

Absceso hepático por *Fasciola*. Reporte de un caso

ROSAMELIA FERNÁNDEZ CAPISTRÁN,* FRANCISCO MORENO SÁNCHEZ**

RESUMEN

La fascioliasis es una zoonosis que puede ocurrir en la población de cualquier parte del mundo. En México se ha identificado, particularmente, en el estado de Guanajuato. El ser humano se infesta por medio de la ingestión de vegetales acuáticos contaminados. Aquí se presenta el primer caso en la literatura nacional y el quinto en la literatura mundial de la manifestación de fascioliasis como absceso hepático. Se trata de una mujer de 46 años de edad admitida en el American British Cowdray Medical Center IAP debido a dolor en el epigastrio, sensación de plenitud y fiebre de ocho semanas de evolución. La exploración física reveló signos vitales normales y abdomen blando con una masa en el epigastrio de aproximadamente 2 cm. Los exámenes de laboratorio reportaron leucocitosis de 11,300 sin eosinofilia; el resto de las pruebas fueron normales. La tomografía computada (TC) del abdomen mostró lesiones tabicadas en el lóbulo izquierdo. Por ello, se le realizó laparotomía exploradora con resección del segmento hepático afectado. Con el estudio histopatológico se identificó a *Fasciola hepatica* y se comprobó serología específica para ésta a títulos altos (1:2048). Se indicó praziquantel durante siete días y la paciente se recuperó de manera satisfactoria; al momento de este informe permanecía asintomática.

Palabras clave: fascioliasis, absceso, praziquantel, zoonosis.

ABSTRACT

Fascioliasis is a worldwide zoonosis. In Mexico, it is more frequent in the state of Guanajuato. The infestation form in the human is by the ingestion of contaminated aquatic vegetables. We present the first case in the national literature and the fifth in the international literature of the features of fascioliasis as liver abscess. A forty year old woman was admitted to ABC medical center due to an eighth week history of epigastric pain, plentyness, and fever. At the physical examination her vital signs were normal, the abdomen showed an epigastric mass of about 2 cm. Laboratory tests showed leucocytosis of 11.3 without eosinophilia, the rest of the tests were normal. The abdominal tomography (CT) revealed the presence of facetated lesions in the left hepatic lobe. She underwent an exploratory laparotomy with resection of the affected hepatic segment. The hystopathologic study demonstrated the presence of *Fasciola* and by specific serological test showed high titers (1:2048). Praziquantel was indicated for seven days, the patient has completely recovered and is currently asymptomatic.

Key words: fascioliasis, abscess, praziquantel, zoonosis.

INTRODUCCIÓN

La fascioliasis o distomatosis es una zoonosis parasitaria producida por los trematodos del género *Fasciola hepatica*, para lo cual el molusco *Limnaea viatrix* actúa como huésped intermediario.¹ Afecta principalmente a los rumiantes y en forma accidental al ser humano.

Los casos en personas han sido esporádicos y en su mayor parte relacionados con la ingestión de vegetales acuáticos o agua contaminada.^{1,2} Existen tres especies que infectan al hombre: *F. hepatica*, *F. gigantica* y *F. indica*.³

Este género de trematodos habita en cualquier parte del mundo, pero se ha vuelto endémico en América del Sur, Puerto Rico, África, Australia y China.³ En México se ha identificado principalmente en el estado de Guanajuato.⁴

La enfermedad comienza cuando los quistes llegan al duodeno, donde las metacercarias perforan la pared intestinal, invaden el peritoneo y horadan la cápsula de Glisson, penetrando al parénquima hepático y alojándose en los conductos biliares.²⁻⁵

* Residente de cuarto año de Medicina Interna. Hospital ABC.

** Jefe del curso de Medicina Interna. Hospital ABC. Médico infectólogo.

Correspondencia: Dra. Rosamelia Fernández Capistrán. Parque de la Malinche núm. 13, col. Del Parque, CP 53390, Naucalpan, Edo. de México. E-mail: rosameliaf@hotmail.com

Recibido: febrero, 2000. Aceptado: marzo, 2000.

Las manifestaciones clínicas dependen del estadio y la localización de los trematodos y se dividen en dos fases: aguda y crónica. La primera corresponde a la migración de la larva del intestino al hígado. La segunda se manifiesta de 6 a 11 semanas después de la infestación y se define como la degeneración parenquimatosa del hígado y la producción de síntomas relacionados con la obstrucción del tracto biliar. Entre las complicaciones reportadas se han descrito la invasión a la vesícula,^{3,6} la hemorragia subcapsular hepática y el quiste hidatídico o el absceso,⁴ por lo regular en niños.

Aquí se presenta el primer caso reportado en México (quinto en la literatura mundial) de fascioliasis manifestada como absceso hepático.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 46 años de edad, residente de la Ciudad de México pero viajaba constantemente a la costa. Fue internada en el ABC Medical Center en agosto de 1998 para la realización de un estudio debido a fiebre y tumoración hepática. Entre los antecedentes de importancia mencionó estar bajo tratamiento sustitutivo hormonal desde hacía seis meses debido a síntomas del climaterio. Un año antes de su ingreso se le había detectado, a través de ultrasonido (US), una masa hepática; entonces se le realizó una tomografía computada (TC), que sólo reveló un hemangioma en el lóbulo derecho.

Dos meses antes de su ingreso comenzó con dolor abdominal intenso en el epigastrio y el hipocondrio derecho, así como sensación de plenitud posprandial y malestar general con escalofríos sin fiebre, lo mismo que diaforesis ocasional de predominio nocturno, distensión abdominal, náuseas y evacuaciones de consistencia disminuida, refiriendo haber mejorado con antibióticos no especificados.

Diez días después de haber iniciado sus síntomas viajó a Tampico, donde otra vez sufrió dolor abdominal, en esta ocasión con fiebre y escalofríos; se le diagnosticó fiebre tifoidea, sin confirmación del laboratorio, y se le dio tratamiento con ciprofloxacina a razón de 500 mg cada 12 horas durante 10 días.

Catorce días más tarde manifestó de nueva cuenta dolor abdominal súbito, escalofríos, fiebre de 38.5 °C, náuseas y vómito, por lo cual se decidió internarla en el hospital.

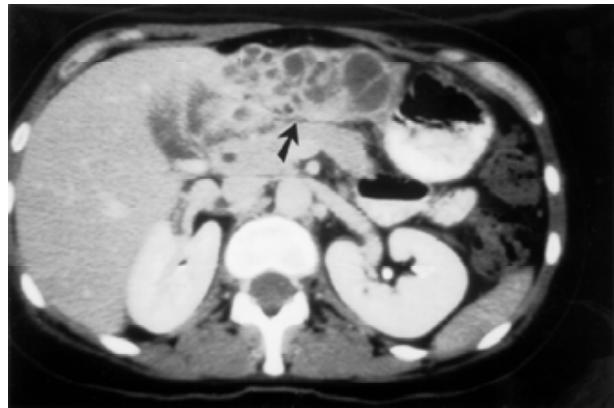


Figura 1. Tomografía del abdomen en donde se aprecia el hemangioma y las lesiones tabicadas del lóbulo hepático izquierdo.

La exploración física de la paciente reveló signos vitales estables y sin fiebre. Su abdomen estaba blando, depresible y doloroso a la palpación superficial del cuadrante superior derecho y sin hepatosplenomegalia; se comprobó una masa en el epigastrio de aproximadamente 2 cm y peristalsis normal. Los exámenes de laboratorio revelaron leucocitosis de 11,300, con segmentados de 87%, eosinófilos de 0% y bandas de 8%. Su hemoglobina fue de 12.9 g/dL, hematocrito de 40.1 y plaquetas de 361,000. El resto de sus exámenes resultaron normales. Los hemocultivos, las reacciones febres, la seroameba y la serología para *Echinococcus* fueron negativos.

La TC de abdomen demostró el "hemangioma" ya conocido en el lóbulo derecho y lesiones tabicadas en el lóbulo hepático izquierdo (figura 1). El ultrasonido del hígado y las vías biliares reveló también



Figura 2. Ultrasonido hepático. Hemangioma en el lóbulo derecho y lesiones que semejan metástasis.

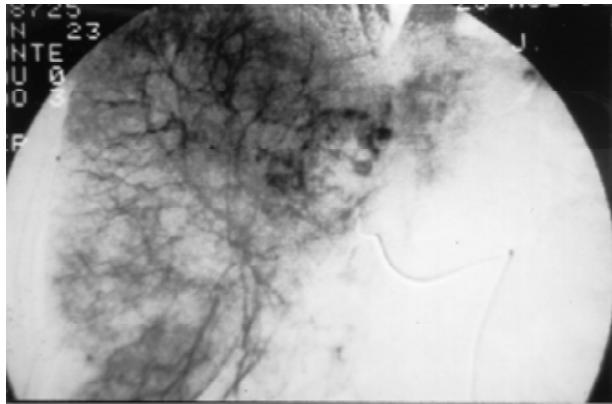


Figura 3. Arteriografía hepática. Se aprecia la tumoreación en el lóbulo hepático izquierdo con fistulas arteriovenosas.

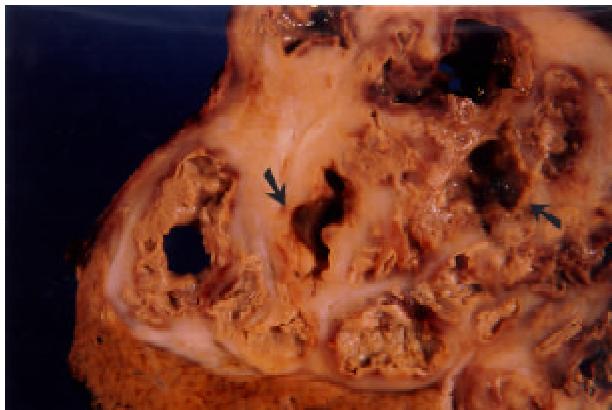


Figura 4. Pieza quirúrgica. Nótense las fasciolas.



Figura 5. Fasciola adulta removida del tejido hepático (10x).

el hemangioma, así como los cambios inflamatorios en el lóbulo izquierdo (figura 2).

Se le realizó resonancia magnética (RM) y angiorresonancia, y se observaron lesiones ocupantes

en los segmentos 2 y 3, parcialmente cavitadas con paredes hipodensas que tradujeron tejido fibroso multilobulado con aparente extensión en el espacio subcapsular y probable rotura de la misma con extensión hacia el estómago, principalmente. Entonces se decidió iniciar con antibiótico (ceftriaxona y metronidazol), como si se tratase de un absceso hepático piógeno, con lo cual desapareció la fiebre y mejoraron los síntomas.

Se mantuvieron los antibióticos durante seis semanas. Al finalizar el tratamiento se le realizó una TC de control, la cual mostró la misma imagen; una semana después manifestó una vez más fiebre, así como una masa palpable en el epigastrio, no dolorosa, y leucocitosis. Debido a ello, se le realizó una angiografía que reportó tumoreación en el lóbulo hepático izquierdo, con fistulas arteriovenosas (figura 3). Entonces se decidió el tratamiento quirúrgico, reportando como padecimiento la fasciolasis hepática (figuras 4 y 5).

La serología por el método de ELISA demostró títulos altos de *Fasciola*. Se le dio tratamiento con praziquantel (70 mg/kg) durante siete días y respondió de manera adecuada. Después de un año de seguimiento permanecía asintomática y en buenas condiciones generales. Un estudio serológico a los seis meses demostró disminución de los títulos a 1:120.

DISCUSIÓN

La fasciolasis es una enfermedad endémica, sobre todo en Asia y el Caribe, que afecta con frecuencia a los camélidos, las cabras, las ovejas y las terneras.^{1-3,5-8,10,11} Tiene un ciclo realmente complejo que incluye dos huéspedes obligatorios: el definitivo (rumiantes, otros animales y el hombre), que alberga la forma adulta del parásito,¹ el cual mide 20-30 × 8-12 mm,^{4,12,16} y el intermediario (moluscos del género *Limnaea*), en donde se desarrollan las etapas asexuadas.³

Las manifestaciones clínicas de las fases iniciales se definen como fatiga, mialgias, artralgias, cefalea, diaforesis, fiebre, dolor abdominal, náuseas y diarrea.^{8,9,12,13} La eosinofilia es la manifestación hematológica característica que coincide con la invasión hepática;^{7,8,11} en esta etapa no se encuentran huevos en las heces y las pruebas serológicas son especialmente útiles para su diagnóstico.^{8,9}

En estadios avanzados, las fasciolas se localizan en la vía biliar y producen síntomas obstructivos;^{2,7,8,9} aunque pueden permanecer asintomáticos^{1,8,11} duran-

te años,⁹ los pacientes pueden sufrir, en ocasiones, fibrosis portal.^{2,14}

En algunos casos existe migración ectópica hacia el pulmón, la pleura, el corazón, la pared abdominal, la epidermis,^{5,9} el cerebro,^{4,5,9} el ciego, el apéndice y el páncreas.^{4,11} Entre sus complicaciones se han descrito la invasión a la vesícula biliar, la infección masiva, la hemorragia subcapsular, el sangrado del tubo digestivo^{4,11} y el quiste hidatídico, así como el absceso y la masa hepática.⁴

El diagnóstico se basa en la manifestación clínica y la identificación de huevos en las heces o el aspirado duodenal, así como las pruebas serológicas^{8,9,12,15} y los resultados de patología.^{12,15} Los estudios de imagen, como el ultrasonido,^{6,7,11,13} la tomografía,^{6,7,11,15} la gammagrafía³ y la colangiopancreatografía endoscópica^{6,9,11,16} pueden revelar también dilatación e irregularidades de la vía biliar.^{11,16}

La formación de un absceso relacionado con *Fasciola* se ha descrito en niños; al parecer el tamaño de los conductos biliares impide que el parásito migre, por lo cual aparece una reacción inflamatoria local. También llama la atención la mejoría clínica que se manifestó en un inicio con el uso de antimicrobianos, lo cual puede interpretarse como una sobreinfección bacteriana.⁹

Los estudios serológicos pueden ser útiles no sólo para el diagnóstico, sino para el seguimiento. En el caso presentado aquí los títulos bajaron de 1:2056 a 1:120 en seis meses.

En cuanto al tratamiento, no existe un consenso; se han utilizado innumerables medicamentos en el pasado y se han abandonado, como la violeta de genciana, las sales de antimonio, la quinina y la emetina. La dehidroemetina es el tratamiento más utilizado en las últimas décadas, y ha sido efectiva en casi 60% de los pacientes.^{2,8,9}

En la actualidad se utilizan con mayor frecuencia el praziquantel y el bitionol, pero no existen ensayos controlados que demuestren cuál es mejor.^{2,3} La duración ideal del tratamiento se desconoce también, y se ha reportado que en uno a siete días se obtienen resultados muy variables. El triclabendazol parece muy efectivo en las dos fases de la infestación (aguda y crónica), con la ventaja de que se administra en dosis única; no obstante, falta establecer su seguridad y eficacia en estudios clínicos más extensos. Otros medicamentos con resultados poco satisfactorios incluyen el metronidazol, la cloroquina y el niclofolán.^{2,3,9}

En nuestro caso se efectuó la resección hepática de los segmentos I y II, además de tratamiento con praziquantel a dosis de 70 mg/kg durante siete días, con buena tolerancia y sin recidivas hasta el momento de este informe.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra una forma de manifestación poco usual y de difícil diagnóstico de una enfermedad endémica en nuestro país. *Fasciola* puede afectar el parénquima hepático y producir un absceso muy fácil de confundir con otra enfermedad. Es necesario recordar que la eosinofilia se hace patente en la fase aguda, cuando *Fasciola* invade el peritoneo y las vías biliares; por este motivo es de vital importancia conocer los resultados de otros estudios sensibles en períodos de cronicidad, como la serología, la tomografía, la colangiografía retrógrada endoscópica y la resonancia magnética.

Además, es imperioso recordar que en México existen zonas endémicas de fascioliasis, y este caso acentúa la necesidad de considerarla causa de absceso hepático, sobre todo en los pacientes con evolución poco satisfactoria.

REFERENCIAS

1. López LM, Hernández S, Acuña AM, Nari A. Fascioliasis en la República Oriental del Uruguay. Revista Médica del Uruguay 1996;1:15-25.
2. Eckhardt T, Heckers H. Treatment of human fascioliasis with niclofolan. Gastroenterology 1981;81:795-8.
3. Price AT, Tuazon UC, Simon LG. Fascioliasis: Case report and review. Clin Infect Dis 1993;17:426-30.
4. Acuña SR, Braun RG. Bleeding ulcer in the common bile duct due to *Fasciola hepatica*. Am J Gastroenterol 1987;82:560-2.
5. Pulpeiro JR, Armesto V, Varela J, Corredoira J. Fascioliasis: Findings in 15 patients. Br J Radiol 1991;64:798-801.
6. Han JK, Choi BI, Cho JM, Chung BK, Han CM, Kim WC. Radiological findings of human fascioliasis. Abdominal Imaging 1993;18:261-4.
7. Van Beers B, Pringot J, Geubel A, Trigaux J, Bigaignon G, Dooms G. Hepatobiliary fascioliasis: Non invasive imaging findings. Radiology 1990;174:809-10.
8. Bacq Y, Besnier J, Duong H, Pavie G, Metman E, Choutet P. Successful treatment of acute fascioliasis with bithionol. Hepatology 1991;14:1066-9.
9. Arjona R, Riancho J, Aguado J, Salesa R, González J. Fascioliasis in developed countries: A review of classic and aberrant forms of the disease. Medicine 1995;74:13-93.
10. Liu XL, Harinasuta TK. Parasitic disease of the liver and intestines. Gastroenterol Clin Biol 1996;23:627-36.

11. Moreira L, Silva R, Viana LH, Palhinhas M, Viana LR. Biliary fascioliasis: Diagnosis, treatment and follow-up by ERCP. *Gastrointest Endosc* 1996;43:617-20.
12. Stark EM, Herrington AD, Hillyer VG, McGill BD. An international traveler with fever abdominal pain eosinophilia, and a liver lesion. *Gastroenterology* 1993;105:1900-8.
13. Bassily S, Iskander M, Youssef GF, Masry EN, Bawden M. Sonography in diagnosis of fascioliasis. *Lancet* 1989;1270-1.
14. Kayabali I, Gokcera HI, Yerdel AM, Örmeci N. Hepatic fascioliasis and biliary surgery. *Int Surg* 1992;77:154-7.
15. Takeyama N, Okumura M, Sakai Y, Kamma O, Shima Y, Endo K, Hayakawa T. Computed tomography findings of hepatic lesions in human fascioliasis: Report of two cases. *Am J Gastroenterol* 1981;1078-81.
16. Danilewitz M, Kotfila R, Jensen P. Endoscopic diagnosis and management of *Fasciola hepatica* causing biliary obstruction. *Am J Gastroenterol* 1996;91:2619-22.