

# Reporte de Caso Clínico

## Pancreatitis Aguda Severa por Helmintos

OCHOA-MEDINA J<sup>1</sup>, GALLARDO-ANGULO E<sup>2</sup>, LIZÁRRAGA-LÓPEZ J<sup>2</sup>, ARCE-SÁNCHEZ H<sup>3</sup>

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones parasitarias continúan siendo de gran prevalencia alrededor del mundo, debido a la migración y a los viajes. La infestación por *Áscaris lumbricoides* sigue siendo la más frecuente y se calcula que afecta en promedio a la cuarta parte de la población alrededor del mundo. El clima tropical o subtropical (donde el clima es húmedo) y malas condiciones higiénicas son factores predisponentes. La forma adulta del parásito habita en el intestino delgado y en ocasiones afectan otros órganos como pulmones, tracto urinario, peritoneo y sistema biliar.<sup>1</sup> Las complicaciones se presentan con mayor frecuencia en zonas endémicas como el medio oriente, India, el sur del continente asiático y latinoamericana.<sup>2</sup>

Pancreatitis inducidas por áscaris son frecuentes en países asiáticos y en países en vías del desarrollo, pero se han presentado casos en los países de primer mundo.<sup>3</sup> La infestación por *Áscaris lumbricoides* inicia con la ingestión de alimentos contaminados con huevos fertilizados, los cuales se incuban hasta su forma de larva.<sup>4</sup> Esta forma atraviesa la pared intestinal hasta el torrente sanguíneo y llega al alveolo, sube al tracto respiratorio superior y posteriormente son deglutidos, la larva madura en el intestino delgado por los alimentos digeridos.<sup>5</sup>

La patogénesis es similar a las de tipo obstructivo, este gusano (larva) tiene la capacidad de migrar del intestino a la vía biliar común o ducto pancreático y mantenerse dentro, provocando una obstrucción mecánica, causando pancreatitis o colangitis.<sup>6</sup>

### RESUMEN CLÍNICO

Una mujer de 27 años de edad previamente sana con estado socioeconómico bajo y residente de zona urbana, ingreso al servicio de Urgencias del Hospital General de Culiacán, "Dr. Bernardo J. Gastélum", por un cuadro de dolor abdominal.

Inició su cuadro 12 hrs previas a su ingreso por la presencia

de dolor abdominal de inicio agudo, pulsante, localizando en epigastrio y mesogastrio, con irradiación abdomen general. Se acompañó de vómitos en repetidas ocasiones de contenido gastrobiliar. La paciente no consumió ningún medicamento antes de su llegada al hospital.

Los vitales a su ingreso fueron temp 37°C, TA 115/75, Fc 90x', la exploración neurológica fue normal, presentaba facies de dolor, mucosas hidratadas, la exploración cardiopulmonar no demostró datos de relevancia, el abdomen con ruidos intestinales disminuidos en intensidad, resistencia muscular voluntaria y dolor generalizado mayor en mesogastrio. Los exámenes demostraron una Hb 13.8 gr/dL, recuento leucocitario de 14.4 por ml, con neutrófilos del 81%, plaquetas 250,000 por ml, glucosa 135 mg/dL, Cr 0.77 mg/dL, colesterol 161 mg/dL, fosfatasa alcalina 217 IU/l, albumina 4.2 gr/dL, bilirrubina total 0.26 mg/dL, AST y ALT en parámetros normales, electrolitos dentro de normalidad, amilasa 2037 IU/l y lipasa 1416 IU/ML. En la tele de tórax se observó un índice cardiaco < 0.5, ángulos diafragmáticos libres y parénquima pulmonar con radiolucidez homogénea. El electrocardiograma demostró un ritmo sinusal con Fc 88x' sin trastornos de la conducción. Ultrasonido abdominal con la presencia de líquido libre intraabdominal predominantemente subdiafragmático y fosa ilíaca derecha, páncreas parcialmente visible por la presencia de gas intestinal sin alteraciones en el volumen en la cabeza o cuerpo.

El tratamiento fue convencional, sin el uso de antibióticos. La búsqueda de la etiología descartó el uso previo de alcohol, fármacos, infecciones, trauma y no se demostraron litos.

Durante los 3 primeros días de tratamiento se inició con tolerancia a líquidos claros presentando nuevamente dolor abdominal, taquicardia y disnea, se realizó tomografía abdominal contrastada la cual demostró aumento de volumen difuso pancreático con proceso inflamatorio de la grasa

<sup>1</sup>Médico residente de Medicina Interna, <sup>2</sup>Médico adscrito al Servicio de Gastroenterología, <sup>3</sup>Jefe del Servicio de Imagenología del Hospital General de Culiacán, "Dr. Bernardo J. Gastélum".

Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias al Dr. Jorge Luis Ochoa Medina, en Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum", Aldama y Nayarit S/N, Colonia Rosales, Culiacán, Sinaloa. Teléfono (667) 716-9820 Correo electrónico: koke8a@gmail.com

Artículo recibido el 01 de noviembre de 2011

Artículo aceptado para publicación el 09 de noviembre de 2011

Este artículo podrá ser consultado en Imbiomed, Latindex, Periódica y en [www.hgculiacan.com](http://www.hgculiacan.com)

Sociedad Médica del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum"  
Arch Salud Sin Vol.5 No.4 p.119-121, 2011

peripancreática y líquido libre peripancreático, sin evidencia de necrosis pancreática.

Tras 7 días de hospitalización persistió con respuesta inflamatoria sistémica y aumento leucocitario a 18.9 ( $10^3/uL$ ), con neutrofilia 90% y eosinófilos 0.3%, Ca 8.7 mg/dL, creatinina 0.44 mg/dL, aspartatotransferasa 226 IU/l, alaniltransferasa 128 IU/l, fosfatasa alcalina 297 IU/l, bilirrubina total 4.31 mg/dL con directa 3.2 mg/dL, se colocó sonda nasoyeyunal ese mismo día, durante una evacuación se observaron parásitos de tipo *Áscaris lumbricoides*. Se realizó colangiografía magnética con páncreas heterogéneo y aumento de volumen, con presencia de moderada cantidad de líquido peripancreático, no dilatación del colédoco aunque con mínima dilatación de la vía biliar intrahepática predominantemente izquierda, no hubo evidencia de litiasis vesicular. (Figura 1)

Se realizó CPRE observando en duodeno con numerosas áscaris móviles retirados mediante asa de polipeptomía, se canaliza la vía biliar y en la colangiografía se observa vía biliar intrahepática normal. La vía biliar extrahepática de 8 mm diámetro aproximado con defectos de llenado de aspecto lineal, se realiza estereotomía guiada y barrido con balón extractor obteniendo múltiples áscaris hacia duodeno. (Figura 2 y 3)

Tres días posteriores a la CPRE la evolución fue satisfactoria, normalizaciones de los laboratorios, ausencia de sintomatología y buena tolerancia a los alimentos.



Figura 1. Colangiografía retrógrada endoscópica. Se observa la vía biliar sin la presencia de obstrucción.

## DISCUSIÓN

La pancreatitis secundaria a *áscaris* es una causa rara en el

Hospital General de Culiacán, “Dr. Bernardo J. Gastélum”, con una prevalencia menor a los países en desarrollo referida en la literatura, siendo este el tercer caso y el primero en ser publicado en años recientes del servicio de Endoscopia.

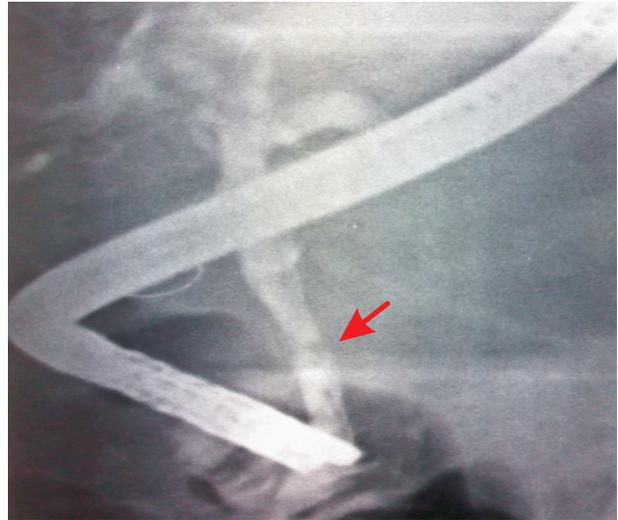


Figura 2. Colangiografía retrógrada endoscópica. Se observan defectos de llenado lineal.

La mayoría de los cuadros de pancreatitis en nuestro hospital se explican principalmente por colelitiasis y por el consumo excesivo de alcohol. La importancia de la presentación de este caso y revisión de la literatura es que el médico en nuestro medio debe tener en cuenta a las parasitosis como una probable causa de pancreatitis, puesto que la *áscaris* es la helmintiasis más cosmopolita en países en vías de desarrollo y climas tropicales y que a pesar de la baja prevalencia en ocasiones se ha logrado demostrar esta etiología.<sup>7</sup>

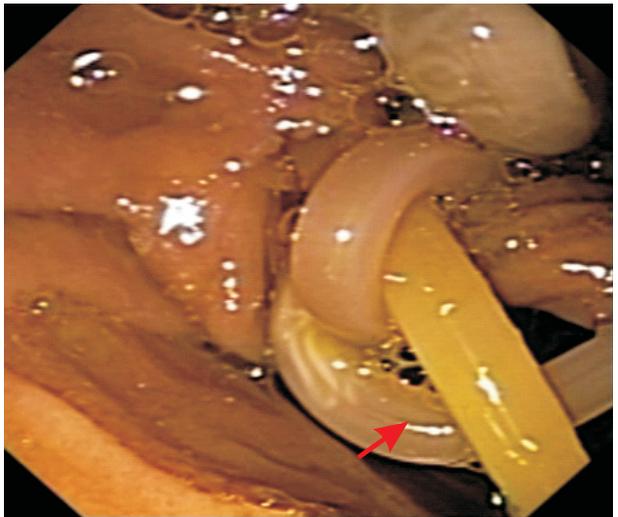


Figura 3. Colangiografía retrógrada endoscópica. La presencia de múltiples *áscaris lumbricoides* tras barrido con balón.

La *áscaris biliar* es una enfermedad que se ha encontrado predominantemente en mujeres adultas (relación 7:3 respecto a los hombres), lo cual se cree probable en relación a hormonas con actividad relajante del músculo liso, con una edad media de presentación a los 35 años.

La presentación clínica de estos pacientes es caracterizada por dolor abdominal y elevación de las enzimas pancreáticas y con frecuencia presenta la salida de helmintos por las heces o a través de la boca. Se debe realizar una buena anamnesis y exploración física, así como complementación con gabinete, en especial las enzimas pancreáticas y pruebas de funcionamiento hepático, la complementación con un ultra sonido abdominal debe ser realizado en todos los pacientes.<sup>8</sup>

El tratamiento de la *áscaris biliar* no complicada debe ser conservador, pues ocurre una eliminación espontánea hasta en el 80% de los casos, con el uso de fármacos antihelmínticos de elección como mebendazol, palmoato de pirantel y albendazol.

La colangiografía retrograda endoscópica no solo tiene función diagnóstica hasta en el 90% de los casos, sino que también tiene un importante papel terapéutico. En el procedimiento se observa un defecto de llenado tubular de la vía biliar al paso de contraste y la remoción endoscópica, se puede llevar a cabo mediante barrido de la vía biliar con balón o pinza de biopsia. La falla del tratamiento endoscópico puede ser debido a la imposibilidad de alcanzar el ascáride o la presencia de estenosis de la vía biliar.<sup>9</sup>

## Referencias

1. Gabaldon A, Mofid C, Morishta K, Moskovski S, Sankale M, Standen DD. Control of ascariasis (report of WHO committee). World Health Organization. Tech Rep Ser. 1967; 379:1-39.
2. Sanai FM, Al-Karawi MA. Biliary ascariasis: Report of a complicated case and literature review. Saudi J Gastroenterol. 2007; 13:25-32.
3. Shad JA, Lee YR. Pancreatitis due to *Ascaris lumbricoides*: second occurrence after 2 years. South Med J. 2001; 94(1):78-80
4. Khuroo MS. Ascariasis. Gastroenterol Clin North Am. 1996; 25: 553-577
5. Ağaoğlu N, Arslan MK. Recurrent attacks of acute pancreatitis from *Ascaris* in the common bile duct. J Am Coll Surg. 2006; 203(4):580-1.
6. Mangiavillano B, Carrara S, Petrone MC, Arcidiacono PG, Testoni PA. *Ascaris lumbricoides*-induced acute pancreatitis: diagnosis during EUS for a suspected small pancreatic tumor. JOP. 2009; 10(5):570-572.
7. De la Fuente M, Molotla C, Rocha E. Ascariasis biliar: informe de un caso y revisión de la literatura. Cir Ciruj. 2006; 74:195-198
8. Soto-Solis R, Galán-Morga JM. Pancreatitis aguda por *áscaris lumbricoides*: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Evid Invest Clin. 2009; 2 (2):75-77.
9. Carreón-Corzo C, Morales-Hoyos MA. Diagnóstico ecográfico de las complicaciones pancreático biliares por ascariasis. Revista de diagnóstico por imágenes. 2006; 1(1): 37-40