

Diagnóstico de *Fasciola hepatica* por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Diagnosis of *Fasciola hepatica* by endoscopic retrograde cholangiopancreatography

Gloria Astencio Rodríguez, Roberto Pérez Menéndez, Alba González
Maestrey, Jesús Ricardo Ramos Mares

Hospital Clínicoquirúrgico " Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La fasciolosis, en su fase crónica, puede causar un íctero obstructivo biliar por lo que el diagnóstico se confunde frecuentemente con litiasis de vía biliar principal. Se reportó el caso de una paciente con sospecha de coledoclitiasis, a la que se le realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Durante el proceder se encontró un espécimen de *Fasciola hepatica*. A pesar que se han reportado en la literatura varios casos de esta trematodosis diagnosticados mediante técnica imagenológica, en Cuba son escasos estos reportes.

Palabras clave: *Fasciola hepatica*; ictericia obstructiva; vía biliar.

ABSTRACT

Fasciolosis, in its chronic phase, can cause biliary obstructive jaundice so the diagnosis is frequently confused with bile duct calculi. This is case report of a patient diagnosed with cholelithiasis who underwent endoscopic retrograde cholangiopancreatography (CPRE) and during the procedure, *fasciola hepatica* was found. Despite the cases reported in literature, in Cuba, there are few cases that have been diagnosed trematodosis by imagenological technique.

Keywords: *Fasciola hepatica*; obstructive jaundice; biliary via.

INTRODUCCIÓN

La fasciolosis es una zoonosis causada por un tremátodo del género *Fasciola* cuya principal especie, tanto en seres humanos como en animales, es la *Fasciola hepatica* (*F. hepatica*).^{1,2} Es una trematodosis cosmopolita que afecta a millones de personas.^{3,4} En algunas regiones del planeta las tasas de prevalencia son elevadas, como en Sudamérica, el norte de África y el oeste de Europa.¹ El área de los Andes de Suramérica se encuentra entre las más afectadas, se reportan prevalencias de hasta 67 % en el altiplano boliviano y 72 % en el altiplano peruano. En algunas regiones de Perú alcanza entre 8 y 36 %, con predominio en la población infantil.⁵ En Cuba, esta helmintiasis no es frecuente, solo se han reportado casos esporádicos y algunos brotes epidémicos con un prevalencia menor a 1 %;^{6,7} sin embargo, no debe olvidarse la vigilancia epidemiológica, pues existen los hospederos intermediarios y la persistencia de la infección en los animales,⁶ en los cuales constituye la zoonosis de mayor importancia económica por los daños que ocasiona fundamentalmente al ganado ovino y vacuno.¹

La fasciolosis muchas veces es asintomática, en su fase aguda algunos pacientes suelen presentar manifestaciones clínicas como fiebre, urticaria y dolor abdominal, la mayoría de las veces asociada a eosinofilia.^{1,6} En su fase crónica, cuando el parásito afecta la vía biliar, los síntomas son indistinguibles de otras causas de colangitis,^{1,5} por lo que el hallazgo del parásito por CPRE, técnica de elección para el diagnóstico y tratamiento de las litiasis de vías biliares, en ocasiones es accidental⁸ como en el caso que se presenta.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se reporta el caso de una paciente femenina de 59 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad grado II, lupus eritematoso cutáneo y artritis reumatoide, por lo que lleva tratamiento con esteroides desde hace 10 años. Acude a la Consulta de Gastroenterología del Hospital Clínicoquirúrgico " Hermanos Ameijeiras" con decaimiento y dolor en epigastrio desde hace 2 meses. Se le realizó ultrasonido abdominal, donde se informa: litiasis vesicular con dilatación de la vía biliar; posteriormente, la paciente presenta tinte icterico, coluria y acolia, por lo cual se decide hospitalizar para estudio y tratamiento.

Durante su estadía hospitalaria se le realizaron los siguientes estudios complementarios: hemoglobina: 10,9 g / L; leucocitos: 8,6 x10⁹ / L; polimorfonucleares: 78,9 %; linfocitos 11,5 %; monocitos 0,35 %; eosinófilos: 0,51 % (VR: 0,04 - 0,4 %); plaquetas: 328 x10⁹ / L; eritrosedimentación: 85 mm / h; glucemia: 7,33 mmol / L; proteínas totales: 75,3 g / L, albumina: 38 g / L; colesterol: 6,3 mmol / L; amilasa: 131 U / L; bilirrubina total: 7,3 µmol/L; bilirrubina directa: 5, µmol/L; AST: 83,7 U/L; ALAT: 180,9 U/L; fosfatasa alcalina: 308 U/L; GGT: 1 653 U/L; heces fecales frescas: negativas.

Se repitió el ultrasonido abdominal, que mostró dilatación de vía biliar con la impresión diagnóstica de litiasis coledociana.

Se realiza colangiopancreatografía transduodenal endoscópica (CPRE) cuya imagen se observa en la figura 1. Mediante esta técnica se diagnosticó: disfunción papilar tipo I, fasciolosis de la vía biliar extrahepática, litiasis vesicular múltiple.



Fig.1. Colangiografía. Muestra dilatación de vías biliares por obstrucción.

Se le realizó esfinterotomía endoscópica amplia y extracción de un espécimen de *Fasciola hepatica* con cesta de Dormia (Fig.2).

Posteriormente se comprobó, mediante el interrogatorio, el antecedente epidemiológico de ingestión habitual de berros.

Luego de la realización de CPRE y extracción del parásito, la paciente presentó hiperamilasemia pos CPRE con evolución satisfactoria.

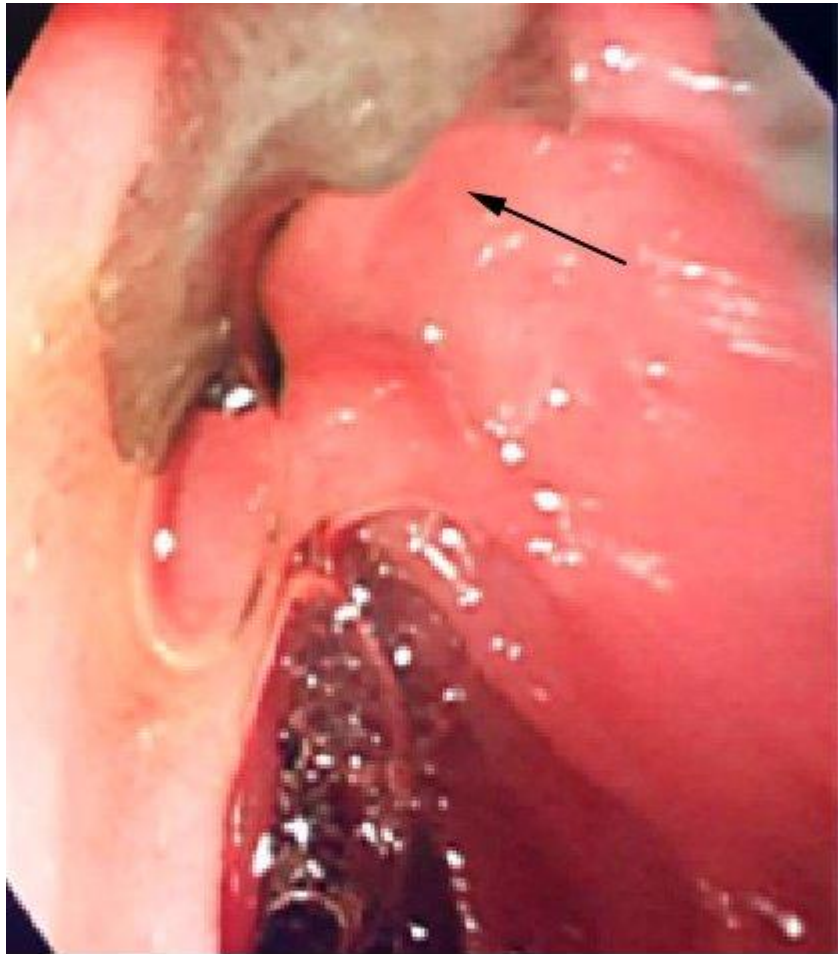


Fig. 2. Colangiopancreatografía transduodenal endoscópica que muestra imagen de *Fasciola hepática* en el colédoco.

DISCUSIÓN

En esta paciente se sospechó, por el cuadro clínico y el ultrasonido, en primer lugar litiasis coledociana; los exámenes coproparasitológicos (heces fecales seriados), no revelaron la presencia de parásitos, no se sospechó la infección por *F. hepatica*, por lo que no se indicaron otros exámenes más específicos como copa cónica y detección del antígeno de excreción-secreción en heces.^{1,9} El diagnóstico coproparasitológico de *F. hepatica* suele ser difícil, ya que la expulsión de los huevos es intermitente debido a que estos son destruidos casi totalmente por las toxinas que liberan las bacterias presentes en la masa fecal,^{1,9} por lo tanto se recomiendan los exámenes seriados; se indican técnicas de concentración de huevos como Kato Katz, Ritchie, copa cónica y estudios del aspirado duodenal.^{1,10} Otro método de mucha utilidad y aplicable a gran escala es la detección del antígeno de excreción-secreción de *F. hepatica* en heces, mediante la técnica de ELISA,^{1,5} una de las herramientas diagnósticas más empleadas en la actualidad y muy útil cuando se presentan dificultades en el diagnóstico coproparasitológico.¹

La ausencia de eosinofilia elevada, signo común en la fasciolosis,^{7,11} no sugirió el diagnóstico, quizás porque la paciente llevaba tratamiento con esteroides orales; algunos autores plantean que cuando estos fármacos se ingieren por tiempo prolongado pueden causar destrucción de los eosinófilos,^{12,13} células que se

consideran de gran importancia en la defensa del huésped contra las helmintiasis.¹² *Venturelli* y otros, comentan en su estudio que hasta el 91,8 % de los pacientes con diagnóstico de *F. hepatica* presentaban eosinofilia significativa, sin embargo, también describe que entre 15 y 20 % no presentan este signo y plantean que en la etapa crónica, la leucocitosis con eosinofilia pudiera comenzar a disminuir hasta llegar a valores normales.¹¹

Los síntomas y signos encontrados en la paciente correspondían a un síndrome obstructivo biliar, cuya causa más frecuente es la colelitiasis, la imagenología en muy pocas ocasiones puede apoyar el diagnóstico de fasciolosis coledociana, ya que la imagen que se observa, con frecuencia es indistinguible de otras causas de obstrucción de los conductos biliares.⁵ En algunos estudios ultrasonográficos se ha encontrado dilatación de las vías biliares y movimientos de los parásitos,^{5,14} características que no se presentaron en esta paciente. En un caso reportado en Chile se observó en el ultrasonido abdominal, dilatación fusiforme del colédoco con elementos serpiginosos en su interior de etiología incierta y se solicitó coproparasitológico seriado el cual reveló la presencia de huevos de *F. hepática*.¹¹

La CPRE es considerada el mejor método de diagnóstico y tratamiento, tanto para la obstrucción biliar por litiasis como por parasitosis.⁵ Esta técnica permite acceder a la vía biliar y extraer la causa de la oclusión del drenaje resolviendo las crisis de colangitis, siempre asociadas, en el caso de helmintiasis, a un adecuado tratamiento antiparasitario específico.^{1,15} En el caso que reportamos, este proceder fue de gran utilidad ya que concomitaban cálculos vesiculares con obstrucción de la vía biliar por la presencia de un parásito de *F. hepatica* y se procedió a la extracción del trematodo en el mismo momento del diagnóstico, lo que permitió la posterior remisión de la paciente a cirugía, para el tratamiento de la litiasis por mínimo acceso.

En Perú, México y Chile, se reportan casos similares de fasciolosis coledociana diagnosticadas durante el tratamiento quirúrgico con colecistectomía.^{2,10,15} Un estudio realizado por *Sánchez* y otros, en México, mostró que este proceder quirúrgico era la vía más frecuente de detección de esta parasitosis.¹⁵ En Cuba no son frecuentes las publicaciones donde los estudios de CPRE revelen este diagnóstico, *Martínez* y otros, en el 2000, reportaron tres casos, uno de ellos 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; los resultados de los exámenes de heces fecales e intubación duodenal en este paciente fueron normales.¹⁴ Los tres casos reportados por este autor presentaron eosinofilia elevada.

A la paciente objeto de este reporte, se le indicó tratamiento con triclabendazol (TCBZ), (10 mg / kg / d) que se repitió a las 24 horas y se observó mejoría clínica. Aun cuando se han reportado algunos casos de resistencia al TCBZ,^{1,4} este fármaco continúa siendo el de elección para el tratamiento de la fasciolosis, por su eficacia y tolerancia.^{6,8} La OMS recomienda la dosis de 10 - 20 mg / kg / d por uno o dos días, con lo cual se logra una tasa de curación de 83 - 90 %.^{3,5} En estudios recientes están siendo utilizadas nuevas propuestas de tratamiento, tales como las combinaciones de TCBZ con derivados de la artemisina, el uso de estos últimos como monodroga¹ y la nitazoxanida.¹⁶

En conclusión, ante un cuadro de obstrucción de las vías biliares acompañado de antecedentes epidemiológicos, fundamentalmente la ingestión de plantas acuáticas de tallo corto como el berro y la lechuga, debe sospecharse fasciolosis coledociana. La eosinofilia elevada puede no estar presente en algunos pacientes, sobre todo los que toman esteroides orales por tiempo prolongado. El diagnóstico y extracción de

los parásitos por CPRE puede contribuir, junto al tratamiento farmacológico, a la curación de los pacientes.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses para la realización ni la publicación de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez R, Domenech I, Cañete, Millán JC, Pino A. Fascioliasis, revisión clínico-epidemiológica y diagnóstico. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2012 [citado 16 Jun 2016];50(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Millán M, Wagenknecht R, Cárdenas A, Carrasco C. Parásitos de *Fasciola hepatica* intracoledeociano. Rev Chilena de Cirugía. 2008;60:332-5.
3. Málaga G, Taco-Palma R, Cáceres-Pizarro, De los Ángeles M, Castaneda-Guarderas A, Ticse R. Vasculitis secundaria a infección por *Fasciola hepática*. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2012;29(3):386-9.
4. Winkelhagen A, Mank T, De Vries PJ, Soetekouw R. Apparent triclabendazole-resistant human *Fasciola hepatica* infection, the Netherlands. Emerg Infect Dis. 2012;18(6):1028-9.
5. Lazo L, Garrido R, Cárdenas B, Torreblanca J. Extracción endoscópica por CPRE de *Fasciola hepática* viva: reporte de dos casos y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol Perú. 2013;33(1):75-81.
6. Díaz R, Garcés M, Millán LM, Pérez J, Lastre, Millán JC. Comportamiento clínico-terapéutico de *Fasciola hepatica* en una serie de 87 pacientes. Rev Cubana Med Trop .2011 [citado 17 Abr 2016];63(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602011000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Gloria Astencio G, Arús E, Pérez R, Sánchez JC. Brote epidémico de fascioliasis invasiva. Estudio de una familia. Rev Cubana Med. 2002 [citado 14 Abr 2016];41(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232002000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Pavlovi M, Daki Z, Miloševi B, Kora M, Brmboli B, Džami A. Human case of fasciolosis in Serbia treated with triclabendazol. Vojnosanit Pregl. 2014;71(2):202-6.
9. Duménigo B, Espino A. Fasciola. En: Llop A, Valdés-Dapena M, Zuazo JL, editores. Microbiología y parasitología médicas. T III. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2001. p.382-8.

10. Beltrán-Fabián M, Muñoz-Zambrano E, Del Pozo-López F, Gutiérrez-Cabezas S. Fasciolosis coledociana por *Fasciola hepática* en cirugía de colecistitis crónica calculosa. An Fac med. 2011;72(2):141-5.
11. Venturelli A, Monje M, Assef V, Venturelli FM. Fasciolosis hepática. Cuad Cir. 2003;17:43-6.
12. Geri G, Rabbat A, Mayaux A, Zafrani L, Chalumeau-Lemoine L, Guidet B, et al. *Strongyloides stercoralis* hyperinfection syndrome: a case series and a review of the literature. Infection. 2015;43:691-8.
13. Llagunes J, Mateo E, Peña J, Carmona P, De Andrés J. Hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*. Med Intensiva Barcelona. 2010;34:5.
14. Martínez R, Ruiz J, Torres Díaz O, Canel Brizuela R, Pernía L. Diagnóstico de la fasciolosis de las vías biliares por imagenología. Rev Cubana Med Trop. 2000[citado 28 May 2016];52(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602000000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Sánchez-Sosa S, Rojas-Ortega S, Reed-San Roman G, Torres-Santana MA. Fasciolosis hepatobiliar masiva. Rev Gastroenterol Mex. 2000;65(4):179-83.
16. Zumaquero-Ríos JL, Sarracent-Pérez J, Rojas-García R, Martínez-Tovilla Y, Valero MA, Mas-Coma S. Fascioliasis and intestinal parasitoses affecting schoolchildren in Atlixco, Puebla State, Mexico: Epidemiology and Treatment with Nitazoxanide. PLoS Negl Trop Dis. 2013 [citado 16 Jun 2016];7(11): Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0002553>

Recibido: 20 de junio de 2016.

Aprobado: 29 de junio de 2016.

Gloria Astencio Rodríguez. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centro Habana. La Habana, Cuba. CP 10300. gloriaastencio@infomed.sld.cu