

ASCARIASIS BILIAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Elías Moisés Navarro García^{1,a}, Alexis José Ormeño Julca^{2,b}

RESUMEN

La ascariasis es una parasitosis frecuente en la población infantil mundial, presentamos el caso de una adolescente de 13 años, procedente de Moyobamba, con "desparasitación" hace 15 días. Ingresó por dolor abdominal intenso de 10 días de evolución, tipo cólico, asociado a vómitos e hiporexia, que se exacerba 2 horas antes. Al examen: mucosas húmedas, anictérica, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy (+). Los exámenes muestran hipertransaminasemia y la ecografía abdominal imagen tubular intraluminal sugestiva de áscaris en vía biliar. Inicia tratamiento con piperazina y ceftazidima. En controles ecográficos persisten restos tubulares parasitarios no viables. La paciente evoluciona favorablemente. Finalmente tomografía abdominal muestra la vía biliar libre.

Palabras clave: Ascariasis, Conductos biliares, Dolor abdominal (Fuente: DeCS- BIREME).

BILIARY ASCARIASIS IN PEDIATRIC PATIENT

ABSTRACT

The ascariasis is a parasitosis frequent in children in the whole world, we report a 13 year old from Moyobamba, with deworming 15 days ago. She admitted for severe abdominal pain with 10 days of evolution, colicky, associated with vomiting and hyporexia, which exacerbates 2 hours before; examination moist mucous, anicteric, depressible soft abdomen, painful on palpation in the epigastrium and right hypochondrium, Murphy (+). Tests show hypertransaminasemia and abdominal ultrasound showed tubular intraluminal image suggestive of *Ascaris* in biliary. She starts treatment with piperazine and ceftazidime. In the ultrasound controls persisted parasitic tubular remains unviable. The patient had a favorable evolution. Finally, an abdominal tomography shows the free bile duct.

Key words: Ascariasis, Bile ducts, Abdominal pain (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

Ascaris lumbricoides es el helminto más común en el tracto gastrointestinal humano; la prevalencia más alta se ha encontrado en países en desarrollo. La infestación por *Ascaris lumbricoides* toma lugar posterior a la ingesta de huevos, es decir, el ciclo se inicia con la vía fecal oral con ingesta de huevos en estado larvario, al que sigue un ciclo trans-capilar trans-alveolar, para posteriormente retornar al intestino donde se establecen como parásitos adultos⁽¹⁻³⁾. La mayor parte de los casos sigue un curso benigno y asintomático, sin embargo, los parásitos adultos tienen marcada "tendencia canalicular" que impulsa al parásito, ante cambios en la homeostasis, a salir del organismo por boca, nariz y ano o invadir nuevas localizaciones, como los conductos biliares o pancreáticos y causar obstrucción de la vía biliar, colecistitis, colangitis, pancreatitis, pyleflebitis y abscesos hepáticos⁽²⁾. Cuando hay colangitis secundaria a obstrucción de la vía biliar por parásitos de este tipo, la clásica tríada de fiebre, ictericia y dolor en cuadrante superior derecho se presenta de manera poco constante, con frecuencia de 5 a 30% de los pacientes⁽³⁾.

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de una adolescente de 13 años, procedente de Moyobamba, con antecedentes de dolor abdominal leve y esporádico hace 3 años y tratamiento antiparasitario (no precisado) hace 15 días. El padre refiere que la menor presenta hace 10 días dolor abdominal intenso, en epigastrio e hipocondrio derecho, de tipo cólico, horas después se agrega náuseas y vómitos de contenido alimentario, hiporexia y debilidad general. Hace 8 días consulta con médico local y le realizan ecografía abdominal, cuyo informe es "litiasis vesicular"; le proponen tratamiento quirúrgico electivo, pero el padre no acepta por temor. En los siguientes días el cuadro cede parcialmente con leves recidivas. Dos horas antes del ingreso el dolor abdominal reaparece, tornándose persistente e intenso (la paciente y su padre están en Chiclayo por motivo laboral), por lo cual es ingresada al Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque, el 26 de mayo del 2014.

¹ Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo, Perú.

² Servicio de Pediatría del Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo, Perú.

^a Interno de Medicina

^b Gastroenterólogo Pediatra

Correspondencia: Elías Moisés Navarro García. Correo: elym-07@hotmail.com

Al ingreso, PA: 90/60 mmHg, FC: 96 por min, FR: 18 por min, T°: 36,9 °C, SatO₂: 98%. En la exploración física: regular estado general, despierta, facies álgica, leptosómica, mucosas húmedas y anictéricas. Abdomen plano, ruidos hidroaéreos con buen tono, blando y depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio (++)/+++ e hipocondrio derecho (++)/+++), signo de Murphy (+). El plan inicial fue realizar exámenes de laboratorio, ecografía abdominal, antiespasmódicos. Mientras la paciente permanece en observación se evidencia nuevo episodio emético con expulsión de restos alimentarios y un parásito compatible con *Áscaris lumbricoides*. Los exámenes de laboratorio indicaron, el hemograma: leucocitos: 12000 /mm³ (abastados 0%, segmentados 76%, linfocitos 19% y eosinófilos 5%), hemoglobina: 13,7 g/dl, hematocrito: 42,1% y plaquetas: 373000 /mm³. Glucosa: 107 mg/dl, urea: 18 mg/dl, creatinina: 0,6 mg/dl, amilasa: 52 UI/L, lipasa sérica: 17,9 UI/L; proteína C reactiva: 24 mg/l. Perfil hepático, TGO: 77 UI/L, TGP: 134 UI/L, GGT: 163 UI/L, fosfatasa alcalina: 764 UI/L, bilirrubina total: 0,3 mg/dl, proteínas totales: 9,0 mg/dl. Examen de orina completo normal. El ultrasonido abdominal mostró: hígado de 112 mm con ecogenicidad conservada; vesícula biliar de 61 mm, bordes regulares, paredes delgadas y contenido anecoico sin imágenes correspondientes a litiasis; vías biliares intrahepáticas prominentes, colédoco de 7 mm, se evidencia imagen ecogénica tubular intraluminal sugestiva de parásito en vía biliar (figura 1).

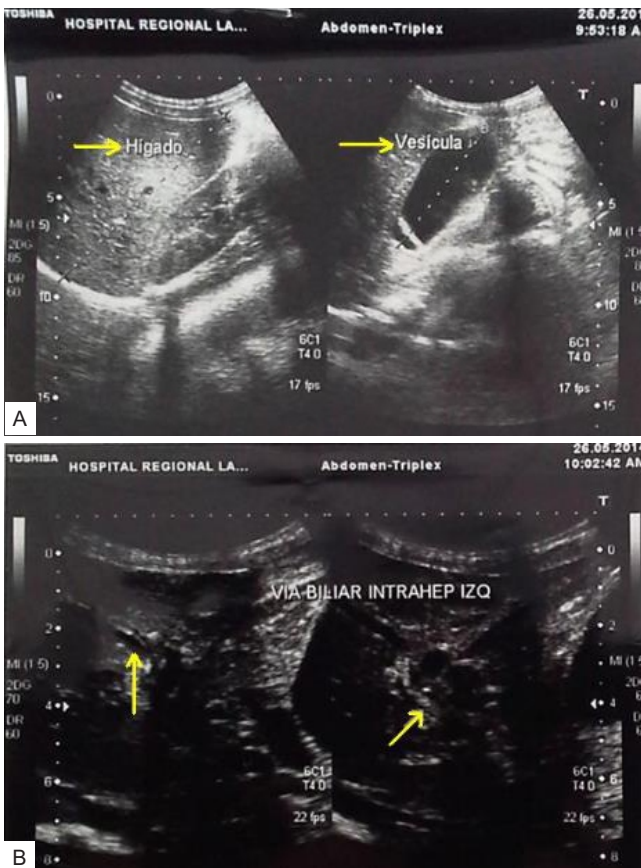


Figura 1: A) Se evidencia hígado y vesícula biliar (flechas) con ecogenicidad conservada, sin imágenes litiasicas. **B)** Se observa imagen ecogénica tubular intraluminal en colédoco y vía biliar intrahepática izquierda (flechas derecha e izquierda, respectivamente) sugestiva de nematodo (*áscaris*).

La paciente fue evaluada por gastroenterología pediátrica, se hospitaliza e inicia tratamiento médico con piperazina 2 gr vía oral cada 24 horas por 2 días, y ceftazidima 1,25 mg intravenoso cada 8 horas. Para el tercer día hospitalario, la paciente refiere evidenciar un parásito tubular “sin vida” en heces, disminución del dolor abdominal e inicia tolerancia oral. La ecografía abdominal muestra imágenes tubulares de paredes hiperecogénicas y contenido hipocogénico, ambas compatibles con nematodos sin motilidad observable: no signos de vitalidad (figura 2).



Figura 2: Se aprecia imagen tubular de paredes hiperecogénicas y contenido hipocogénico (círculos), que se extienden del colédoco al conducto hepático izquierdo (50,0 mm x 4,0 mm) En tiempo real se evidencia que ambas imágenes, compatibles con nematodos, no tienen signos de vitalidad (no móviles).

En la segunda semana de hospitalización (03/06/14) se reinicia con piperazina (misma dosis) y se continúa con ceftazidima; la paciente niega dolor abdominal y tolera dieta completa.

Se realizan semanalmente ecografías de control, los cuales seguían mostrando restos tubulares parasitarios, aunque cada vez en menor volumen por lo cual se planteó la posibilidad de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), pero por la inexperiencia del procedimiento en pacientes pediátricos, se decide conducta expectante y continuar con ATB, recibiendo ceftazidima por un lapso de 4 semanas y luego se rota a ciprofloxacino 500 mg vía oral cada 12 horas. En la primera semana de julio se le realiza una tomografía abdominal, que mostró ausencia de restos parasitarios, y con la evolución clínica muy favorable de la paciente, se decide dar el alta médica, luego de 36 días de estancia hospitalaria.

DISCUSIÓN

La edad promedio de presentación es de 35 años; su presentación en pediatría es ocasional. Las mujeres tienen mayor disposición a la ascariasis biliar, (relación 7:3 respecto a los hombres), aparentemente debido a la actividad relajante del músculo liso intestinal por los estrógenos. Pese al compromiso hepatobiliar, usualmente no se evidencia ictericia ni repercusión hepática, como en el presente caso, por lo que los resultados de laboratorio, bilirrubinas y amilasemia, fueron normales.

De los exámenes complementarios, el ultrasonido es el más útil debido a su rapidez, seguridad y no ser invasivo y puede repetirse para determinar eliminación espontánea, como el caso motivo de la presente comunicación.

En casos complicados o permanencia prolongada del parásito, debe realizarse la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica CPRE e incluso la exploración quirúrgica, el primero propuesto en esta paciente, pero por la inexperiencia del procedimiento a esta edad, no se realizó; sin embargo es prudente realizar un compás de espera dado que el parásito de suyo propio deja la vía biliar en la mayor parte de casos, hasta el 80%^(4,5).

Las fallas en la respuesta al tratamiento médico pueden deberse a la muerte de parásitos, estenosis o litos concomitantes en la vía biliar, los cuales impiden que retornen al duodeno^(4,6). En este caso, la paciente había recibido 15 días antes del ingreso un antiparasitario, posiblemente albendazol, lo cual explica la posible migración hacia los conductos biliares y que al momento del ingreso no tengan vitalidad y permanezcan por varias semanas, justamente la administración de la piperazina fue para facilitar la eliminación de áscaris de las vías biliares.

La administración de la ceftazidima fue profiláctica, porque la paciente presentaba factores de riesgo de desarrollar colangitis. La tomografía abdominal, usualmente no se usa, excepto en complicaciones severas como abscesos hepáticos o compromiso pleural, sin embargo, en esta paciente se le realizó para definir con mayor exactitud el volumen (si aún persistían) de los restos parasitarios y formación de posibles encapsulaciones en el colédoco, afortunadamente se mostró una tomografía abdominal normal, que sugirió la eliminación definitiva del parásito de las vías biliares, lo cual se correlacionó con la buena evolución clínica de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranda E, Díaz M, Tamayo L, Sandoval O, Mazzi E, et al. Enteroparasitosis producidas por helmintos. Texto de la Cátedra de Pediatría 3ª ed. La Paz: Elite impresiones; 2007. p. 229-231.
2. Tassara R, Agosin M, Aguilar F, Alcaino H, Arribada A, Bahamonde M, et al. Parasitología Médica. Santiago, Chile: Impresos Universitarios S.A. 2010. p. 164-171.
3. Montie A, Carrillo C, Flores J. Ascariidiasis vesicular asociada a hepatitis aguda: Manejo conservador. Cir Ciruj 2008; 71(1): 314-318.
4. Tamayo Luis; Carvallo Fabiola; Pozo Edgar. Enclavamiento de Ascaris lumbricoides en vía biliar: Presentación de un caso. Rev. Cuadernos 2007; 52(1): 78-81.
5. Benítez García F, Pacahuala del Carmen M. Ascariasis en vías biliares. Presentación de dos casos. Rev Med IMSS 2009; 37(1): 19-23.
6. De la Fuente M, Molotla C, Rocha E. Ascariasis biliar: Informe de un caso y revisión de la literatura. Cir Ciruj 2006; 74(1): 195-198.
7. Murillo Edgardo, López Alirio. Ascariasis hepatobiliar: Informe de caso. Rev Med Hondur. 2011; 79(2): 75-78.

Revisión de pares:

Recibido: 5/6/15 Aceptado: 24/6/15