

PRESENTACIÓN DE CASOS

CENTRO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL "CALIXTO GARCÍA"

Diagnóstico de la fasciolosis de las vías biliares por imagenología

Dr. Rolando Martínez López,¹ Dr. Julián Ruiz Torres,² Dr. Osvaldo Díaz Canel Fernández,¹ Dr. Raúl Brizuela Quintanilla³ y Dra. Liliana Pernía González⁴

RESUMEN

Se presentaron 3 pacientes con dolor abdominal para estudio y se sospechó por ultrasonido la existencia de *Fasciola hepatica* en la vesícula y colédoco. Se comprobó en todos los casos la presencia del parásito en las vías biliares extrahepáticas por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y se procedió a su extracción con cesta de dormia. Se concluyó que la imagenología es un medio diagnóstico a considerar en esta parasitosis.

Descriptores DeCS: FASCIOLA HEPATICA/ parasitología; DIAGNOSTICO POR IMAGEN; VESICULA BILIAR/parasitología.

La fasciolosis es una zoonosis causada por la *Fasciola hepatica*, tremátodo que comúnmente afecta el ganado vacuno y ovino.^{1,2}

La infección humana en Cuba se encontró por primera vez en 1931 con un caso autóctono reportado el Primero de Julio por *Kourí* y otros y a partir de esto comenzaron a desarrollarse investigaciones sobre esta entidad.¹

El diagnóstico de esta afección descansa en los antecedentes epidemiológicos, síntomas y signos clínicos; el diagnóstico de certeza en el hallazgo de sus huevos en las heces fecales o en drenaje biliar, también la detección de anticuerpos³ y de antígenos.²

El desarrollo de otros métodos diagnósticos de tipo imagenológico han brindado la oportunidad de detectar la presencia del parásito en la vesícula o

vías biliares, la ecografía y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) son ejemplos de ellos.⁴

CASOS REPORTADOS

PRIMER CASO

Paciente STP, masculino, de 56 años y residente en la provincia de Matanzas. *APP*/úlceras duodenales. *Hábitos*/tabaco, alcohol, bebe agua sin hervir, come verduras crudas (berro y otras). *HEA*/ Hace 3 meses comenzó con dolor epigástrico irradiado difusamente en el abdomen, de tipo cólico, pospandrial, de moderada intensidad, con períodos de remisiones. Al examen físico, abdomen doloroso

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología.

² Especialista de II Grado en Gastroenterología. Investigador Auxiliar.

³ Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Gastroenterología.

⁴ Especialista de I Grado en Imagenología.

a la palpación profunda en epigastrio. *Analítica*/hemoglobina: 15,2 g/dl; hematocrito: 0,40; leucograma: eosinofilia 15 %. *Drenaje biliar*: huevos de *Fasciola hepática*. *Ecografía*: vesícula con imagen ecogénica semilunar que no emite sombra acústica, aislada de la pared, con movimientos bruscos y longitud de 8,2 mm. Colédoco no visible. CPRE # 1: colangiograma normal. CPRE # 2: presencia de defectos de lleno en colédoco retroduodenal, se pasó cesta de dormia y se extrajeron parásitos adultos.

SEGUNDO CASO

Paciente WJL, masculino, de 51 años, trabajador agrícola, residente en un área rural de la provincia de Sancti Spíritus. *APP*/úlceras pépticas, fasciolosis hepática en 1994. *Hábitos*/ bebe agua sin hervir, come verduras crudas. *HEA*/epigastralgia con irradiación difusa, de tipo cólico, de intensidad moderada. Examen físico normal. *Analítica*/Leucograma: eosinofilia 17 %. *Drenaje biliar*: huevos de *Fasciola hepática*. *Heces fecales*: huevos de *F. hepática*. *Ecografía*: imágenes ecogénicas y móviles que no emiten sombra acústica en vesícula biliar. No dilatación de vías biliares. CPRE: similar al anterior.

TERCER CASO

Paciente BNO, masculino, de 44 años de edad, pescador y residente en el poblado del Mariel, provincia La Habana. *APP*/dispepsia no ulcerosa. *Hábitos*/bebe agua sin hervir y come verduras crudas. *APP*/dispepsia no ulcerosa. *HEA*/dolor epigástrico y en hipocondrio derecho, fiebre, íctero fugaz asociado a coluria y astenia. Al examen físico se constata subíctero y abdomen doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, hepatomegalia de 1 cm. *Analítica*/hemoglobina: 14,0 g/dl, eosinofilia, fosfatasa alcalina: 147 (VN < 370), ALAT: 18 UI (VN < 12). *Heces fecales*: negativo. *Drenaje biliar*: leucocitos. *Ecografía*: imágenes ecogénicas en colédoco sospechosas de litiasis, vías biliares intrahepáticas normales, Vesícula normal. CPRE: vías biliares intrahepáticas normales, hepatocolédoco dilatado con varios defectos de lleno

en los niveles retroduodenal y retropancreático. Se realiza esfinterotomía y se explora colédoco con cesta de dormia y se extraen varias fasciolas.

Se conoce que la enfermedad consta de 2 fases, una aguda invasiva, que es la llamada fase hepática y una crónica de aparición más tardía que es la fase biliar.⁵

Desde el punto de vista clínico, los 2 primeros pacientes acudieron por dolor de tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho, sin ictericia ni fiebre, mientras el tercero refirió un cuadro más florido como se reporta clásicamente; sin embargo coincidió con ausencia de eosinofilia manifiesta. Se informa que durante la fase aguda, la eosinofilia adquiere su máxima elevación y en la fase crónica disminuye, incluso hasta cifras consideradas como normales; tal pudiera ser el caso del último paciente que muestra un diferencial en el leucograma sin eosinofilia importante. En los 3 casos reportados resultó común la presencia de antecedentes epidemiológicos que unidos a la clínica y los complementarios apoyan el diagnóstico.

La detección de huevos del parásito en intubación duodenal y heces fecales, resultó positiva en 2 casos mientras en otro fue negativa. La ultrasonografía en manos azeitadas es un método de diagnóstico o al menos de sospecha de gran utilidad por ser barato, rápido y no invasivo, se detectan en el nivel de vesícula imágenes de configuración semilunar sugestivas, con movimientos autonómicos rápidos que constituyen rasgos distintivos de esta parasitosis,⁶ así como lesiones focales en el nivel del parénquima hepático.⁷ Se reporta que la ecografía puede ser normal en un grupo de pacientes con fasciolosis crónica.⁸ Algo más complejo con tendencia a confundir los parásitos adultos con cálculos, es su presencia en la vía biliar.⁹ En este reporte, el tercer caso se interpretó ecográficamente como una litiasis coledociana probable, y durante la CPRE se comprobó la presencia de varios parásitos en el interior de la vía biliar extrahepática, y coincidió en ser el paciente que tenía analítica, heces fecales e intubación duodenal normal con clínica que sugería un diagnóstico de obstrucción biliar no mantenida. En los 2 primeros pacientes no se sospechó por ultrasonido la existencia de fasciolas en colédoco aunque se comprobó por colangiografía.

Aunque esta entidad puede evolucionar de forma asintomática, en el mayor porcentaje,

presenta en su fase crónica síntomas muchas veces evidentes o complicaciones como anemia ferropénica, obstrucción biliar, colangitis secundaria y fibrosis portal. Se ha reportado hemofilia y muerte en casos esporádicos. Se asocian con frecuencia a litiasis vesicular y de las vías biliares⁵ y se han informado algunos casos de pancreatitis aguda como complicación de una fasciolosis de vía biliar.^{5,10}

En la actualidad se plantea que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y la realización de esfinterotomía, para remover los parásitos con aditamentos introducidos a través del canal operatorio del duodenoscopio (como la cesta de dormia), constituyen junto con la terapia farmacológica, una opción a considerar en la fasciolosis de la vía biliar principal.¹⁰

SUMMARY

Three patients with abdominal pain were studied and through ultrasonography, it was suspected that they had *Fasciola hepatica* in their gallbladder and choledochio. By using endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), the presence of parasites in extrahepatic biliar passages of the cases was confirmed and then, it was taken out with a dormia basket. It was concluded that imaging is a diagnostic means to be considered in this parasitosis.

Subject headings: FASCIOLA HEPATICA/parasitology; DIAGNOSTIC IMAGING; GALLBLADDER/parasitology.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brito E, Olazábal E. Fasciolosis humana epidémica, Cuba 1983. II Estudio epidemiológico. Gen 1987;41:53-7.
2. Duménigo Ripoll BE, Finlay Villalvilla CM. Detección y cuantificación de coproantígenos de *Fasciola hepatica* en ganado ovino. Rev Cubana Med Trop 1998;50:82-4.
3. Stark ME, Herrington DA. An international traveler with fever, abdominal pain, eosinophilia and a liver lesion [clinical conference]. Gastroenterology 1993;105:1900-8.
4. Trombazzi C, Hadi SA. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en fasciolosis hepática. Gen 1994;48:278-80.
5. Chen MG, Mott KE. Progress in review of recent literature. Trop Dis Bull 1990;87:R 1-38.
6. Pandolfo I, Zimbaro G, Bartiromo G. Ultrasonographic and cholecystographic findings a case of fascioliasis. J Clin Ultrasound 1991;19:505-7.
7. Kamba M, Suto Y, Kosho K, Kawasaki H, Horie Y. MRI appearances of fascioliasis complicating liver iron overload. Br J Radiol 1997;70:1296-8.
8. Roses LL, Alonso D, Iñiguez F, Mateos A, Bal M, Agüero J. Hepatic fascioliasis of long term evolution: diagnosis by E.R.C.P. Am J Gastroenterol 1993;88:2118-9.
9. Bassily S, Iskander M, Youssef FG, El-Masry N, Bawden M. Sonography in diagnosis of fascioliasis. Lancet 1989;1:1270-1.
10. Veerappan A, Siegel JH, Podany J, Prudente R, Gelb A. *Fasciola hepatica* pancreatitis: endoscopic extraction of live parasites. Gastrointest Edosc 1991;37:473-5.

Recibido: 23 de agosto de 1999. Aprobado: 21 de marzo del 2000
Dr. Rolando Martínez López, Centro de Cirugía Endoscópica. Hospital Universitario "General Calixto García" Calle I y Avenida Universidad, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.