

Ascaridiasis hepatobiliar en una adulta joven

Hepatobiliary ascariasis in a young adult woman

Dr. Pedro Xavier Marin Castro^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7046-5319>

Dr. José Nuñez Moreno¹ <https://orcid.org/0000-0001-5777-1883>

Dr. José Zuñiga Bohórquez¹ <https://orcid.org/0000-0001-8179-5412>

¹Hospital Luis Vernaza. Guayaquil, Ecuador.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: pedro.mc91md@gmail.com

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 27 años de edad, con antecedentes de colecistectomía convencional desde hacía 10 meses por aparente colecistitis, quien acudió al Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, Ecuador, por presentar ictericia y dolor abdominal. Teniendo en cuenta los hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenológicos se le diagnosticó sepsis de foco abdominal, colangitis y coledocolitiasis. Durante la intervención quirúrgica se observó la presencia de 2 *Ascaris lumbricoides* y cálculo de colesterol en la vía biliar, por lo que se le realizó una derivación bilioentérica. Después de algunas complicaciones como insuficiencia respiratoria y descompensación hemodinámica, la paciente egresó de la institución a los 25 días de operada, con seguimiento por consulta externa durante 2 meses.

Palabras clave: *Ascaris lumbricoides*; vía biliar; ascariasis hepatobiliar; coledocoduodenostomía; anastomosis.

ABSTRACT

The case report of a 27 years patient is presented, with history of conventional cholecystectomy for 10 months due to apparent cholecystitis who went to Luis

Vernaza Hospital in Guayaquil, Ecuador, presenting jaundice and abdominal pain. Taking into account the clinical, laboratory and imaging findings a sepsis of abdominal focus, cholangitis and choledocolithiasis was diagnosed. During the surgical intervention the presence of 2 *Ascaris lumbricoides* and cholesterol calculi in the bile duct was observed, reason why a bilioenteric bypass was carried out. After some complications such as breathing failure and hemodynamic upset, the patient was discharged from the institution 25 days after the surgery, with follow up in outpatient clinics during 2 months.

Key words: *Ascaris lumbricoides*; bile duct; hepatobiliary ascariasis; choledocoduodenomy; anastomosis.

Recibido: 24/08/2020

Aprobado: 15/09/2020

Introducción

La ascariasis biliar es una complicación poco frecuente de la infección por el parásito adulto *Ascaris lumbricoides*, que migra del tracto gastrointestinal hasta las vías biliares y obstruye los conductos biliares, de manera que evita el paso de la bilis al duodeno. Esta es una de las complicaciones que causa mayor mortalidad y morbilidad.^(1, 2)

Entre los síntomas que ocasiona la migración de los gusanos adultos al árbol biliar se encuentran: dolor abdominal en hipocondrio derecho o aparente cólico biliar, fiebre, obstrucción biliar, ictericia, abscesos hepáticos y colangitis. La ascariasis facilita la formación de cálculos en la vía biliar y coledocolitiasis.^(1,3)

El diagnóstico de esta enfermedad se determina mediante la clínica y los exámenes complementarios. Entre estos últimos, los de mayor efectividad son la ecografía y la colangiorresonancia magnética.^(3,4)

Caso clínico

Se describe el caso clínico de una joven de 27 años de edad, sin antecedentes personales, con colecistectomía convencional desde hacía 10 meses, quien acudió al Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, Ecuador, por presentar dolor abdominal de tipo cólico en epigastrio, que se irradiaba a mesogastrio e hipocondrio derecho, acompañado de náuseas, con vómito de tipo biliar e ictericia generalizada, todo ello con 7 días de evolución.

Examen físico

La paciente se encontraba deshidratada, icterica y orientada, con aparato cardiorrespiratorio conservado, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación en hipocondrio derecho y ruidos hidroaéreos.

Exámenes complementarios

- Hemograma completo: Hemoglobina: 11,3 mg/dL; leucocitos 15,720 / μ L; neutrófilos: 74 %; eosinófilos: 10,9 %; hematocrito: 31,3 %; plaquetas: 90,000/mm³
 - Bilirrubina total: 11,27 mg/dL
 - Bilirrubina directa: 9,75 mg/dL
 - Bilirrubina indirecta: 1,52 mg/dL
 - Proteína C reactiva: 237 mg/dL
 - Procalcitonina: 3,60 ng/mL
 - Colinesterasa: 2493 UR/mL
 - Gamma glutamil transpeptidasa (GGT): 144 mg/dL
 - Fosfatasa alcalina: 162 mg/dL
 - Ecografía abdominal: Hígado aumentado de tamaño, vía biliar intrahepática dilatada, con colédoco dilatado 3 cm y litiasis de 2 cm aproximadamente en el tercio medio.
- Ante estos hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenológicos se solicitó la valoración de los especialistas en cirugía general, quienes le diagnosticaron sepsis de foco

abdominal, colangitis y coledocolitiasis, por lo que se decidió comenzar tratamiento con antibiótico e hidratación, entre otras indicaciones.

-Colangiorrsonancia magnética: Hígado heterogéneo, aumentado de tamaño, con dilatación de la vía biliar intrahepática, con imágenes quísticas en su interior, además de conducto hepático derecho de 2,5 cm, el izquierdo de 2 cm y el común de 4,1 cm; mientras que el colédoco medía de 3,5 cm, con cálculo en su interior de 23 x 16 mm (Fig. 1).

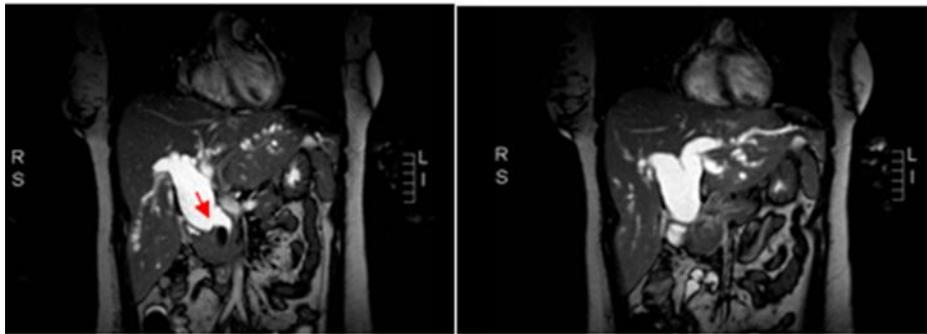


Fig. 1. Imágenes de la colangiorrsonancia magnética. La flecha roja indica el cálculo en el interior del colédoco.

-Tomografía axial computarizada de abdomen: Hígado heterogéneo, aumentado de tamaño, con dilatación de vía biliar previamente descrita e imágenes quísticas en su interior, así como líquido laminar en hilio hepático e incremento del número de ganglios paraaórticos izquierdos (Fig. 2).

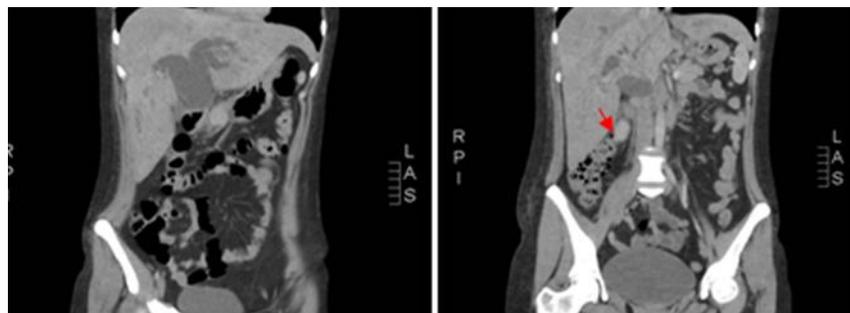


Fig. 2. Imágenes de la tomografía axial computarizada de abdomen. La flecha roja indica hígado laminar en hilio hepático e incremento del número de ganglios paraaórticos izquierdos.

Se procedió a mejorar los parámetros clínicos y se efectuó la intervención quirúrgica a los 6 días de hospitalización. Durante el proceder se apreciaron múltiples nódulos en el hígado, de diferentes tamaños, compatibles con abscesos hepáticos, así como dilatación de la vía biliar y 100 cm³ de líquido inflamatorio. Posterior a la maniobra de Kocher se exploró la vía biliar común y se obtuvo un líquido biliopurulento. Se retiró el cálculo mencionado y durante el procedimiento de limpieza se observó la presencia de 2 estructuras filiformes y, al extraerlas, se comprobó que se trataba de 2 *Ascaris lumbricoides* en su forma adulta. Ante estos hallazgos se realizó coledocoduodenoanastomosis (Fig. 3).



Fig. 3. Salida de *Ascaris lumbricoides* a través del conducto colédoco y cálculo de aproximadamente 2 cm (flecha)

La paciente salió del quirófano despierta y orientada, pero durante del posoperatorio presentó algunas complicaciones como insuficiencia respiratoria y descompensación hemodinámica relacionadas con choque anafiláctico y séptico. Teniendo en cuenta el proceso infeccioso se trasladó al Servicio de Terapia Intensiva, donde se le administró tratamiento antihelmíntico y antibiótico. Posterior a esto comenzó con mejoría clínica y de los parámetros de laboratorio, por lo cual se le retiró la intubación y se trasladó a la sala (a los 12 días de la operación), donde permaneció 7 días, hasta concluir con el tratamiento y observarse la progresión en cuanto a la dieta. Se le dio el alta médica al día 25 de hospitalización.

La paciente acudió a la consulta externa hasta 2 meses posterior al alta, sin presentar complicaciones tempranas o tardías relacionadas con la intervención quirúrgica.

Comentarios

Los *Ascaris lumbricoides* son transmitidos por la ingestión de huevos que se encuentran presentes en el suelo, comidas o productos contaminados, de manera que eclosionan dentro del cuerpo humano y se transforman en larvas, las cuales migran a la circulación pulmonar y penetran los alveolos 1-2 semanas después. Ya como larva en tercer estado migran al árbol traqueobronquial, son deglutidas y llevadas nuevamente al intestino delgado donde se desarrollan y alcanzan el estado adulto. Estas migran a través del esfínter de Oddi y se introducen en la vía biliar.⁽³⁾

El cuadro clínico dependerá del lugar donde se encuentre la larva. Puede ocasionar síntomas pulmonares, producidos por las larvas en tercer estado; intestinales, como un cuadro oclusivo por el parásito adulto, así como estasis biliar, por migración de los parásitos adultos al árbol biliar.^(1,2,3,4)

La obstrucción biliar por este parásito promueve la estasis biliar en el conducto y ocasiona una coledocolitiasis.^(5,6)

La ecografía y la colangiorresonancia magnética son métodos de imágenes útiles para diagnosticar tempranamente la infestación, ya que permiten identificar un parásito tubular dentro de los conductos biliares; mientras que la colangiografía pancreática retrógrada endoscópica (CPRE) se utiliza para extraer los parásitos adultos.^(7,8,9)

Otros de los estudio para el diagnósticos son la biometría hemática, que permite observar leucocitosis con tendencia a la eosinofilia; la aspiración y estudio de material purulento de un absceso hepático, que revela la existencia de huevos de áscaris, así como la coproparasitología, que ayuda a determinar los huevos o restos de parásitos adultos en las heces de los pacientes.^(1,10)

La mayoría de pacientes con esta afectación requieren de una intervención terapéutica para mejorar la morbilidad y la mortalidad. La CPRE tiene 100 % de

efectividad para extraer los gusanos de la ampolla de Vater y 90 % en las vías biliares, por lo que se considera el tratamiento de elección.⁽⁹⁾

La ascariasis biliar es una complicación poco frecuente en el Ecuador, por lo que es importante conocer sobre esta y tenerla entre los diagnósticos diferenciales de una ictericia o colangitis en los pacientes provenientes de zonas rurales y de bajo nivel socioeconómico. El tratamiento ideal para esta enfermedad es la colangiografía pancreática retrógrada endoscópica, pero cuando se acompaña de litiasis coledociana y dilatación marcada de la vía biliar, la única solución posible es la quirúrgica, con exploración de vías biliares y derivación bilioentérica. Luego del procedimiento endoscópico o quirúrgico se requiere de un seguimiento exhaustivo y de tratamiento antihelmíntico cada 3 meses.

Referencias bibliográficas

1. Murillo Castillo E, López González A. Ascariasis hepatobiliar: informe de caso. Honduras. Rev Med Honduras. 2011 [citado 28/07/2020];79(2):75-8. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-2-2011-7.pdf>
2. Khuroo M, Khuroo N, Khuroo M. Biliary ascariasis in the etiology of recurrent pyogenic cholangitis in an endemic area. India. Int J Hepatobiliary Pancreat Dis. 2015 [citado 28/07/2020]; 5(1);22-9. Disponible en: <https://www.drkhuroo.in/images/RPC%20HBPA%20IJHBDP.pdf>
3. Majumdar I, Das J, Mukherjee D. Ascariasis masquerading as obstructive jaundice in an infant- a case report. India. J Pediatr Neonatal Individual Med. 2017 [citado 28/07/2020];6(2). Disponible en: <https://jpnim.com/index.php/jpnim/article/view/060216>
4. Mansilla Vivar R, Sainza Caballero E, Saldaña Dueñas C, Casanova Ortiz L, Fernandez Urien I, Vila Costas JJ. Biliary ascariasis as etiology of recurrent abdominal pain. Chile. Endoscopy. 2016 [citado 28/07/2020]; 48(Suppl1):196. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27285651/>

5. Sharma A, Jariwala P, Kaur N. Biliary ascariasis presenting with gangrenous perforation of the gall bladder: report of a case and brief review of literatura. Tropical Doctor. 2018 [citado 28/07/2020]; 48(3). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/action/doSearch?target=default&ContribAuthorStored=Sharma%2C+Ankush>
6. Sharma M, Showkat A, Somani P. An unusual cause of biliary colic. Gastroenterol. 2017 [citado 28/07/2020];153. Disponible en: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(17\)30076-8/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(17)30076-8/fulltext)
7. Khan N, Wu C, Hu B. Acute pancreatitis: ascariasis in the pancreatic duct. Endoscopy 2018; 50 (1); 119- 20.
8. Sezgin Y, Murat A, Merih S, Nazan O, Oğün E, Ahmet Ali T. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography for biliary system parasites. Turk J Surg. 2018 [citado 28/07/2020]; 34 (4);306-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6340658/>
9. Bundela V, Gupta P, Mandavdhare HS, Dutta U, Sharma V. An unusual cause of biliary colic: biliary ascariasis. Australia. J Gastroenterol Hepatol. 2018 [citado 28/07/2020];33(1):975. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgh.14094>
10. Singh D, Yang S, Cappell M. Biliary ascariasis diagnosed and extractebu ERCP in the United States. USA. ACG Cas Rep J. 2016 [citado 28/07/2020]; 3(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5226187/>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Contribución de los autores

Dr. Pedro Marin Castro: Búsqueda de información, redacción del contenido y revisión final del trabajo (40 %).

Dr. José Núñez Moreno: Redacción de caso clínico e introducción, ajuste de imágenes y comentarios de las mismas (30 %).

Dr. José Zuñiga Bohórquez: Medico a cargo de la paciente, revisión de historia clínica, elaboración de imágenes (30 %).



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).