

Ascariasis errática biliar como causa exótica de ictericia obstructiva

Erratic Biliary Ascariasis as an Exotic Cause of Obstructive Jaundice

Joaquín Alejandro Solarana Ortiz^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9633-7086>

Orlando Martínez Rosales¹ <https://orcid.org/0000-0002-7869-7034>

José Guzmán Lorenzo Díaz¹ <https://orcid.org/0000-0002-3183-1371>

Neyla Santiesteban Collado¹ <https://orcid.org/0000-0002-7776-6018>

Annarelis Pérez Pupo² <https://orcid.org/0000-0002-1496-325X>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Ñíguez Landín”. Holguín, Cuba.

²Hospital General Universitario “Vladimir Ilich Lenin”. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia: joaquinhl@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: *Áscaris lumbricoides* es el helminto más frecuente en el tracto gastrointestinal humano; la mayor prevalencia se registra en países en desarrollo, tropicales y subtropicales. En Cuba constituye una causa exótica de ictericia obstructiva con pocos casos reportados.

Objetivo: Describir el manejo terapéutico exitoso de un caso de un hombre con ictericia obstructiva secundaria a ascariasis coledociana.

Caso clínico: Paciente de 74 años operado en el Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Ñíguez Landín” de la provincia Holguín por ictericia obstructiva por ascariasis coledociana, con evolución clínico-quirúrgica satisfactoria.

Conclusiones: En países en desarrollo debe tomarse en cuenta la ascariasis como causa de enfermedad obstructiva biliar o pancreática. El conocimiento del cuadro clínico y sus complicaciones, además, de las diferentes opciones en el tratamiento, debe ser del dominio de todo médico. La ictericia obstructiva por

áscaris lumbricoides constituye en Cuba una causa exótica de esta infestación por parásitos.

Palabras clave: ictericia obstructiva; áscaris lumbricoides; colédoco.

ABSTRACT

Introduction: *Ascaris lumbricoides* is the most frequent helminthiasis in the human gastrointestinal tract; the highest prevalence is recorded in developing, tropical and subtropical countries. In Cuba, it constitutes an exotic cause of obstructive jaundice with few reported cases.

Objective: To describe the successful therapeutic management of a case of a man with obstructive jaundice secondary to *choledochal ascariasis*.

Clinical case report: We report the case of a 74-year-old patient operated on at Lucía Íñiguez Landín Surgical Clinical Hospital, in Holguín province, for obstructive jaundice due to *choledochal ascariasis*, with satisfactory clinical-surgical evolution.

Conclusions: In developing countries, *ascariasis* should be taken into account as a cause of biliary or pancreatic obstructive disease. Knowledge of the clinical condition and its complications, in addition to the different treatment options, should be the domain of every physician. Obstructive jaundice due to *ascaris lumbricoides* constitutes an exotic cause of this parasite infestation in Cuba.

Keywords: obstructive jaundice; *ascaris lumbricoides*; common bile duct.

Recibido: 18/01/2021

Aceptado: 17/02/2021

Introducción

Áscaris lumbricoides es el helminto más frecuente en el tracto gastrointestinal humano; la mayor prevalencia se registra en países en desarrollo, tropicales y subtropicales. En Cuba constituye una causa exótica de ictericia obstructiva con pocos casos reportados. La mayor parte de ascariasis sigue un curso benigno y

asintomático, sin embargo, los parásitos adultos pueden invadir los conductos biliares o pancreáticos y causar obstrucción con desarrollo de colecistitis, colangitis, pancreatitis, pyleflebitis y abscesos hepáticos.⁽¹⁾

En la ascariasis biliar se ha encontrado mayor predisposición de las mujeres (relación 7:3 respecto a los hombres), probablemente con relación a hormonas con actividad relajante del músculo liso. La edad media de presentación es de 35 años.^(1,2)

El objetivo del artículo fue describir el manejo terapéutico exitoso de un caso de un hombre con ictericia obstructiva secundaria a ascariasis coledociana.

Caso clínico

Paciente masculino de 74 años de edad, color blanco de piel y antecedentes personales de hipertensión arterial hace 5 años, tratado con enalapril, 1 tableta cada 12 horas y sin antecedentes familiares de afección alguna.

Acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Íñiguez Landín” por presentar dolor abdominal y coloración amarilla de piel y mucosas por lo que se ingresó con diagnóstico de íctero obstructivo para estudio.

Los exámenes de laboratorio mostraron eritrosedimentación centenaria (110 mm/h), leucocitosis en $15 \times 10^9 / L$, eosinofilia en 0.05, hiperbilirrubinemia total en 144 mmol/L a predominio de la bilirrubina directa y alteración de la transaminasa hepática glutámico-pirúvica (TGP: 217 unidades internacionales (U/I) y la transaminasa hepática glutámico-oxalacética (TGO): 253 U/I), los demás estudios de hemoquímica se reportaron dentro de límites normales. Al realizar ecografía de hígado, vías biliares y páncreas se corroboró la presencia errática de cuatro áscaris lumbricoides en la vesícula biliar y una en el colédoco (Fig. 1).



Fig. 1- Ecografía abdominal con presencia de cuatro áscaris lumbricoides en la vesícula biliar.

Primeramente se comenzó tratamiento médico con antiparasitarios durante siete días, de elección como parte de los protocolos internacionales para esta afección, al mantenerse la ictericia decidimos realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), pero no fue posible en nuestro hospital, por lo que decidimos el tratamiento quirúrgico convencional y se realizó colecistectomía, colangiografía transoperatoria transcística (Fig. 2A), coledocotomía con extracción del áscaris lumbricoides muerto (Fig. 2B) y colocación de una sonda de *Kehr*.

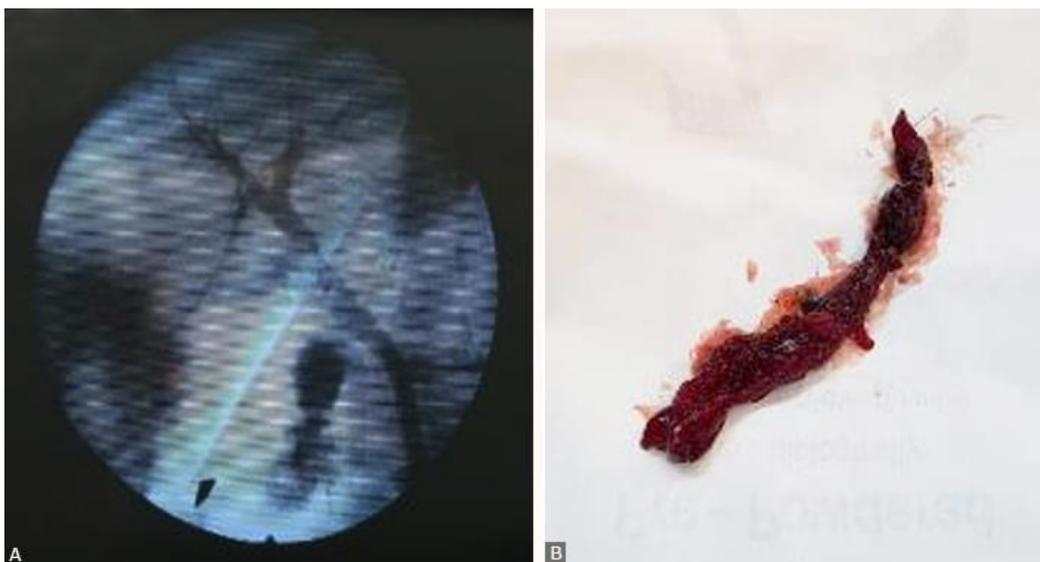


Fig. 2- A). Colangiografía transoperatoria transcística con imagen subjetiva de áscaris en el colédoco. B). Áscaris muerto extraído del colédoco.

A los 10 días de operado realizamos colangiografía evolutiva por la sonda de *Kehr* (Fig. 3), donde se observó el paso del contraste al duodeno y la permeabilidad de la vía biliar en su totalidad, retiramos la sonda a los 15 días y el paciente fue dado de alta sin complicaciones con evolución satisfactoria.



Fig. 3- Colangiografía evolutiva por sonda de *Kehr* a los 10 días de operado. Obsérvese la permeabilidad de la vía biliar en su totalidad.

Discusión

Áscaris lumbricoides es el helminto más frecuente en el tracto gastrointestinal humano; la prevalencia más alta se ha encontrado en países tropicales y subtropicales del tercer mundo. Los médicos deben estar familiarizados con la presentación clínica de la ascariasis hepatobiliar y pancreática.⁽²⁾ La infestación por áscaris lumbricoides toma lugar posterior a la ingestión de huevos. La mayor parte de los casos sigue un curso benigno y asintomático, sin embargo, los parásitos adultos pueden invadir los conductos biliares o pancreáticos y causar

obstrucción de la vía biliar, colecistitis, colangitis, pancreatitis, pyleflebitis y abscesos hepáticos. Cuando hay colangitis secundaria a obstrucción de la vía biliar por parásitos de este tipo, la clásica tríada de fiebre, ictericia y dolor en cuadrante superior derecho se presenta de manera poco constante, con frecuencia de 5 a 30 % de los pacientes.^(3,4)

Con la migración de los gusanos adultos a la vía biliar, la irritación causada por el helminto o sus excretas puede resultar en cólico biliar y espasmo del esfínter de *Oddi*, con obstrucción biliar parcial. La presencia de áscaris lumbricoides o sus residuos, junto con infecciones bacterianas (*Escherichia coli*, *Klebsiella sp.* y *Pseudomona aeruginosa*), puede llevar a respuesta inflamatoria intensa que provoca necrosis ductal, calcificaciones, litiasis, estenosis, fibrosis, colecistitis acalculosa, colangitis o abscesos hepáticos.^(4,5)

El cuadro clínico de la ascariasis biliar y pancreática se caracteriza por evacuación de helmintos por heces o a través de la boca, y una historia de vómito y dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho o epigastrio. Si el cuadro se complica con colangitis, pancreatitis o absceso hepático, los síntomas clásicos de cada afección se hacen evidentes.

A la exploración física es común encontrar signos clínicos de desnutrición, postración, distensión abdominal, hepatomegalia e ictericia. La fiebre suele estar presente en casos complicados.

Por laboratorio suele encontrarse leucocitosis, elevación del nivel de bilirrubinas y eosinofilia. Esta última es mayor durante la migración de la larva o cuando los huevos son depositados dentro del tejido hepático. En la colangitis también se observa elevación de la fosfatasa alcalina y alanino-amino-transferasa. En la pancreatitis, la amilasa y lipasa se encuentran en valores elevados. El ultrasonido es el método diagnóstico más útil debido a su rapidez y seguridad, además de no ser invasivo; puede identificar áscaris en asas intestinales, colédoco, árbol biliar o páncreas, y describe el estado de las vías biliares intra y extrahepáticas y, es caso de existir complicaciones hepáticas como abscesos o pancreatitis, es de gran utilidad en el estudio de los órganos afectados. Asimismo, el ultrasonido puede repetirse para determinar la migración de los parásitos dentro de la vía biliar y su posible eliminación espontánea. Por otra parte, la colangiografía retrógrada

endoscópica es una alternativa diagnóstica y terapéutica en ascariasis biliar y pancreática.^(4,5,6,7,8)

La ascariasis biliar no complicada debe ser tratada conservadoramente pues la eliminación espontánea de áscaris lumbricoides ocurre hasta en 80 % de los casos. El tratamiento conservador consiste en el uso de fármacos antihelmínticos de elección como mebendazol, pamoato de pirantel y albendazol, así como antiespasmódicos y antibióticos en caso de colangitis. El tratamiento exitoso depende del paso de los gusanos al intestino delgado, donde son expuestos a una concentración adecuada del fármaco (el pamoato de pirantel no tiene circulación enterohepática y el mebendazol muestra una absorción muy pobre en intestino). La cirugía está indicada cuando falla el tratamiento médico o la colangiografía retrógrada endoscópica, o cuando se presenta deterioro clínico, aumento del volumen vesicular o colecciones perivesiculares secundarias a colecistitis aguda.^(8,9)

Consideraciones finales

En países en desarrollo debe tomarse en cuenta la ascariasis como causa de enfermedad obstructiva biliar o pancreática. El conocimiento del cuadro clínico y sus complicaciones, además de las diferentes opciones en el tratamiento, debe ser del dominio de todo médico. La ictericia obstructiva por áscaris lumbricoides constituye en Cuba una causa exótica de esta infestación por parásitos.

Referencias bibliográficas

1. Mukhopadhyay M. Biliaryascariasis in the Indiansubcontinent: a study of 42 cases. Saudi J Gastroenterol. 2009 [acceso 02/11/2020];15(2):1214. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702965/>
2. Vilera C, María F, De Oliveira G, Diana C. Áscaris lumbricoides en vía biliar. CIMEL. 2018;23(1):77-8. DOI: <https://doi.org/10.23961/cimel.v23i1.1071>
3. García Espinoza JA, Vásquez Ciriaco S, Doña Jaimes R, Aragon Soto R, Velazco Budar C, López Martínez E, *et al.* Parasitosis in the bile duct, report of 3 cases and literatura review. Rev Med Hosp Gen Méx. 2018 [acceso

- 02/11/2020];81(s1):18-23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-pdf-S0185106316300713>
4. Ishikawa T, Meier Stephenson V, Heitman SJ. Biliary obstruction caused by the liver fluke, *Fasciola hepatica*. CMAJ. 2016 abr [acceso 02/11/2020];188(7):524-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4835282/>
5. Sharma M, Somani P, Prasad R, Jindal S, Pathak A. Biliary ascariasis: mimicker of biliary stent. Video case report. 2017 jul [acceso 02/11/2020];2(7):79-181. Disponible en: [https://www.videogie.org/article/S2468-4481\(17\)30074-7/fulltext](https://www.videogie.org/article/S2468-4481(17)30074-7/fulltext)
6. Fuente Lirade la M, Molotla Xolalpa C, Rocha Guevara ER. Ascariasis biliar. Informe de un caso y revisión en la literatura. Cir Ciruj. 2006 [acceso 02/11/2020];74:195-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc063i.pdf>
7. Alhamid A, Aljarad Z, Ghazal A, Mouakeh A, Sankari Tarabishi A, Joudeh M, *et al*. Successful Elimination of Gallbladder Ascariasis by Conservative Therapy, Followed by Cholecystectomy due to Developing Cholecystitis. Case Reports in Gastrointestinal Medicine. 2018 [acceso 02/11/2020];2018(ID 5831257):4. Disponible en: <http://downloads.hindawi.com/journals/crigm/2018/5831257.pdf>
8. Nayak B, Dash RR, Mallik BN. Round worm in common bile duct, a rare pathology: Review of 15 cases. J Health Spec. 2014 [acceso 02/11/2020];2:174-6. Disponible en: <https://www.thejhs.org/text.asp?2014/2/4/174/142789>
9. Said A, Muhammad A, Maysoon M, Masood UR, Amer AJ. Biliary ascariasis leading to choledocholithiasis, cholangitis, hepatic abscesses and gram negative septicemia. Anaesth Pain & Intensive Care. 2012 [acceso 02/11/2020];16(2):186-88. Disponible en: https://applications.emro.who.int/imemrf/Anaesth_Pain_Intensive_Care/Anaesth_Pain_Intensive_Care_2012_16_2_186_188.pdf

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.