

Enfermedades Infecciosas y Microbiología

Volumen
Volume 21

Número
Number 3




Julio-Septiembre
July-September 2001

Artículo:




Hematoma subcapsular del hígado. Manifestación en tres pacientes con fasciolosis hepática

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Hematoma subcapsular del hígado. Manifestación en tres pacientes con fasciolosis hepática

REGINO RODRÍGUEZ ACOSTA,* LUIS TORRADO CRUZ,** DENNYS PÉREZ GARCÍA,** FRANCIS XAVIER MOREY***

INTRODUCCIÓN

El primer parásito conocido del género de los tremátodos fue la *Fasciola hepatica*, descubierta por Johan de Bride en 1379. Sin embargo, fue Pallas quien, en 1760, la identificó en el ser humano. En la actualidad, se estima que el parasitismo provocado por esta clase de gusanos en el hombre es cosmopolita.^{1,2}

De 1931 a 1944 en Cuba se describieron más de 100 casos esporádicos de pacientes parasitados con *F. hepatica*, pero de ahí en adelante se han generado varias epidemias, de las cuales, entre las más importantes pueden citarse las de San Cristóbal (1944), con más de 50 casos, Pinar del Río (1948), con alrededor de 600 pacientes implicados, la del municipio de Fomento, de la provincia de Sancti Spiritus (1983), donde se reportaron 44 enfermos,^{1,3} y la del municipio Las Palmas, también de Pinar del Río, en 1993, con otro importante número de casos.

Es indudable que la *Fasciola hepatica* ha cobrado gran importancia en los últimos años, lo cual se ha reflejado en el creciente número de pacientes parasitados, quienes pueden permanecer asintomáticos o padecer cuadros graves, incluso con localizaciones aberrantes (pulmón, ojo, cerebro, músculos y otros tejidos).^{1,3-6}

El diagnóstico clínico de esta infestación en el ser humano es, en ocasiones, muy difícil, debido a la com-

plejidad de los síntomas y la diversidad de síndromes que puede provocar, por lo cual crece la posibilidad de confundirla con un buen número de enfermedades. La dificultad es todavía más grande porque aun en nuestros días, muy pocas veces se piensa que los síntomas de los pacientes tengan un origen distomiano.^{1, 2,4}

El reporte de los siguientes casos se dio en el marco de la aparición de nuevos brotes en el municipio de Esmeralda, de la provincia de Camagüey, Cuba.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Paciente masculino de raza negra y 32 años de edad que ingresó al hospital el 10 de mayo de 1999 debido a digestiones lentas, pérdida de alrededor de 5 kg de peso corporal en un mes y dolor abdominal.

El paciente relató que durante la tarde del día anterior a su ingreso empezó a sentir dolor abdominal ligero, localizado en el epigastrio con irradiación al hipocondrio derecho. Poco a poco el dolor se volvió difuso y más intenso y, entonces, ocurrieron astenia marcada, mareos, náuseas y ansiedad.

El examen físico del paciente reveló sudoración profusa, palidez cutánea-mucosa y gradiente térmico hasta las rodillas. Se notó al principio ansioso y minutos después somnoliento. Su tensión arterial era de 50/20 mmHg, su frecuencia cardíaca de 126 x minuto y tenía el abdomen contracturado, con signos de reacción peritoneal y ruidos hidroaéreos disminuidos. La diuresis era menor de 0.5 mL/kg/hora.

Fue valorado de manera conjunta con el personal de guardia del Departamento de Cirugía y la decisión fue realizar una laparoscopia, con base en el examen físico y los siguientes datos de laboratorio: Hb, 8.8 g/L; leucocitos, 18.5 x 10⁹/L; PMN 0.60; Linf. 0.08; Eos. 0.39; plaquetas, 170 x 10⁶/L; y tiem-

* Especialista de primer grado en Medicina Interna. Profesor instructor.

** Especialista de primer grado en Medicina Interna.

*** Residente de segundo año en Medicina Interna.

Hospital Clínico-Quirúrgico y Docente Manuel Ascunce Domenech, Camagüey, Cuba.

Correspondencia: Dr. Regino Rodríguez Acosta. Calle A núm. 5, Segunda y Final. Rpto. La Carbonera. Carretera Sta. Cruz del Sur km 2^{1/2}, Camagüey, Cuba.

po de protrombina, control 14 segundos, paciente 35 segundos.

De la laparoscopia destacó una lesión de color violáceo en el lóbulo derecho que hacía prominencia en la superficie. Se observó, además, abundante sangre en la cavidad abdominal.

Se realizó entonces una laparotomía exploratoria y se descubrió un gran hematoma subcapsular hepático del lóbulo derecho; se extrajeron 2,500 cc de sangre libre de la cavidad. Más adelante se ordenaron otros estudios complementarios, tomando en cuenta los antecedentes higiénico-dietéticos y epidemiológicos del enfermo, como conteo absoluto de eosinófilos: $1,680 \times 10^9/L$; heces fecales en copa cónica: huevos de *Fasciola hepatica*; y coproantígeno: positivo a *F. hepatica* (figura 1).

El paciente egresó del hospital el 10 de junio de 1999.

Caso 2

Paciente femenina de raza negra y 54 años de edad que ingresó al hospital el 2 de junio de 1999 debido a hipertensión arterial primaria, pérdida de alrededor de 15 kg de peso corporal en tres meses y dolor abdominal.

La paciente sufría de fiebre de $38.5^{\circ}C$ durante las tardes desde tres meses antes, que cedía de manera espontánea sin necesidad de antipiréticos. Sin embargo, durante la última semana, además de la fiebre, había aparecido dolor abdominal, en especial en el hipocondrio derecho, y malestar general.

El examen físico reveló hepatomegalia de 2 cm del reborde costal a expensas del lóbulo derecho, de superficie lisa, discretamente dolorosa. Se indicaron los siguientes estudios complementarios: Hb, 14.0 g/L; leucocitos, $13.6 \times 10^9/L$; PMN, 0.41; Linf. 0.07; Eos. 0.52; eritrosedimentación, 151 mm/L; heces fecales en copa cónica, tres huevos de *Fasciola hepatica*; coproantígeno para *F. hepatica* positivo; conteo absoluto de eosinófilos, $7,072 \times 10^9/L$; TGO 25 unidades; TGP, 21 unidades; timol, 6.6 unidades; tiempo de protrombina, control 13 segundos y paciente 16 segundos; fosfatasa alcalina, 2.3 unidades B; glicemia, 4.7 mmol/L; y USG abdominal: en la porción inferior del lóbulo hepático derecho se observó una imagen ecolúcida de 80×42 mm de contornos irregulares y tabicada.

El diagnóstico principal fue *Fasciola hepatica*, en tanto que la segunda opción fue granuloma hepático

vs absceso hepático. Con base en esto, se realizó una TAC del hígado (figura 2).

El 8 de junio de 1999 el estado de la paciente se agravó y el dolor abdominal se volvió más intenso, con signos de reacción peritoneal, por lo cual se decidió llevarla al quirófano, donde se le descubrió un hematoma subcapsular del lóbulo derecho del hígado; además se resecaron dos granulomas para biopsia hepática.

La paciente tuvo un posoperatorio satisfactorio y continuó con un tratamiento específico; egresó el 29 de junio.

Caso 3

Paciente masculino de raza blanca y 49 años de edad que ingresó al hospital el 1 de octubre de 1999 debido a fiebre y dolor en el hígado.

Varias semanas antes, el paciente comenzó con fiebre de $38^{\circ}C$ durante las tardes, que ocurría junto con escalofríos y astenia marcada y desaparecía de manera espontánea. Durante la semana previa a su ingreso sufrió de dolor en el hipocondrio derecho con irradiación a la espalda y la fosa lumbar derecha.

El examen físico reveló hepatomegalia a expensas del lóbulo derecho, de superficie lisa y dolorosa. Los exámenes complementarios reportaron: Hb, 13.2 g/L; leucocitos, $7 \times 10^9/L$; PMN 0.49; Linf. 0.19; Mono. 0.02; Eos. 0.27; eritrosedimentación, 98 mm/L; timol, 6.1 mmol/L; conteo de eosinófilos, $2,750 \times 10^9/L$; tiempo de protrom-

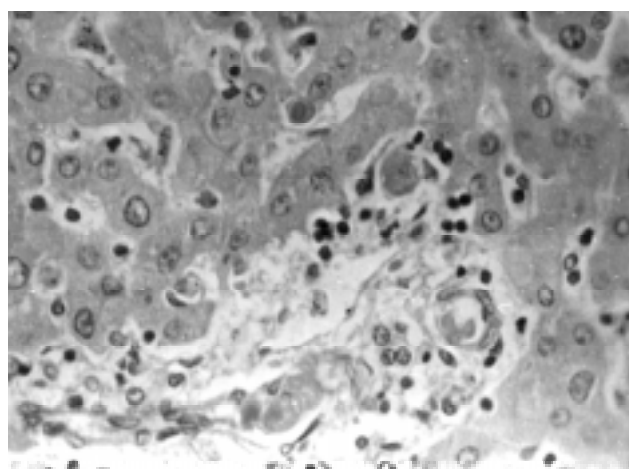


Figura 1. Biopsia hepática donde se aprecian la proliferación de conductillos, el edema interlobulillar, el infiltrado de células redondas y los eosinófilos.

bina, control 14 segundos y paciente 17 segundos; y USG abdominal: el hígado rebasaba el reborde costal y se observaba, hacia la cara anterior del lóbulo derecho, una masa mixta de 93 x 31 mm con aspecto de absceso hepático. Con base en esto se realizó una TAC del hígado (figura 3). La laparoscopia reveló un hígado de tamaño normal, de color blanco amarillento, que hacía prominencia en el lóbulo izquierdo. En el lóbulo derecho se observó una imagen con contenido de aspecto hemático y que se extendía hacia el lecho vesicular.

El diagnóstico fue: hematoma subcapsular hepático y granuloma hepático. Más adelante, la copa cónica fue positiva para fasciola, y el coproantígeno también resultó positivo.

La evolución del paciente fue buena con el tratamiento indicado; por lo tanto, en consenso con el Departamento de Cirugía, se decidió mantener el manejo conservador. Se le dio de alta el 17 de noviembre de 1999, después de cumplir con el tratamiento específico para la fasciolosis.

DISCUSIÓN

La literatura médica recoge casos de fasciolosis hepática humana de todas partes del mundo, pero a Cuba, en especial, se le atribuye la tercera parte de dichos casos.^{1,2}

Es bien conocida la gran variedad de diagnósticos diferenciales que tiene esta infestación, no sólo con otras enfermedades parasitarias sino también con alteraciones y síndromes sistémicos. Muchos casos descritos por Kourí y otros autores¹⁻⁶ tenían diagnósticos iniciales tan disímiles como el de úlcera duodenal, paludismo o colecistitis aguda. En cuanto a los síntomas, la mayoría de los pacientes sufren una larga historia de fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal y trastornos dispépticos, mientras que en la fase crónica latente muchas personas son sintomáticas o padecen grados variables de dolor abdominal, hepatomegalia, vómitos y diarreas.³⁻⁸

Según la literatura, las complicaciones son raras, por lo cual, no se conocen por completo. De acuerdo con Robbins y otros autores,^{3-7,9} se producen sobre todo durante la fase migratoria temprana de la fasciolosis, y consisten en hepatomegalia y trayectos hemorrágicos necróticos, producidos por el gusano, con mayor frecuencia en las zonas subcapsulares del hígado y generando, en ocasiones, hemorragias peritoneales. Estas lesiones aparecen repletas de eosinófilos y otras células inflamatorias, aunque en última instancia cicatrizan y dejan sólo pequeñas zonas de fibrosis.

En nuestro estudio, todos los pacientes tenían hábitos alimentarios similares (ingestión de berro) y procedían del mismo municipio (Esmeralda, donde en la actualidad



Figura 2. TAC de hígado que revela un área hipodensa (49 UH) de contornos difusos de 2.2 cm en el hilio hepático. Se observa también otra imagen de 7.3 x 3.9 cm hacia la periferia del lóbulo derecho con halo hipodenso de 37 UH y centro hiperdenso de 51 UH.



Figura 3. TAC de hígado que denota una imagen hipodensa de centro hiperdenso en el lóbulo derecho de 9.1 x 5.3 cm hacia la región posterior. Se aprecian, además, focos hipodensos difusos hacia el lóbulo izquierdo.

han aparecido nuevos casos de fasciolosis hepática humana). Manifestaron también síntomas similares, es decir, dolor abdominal, astenia, fiebre y hepatomegalia dolorosa, por lo cual a todos se les practicaron los mismos exámenes complementarios: conteo absoluto de eosinófilos (que reveló eosinofilia), estudio parasitológico en las heces (que mostró huevos de *Fasciola hepatica*) y coproantígeno (positivo en los tres casos).⁸⁻¹⁰

REFERENCIAS

1. Kourí P, Basnuevo J, Sotolongo F. Manual de parasitología. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1972:571-622.
2. Jalak MT, Rodríguez RY, Fernández RJ, Fernández JB. Colecistitis y dilatación de vías biliares por *Fasciola hepatica*. Rev Cubana Med Trop 1969;21(2):97-103.
3. González JJ, Pérez OM, Rodríguez GC, Soler AE, González LM. Fascioliasis invasiva con carácter de brote epidémico. Estudio clínico epidemiológico. Rev Cubana Med Trop 1987;26(2):203-12.
4. Krupp MA, Chatton MJ. Diagnóstico clínico y tratamiento. México: Editorial El Manual Moderno 1998;(2):1004-5.
5. Stein JH. Internal medicine. 4th ed. St. Louis Missouri, USA: Mosby, 1994:2285.
6. Wyngaarden J, Smith LL, Bennett C. Tratado de medicina interna de Cecil. México: Editorial Iberoamericana, McGraw-Hill 1994;2:2334.
7. Contram R, Kumar V, Robbins S. Patología estructural y funcional 4^a ed. Madrid: Editorial Iberoamericana, McGraw-Hill 1990;1:450.
8. Augt D, Rondeland D, Dreyfuss G, Cabaret J. Characterization of *Fasciola hepatica* Rediol generations by morphometry and chactotaxy under experimental conditions. J Helminthol 1998;72(3):103-8.
9. Claxton JR, Zambrano H, Ortiz P, Delgado E, Escurra E. Strategic control of fascioliasis in the inter. Andean Valley of Cajamarca, Peru. Vet Rec 1998;143(2):42-45.
10. Rodríguez OM, Rojas T, González GV. *Fasciola hepatica* partial characterization of circulation antigens. J Parasitol 1998;48(5):1053-5.