

Invasión masiva de la vía biliar por *ascaris lumbricoides*. Informe de un caso

Gustavo E. Beauregard-Ponce,⁽¹⁾ Felipe I. Pavón-del Rivero,⁽¹⁾ José L. Castaneda-Flores,⁽¹⁾ Carlos A. Alonzo-Carrillo,⁽¹⁾ Gustavo GarciaCabañez-Cruz,⁽¹⁾ Luz Ma. Rivas-Moreno⁽¹⁾

RESUMEN

OBJETIVO: Presentación y análisis de un caso de invasión masiva de la vía biliar por *Ascaris lumbricoides*.

Sede: Hospital General de segundo nivel, "Dr. Juan Graham Casasús" Villahermosa, Tabasco.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente femenino de 28 años de edad originaria del estado de Chiapas; inicia su padecimiento actual 11 días antes de su ingreso con dolor abdominal de tipo cólico localizado en hipocondrio derecho; acompañado de náuseas sin llegar al vómito. A la exploración física muestra palidez generalizada. Abdomen con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo; no presenta ictericia. El ultrasonido reporta colecistitis aguda con un áscaris en la vía biliar principal. Se interviene quirúrgicamente de colecistectomía con exploración de vías biliares encontrándose 23 áscaris en el colédoco. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresada al tercer día de la intervención.

CONCLUSIÓN: La invasión masiva de la vía biliar por áscaris lumbricoides es una entidad poco frecuente motivo por el cual se da a conocer.

Palabras claves: *Ascaris lumbricoides*, vía biliar, colecistectomía.

SUMMARY

OBJECTIVE: Presentation and analysis of one case of massive invasion of the biliary tract by *Ascaris Lumbricoides*.

Seat: Hospital of second level, Villahermosa, Tabasco.

DESCRIPTION OF THE CASE: Female 28 years old from the state of Chiapas; 11 days before her admittance with abdominal colic pain located in righth hypochondrium straight; accompanied by nauseas without arriving at the vomit. To the physical Exploration: generalized wanness. Abdomen with pain to the deep palpation in hypochondrium straight and sign of Murphy +. No jaundice. The ultrasound reports acute Cholecystitis with an ascaris in the principal biliary tract. One surgically takes part of Cholecystectomy with

exploration of biliary tract, 23 ascaris are founded in the choledoch duct. The patient evolves satisfactorily and is passed out at the third day of the intervention.

CONCLUSION: The massive invasion of biliary tract by ascaris is an organization little frequent reason by which it occurs to know.

Keywords: *Ascaris lumbricoides*, biliary tract, cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

La ascariasis intestinal es un problema de salud pública en países subdesarrollados como el nuestro, debido a la ingesta de agua o de legumbres contaminadas con materia fecal. Sin embargo, la ascariasis biliar se ha convertido en un problema común, aunque en el hospital solo se presentan 2 o 3 casos por año, debido a las campañas de desparasitación masiva y al uso indiscriminado de derivados imidazólicos en las zonas rurales.^{1,2} Por su tamaño, el áscaris se reconoció desde la antigüedad. El médico persa Avicena describió gusanos que probablemente incluían áscaris lumbricoides; enumero los síntomas producidos por ellos y prescribió medicamentos, algunos de los cuales se consideran en la actualidad antihelmínticos satisfactorios. Los griegos lo habían denominado *Elmins stronggyle*, y los romanos lo llamaron *Lumbricus teres*, lo que indica que era confundido con la lombriz común de tierra. Con base en esto, se origino el nombre de lumbricoides para el género áscaris que afecta a los mamíferos.³

Esta parasitosis es la más frecuente y cosmopolita de todas las helmintiasis humanas y se ha reportado en poblaciones nativas de muchas localidades del mundo.

La ascariasis biliar es una de las complicaciones más severas. Se reportó por primera vez por Wright en 1946.⁴ La ascariasis puede invadir el tracto biliar y dar origen a enfermedad del hígado y del sistema biliar con una sintomatología que corresponde a un síndrome de obstrucción biliar semejante al originado por cálculos biliares.⁵

Los parásitos se mueven activamente dentro y fuera del

⁽¹⁾ Cirugía General. Secretaría de Salud del estado de Tabasco.

CASO CLÍNICO

árbol biliar desde el duodeno, motivo por el cual pueden ascender por la vía biliar y obstruirla.

Los efectos patológicos producidos por los áscaris en el cuerpo humano se presentan en lugares diversos, de acuerdo con la localización de sus distintas formas evolutivas.

El hábitat normal de los gusanos adultos es la luz del intestino delgado en donde se alimentan al succionar las sustancias nutritivas que hay en los líquidos intestinales.²

El mecanismo de migración de los áscaris hacia la vía biliar ha sido ampliamente estudiado por muchos autores.⁶ En un experimento con tubos de varios tamaños se vio que especialmente las hembras tienden a buscar orificios pequeños para entrar. Los estímulos externos como el agua tibia o fría y los ácidos o los álcalis, no influyen en el movimiento. Sin embargo, ciertos factores como la fiebre, agentes anestésicos, y drogas pueden estimular la migración de los áscaris en el intestino delgado. Esta forma puede ser transitoria cuando el parásito se retira espontáneamente, o puede ser el origen de una infección secundaria, irritación mecánica y obstrucción, lo que constituye el cuadro de colangitis, que puede ser supurativa con formación de abscesos, o de litiasis intrahepática que se encuentra principalmente en América del Sur y en Oriente.^{7,8,9}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino de 28 años de edad, la cual acude al servicio de urgencias del hospital Juan Graham Casasús por presentar dolor abdominal de tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, acompañado de náuseas sin llegar al vómito y de fiebre no cuantificada; así mismo, refiere pérdida de peso, astenia y adinamia de 11 días de evolución.

A la exploración física se encuentra consciente, intranquila, cooperadora con signos vitales dentro de la normalidad, con fascies de dolor, palidez generalizada y sin ictericia; cardiorrespiratorio sin compromiso; abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, así como resistencia muscular voluntaria; Murphy positivo; peristálsis presente; sin evidencia de irritación peritoneal, no se palpan plastrones. Se realiza un estudio ultrasonográfico de hígado y vías biliares el cual reporta: Colecistitis aguda y probable áscaris lumbricoides en vía biliar.

Se inicia su manejo con sonda nasogástrica a libre drenaje, así como antiespasmódicos, antibióticos y soluciones parenterales mejorando el cuadro doloroso abdominal.

En relación a los exámenes de laboratorio llama la atención que las bilirrubinas se mantuvieron dentro de la normalidad: B.I.= 02, B.D.= 0.4 y B.T.= 0.6 mg/100ml. Hb= 7.9 la cual aumentó después de la transfusión de paquetes globulares a 9.8.

Al tercer día de internamiento se decide intervenirla

quirúrgicamente de Colecistectomía y exploración de vías biliares encontrándose conducto colédoco con dilatación de 4-6 cm. (Fig. 1) y en su interior 23 áscaris lumbricoides (Figs. 2 y 3), los cuales se extrajeron del mismo realizándose la exploración de vías biliares en forma habitual y colocando una sonda en "T" la cual salió por contrabertura.

La evolución de la paciente fue satisfactoria motivo por el cual es egresada a las 72 horas de la intervención.

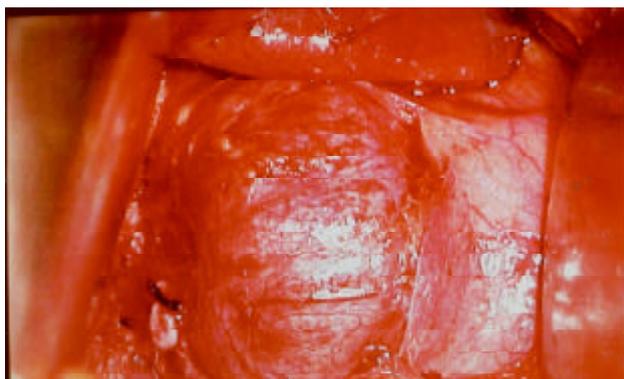


FIGURA 1. Colédoco dilatado.

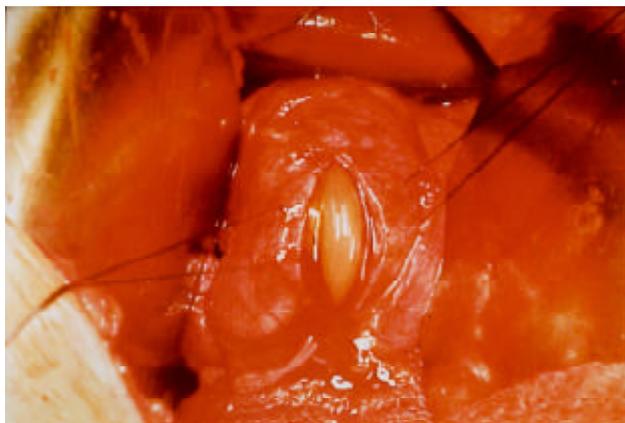


FIGURA 2. Coledocotomía: se observa un áscaris lumbricoides.



FIGURA 3. Extracción de *Ascaris lumbricoides* a través del colédoco.

DISCUSIÓN

La invasión masiva de la vía biliar por *Ascaris lumbricoides* aunque es muy frecuente en países subdesarrollados, es poco frecuente en nuestro medio a pesar de que en el estado de Tabasco la parasitosis se presenta en un alto índice de la población, sobre todo la infantil.

Este caso es importante ya que a pesar de que la paciente tenía totalmente obstruida la vía biliar principal, nunca presento ictericia.

Como se sabe la coledocolitiasis es secundaria en la mayoría de las veces a alteraciones metabólicas de la bilis o a condiciones locales específicas, pero también se han reportado otras causas relativamente poco frecuentes como la presencia de cuerpos extraños, bacterias o parásitos los cuales favorecen la formación de cálculos.¹⁰

En países subdesarrollados prevalecen las infestaciones parasitarias, Khuroo y cols¹¹ han reportado un número importante de pacientes con ascariasis biliar en la India como causa corriente de ictericia obstructiva y pancreatitis.

Se ha mencionado también que la CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) es de utilidad en los casos de ascariasis en la vía biliar, aunque cuando la infestación es masiva como en nuestro caso la extracción endoscópica no es igualmente efectiva.

Se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía y no se encontraron estudios comparativos entre la exploración de vías biliáres y la extracción de áscaris lumbricoides por CPRE. En la mayoría de la literatura publicada solo se reportan un número bajo de áscaris en la vía biliar motivo por el cual presentamos este caso ya que tenía en la vía biliar principal 23 áscaris provocando dilatación importante de la vía biliar. Desde el punto de vista clínico lo relevante del caso es que la paciente se presentó en sala de urgencias con un cuadro de colecistitis aguda sin manifestaciones de obstrucción de la vía biliar ni de colangitis a pesar de que el colédoco estaba totalmente ocupado por los helmintos. Así mismo cabe señalar que la paciente nunca curso con elevación de las bilirrubinas a pesar de lo señalado anteriormente.

El tratamiento quirúrgico fue el habitual el cual consistió en colecistectomía y exploración de vías biliares extrayendo los 23 áscaris (Fig. 4) y colocando una sonda en "T" la cual salió por contrabertura.

La evolución de la paciente fue satisfactoria tolerando la dieta al día siguiente y fue egresada al tercer día de la cirugía. El manejo médico fue a base de antiespasmódicos, cefalosporinas de tercera generación y un antihelmíntico. La paciente continuó su manejo a través de la consulta externa de cirugía general y actualmente ya fue egresada de la institución.



FIGURA 4. *Ascaris lumbricoides*.

REFERENCIAS

1. Bejarano CM. Ascaris : Complicaciones hepatobiliares. Hospital universitario San José, Popayán, 1984-1993. Colombia Médica 1995; 26: 55-60
2. Faust EC, Farr P, Clifton R. Parasitología clínica. 3ª ed. Barcelona Salvat Editores. 1986.
3. Botero D, Restrepo M. Parasitosis humanas. Corporación investigaciones Biológicas, Medellín, 1990.
4. Wright R, Dorrough R, Dittmore H. Ascaris in the biliary system. Arch Surg 1963; 86: 72-5.
5. Khuroo M, Zargar S. Biliary ascariasis : a common cause of biliary and pancreatic disease in an endemic area. Gastroenterology; 1985; 88: 418-23.
6. Ochoa B. Surgical complications of ascariasis. World J Surg; 1991; 15: 222-27.
7. Rege R. Biliary stones. Curr Op gastroenterol 1991; 7: 765-70.
8. Nakayama F, Koga A. Hepatolithiasis : Present status. World J Surg; 1984; 8: 9-14.
9. Yellin A, Donovan A. Biliary lithiasis and helminthiasis. Am J Surg; 1981; 142: 128-36.
10. Khuroo M, Zargar S, Mahajan R. Hepatobiliary and pancreatic ascariasis in India. Lancet 1990; 335: 1503-06.
11. Kadasi S. Biliary tract emergencies. Med Clin North Am 1993/77: 1015-36.
12. Khuroo MS. Hepatobiliary and pancreatic ascariasis. Indian journal of gastroenterology. Marzo 2001. Suppl 1: C28-32.
13. Yoshihara S, Toyoki Y, Takahashi O, Sasaki M. Laparoscopic treatment for biliary ascariasis. Surgical laparoscopic, endoscopic and percutaneous techniques; 2000 april 10 (2) : 103-5