



■ REPORTE DE CASO

<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2026.e13142614>

Absceso hepático secundario a migración de espina de pescado

Liver abscess secondary to fish bone migration

María Belén Salomón Rivarola ¹ , Nicole D'Oliveira ¹
Mauricio Dos Santos García ¹ , Miguel Ángel Montiel Alfonso ¹

¹ Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Departamento de Medicina Interna. Asunción, Paraguay.

Editor responsable: Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Revisor:

Margarita Aucejo Montes. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay.

Cómo referenciar este artículo: Salomón Rivarola MB, D'Oliveira N, Dos Santos García M, Alfonso MA. Absceso hepático secundario a migración de espina de pescado. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13142614

RESUMEN

El absceso hepático secundario a la migración de un cuerpo extraño es una entidad clínica infrecuente, que ocurre cuando un objeto ingerido atraviesa la pared del tracto gastrointestinal y se aloja en el parénquima hepático. Esta complicación representa menos del 1% de los casos de ingestión de cuerpos extraños. Su presentación clínica suele ser inespecífica, predominando el dolor abdominal, la fiebre y síntomas sistémicos vagos, lo que dificulta el diagnóstico inicial. Se presenta el caso de un varón de 55 años, con antecedentes de hipertensión arterial e infarto agudo de miocardio, quien consultó por dolor retroesternal. Ante la sospecha inicial de un síndrome coronario agudo, se realizaron estudios complementarios que permitieron descartarlo. Durante la internación, el paciente desarrolló episodios

Artículo recibido: 4 de agosto 2025

Artículo aceptado: 24 octubre 2025

Autor correspondiente:

Dr. Miguel Ángel Montiel Alfonso

Correo electrónico: miganmontiel@gmail.com

Dictamen:

https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/DIC2025/109_dictamen.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

febriles persistentes. Una tomografía de tórax evidenció imágenes en vidrio deslustrado en el pulmón derecho, junto con una lesión hepática hipodensa. La tomografía abdominal contrastada reveló un absceso hepático localizado en los segmentos I y VIII, que contenía en su interior un cuerpo extraño lineal, hiperdenso, de 4,5 cm de longitud. Ante la falta de mejoría con antibióticos fue sometido a una laparotomía exploradora, durante la cual se drenaron aproximadamente 300 cc de contenido purulento y se extrajo una espina de pescado.

Palabras claves: absceso hepático, migración de cuerpo extraño, absceso piógeno hepático, laparotomía

ABSTRACT

Liver abscess secondary to foreign body migration is a rare clinical entity that occurs when an ingested object penetrates the wall of the gastrointestinal tract and lodges in the liver parenchyma. This complication accounts for less than 1% of cases of foreign body ingestion. Its clinical presentation is usually nonspecific, with abdominal pain, fever, and vague systemic symptoms predominating, which makes initial diagnosis difficult.

We present the case of a 55-year-old man with a history of hypertension and acute myocardial infarction who consulted for retrosternal pain. Given the initial suspicion of acute coronary syndrome, complementary studies were performed, which ruled it out. During hospitalization, the patient developed persistent fever episodes. A chest CT scan showed ground-glass opacities in the right lung, along with a hypodense liver lesion. Contrast-enhanced abdominal CT revealed a liver abscess located in segments I and VIII, containing a linear, hyperdense foreign body 4.5 cm in length. In the absence of improvement with antibiotics, he underwent exploratory laparotomy, during

which approximately 300 cc of purulent content was drained and a fish bone was removed.

Keywords: liver abscess, foreign body migration, pyogenic liver abscess, laparotomy

INTRODUCCIÓN

El absceso hepático es una entidad clínica poco frecuente, cuya etiología más común incluye infecciones bacterianas, fúngicas o parasitarias, siendo las causas piógenas las más frecuentes en países desarrollados ⁽¹⁾. Sin embargo, existen formas atípicas de presentación, como el absceso hepático secundario a la migración de cuerpos extraños desde el tracto gastrointestinal, condición que representa menos del 1% de los casos ⁽²⁾.

Entre los objetos ingeridos accidentalmente, las espinas de pescado son los más frecuentemente implicados en perforaciones del tubo digestivo ⁽³⁾. Su paso inadvertido a través de la mucosa intestinal puede desencadenar complicaciones graves, como abscesos, fístulas o peritonitis, especialmente cuando migran hacia órganos vecinos como el hígado ⁽⁴⁾. Estas presentaciones inusuales suelen carecer de antecedentes claros de ingestión y se manifiestan con síntomas inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico temprano ⁽⁵⁾.

Dado lo infrecuente del cuadro, el reconocimiento clínico y radiológico del absceso hepático por cuerpo extraño plantea un desafío diagnóstico. El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario, que puede incluir antibióticos, drenaje percutáneo o cirugía abierta según la localización del cuerpo extraño y la evolución clínica del paciente ⁽⁶⁾.

Se presenta a continuación el caso de un paciente adulto con absceso hepático secundario a migración de espina de

pescado, sin antecedentes evidentes de ingestión y cuya resolución requirió tratamiento quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 55 años con hipertensión arterial desde hace 10 años, en tratamiento irregular con enalapril 20 mg/día, y antecedente de infarto de miocardio con angioplastia y *stent* en arteria descendente anterior hace seis meses, sin otras comorbilidades ni antecedentes quirúrgicos. Consultó por dolor retroesternal punzante e intermitente, no relacionado con esfuerzo, acompañado de malestar general, diaforesis ocasional y dispepsia leve. Negó fiebre, vómitos, pérdida de peso, alteraciones intestinales o ingesta de alimentos inusuales.

Dada la localización y las características del dolor torácico, se consideró inicialmente la posibilidad de un síndrome coronario agudo. Se realizaron electrocardiogramas seriados que no evidenciaron alteraciones sugestivas de isquemia, y se midieron troponinas en serie, las cuales permanecieron dentro de rangos normales. No se realizó prueba de esfuerzo y el ecocardiograma transtorácico fue normal, descartando así origen cardíaco del dolor.

Durante la hospitalización, el paciente evolucionó con fiebre persistente de hasta 38,7 °C, acompañada de escalofríos y aumento del dolor en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Se solicitaron estudios de laboratorio, que evidenciaron leucocitosis ($18.300/\text{mm}^3$) con desviación izquierda, proteína C reactiva elevada (PCR 187 mg/L) y elevación de transaminasas (ALT 156 U/L, AST 92 U/L).

Se realizó una tomografía computarizada (TC) de tórax con el objetivo de descartar infección pulmonar o complicaciones cardiovasculares, que evidenció opacidades en vidrio esmerilado en el lóbulo inferior derecho, sin consolidaciones ni derrame

pleural. De manera incidental, se observó una imagen hipodensa en el lóbulo hepático izquierdo. Ante este hallazgo, se solicitó una TC abdominal con contraste, que mostró una lesión de aproximadamente 5 cm de diámetro en los segmentos I y IVb, con contenido heterogéneo y una estructura lineal hiperdensa en su interior, de unos 4,5 cm, sugestiva de material extraño (**figura 1**).

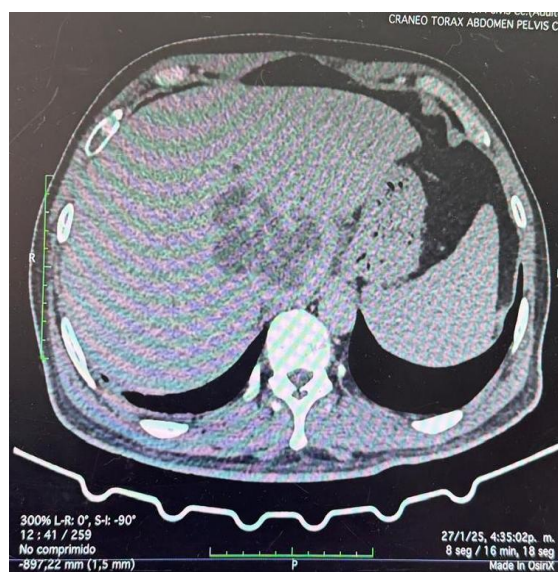


Figura 1. Corte axial de tomografía computarizada de abdomen con contraste intravenoso, fase portal. Se observa colección hipodensa sub-capsular en el lóbulo hepático izquierdo, con pared definida y contenido heterogéneo, compatible con absceso hepático.

Se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y metronidazol, ante la sospecha de una etiología infecciosa intraabdominal. Posteriormente, el esquema fue escalado a piperacilina-tazobactam para ampliar la cobertura antimicrobiana. Sin embargo, ante la persistencia de la fiebre y del dolor en hipocondrio derecho, se añadió vancomicina, sin observarse mejoría clínica.

Se realizó una ecografía abdominal como complemento diagnóstico, que evidenció una colección subcapsular heterogénea con bordes irregulares, compatible con absceso

hepático. La identificación de una estructura lineal en su interior hizo sospechar la migración de un objeto desde el tracto digestivo, a pesar de que el paciente continuaba asintomático a nivel gastro-intestinal y no recordaba haber ingerido espinas u otros elementos. Para descartar una lesión de origen gástrico, se practicó una endoscopia digestiva alta, sin hallazgos de perforación, úlceras ni restos de material extraño.

Frente a la falta de respuesta al tratamiento antibiótico y la identificación de un cuerpo extraño no susceptible de extracción endoscópica, se indicó laparotomía exploradora. Durante el procedimiento se evidenció un absceso hepático en los segmentos I y IVb, con una colección purulenta de aproximadamente 300 cc. Se realizó el drenaje del material y se extrajo un cuerpo extraño lineal y puntiagudo, compatible con una espina de pescado, incrustado en el parénquima hepático (figura 2).



Figura 2. Espina de pescado extraída durante laparotomía exploradora.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, con rápida mejoría clínica y resolución del cuadro febril. El cultivo del material purulento no evidenció creci-

miento bacteriano. Se completó un esquema de 14 días de tratamiento antibiótico empírico con buena tolerancia y adecuada evolución clínica. El paciente fue dado de alta en buen estado general, con seguimiento ambulatorio sin recurrencia del cuadro.

DISCUSIÓN

El absceso hepático es una colección supurada localizada en el parénquima hepático, cuya etiología más frecuente es de origen piogénico ⁽⁷⁾. Si bien su incidencia ha disminuido con el uso generalizado de antibióticos y mejores condiciones sanitarias, continúa siendo una patología potencialmente grave, con una mortalidad que puede alcanzar el 10 % en casos complicados o con diagnóstico tardío ⁽⁸⁾. Los agentes etiológicos más comunes incluyen bacterias entéricas como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Streptococcus* spp ^(6,9).

La mayoría de los abscesos piogénicos tienen origen en infecciones biliares (colangitis), diseminación hematógena por vía portal (secundaria a infecciones intraabdominales) o por contigüidad ^(6,9). Sin embargo, una etiología infrecuente, pero bien documentada en la literatura, es la migración de cuerpos extraños ingeridos, especialmente espinas de pescado, que pueden perforar el tracto gastrointestinal y alcanzar el hígado, generando un foco séptico localizado ^(2,3,5,10).

Las espinas representan cerca de un tercio de los cuerpos extraños ingeridos ^(2,11), pero la perforación con migración hepática ocurre en menos del 1 % de los casos y suele pasar desapercibida por su clínica inespecífica y el desconocimiento del evento por parte del paciente ^(4,12). Usualmente, los abscesos se localizan en el lóbulo izquierdo o el segmento caudado, por su proximidad al estómago y duodeno ^(5,13). En este caso, la afectación bilobar (segmentos I y IVb) constituye un

hallazgo infrecuente, aunque anatómicamente posible^(10,14).

El diagnóstico clínico resulta desafiante debido a síntomas inespecíficos como dolor abdominal, fiebre intermitente, malestar general o síndrome febril prolongado^(1,6). En nuestro caso, el paciente se internó inicialmente por dolor torácico con irradiación epigástrica, siendo evaluado por posible etiología coronaria. No fue hasta la aparición de fiebre persistente y la realización de una TC de tórax que se evidenció incidentalmente la lesión hepática.

Los parámetros de laboratorio suelen incluir leucocitosis con desviación a la izquierda, aumento de proteína C reactiva, velocidad de eritrosedimentación y, en ocasiones, elevación de enzimas hepáticas^(6,8). En este caso, los estudios mostraron leucocitosis neutrofílica y elevación marcada de los reactantes de fase aguda, hallazgos que concuerdan con la literatura. La procalcitonina fue escasamente elevada, dato que también ha sido observado en abscesos localizados sin sepsis sistémica⁽¹⁵⁾.

Desde el punto de vista diagnóstico, la TC de abdomen con contraste es el método más sensible y específico, permitiendo visualizar el absceso y, en muchos casos, identificar el cuerpo extraño si este es radiopaco^(8,13). La visualización puede ser dificultosa dependiendo del material, su orientación y su localización. En nuestro paciente, si bien el absceso fue evidenciado por TC, el cuerpo extraño no fue claramente identificado hasta la intervención quirúrgica, situación también descrita en otros reportes^(9,12,14).

El tratamiento empírico inicial consiste en antibioticoterapia de amplio espectro, usualmente dirigido contra flora gastrointestinal y anaerobia^(6,8). En abscesos sin cuerpo extraño, el drenaje percutáneo es una opción válida y efectiva. Sin embargo, en presencia de un cuerpo

extraño retenido, la resolución médica o con drenaje aislado suele ser insuficiente^(5,10). Se ha reportado que menos del 10 % de estos casos logran resolverse sin extracción quirúrgica del objeto⁽⁵⁾. En nuestro caso, el tratamiento antibiótico empírico no resultó eficaz. Ante la falta de respuesta y la endoscopía negativa, se optó por laparotomía exploradora, que permitió el drenaje completo del absceso.

En cuanto a los cultivos, una proporción significativa de estos abscesos presentan resultados negativos, especialmente cuando el origen es traumático o cuando los antibióticos fueron iniciados precozmente^(5,6). En concordancia con estos datos, el cultivo del material purulento en nuestro caso fue estéril, completándose el tratamiento con antibioticoterapia empírica.

El pronóstico de los abscesos hepáticos secundarios a cuerpos extraños suele ser favorable si se realiza el diagnóstico de forma oportuna y se extrae el objeto causal^(10,13). No obstante, el retraso diagnóstico puede llevar a complicaciones como sepsis, ruptura del absceso, peritonitis o fístulas hepáticas, elevando la mortalidad a cifras cercanas al 10%^(5,8).

En conclusión, el absceso hepático secundario a la migración de un cuerpo extraño representa una causa inusual pero relevante de infección intraabdominal, asociada a una elevada morbilidad y mortalidad en ausencia de diagnóstico precoz. Su presentación clínica inespecífica, caracterizada por fiebre y dolor abdominal difuso, puede conducir a diagnósticos erróneos y demoras terapéuticas, especialmente cuando el antecedente de ingestión no es recordado o referido por el paciente.

La revisión de la literatura evidencia que este tipo de etiología es rara y a menudo subdiagnosticada, lo que resalta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica, particularmente en

pacientes con evolución atípica o respuesta insuficiente al tratamiento convencional de abscesos hepáticos ⁽¹³⁾. En este contexto, el uso oportuno de estudios de imágenes, como la TC, desempeña un papel fundamental para identificar el agente causal, definir el plan terapéutico y evitar complicaciones.

Este caso subraya la importancia de adoptar un enfoque diagnóstico integral y sistemático ante síndromes abdominales de curso prolongado, incorporando una anamnesis minuciosa y una evaluación imagenológica dirigida. Reconocer entidades infrecuentes como esta permite mejorar la precisión diagnóstica, optimizar la terapéutica y favorecer un pronóstico más favorable para el paciente.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido con la elaboración de este reporte.

Conflictos de interés

Los autores niegan conflictos de interés comercial.

Financiamiento

Autofinanciado.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente: Dr. Miguel Ángel Montiel Alfonso, Correo electrónico: miganmontiel@gmail.com

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final

publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace:

https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/DIC2025/109_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roediger R, Lisker-Melman M. Pyogenic and amebic infections of the liver. *Gastroenterol Clin North Am* [cited 2024 Sept 19]. 2020 [Internet];49(2):361-77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389368/> Subscription required
2. Khim G, Em S, Mo S, Townell N. Liver abscess: diagnostic and management issues found in the low resource setting. *Br Med Bull* [Internet]. 2019 [cited 2024 Sept 19];132(1):45-52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31836890/>
3. Neill L, Edwards F, Collin SM, Harrington D, Wakerley D, Rao GG, McGregor AC. Clinical characteristics and treatment outcomes in a cohort of patients with pyogenic and amoebic liver abscess. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2019 [cited 2024 Sept 19];19(1):490. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31159769/>
4. Kumar D, Venugopalan Nair A, Nepal P, Alotaibi TZ, Al-Heidous M, Blair Macdonald D. Abdominal CT manifestations in fish bone foreign body injuries: What the radiologist needs to know. *Acta Radiol Open* [Internet]. 2021 [cited 2024 Sept 19];10(7):20584601211026808. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34377536/>
5. Grayson N, Shanti H, Patel AG. Liver abscess secondary to fishbone ingestion: case report and review of the literature. *J Surg Case Rep* [Internet]. 2022 [cited 2024 Sept 19];2022(2):rjac026. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35178243/>
6. Goh BK, Tan YM, Lin SE, Chow PKH, Cheah FK, Ooi LLPJ, Wong WK. CT in the

preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract. *AJR Am J Roentgenol* [Internet]. 2006 [cited 2024 Sept 19];187(3):710-4. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16928935/>

7. Webb GJ, Chapman TP, Cadman PJ, Gorard DA. Pyogenic liver abscess. *Frontline Gastroenterol* [Internet]. 2014 [cited 2024 Sept 19];5(1):60-7. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28839753/>

8. Lucerna A, Espinosa J, Schuitema K, Hertz R. Ingested foreign body migration to the liver: An unusual cause of persistent abdominal pain in a 54-year-old female. *Case Rep Emerg Med* [Internet]. 2018 [cited 2024 Sept 19];2018:8745271. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29581903/>

9. Sengupta K, Bhayani P, Parameswaran SA. Liver abscess due to migrated foreign body. *ACG Case Rep J* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sept 19];11(3):e01262. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38511164/>

10. Lam JC, Stokes W. Management of pyogenic liver abscesses: Contemporary strategies and challenges. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2023 [cited 2024 Sept 19];57(8):774-81. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37249909/> Subscription required

11. Wang TY, Lai HCh, Chen HH, Wang ML, Hsieh MCh, Chang ChT, et al. Pyogenic liver abscess risk in patients with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: A nationwide, population-based cohort study. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2021 [cited 2024 Sept 19];8:675345. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34055845/>

12. Li J, Zhao D, Lei L, Zhang L, Yu Y, Chen Q. Liver abscess caused by ingestion of fishbone: A case report. *Medicine*

(Baltimore) [Internet]. 2019 [cited 2024 Sept 19];98(34):e16835. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31441855/>

13. Agüero C, Aucejo M. Resultados del drenaje percutáneo como tratamiento del absceso hepático piógeno en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional de Itaugua. *Rev. Cir. Parag* [Internet]. 2018 [citado 19 Sept 2024];42(3):29-31. Disponible en:

https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202018000300029&lng=es&nrm=iso&tlng=es

14. Wang S, Chang Z. Incidence, Risk Factors, and Subsequent Health Outcomes of Pyogenic Liver Abscesses: A Scoping Review of Evidence From Population-Based Studies. *Gastroenterol Res Pract*. 2025 Sep 23;2025:3915024. doi:

10.1155/grp/3915024 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41036110/>

15. Cosme A, Ojeda E, Zamarreño I, Bujanda L, Garmendia G, Echeverría MJ, Benavente J. Pyogenic versus amoebic liver abscesses. A comparative clinical study in a series of 58 patients. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2010 [cited 2024 Sept 19];102(2):90-9. Available from:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en