



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril-jun. 2011; 15(2):311-319
PRESENTACIÓN DE CASO

Fasciolosis: presentación de dos casos

Fascioliasis. A two-case report

Marilín González Tielves ¹, Mirna C. Pérez Lorenzo ²; Hilda E. Guerra Hernández ³, Raymel Solano Suárez ⁴, María de la C. Casanova Moreno ⁵.

¹Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Pinar del Río.

²Médico Veterinario. Máster en Enfermedades Infecciosas. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Pinar del Río.

³Médico Veterinario. Máster en Enfermedades Infecciosas. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Pinar del Río.

⁴Médico Veterinario. Máster en Enfermedades Infecciosas. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Pinar del Río.

⁵Especialista de Primer y Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Ciencias en Longevidad Satisfactoria, Profesora Auxiliar e Investigador Agregado Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Pinar del Río.

RESUMEN

Fundamento: La fasciolosis continua siendo una zoonosis de aparición frecuente. La frecuencia de la infección humana se ha subestimado en los últimos años, no obstante, aun se reportan casos y pequeños brotes de evolución variable, asociados a la ingestión de verduras o agua contaminadas. **Caso Clínico:** se presentaron dos casos con eosinofilia marcada, con manifestaciones clínicas y antecedente epidemiológico de consumir berro de origen silvestre. Se demuestra la importancia del antecedente epidemiológico en la confirmación de los casos. **Conclusiones:** la clínica referida, eosinofilia marcada y el antecedente epidemiológico de consumo de berro u otras verduras que puedan estar contaminadas, resultan elementos de vital relevancia para establecer un diagnóstico oportuno de esta enfermedad.

DeCS: ZONOSIS/clasificación, EOSINOFILIA/diagnóstico.

ABSTRACT

Base: Fascioliasis is a zoonosis that maintains its frequent onset. The rate of recurrence of the human infection has been underestimated in the last years; however case reports remain and only some onsets of variable evolution associated with the consumption of vegetables or contaminated waters are reported. **Clinical Case:** two cases presenting a marked eosinophilia and the epidemiological history of watercress consumption and/or other potentially contaminated vegetables are crucial elements to be considered to establish the appropriate diagnosis of this disease.

DeCS: Zoonosis/classification, eosinophilia/diagnosis

INTRODUCCIÓN

La fasciolosis o distomatosis hepática es una enfermedad causada por *Fasciola hepática* o *Fasciola gigantica*, tremátodos de los conductos biliares de los herbívoros que ocasionalmente infestan al hombre.

Esta parasitosis es muy frecuente en ovinos, bovinos y otras especies afines en todo el mundo, notificándose casos humanos en áreas de cría de estos animales en Suramérica, el Caribe, Europa, Australia y el Oriente Medio. En Cuba se ha reportado centenares de focos de fasciolosis en bovinos, así como el hallazgo de varios miles de hígado parasitados durante las inspecciones de las matanzas de reses, de los cuales un importante por ciento fueron decomisados por presentar alta infestación por *Fasciola hepática*.

Para que se produzca la infestación del hombre o de los animales es indispensable que se cumpla el ciclo biológico del parásito en la naturaleza entre los animales y los moluscos de la familia Lymnacidae. En Cuba se han comprobado como hospederos intermediarios los caracoles de las especies *Fossarí cubensis* y *Pseudosuccinea columella*.¹

Los parásitos adultos ponen los huevos embrionados que son llevados por la bilis al intestino y eliminados al medio por las heces. Los huevos en condiciones adecuadas de humedad y temperatura maduran, emergiendo de ellos hacia el agua las larvas, las cuales necesitan penetrar en el hospedero intermediario para pasar por los diferentes estadios de su desarrollo. Si la temperatura es favorable las larvas salen de los caracoles, nadando activamente en el agua hasta enquistarse en su superficie dentro de pequeñas burbujas de aire, partículas o sobre la vegetación, para transformarse posteriormente en la forma infectante para el hombre y los animales, la metacercaria (adolescaria).²

El hombre se infesta a través del consumo de hortalizas y vegetales infestados, siendo el consumo de berro silvestre (*Nasturtium officinale* y *N. acuticum*), contaminado por metacercarias el causante fundamental de numerosos brotes, así como al tomar agua contaminada. Los animales, al igual que el hombre se infestan por medio de la ingestión de pastos y aguas contaminadas.³

La enfermedad en el hombre y los animales se caracteriza por tener dos formas clínicas, una fase inicial aguda, que se corresponde con la migración de fasciolas jóvenes; y otras crónicas asociadas al parásito adulto localizado en los conductos biliares. Se reporta en forma de brotes y como casos aislados, todos asociados con consumo de vegetales y hortalizas.

La enfermedad hepática en la fasciolosis varía de acuerdo a la fase de la enfermedad (aguda o crónica) y a veces puede ser severa. La fase aguda, puede durar entre 4 a 6 meses y se presenta clínicamente con fiebre, hepatomegalia y eosinofilia. A veces, se complica y puede presentarse como: hematoma subcapsular hepático, ruptura hepática, múltiples abscesos hepáticos, granuloma hepático, anemia severa, ictericia, colangitis, colecistitis, pancreatitis, masa hepática, derrames pleurales, y eventualmente fibrosis hepática. Se ha demostrado, además, la asociación entre litiasis biliar y fasciolosis en un modelo experimental animal.⁴

Los parásitos maduran y los huevos empiezan a aparecer en las deposiciones entre los 56 y los 90 días posteriores a la infestación, por lo que solo después de esta etapa se puede diagnosticar mediante técnicas de laboratorio convencionales de parasitología.⁵ En muchas ocasiones la falta de técnicas diagnósticas en los Centros de Salud retrasa la detección temprana de la infestación, lo que podría influir en la presentación de mayor número de complicaciones.^{6,7}

Caso clínico 1

Paciente: A.R.M. Edad: 61 años. HC: 234101.

Historia de la enfermedad actual: paciente masculino, mestizo, con antecedentes de salud anterior, que acude al cuerpo de guardia del Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio de Pinar del Río, manifestando fiebre de 38 _ 39°C de aproximadamente 20 días de evolución, que se presentaba generalmente por la tarde y cedía con la administración de antipiréticos, acompañada de escalofríos y sudoraciones que aparecían en ese mismo orden cuando comenzaba la fiebre. Llevó un tratamiento con antibióticos (penicilina rápida y ciprofloxacina) sin mejorar. Se decide ingrasarlo para su mejor estudio y tratamiento.

Como dato relevante se recoge al interrogatorio el paciente refiere que tiene hábito de consumir berro de origen silvestre procedente de una finca de autoconsumo.

En el examen radiológico realizado no se visualizan lesiones agudas y en el ultrasonido abdominal se constata una hepatomegalia difusa con un aumento de la

ecorrefrigencia perivascular, vesícula biliar parcialmente colapsada, de paredes gruesas (7 mm) y vías biliares de aspecto normal. Se sugiere evolucionar. No otras alteraciones en hemiabdomen superior.

Resto de los complementarios :

- Hemograma con diferencial: Hb: 13.3 g/l, Leucocitos: $10^{10}/l$, Stabs: 0, 00, Neutrófilos: 0,36; Eosinófilos: 0,51, Monocitos: 0,00 y Linfocitos: 0,13. Velocidad de eritrosedimentación: 115 mm/h
- Lámina Periférica: Eosinofilia marcada, trombocitosis, leucocitosis, macrocitosis y normocromía
- Conteo de Plaquetas: 340×10^9
- Glucemia: 5,5 mmol/l
- Creatinina: 86 mmol/l
- Fosfatasa alcalina: 553 UI
- Proteína C reactiva: No reactiva
- Orina: Leucocitos: 20 000 x ml, hematíes: 60 000 x ml
- Conteo de Addis (de 8 horas): No contiene proteinuria. Leucocituria: 9800 x minuto, hematuria: 5600 x minuto, no cilindruria
- VIH negativo
- Serología no reactiva

Con estos antecedentes y la eosinofilia marcada que presenta el paciente se sospecha presuntivamente de una Fasciolosis y se realiza traslado para confirmación y tratamiento en Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri".

Una vez en esta institución se decide aplicar tratamiento basados en la sospecha clínica y epidemiología de la enfermedad. El tratamiento empleado consistió en la aplicación de triclabendazol en dosis única a razón de 15mg/ kg de peso.

Caso Clínico 2

Paciente: L.L.R. **Edad:** 63 años **HC.** 221403

Historia de la enfermedad actual: paciente masculino, blanco, con antecedentes patológicos personales de enfermedad de Hansen, que acude al cuerpo de guardia del Hospital Clínico Quirúrgico Docente León Cuervo Rubio de Pinar del Río por presentar fiebre de $38 - 39^{\circ}C$ de aproximadamente 20 días de evolución, acompañada de decaimiento, pérdida del apetito, artralgias y mialgias, náuseas y pérdida de peso de aproximadamente 3 - 4 kg. Se decide el ingreso para su mejor estudio y tratamiento.

Al interrogatorio, el paciente refiere consumir berro de la misma finca de autoconsumo referida por el caso anterior, lo que motiva se sospeche de una

fasciolosis hepática. Al realizar ultrasonido abdominal se reporta una ligera hepatomegalia difusa, vesícula de tamaño normal con paredes engrosadas (5 - 6mm) y escasa bilis de éxtasis en su interior, con riñones de tamaño y localización normal

Se realiza la laparoscopia exploratoria, y observa el hígado aumentado de tamaño, más de 3 a 4 cm por debajo del reborde costal, más acentuado en el lóbulo derecho, de color rojo vino intenso, superficie lisa y se visualizan múltiples lesiones blanquecinas en forma de coma que sobresalen de la superficie hepática de ambos lóbulos, predominio del lóbulo derecho, bordes romos, festoneado a nivel del lóbulo derecho y consistencia ligeramente aumentada. Vesícula biliar de tamaño normal, color verde claro, llena, no tensa. Bazo aspecto normal. Se concluye que las lesiones concuerdan con una infestación por Fasciola hepática.

En el examen radiológico de tórax se evidencia una opacidad difusa hacia la región supraclavicular derecha. Se sugiere y realiza radiografía por la técnica de vértice. Se observa engrosamiento regular de la pleura de aspecto no inflamatorio, sin otras alteraciones.

Resto de los complementarios :

- Hemograma con diferencial: Hb: 11.3 g/l, Leucocitos: $14 \times 10^{10}/l$, Stabs: 0, 00, Neutrófilos: 0, 22, Eosinófilos: 0,67, Monocitos: 0,00 y Linfocitos: 0,11. Velocidad de eritrosedimentación: 90 mm/h

- Lámina Periférica: Eosinofilia marcada, trombocitosis, leucocitosis, macro citosis y normocromía

- Conteo de Plaquetas: 600×10^9

- Glucemia: 4.3 mmol/l

- Creatinina sérica: 108 mmol/l

- Proteína C reactiva: No Reactiva

- Hemocultivo negativo

- VIH negativo

- Serología no reactiva

Con los hallazgos obtenidos en los exámenes realizados, la eosinofilia marcada y el antecedente epidemiológico referido se remite el caso para el IPK para confirmación y tratamiento. Una vez en esta institución se decide aplicar el tratamiento basados en la sospecha clínica y epidemiológica de la enfermedad. El tratamiento empleado consistió en la aplicación de triclabendazol en dosis única a razón de 15mg/ kg de peso.

DISCUSIÓN

El efecto de esta parasitosis sobre la salud depende del número de tremátodos y la duración de la infestación. La migración de las fasciolas jóvenes a través de la pared intestinal y del peritoneo no causa manifestaciones clínicas, pero su migración ulterior en el parénquima hepático, puede producir lesiones traumáticas,

necróticas e inflamatorias cuya gravedad depende del número de parásitos. En los conductos biliares, la fasciola adulta produce proliferación adenomatosa del epitelio ductal, así como inflamación y fibrosis pericanaliculares. En infecciones masivas puede haber éstasis biliar por una obstrucción, atrofia del hígado y cirrosis periportal. En los casos crónicos se observa con cierta frecuencia colecistitis y colelitiasis. Las manifestaciones más comunes durante la fascioliasis aguda, que corresponde a la migración de las fasciolas jóvenes a través del parénquima hepático, son dolor abdominal, fiebre, hepatomegalia, eosinofilia y algún grado de anemia.⁷

En la fase crónica, que corresponde a la localización del parásito en las vías biliares, los signos más comunes son cólicos biliares y colangitis. La eosinofilia de la fase aguda generalmente persiste. En ocasiones, la infección crónica puede ser asintomática.

En un estudio de 47 pacientes chilenos, los síntomas principales consistieron en dolor abdominal, dispepsia, pérdida de peso, diarrea y fiebre. En 10 de los 47 pacientes hubo ictericia. La eosinofilia fue normal en 9 casos y elevada en 38 casos.⁷

La enfermedad se sospecha por las manifestaciones clínicas (hepatomegalia febril y dolorosa, y eosinofilia), el antecedente epidemiológico y se confirma por el hallazgo de los huevos característicos en las heces. Durante la fase aguda no es posible hallar los huevos porque los parásitos aún no están maduros. En estas circunstancias, es común recurrir a los exámenes inmunológicos, pero esta etapa de la fascioliasis puede ser muy temprana para encontrar reacciones positivas. En esta fase debe distinguirse la fascioliasis de las hepatitis agudas por otras causas; los antecedentes epidemiológicos (abundancia de casos en la zona, hábito de comer berro) y la presencia de eosinofilia periférica ayudan en la identificación.^{8,9}

Durante la migración en la cavidad peritoneal, las larvas pueden desviarse a localizaciones aberrantes en diferentes partes del organismo. No es raro, por lo tanto, que los pacientes presenten anomalías extrahepáticas como infiltrados pulmonares, pleuropericarditis, meningitis o linfadenopatías causadas por estos parásitos.^{2, 10-12}

Elementos útiles para el diagnóstico son: la presencia de hipereosinofilia, que se observa en el 92% de los pacientes, que puede ser fluctuante durante los episodios de invasión, y el antecedente de ingesta de berro crudo, que está presente en alrededor del 70% de los casos.^{13, 14}

El cuadro clínico tan inespecífico, sin embargo, genera enorme dificultad en el diagnóstico clínico, siendo necesario muchas veces el apoyo imagenológico, por lo que el radiólogo debe estar preparado y conocer la epidemiología, patogenia y hallazgos en imágenes de este patógeno, especialmente en aquellas zonas endémicas.^{15, 16}

CONCLUSIONES

El hombre actúa como huésped intermedio y accidental de Fasciola hepática, cuando las cercarias desarrolladas en el pequeño caracol se enquistan en las verduras como el berro (*Nasturtium officinale*) o en el agua, que al ser consumidas, permite que se continúe su ciclo. La clínica referida, la eosinofilia marcada y el antecedente epidemiológico de consumo de berro u otras verduras que puedan estar contaminadas, resultan elementos de vital relevancia para establecer un diagnóstico oportuno de esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de la Fasciolosis Manual de normas y procedimientos. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 1998. p. 5-15
2. Abdul-Hadi S, Figueira I, Madera C, Olaizola C, Contreras R, Sánchez M A, et al. Estudio de la fasciolosis hepática humana y parasitosis intestinales en el caserío Mesa Arriba del municipio Carache, estado Trujillo, Venezuela. Rev. Soc. Ven. Microbiol. [Serie en Internet]. dic 2009 [Citado 26 de abril 2011]; 29(2): [Aprox. 4p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-25562009000200011&script=sci_arttext
3. Carrada-Bravo T. Fasciola hepatica: Ciclo biológico y potencial biótico. Rev Mex Patol Clin. [Serie en Internet]. Enero - Marzo 2007 [citado 26 Abril 2011]; 54(1): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2007/pt071f.pdf>
4. Freitas A, Colmenares C, Noya A B, García M E, Díaz-Suárez O. Fasciolosis humana en el municipio Mara, estado Zulia, Venezuela: prevalencia y factores asociados. Invest. clín. [Serie en Internet]. Dic 2009 [citado 26 Abril 2011]; 50(4): [Aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/ic/v50n4/art09.pdf>
5. Martínez Barbabosa I, Gutiérrez Quiroz M, Romero Cabello R, Ruiz-González LM, Gutiérrez-Cárdenas E, Alpizar-Sosa A, et al. Seroepidemiology of fascioliasis in school children in Mexico City. Rev Biomed. [Serie en Internet]. 2006 [citado 26 Abril 2011]; 17(4): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio064c.pdf>
6. Cantisani V, Cantisani C, Mortelé K, Pagliara E, D'Onofrio M, Fernandez M, et al. Diagnostic imaging in the study of human hepatobiliary fascioliasis. Radiol med [Serie en Internet]. 2010 [citado 26 Abril 2011]; 115: [Aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/ln25v631j166543l/fulltext.pdf>
7. Marco LA, Terashima A, Leguía G, M Canales, Espinoza JR, Gotuzzo E. La infección por Fasciola Hepática en el Perú: una enfermedad emergente. Rev. gastroenterol. Perú. [Serie en Internet]. oct. /dic. 2007 [citado 26 Abril 2011]; 27(4): [Aprox. 7p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292007000400008
8. Wong Sarmiento L, Vázquez Perera AA, Quesada Martínez M, Sánchez Noda J, Hevia Jiménez Y, Fuentes Leyva J, et al. Estudios ecológicos en moluscos de importancia médico-veterinaria en la granja de desarrollo La Coca. Rev Cubana Med Trop. [Serie en Internet]. 2010 Abr [citado 2011 abril 12]; 62(1): [Aprox. 5p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602010000100003&lng=es
9. Vázquez Perera AA, Sánchez Noda J, Hevia Jiménez Y. Distribución y preferencia de hábitats de moluscos hospederos intermediarios de Fasciola hepática en Cuba. Rev Cubana Med Trop. [Serie en Internet]. sep.-dic. 2009 [citado 2011 abril 12]; 61(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol61_3_09/mtr08309.htm
10. Pelegrini R, Mastalir E, Pinto Mastalir F. Retirada de fasciola hepatica da vía biliar principal por coledoscopia. Rev. Col. Bras. Cir. [Serie en Internet].

2007 Feb [Citado 2011 abril 12]; 34(1): [Aprox. 2p.]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000100016&lng=en

11. Domenech Cañete I, Marcet Sánchez R, Figueredo Pino M, Sarracent Pérez J. Conservación de heces humanas para la detección de antígenos de excreción - secreción de Fasciola hepática. Rev Cubana Med Trop. [Serie en Internet]. Mayo-ago. 2009 [citado 2011 abril 12]; 61(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol61_2_09/mtr14209.htm

12. Vázquez AA, Gutiérrez A. Ecología de moluscos fluviales de importancia médica y veterinaria en tres localidades de La Habana. Rev Cubana Med Trop. [Serie en Internet]. 2007 [citado 26 Abril 2011]; 59(2): [Aprox. 3p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol59_2_07/mtr11207.htm

13. Vázquez AA, Gutiérrez A, Sánchez J. Estudios de diversidad en comunidades de moluscos fluviales de importancia médica. Rev Cubana Med Trop. [Serie en Internet]. 2008 [citado 26 Abril 2011]; 60(2): [Aprox. 2p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol60_2_08/mtr09208.htm

14. Marcos LA, Romani L, Florencio L, Terashima A, Canales M, Nestares J, et al. Hyperendemic and mesoendemic zones of Fasciola infection surrounding urban Lima: an emerging disease? Rev Gastroenterol Peru. [Serie en Internet]. 2007 [Citado 26 Abril 2011]; 27(1): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17431434>

15. Marcos LA, Maco V, Terashima A, Samalvides F, Espinoza JR, Gotuzzo E. Risk Factors for Fasciola hepatica infection. Trans R Trop Med Hyg. [Serie en Internet]. 2006 [citado 26 Abril 2011]; 100(2): [Aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16181652>

16. Espinoza JR, Maco V, Marcos L, Saez S, Neyra V, Terashima A, et al. Evaluation of FAS2-ELISA for the serological detection of Fasciola hepatica infection in humans. Am J Trop Med Hyg. [Serie en Internet]. 2007 [Citado 26 Abril 2011]; 76(5): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17488926>

Dra. Marilín González Tielves. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Pinar del Río.