

## PRESENTACIÓN DE CASOS

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURÍ"

### Íctero obstructivo, *Fasciola hepatica*: presentación de un nuevo caso

Dr. René Díaz Fernández,<sup>1</sup> Dr. Daniel González Rubio,<sup>2</sup> Dra. Lesly María Millán Álvarez,<sup>3</sup> Dra. Madelyn Garcés Martínez,<sup>4</sup> Dra. Rosa L. Medina Aguilar<sup>5</sup> y Dr. Juan Carlos Millán<sup>6</sup>

#### RESUMEN

Se reportó un caso de íctero obstructivo provocado por *Fasciola hepatica* en una mujer blanca de 35 años. El diagnóstico es efectuado por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y corroborado por la presencia de huevos del parásito en las heces fecales. Recibió tratamiento con triclabendazol, lográndose mejoría del cuadro clínico y negativización de las copas cónicas en los controles seriados realizados a los 7, 30, 60 y 90 d postterapéutica.

**Palabras clave:** *Fasciola hepatica*, íctero obstructivo, diagnóstico.

La fasciolosis humana por *Fasciola hepatica* es una zoonosis de distribución cosmopolita. El primer caso autóctono cubano reportado se debe a los profesores Kourí y Arenas en julio de 1931.<sup>1</sup> La regla de oro clásica del diagnóstico es la demostración en heces fecales o líquido duodenal del huevo típico del tremátodo. Sin embargo, otros métodos, como la detección de antígenos específicos de excreción-secreción o de anticuerpos contra estos, pueden ayudar en el estudio de casos sospechosos, sobre todo en situaciones de epidemias de síndrome febril eosinofílico típicas de la fase prepatente o invasiva del parásito.<sup>2</sup>

El desarrollo de métodos imagenológicos como la ecografía y la tomografía axial computadorizada han brindado la oportunidad de detectar la presencia de la *F. hepatica* en la fase prepatente en el nivel del parénquima hepático, vías biliares extrahepáticas y vesícula biliar.<sup>3</sup> La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es otro recurso diagnóstico reportado en la literatura médica.<sup>4</sup>

La paciente del presente informe es un caso más donde la disponibilidad de recursos de alta tecnología resultan útiles cuando los métodos convencionales han fracasado por cualquier motivo, sobre todo en áreas no endémicas de esta

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK).

<sup>2</sup> Máster en Infectología. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Investigador Agregado. IPK.

<sup>3</sup> Médico General. Unidad de las FAR.

<sup>4</sup> Máster en Epidemiología. Especialista de I Grado en Microbiología. Aspirante a Investigador. IPK.

<sup>5</sup> Especialista de I Grado en Gastroenterología. Hospital "Joaquín Albarrán".

<sup>6</sup> Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. IPK.

parasitosis. Por otro lado, con este reporte se debe enfatizar que en Cuba, en una persona joven con íctero obstructivo, hay que descartar esta parasitosis con una simple muestra de heces fecales siguiendo la técnica de copa cónica, o el estudio inmunológico en la muestra, antes de ejecutar un proceder invasivo.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de ingreso: dolor abdominal e íctero.

Historia de la enfermedad actual: paciente S.L.R. de 35 años de edad, femenina, de la raza blanca con antecedente de litiasis vesicular, diagnosticada 1 año antes, que bebe agua potable procedente del acueducto y posee hábitos de ingerir verduras crudas (berro y otras). Comenzó con epigastralgia de moderada intensidad que se irradiaba a hipocondrio derecho con poca mejoría después de la administración de analgésicos como metamizol e ibuprofeno. Este cuadro álgido fue posteriormente acompañado de coloración amarilla *in crescendo* de piel y mucosas, orinas oscuras y prurito generalizado, así como, náuseas, vómitos, astenia, anorexia y pérdida de peso.

Por estos síntomas es remitida al Servicio de Gastroenterología del Hospital Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán" donde le realizan después de varias investigaciones una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, reportándose el conducto hepatocolédoco de calibre normal con defecto de lleno móvil en el segmento distal, extrayéndose con cesta de dormia un parásito adulto de *Fasciola sp.* Evolutivamente, la paciente mejora y desaparecen la coloración amarilla de piel y mucosas, y el resto de los síntomas neurovegetativos antes descritos. Se decide traslado hacia el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK) para continuar su estudio.

En el examen físico realizado en el IPK se encontró hígado aumentado de tamaño de 2 cm con un borde romo, no doloroso y superficie lisa. No íctero. Cardiorrespiratorio normal.

Los complementarios realizados aportan los elementos siguientes: leucocitos:  $6,7 \times 10^9/L$ ; diferencial, segmentados 024 %, linfocitos 053 %, eosinófilos 023 %; conteo global de eosinófilos:  $1\,500/mm^3$ ; TGP 107 U/L; TGO 31 U/L; bilirrubina directa 7,09 mmol/L; bilirrubina

total 14,16 mmol/L; bilirrubina indirecta 7,07 mmol/L; FAS 185 U/L; serología de *F. hepatica*: positivo; antígeno de excreción-secreción en heces: positivo; antígeno de excreción-secreción en suero: negativo; copa cónica: 6 huevos por lámina *F. hepatica*.

Ecografía: vesícula pequeña, con imágenes ecogénicas en su proyección, que puede estar en relación con parásitos. Hígado, páncreas, riñones y bazo: normales. Tomografía axial computadorizada abdominal: no alteraciones del hígado ni de las vías biliares.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico de la fasciolosis por *F. hepatica* generalmente se realiza por medio de la demostración de los huevos típicos en heces fecales, o bien, en el estudio microscópico de bilis B obtenida por intubación duodenal.<sup>5</sup> La demostración del parásito adulto generalmente constituye un hallazgo quirúrgico en una colecistectomía por litiasis. Sin embargo, en el informe se presenta el hallazgo del tremátodo como responsable de la oclusión intraluminal coledociana, lo cual provocaba dolor abdominal e íctero progresivo con todo el cortejo sintomático neurovegetativo que aquejaba la paciente debido a la distensión ductal.

Se pudo confirmar en los laboratorios de parasitología del IPK que el producto extraído se trataba de un parásito adulto de *F. hepatica*. Posteriormente se le constata en un seriado de copas cónicas la presencia de 6 huevos/lámina de *F. hepatica*.

La administración bajo consentimiento informado con una comida rica en grasa de una dosis única de 2 tabletas de triclabendazol a razón de 10 mg/kg de peso corporal (Fasigen de 250 mg. Novartis), pudo conseguir la desaparición de los huevos en las heces en los controles seriados postratamiento a los 7, 30, 60 y 90 d. Los indicadores humorales de citolisis hepática y de obstrucción de conductos biliares revirtieron a la normalidad a los 30 d del tratamiento.

La eosinofilia se redujo 70,4 % de los valores iniciales a los 90 d (de 1 500 a 325/mL).

La paciente no presentó eventos o reacciones adversas como las reportadas en la literatura

relacionados con el Fasigen en el tratamiento de la *F. hepatica* con triclabendazol.<sup>6</sup>

La laparotomía ha sido la técnica de elección en algunos casos de litiasis vesicular y coledociana, en los que finalmente se ha encontrado el parásito adulto como causa de la obstrucción.<sup>7</sup> La *colangiopancreatografía retrógrada endoscópica* resulta una alternativa para casos como estos,<sup>8-12</sup> y ha sido reportada desde 1994 por *Trombazzi C* y otros.<sup>13</sup> En Cuba solo hay un informe publicado empleando este proceder diagnóstico terapéutico por *Martínez López R* y otros.<sup>14</sup> La paciente fue beneficiada por este procedimiento endoscópico y de esa forma se evitó una laparotomía exploradora de vías biliares extrahepáticas. Se le trató médicamente con éxito, demostrándose la negativización de las heces incluso a los 3 meses de haberse tratado.

El cuadro de íctero agudo no hace imposible el planteamiento de fasciolosis por *F. hepatica*, pero en áreas o países endémicos esa posibilidad etiológica es mucho más frecuente que en otras latitudes, por lo que en Cuba se debe tener en cuenta, porque el tratamiento con drogas eficaces y con pocas reacciones adversas como el triclabendazol, está disponible. Por otra parte, el diagnóstico rápido de esta entidad puede ser determinado en los laboratorios de parasitología del IPK.

### Obstructive jaundice, *Fasciola hepatica*: a new case report

#### SUMMARY

A case of obstructive jaundice caused by *Fasciola hepatica* in a 35-year-old white woman was reported. The diagnosis was made by endoscopic retrograde cholangiopancreatography and corroborated by the presence of eggs of the parasite in the feces. She was treated with triclabendazole. It was observed an improvement of the clinical picture and negativization of the conical cups in the serial control analyses made on the 7<sup>th</sup>, 30<sup>th</sup>, 60<sup>th</sup> and 90<sup>th</sup> day after treatment.

**Key words:** *Fasciola hepatica*, obstructive jaundice, diagnosis.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kourí P. Manual de Parasitología. Helminología. Tomo I. La Habana: Ediciones Revolucionarias; 1970. p. 571-622.
2. Espino AM, Borges A, Duménigo BE. Fecal antigens of *Fasciola hepatica* potentially useful in the diagnosis of fascioliasis. Rev Panam Salud Pública 2000;7(4):225-31.
3. Richter J, Freise S, Mull R, Millán JC. Fascioliasis: sonographic abnormalities of the biliary tract and evolution after treatment with triclabendazole. Trop Med Int Health 1999;4(11):774-81. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=10588772&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10588772&dopt=Abstract)>>
4. Dobrucali A, Yigitbasi R, Erzin Y, Sunamak O, Polat E, Yakar H. *Fasciola hepatica* infestation as a very rare cause of extrahepatic cholestasis. World J Gastroenterol 2004;10(20):3076-7.
5. Carrada-Bravo T. Fasciolosis: diagnosis, epidemiology and treatment. Rev Gastroenterol Mex 2003;68(2):135-42.
6. Millán JC, Mull R, Freise S, Richter J, Triclabendazole Study Group. The efficacy and tolerability of triclabendazole in Cuban patients with latent and chronic *Fasciola hepatica* infection. Am J Trop Med Hyg 2000;63(5-6):264-9. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=11421375&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11421375&dopt=Abstract)
7. Cosme A, Ojeda E, Cilla G, Torrado J, Alzate L, Beristain X, et al. *Fasciola hepatica*. study of a series of 37 patients. Gastroenterol Hepatol 2001;24(8):375-80.
8. Kiladze M, Chipashvili L, Abuladze D, Jatchvliani D. Obstruction of common bile duct caused by liver fluke *Fasciola hepatica*. Sb Lek 2000;101(3):255-9.
9. Aubert A, Meduri B, Prat F, Nedelec P, Valverde A. Fascioliasis of the common bile duct: endoscopic ultrasonographic diagnosis and endoscopic sphincterotomy Gastroenterol Clin Biol 2001;25(6-7):703-6.
10. Machado A, Lozano A, Astete M, Watanabe J, Miyagui J, Velasquez H, et al. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy in parasitic diseases. Rev Gastroenterol Perú 1996;16(3):258-63. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12165792&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12165792&dopt=Abstract)
11. Ozer B, Serin E, Gumurdulu Y, Gur G, Yilmaz U, Boyacioglu S. Endoscopic extraction of living *Fasciola hepatica*: case report and literature review. Turk J Gastroenterol 2003;14(1):74-7. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=14593544&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=14593544&dopt=Abstract)
12. González-Carbajal Pascual M, Elvírez Gutiérrez A, Lazo del Vallin S, Pupo Oliveros D, Haedo Quiñones W, Concepción Izaguirre L. Imaging and fascioliasis of the biliary tract: report of 4 cases. Rev Gastroenterol Perú 2001;21(3):234-8.
13. Trombazzi C, Hadi SA. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en fasciolosis hepática. Gen 1994;48:278-80.
14. Martínez López R, Ruiz Torres J, Díaz Canel Fernández O, Brizuela Quintanilla R, Pernia González L. Diagnóstico de la fasciolosis de las vías biliares por imagenología. Rev Cubana Med Trop 2000;52(2):145-7.

Recibido: 28 de febrero de 2005. Aprobado: 21 de marzo de 2005.

Dr. René Díaz Fernández. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". Autopista Novia del Mediodía Km 6 1/2 , AP 601, Marianao 13, Ciudad de La Habana. Teléf: 202-04-36 al 45. Correo electrónico: rene.diaz@ipk.sld.cu