

existe consenso del margen de resección adecuado, sin embargo, distancias menores de 1 cm se asocian a recidivas locales precoces, por lo que se recomiendan márgenes de 2-3 cm. La estadificación ganglionar no está indicada, ya que estos tumores suelen metastatizar por vía hematogena y la incidencia de afectación ganglionar es baja⁹. Solo se realizará una linfadenectomía axilar en aquellos pacientes con afectación histológica de la axila, sin enfermedad metastásica a distancia.

El papel de la quimioterapia es equívoco^{2,9}, pero series de casos describen respuestas del 20-60% a los taxanos y las antraciclinas en enfermedad localmente avanzada inoperable o metastásica. Otras opciones terapéuticas son los anticuerpos monoclonales como el bevacizumab, el sorafenib o el pazopanib. Sin embargo, los resultados de diversos ensayos clínicos son contradictorios. Aunque la terapia con pazopanib parece prometedora, en la actualidad, las guías clínicas¹⁰ solo aceptan su uso con intención paliativa.

De esta revisión podemos obtener 3 conclusiones: en primer lugar, la indicación de radioterapia debe limitarse en pacientes con SLF, ya que la probabilidad de un tumor radioinducido es muy alta (48%). En segundo lugar, los ARI pueden aparecer después de una mastectomía y, aunque son poco frecuentes, una lesión sospechosa en el campo de irradiación siempre debe ser biopsiada, finalmente, la cirugía con márgenes amplios es el tratamiento curativo de esta enfermedad, por tanto, el diagnóstico precoz es esencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Cohen-Hallaleh RB, Smith HG, Smith RC, Stamp GF, Al-Muderis O, Thway K, et al. Radiation induced angiosarcoma of the breast: Outcomes from a retrospective case series. *Clin Sarcoma Res.* 2017;7:15.
- Chugh R, Sabel MS, Feng M. Breast sarcoma: Treatment. UpToDate. 2017 [consultado 14 Abr 2018] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/breast-sarcoma-treatment#H12210113>
- West JG, Qureshi A, West JE, Chacon M, Sutherland ML, Haghghi B, et al. Risk of angiosarcoma following breast conservation: A clinical alert. *Breast J.* 2005;11:115-23.
- Barbosa OV, Reiriz AB, Boff RA, Oliveira WP, Rossi L. Angiosarcoma in previously irradiated breast in patient with Li-Fraumeni syndrome. A case report. *Sao Paulo Med J.* 2015;133:151-3.
- Heymann S, Delalogue S, Rahal A, Caron O, Frebouret T, Barreau L, et al. Radio-induced malignancies after breast cancer postoperative radiotherapy in patients with Li-Fraumeni syndrome. *Radiat Oncol.* 2010;5:104.
- Suri JS, Rednam S, Teh BS, Butler E, Paulino AC. Subsequent malignancies in patients with Li-Fraumeni syndrome treated with radiation therapy. *Radiat Oncol.* 2013;87:S71-2.
- Depla AL, Scharloo-Karels CH, de Jong MAA, Oldenburg S, Kolff MW, Oei AB, et al. Treatment and prognostic factors of radiation-associated angiosarcoma (RAAS) after primary breast cancer: A systematic review. *Eur J Can.* 2014;50:1779-88.
- Kast K, Krause M, Schuller M, Friedrich K, Thamm B, Bier A, et al. Late onset Li-Fraumeni syndrome with bilateral breast cancer and other malignancies: Case report and review of the literature. *BMC Cancer.* 2012;12:217.
- Sheth GR, Cranmer LD, Smith BD, Grasso-LeBeau L, Lang JE. Radiation-induced sarcoma of the breast: A systematic review. *Oncologist.* 2012;17:405-18.
- Daly MB, Pilarski R, Berry M, Buys SS, Farmer M, Friedman S, et al. Genetic/Familial High Risk Assessment: Breast and Ovario. NCCN. Version 2.2018. [consultado 18 Abr 2018] Disponible en: <http://www.nccn.com>

Alejandra García Novoa^{a*}, Benigno Acea Nebril^a, Alberto Bouzón Alejandro^a, Carmen Cereijo Gareia^b y Silvia Antolín Novoa^c

^aUnidad de Mama, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Abente y Lago, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

^bUnidad de Mama, Hospital Abente y Lago, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

^cUnidad de Mama, Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mag_1406@hotmail.com (A. García Novoa).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.05.008>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Absceso intrahepático por espina de pescado. ¿Una condición infradiagnosticada?

Fish bone-related intrahepatic abscess. An underdiagnosed condition?



Solo el 1% de la ingesta accidental de cuerpos extraños provoca una perforación gastrointestinal. Las perforaciones por espina

de pescado, frecuentemente descritas en poblaciones del Sudeste Asiático, tienen la inusual característica de ser

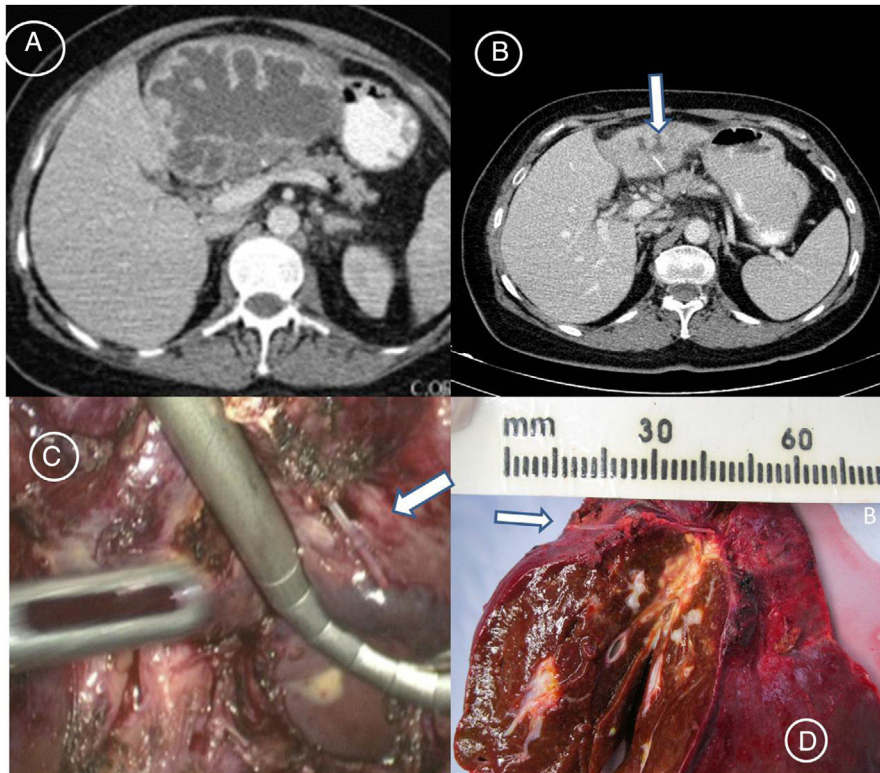


Figura 1 – Paciente 1. A) TAC de ingreso que muestra un gran absceso del lóbulo hepático izquierdo de origen desconocido. B) TAC de control posdrenaje que muestra un lóbulo hepático izquierdo atrófico con el absceso hepático residual y una lesión lineal de alta densidad en el interior (flecha). C) Vista laparoscópica de la espina de pescado (flecha). D) Muestra correspondiente al segmento lateral izquierdo resecado del hígado. La espina de pescado (flecha) se muestra horizontalmente, habiendo migrado al hígado, y se puede observar el absceso hepático. Impresión en color.

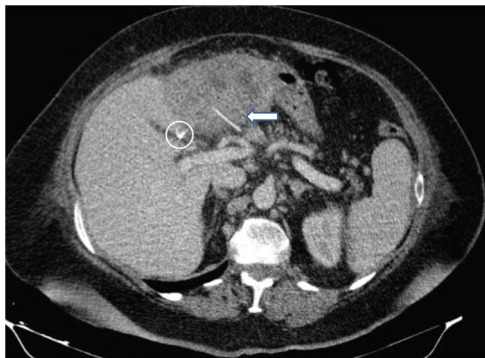


Figura 2 – Paciente 2. TAC poscolecistectomía laparoscópica. Se muestra claramente un absceso hepático en el segmento III con una imagen lineal de alta densidad que se comunicó con el área del absceso hepático (flecha). También se puede ver un endoclip (círculo).

paucisintomáticas hasta que ocurren complicaciones secundarias.

Los abscesos intrahepáticos secundarios a espinas de pescado, escasamente publicados y limitados a artículos de casos aislados, son afecciones graves bastante inusuales y siguen constituyendo un desafío terapéutico. La principal dificultad estriba en correlacionar el cuadro clínico de la sepsis tanto con el absceso intrahepático como con la posibilidad de un cuerpo extraño.

Excepto en 2 casos^{1,2}, la fuente de perforación publicada se ha encontrado en el tracto gastrointestinal superior, es decir, el estómago y el duodeno. La espina de pescado se incrustó en el lóbulo izquierdo del hígado en la mayoría de los casos.

El diagnóstico preoperatorio rara vez se realiza. La radiografía simple es una herramienta poco fiable en el diagnóstico porque las espinas de pescado habitualmente no son radioopacas. Actualmente, el uso generalizado de la radioimagen moderna, mediante la tomografía axial computarizada (TAC), ha demostrado ser más útil en la detección de cuerpos extraños ingeridos.

El reconocimiento rápido y la intervención precoz son esenciales. Si las formaciones de abscesos encapsulados no pueden resolverse completamente por un abordaje intervencionista, se precisará una solución quirúrgica. Los casos no diagnosticados pueden resultar en abscesos hepáticos recurrentes y sepsis, y en ocasiones, en la muerte del paciente. La mortalidad publicada en una revisión reciente fue del 17,6%³.

Esta carta científica presenta los casos de 2 pacientes tratadas satisfactoriamente en nuestra unidad, junto con una revisión actualizada de la literatura. Nuestro primer caso fue una mujer de 50 años que recordaba perfectamente la secuencia de eventos desde la ingestión involuntaria del cuerpo extraño hasta el desarrollo de complicaciones hepáticas. Comenzó sus vacaciones familiares de verano celebrando el día de la festividad de Santiago, el 25 de julio, en Santiago de Compostela, con un guiso típico de pescado y marisco para la cena. Nunca olvidaría el severo dolor

epigástrico y la horrible noche que pasó, pero como no quería interrumpir las vacaciones de su familia, se autotrató con omeprazol 2 veces al día y líquidos durante los siguientes 3 días, mejorando progresivamente su dolor transfixivo epigástrico.

Pasó el resto de sus vacaciones sin ningún otro síntoma, y no necesitó atención médica urgente en nuestro hospital hasta 3 semanas después. Sufría de fiebre, temblores, escalofríos, entumecimiento epigástrico persistente, y su temperatura subió hasta 41 °C. La TAC reveló un absceso hepático de origen desconocido (fig. 1A). Fue tratada mediante drenaje percutáneo del absceso junto con antibióticos intravenosos. Pero su absceso encapsulado no pudo resolverse por completo. Una nueva TAC posdrenaje mostró un lóbulo hepático izquierdo atrófico con un absceso hepático residual, y con una lesión lineal de alta densidad en su interior (fig. 1B), por lo que se le practicó una bisegmentectomía hepática laparoscópica lateral izquierda (segmentos II-III) (fig. 1C). El cuerpo extraño vítreo que se extrajo de la cavidad del absceso, de aproximadamente 2,5 cm de longitud, resultó ser una espina de pescado (fig. 1D), que se correspondía con los hallazgos de la TAC posdrenaje anteriormente mencionados. Su curso postoperatorio transcurrió sin incidentes y la paciente está bien en sus revisiones 6 años después.

Dos años más tarde, una segunda paciente, de 69 años de edad, fue remitida a nuestra unidad con un absceso hepático poscolecistectomía. Había sido sometida a una colecistectomía laparoscópica un mes antes por «colecistitis aguda». La TAC que motivó su ingreso mostraba claramente un absceso hepático en el segmento III con una imagen lineal de alta densidad que comunicaba con el área del absceso hepático (fig. 2). Debido a nuestra experiencia previa con la primera paciente, pudimos identificar rápidamente el origen de la enfermedad y hacer un diagnóstico preoperatorio de un absceso hepático por espina de pescado. La paciente fue operada de nuevo y se le realizó un drenaje del absceso y la extracción de la espina de pescado. Fue dada de alta satisfactoriamente al octavo día postoperatorio y se encuentra bien en sus revisiones 4 años después.

Hemos podido recopilar, incluidos nuestros 2 casos presentados aquí, al menos 53 pacientes bien identificados con abscesos intrahepáticos por espina de pescado. En nuestra revisión de la literatura solo 4 artículos han sido publicados por grupos españoles⁴⁻⁷. Hemos encontrado una mortalidad del 9,4% (5 pacientes fallecidos de los 53 casos estudiados).

El tratamiento de elección en la literatura sigue siendo un enfoque intensivo. Implica obligatoriamente el drenaje del absceso y la extracción de la espina de pescado, y una búsqueda cuidadosa de la fuente de la perforación. Recientemente, algunos informes han arrojado algo de luz sobre el papel de los tratamientos mínimamente invasivos para esta dolencia. El tratamiento consiste en el drenaje no quirúrgico del absceso, guiado por ultrasonografía, la retirada del cuerpo extraño mediante intervencionismo percutáneo o endoscópico, y la administración sistémica de antibióticos de elección⁸⁻¹⁰.

Nuestros casos y la revisión de la literatura ponen de manifiesto las dificultades para realizar el diagnóstico preoperatorio y alerta para que esta causa etiológica sea incluida

en el diagnóstico diferencial en los pacientes con absceso hepático de origen desconocido.

Cuanto más familiarizados estén con esta afección los cirujanos, los gastroenterólogos y los hepatólogos, más pacientes serán diagnosticados y tratados correctamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paraskeva KD, Bury RW, Isaacs P. Streptococcus milleri liver abscesses: An unusual complication after colonoscopic removal of an impacted fish bone. *Gastrointest Endosc.* 2000;51:357-8.
2. Kim YM, Lee TH, Jung SH, Kim SM, Im EH, Huh KC, et al. Hepatic abscess that formed secondary to fish bone and had a fistula with the ascending colon. *Dig Dis Sci.* 2007;52:3515-8.
3. 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.
4. Gonzalez JG, Gonzalez RR, Patiño JV, Garcia AT, Alvarez CP, Pedrosa CSA. CT findings in gastrointestinal perforation by ingested fish bones. *J Comput Assist Tomogr.* 1988;12:88-90.
5. De la Vega M, Rivero J, Ruiz L, Suarez S. A fish bone in the liver. *Lancet.* 2001;358:982.
6. Álvarez A, Redondo P, Anes G, Fernández N. Absceso hepático secundario a perforación por cuerpo extraño. *Cir Esp.* 2012;90:529.
7. Jiménez-Fuertes M, Moreno-Posadas A, Ruíz-Tovar Polo J, Durán-Poveda M. Liver abscess secondary to duodenal perforation by fishbone: Report of a case. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108:42.
8. Panebianco A, Lozito RC, Prestera A, Ialongo P, Volpi A, Carbotta G, et al. Unusual liver abscess secondary to ingested foreign body: Laparoscopic management. *G Chir.* 2015;36:74-5.
9. Tan CH, Chang SY, 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.
10. Lau CW, Wong KM, Gogna A. Image-guided percutaneous transhepatic removal of fish bone from liver abscess. *J Radiol Case Rep.* 2017;11:1-7.

Alberto Gómez Portilla*, Bernardo Ezurmendia, Ernesto Martín, Eduardo López de Heredia y Jesús Muriel López

Hospital Universitario de Araba Sede Santiago Apóstol, Departamento de Cirugía General, Universidad del País Vasco, Vitoria, Álava, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agomezpor@gmail.com (A. Gómez Portilla).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.06.005>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.