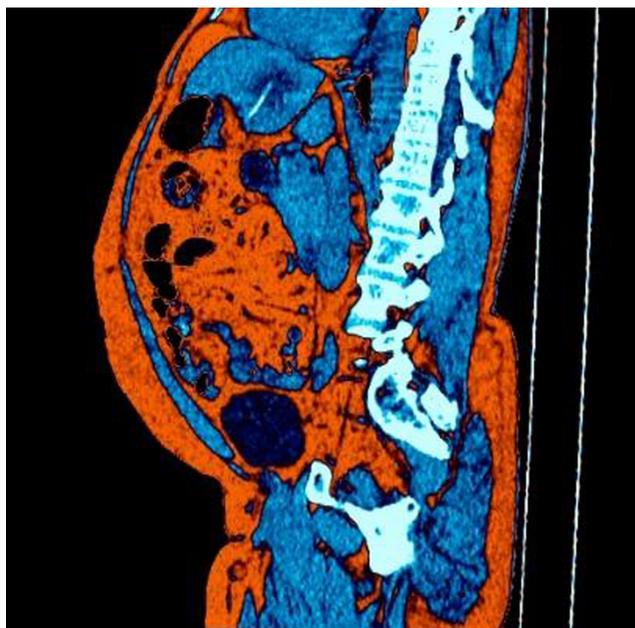
Se trata de un hombre de 55 años de edad con un cuadro clínico de un año de evolución de dolor abdominal intermitente en el epigastrio y en la fosa iliaca izquierda sin otros síntomas asociados; negó fiebre, ictericia e ingestión de cuerpo extraño. Tenía antecedentes personales de obesidad, hipertensión y consumo frecuente de licor. Acudió a nuestra institución para la realización de un ultrasonido de abdomen, en el que se identificó un absceso hepático en los segmentos II y III con cuerpo extraño en su interior y cambios inflamatorios en la grasa del omento gastrohepático (**Figura 1**), por lo que se solicitó complementarlo con una tomografía de abdomen, en la que se confirmaron los hallazgos (**Figura 2**). El grupo de Cirugía General decidió hospitalizarlo para brindarle manejo antibiótico con ciprofloxacino 200 mg intravenoso (IV) cada 12 horas y metronidazol 500 mg IV cada 8 horas, y los paraclínicos al ingreso mostraron elevación de reactantes de fase aguda (leucocitosis, neutrofilia leve y proteína C-reactiva [PCR]), leve alteración de las enzimas hepáticas (aspartato-aminotransferasa [AST]: 52,3 U/I y alanina-aminotransferasa [ALT]: 23,3 U/I) y bilirrubinas, fosfatasa alcalina y tiempos de coagulación dentro de los límites normales.



**Figura 1.** Ecografía abdominal con imagen ecogénica lineal en su interior compatible con cuerpo extraño de 3,7 cm y muestra un absceso en el lóbulo izquierdo del hígado. Fuente: Departamento de Radiología, Clínica Diagnosticar. Quibdó, Chocó.

En el primer día de hospitalización se intentó la extracción percutánea del cuerpo extraño, la cual fue fallida, por lo que fue llevado a laparotomía con ecografía intraoperatoria para la marcación del absceso y la localización del cuerpo extraño, y se logró drenar el absceso y extraer la espina de

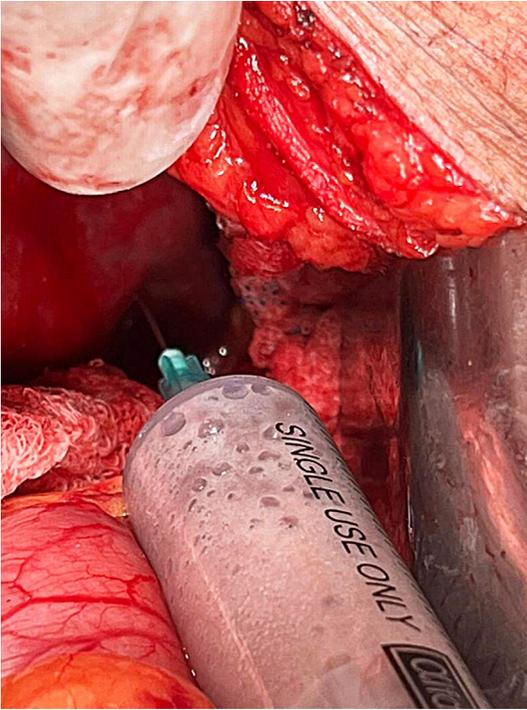
pescado (**Figuras 3, 4 y 5**) mediante una incisión única en el hígado con mínimo sangrado; posteriormente, se realizó una hepatorrafia hemostática con sutura cárgut cromado con aguja atraumática BP1 y se dejó el drenaje conectado al sistema de drenaje. En el cultivo de la secreción se aisló *Streptococcus costellatus*, una bacteria que hace parte de la flora bacteriana orofaríngea, y era sensible a los antibióticos con los que se inició el tratamiento empírico. La antibioticoterapia intrahospitalaria fue por 5 días y ambulatoria hasta completar 21 días. Antes del alta, la ecografía demostró la resolución del absceso hepático y cambios posquirúrgicos recientes en el lóbulo izquierdo (**Figura 6**).



**Figura 2.** Tomografía de abdomen simple, absceso hepático en los segmentos II y III, con cuerpo extraño que se extiende al parénquima hepático adyacente. Fuente: Departamento de Radiología, Clínica Diagnosticar. Quibdó, Chocó.

## DISCUSIÓN

El absceso hepático es una acumulación de pus y detritos celulares en el parénquima hepático secundario a colonización parasitaria, bacteriana o fúngica<sup>(4)</sup>. La incidencia y la mortalidad tienen mayor relación con los abscesos de origen bacteriano y vienen en descenso desde la aparición del drenaje percutáneo, con porcentajes que oscilan entre un 20% y un 60 % de los casos<sup>(5)</sup>, y la principal complicación es la ruptura<sup>(4)</sup>. En la actualidad, en nuestro medio no hay estudios que indiquen su prevalencia; sin embargo, por la condición sociocultural, la falta de acceso a todos los servicios públicos y los niveles de saneamiento, la principal presentación en Colombia es los abscesos amebianos<sup>(6)</sup>. Los abscesos piógenos tienen una incidencia de 2,3 casos por cada 100.000



**Figura 3.** Drenaje de absceso hepático. Fuente: Departamento de Cirugía, Clínica Diagnóstica. Quibdó, Chocó.



**Figura 4.** Extracción de cuerpo extraño (espina de pescado). Fuente: Departamento de Cirugía, Clínica Diagnóstica. Quibdó, Chocó.



**Figura 5.** Cuerpo extraño (espina de pescado). Fuente: Departamento de Cirugía, Clínica Diagnóstica. Quibdó, Chocó.



**Figura 6.** Ecografía hepática posoperatoria. Fuente: Departamento de Radiología, Clínica Diagnóstica. Quibdó, Chocó.

habitantes<sup>(7)</sup>. La etiología es polimicrobiana y pueden encontrarse patógenos como *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* y especies de *Streptococcus* cuando se producen por cuerpo extraño<sup>(8,9)</sup>, como los del grupo *Anginosus*, con tres especies representativas, entre ellas la *constellatus*, que se encuentra comúnmente en la flora orofaríngea, gastrointestinal superior y urinaria<sup>(8)</sup>. La mortalidad por absceso hepático es significativa, aunque ha disminuido sustancialmente en estudios recientes, y varía entre un 11% y 31%. El estreptococo es el germen más frecuentemente aislado, aunque en aproximadamente la mitad de los casos se desconoce el agente etiológico<sup>(10)</sup>. Los factores predisponentes para la aparición del absceso hepático piógeno son: diabetes *mellitus* (39,6% de los casos), intervenciones en el tracto biliar (21,3%) y abuso crónico de alcohol (10,5% de los casos)<sup>(3)</sup>.

Los abscesos hepáticos por cuerpo extraño son extremadamente raros, pueden ser causados por la ingestión de materiales como agujas, huesos de pollo y espinas de pescado, y estas últimas son las más frecuentes en adultos<sup>(11)</sup>. El primer caso de absceso hepático relacionado con cuerpo extraño intrahepático se publicó en 1898<sup>(12)</sup>, pero los abscesos hepáticos que se relacionan con las espinas de pescado no tienen un alto reporte, y se limitan a informes de casos aislados. Una vez ingerido el cuerpo extraño, los principales sitios de penetración al hígado son el estómago y el duodeno<sup>(13)</sup>; y se alojan en el lóbulo izquierdo del hígado<sup>(11)</sup>; solo el 1% de la ingesta accidental de cuerpos extraños resulta en perforación<sup>(14)</sup> y son condiciones graves e inusuales que siguen siendo un desafío diagnóstico y terapéutico. La sintomatología puede variar entre 1 y 3 semanas<sup>(15,16)</sup> o extenderse a meses o años<sup>(11)</sup>; cursa con síntomas inespecíficos como fiebre, dolor en el cuadrante superior del abdomen, pérdida de peso, vómitos y anorexia<sup>(9)</sup>. La migración al hígado de un cuerpo extraño puede ser silenciosa durante mucho tiempo, y generalmente se descubre cuando hay infección o absceso. Por tanto, el diagnóstico por historia clínica y examen

físico es complejo: el nivel de sospecha es bajo tanto por el desconocimiento del paciente de la ingestión del cuerpo extraño como por la naturaleza inespecífica de los síntomas, que pueden asemejarse a varias causas de dolor abdominal, como absceso renal, absceso subfrénico, colecistitis aguda, apendicitis aguda, colangitis, pleuresía, absceso pulmonar y enfermedades infecciosas graves en general<sup>(10)</sup>.

Ante la presencia de un cuerpo extraño, la extracción del objeto, el drenaje de la colección y la antibioticoterapia son en conjunto el tratamiento ideal ya que en este contexto muy pocos casos se pueden tratar exitosamente con medios conservadores<sup>(11,17,18)</sup>. La terapia antibiótica debe ser de amplio espectro y su inicio no debe retrasarse por la toma de los cultivos. La duración de la misma debe abarcar un máximo de dos semanas, seguidos de un tratamiento oral apropiado durante otras 4 a 6 semanas<sup>(18)</sup>.

Con las nuevas combinaciones entre técnicas quirúrgicas y de imagen, el uso de la ultrasonografía en procedimientos mínimamente invasivos a través de un ecógrafo laparoscópico de punta flexible permite el mínimo de incisiones y altos porcentajes de éxito con menor daño en los tejidos. En nuestro caso, por la disponibilidad local se utilizó laparotomía con marcación ecográfica intraoperatoria con excelentes resultados ya que solo se requirió una incisión para el drenaje de la colección y la extracción del cuerpo extraño<sup>(19-21)</sup>.

## CONCLUSIÓN

El pronóstico en general de los pacientes con este tipo de abscesos depende de las comorbilidades y de cuán rápido se realiza el diagnóstico y tratamiento. Ante los abscesos que requieran múltiples drenajes o de contenidos atípicos se debe pensar en un cuerpo extraño asociado para llegar a un rápido y oportuno abordaje terapéutico con técnicas quirúrgicas adecuadas, como en este caso, para disminuir la mortalidad de estos pacientes.

## REFERENCIAS

1. Yu Y, Guo L, Hu C, Chen K. Spectral CT imaging in the differential diagnosis of necrotic hepatocellular carcinoma and hepatic abscess. *Clin Radiol*. 2014;69(12):e517-e524. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2014.08.018>
2. Chen CH, Wu SS, Chang HC, Chang YJ. Initial presentations and final outcomes of primary pyogenic liver abscess: a cross-sectional study. *BMC Gastroenterol*. 2014;14:133. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-14-133>
3. Lin ACM, Yeh DY, Hsu YH et al. Diagnosis of pyogenic liver abscess by abdominal ultrasonography in the emergency department. *Emerg Med J*. 2009;26(4):273-275. <https://doi.org/10.1136/emj.2007.049254>
4. Mavilia MG, Molina M, Wu GY. The Evolving Nature of Hepatic Abscess: A Review. *J Clin Transl Hepatol*. 2016;4(2):158-68. <https://doi.org/10.14218/JCTH.2016.00004>
5. Lodhi S, Sarwari AR, Muzammil M, Salam A, Smego RA. Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess: a review of 577 adult cases. *Trop Med Int Health*. 2004;9(6):718-23. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2004.01246.x>
6. López MC, Quiroz DA, Pinilla AE. Diagnóstico de amebiasis intestinal y extraintestinal [Internet]. *Acta Med Colomb*. 2008;33(2):75-83 [consultado el 16 de septiembre de

- 2024]. Disponible en: <https://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1759>
7. MacFadden DR, Penner TP, Gold WL. Persistent epigastric pain in an 80-year-old man. *CMAJ*. 2011;183(8):925-8. <https://doi.org/10.1503/cmaj.101510>
  8. Mohanty S, Panigrahi MK, Turuk J, Dhal S. Liver Abscess due to *Streptococcus constellatus* in an Immunocompetent Adult: A Less Known Entity. *J Natl Med Assoc*. 2018;110(6):591-595. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2018.03.006>
  9. Tsui BC, Mossey J: Occult liver abscess following clinically unsuspected ingestion of foreign bodies. *Can J Gastroenterol*. 1997;11(5):445-8. <https://doi.org/10.1155/1997/815876>
  10. Bandeira-de-Mello RG, Bondar G, Schneider E, Wiener-Stensmann IC, Gressler JB, Krueel CRP. Pyogenic liver abscess secondary to foreign body (fish bone) treated by laparoscopy: A case report. *Ann Hepatol*. 2018;17(1):169-73. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.7550>
  11. 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(9):1466-70. <https://doi.org/10.3748/wjg.v13.i9.1466>
  12. Lambert A. Abscess of the liver of unusual origin. *NY Med J*. 1898:177-78.
  13. 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. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-3-8>
  14. Hunter TB, Taljanovic MS. Foreign bodies. *Radiographics*. 2003;23(3):731-57. <https://doi.org/10.1148/rg.233025137>
  15. 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(9):922-926. <https://doi.org/10.1007/BF02482788>
  16. Ndong A, Tendeng JN, Ndoeye NA, Diao ML, Dieye A, Diallo AC, et al. Predictive risk factors for liver abscess rupture: A prospective study of 138 cases. *Arch Clin Gastroenterol*. 2020;6(1):1-5. <https://doi.org/10.17352/2455-2283.000067>
  17. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc*. 1995;41(1):39-51. [https://doi.org/10.1016/s0016-5107\(95\)70274-1](https://doi.org/10.1016/s0016-5107(95)70274-1)
  18. Reid-Lombardo KM, Khan S, Sclabas G. Hepatic cysts and liver abscess. *Surg Clin North Am*. 2010;90(4):679-97. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2010.04.004>
  19. Skjoldbye B, Brahe NE, Jess P, Nolsøe CP. Laparoskopisk ultralydskanning af lever, galdeveje og pancreas med styrbart lydhoved. *Ugeskr Laeger*. 1995;157(5):580-3.
  20. Foley EF, Kolecki RV, Schirmer BD. The accuracy of laparoscopic ultrasound in the detection of colorectal cancer liver metastases. *Am J Surg* 1998;176(3):262-264. [https://doi.org/10.1016/S0002-9610\(98\)00147-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9610(98)00147-0)
  21. Salmon M, Doniger SJ. Ingested foreign bodies: A case series demonstrating a novel application of point-of-care ultrasonography in children. *Pediatr Emerg Care*. 2013;29(7):870-873. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3182999ba3>