

ASCARIASIS BILIAR: CASO CLÍNICO PEDIÁTRICO REPORTADO EN HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS.

¹Rivadeneira Dueñas Josué David;²Escandón Cordero José Antonio;²Peñaloza Piña Bertha Mercedes;³Vaca Salazar César Fernando .

¹IRM., Hospital Enrique Garcés, Universidad Tecnológica Equinoccial.

²IRM., Hospital Enrique Garcés, Universidad Católica de Cuenca.

³ Doctor, Jefe de Servicio de Pediatría Hospital Enrique Garcés.

RESUMEN

Áscaris lumbricoides, nemátodo frecuente en la población infantil, relacionado con situaciones socioeconómicas bajas y condiciones higiénicas desfavorables. El ciclo de vida del parásito inicia con la ingesta de huevos embrionados, tras esto desempeña un período hístico-tisular y transalveolocapilar, posteriormente alcanza el intestino delgado como parásito adulto. En ocasiones migra a diferentes sitios causando complicaciones, destacando la migración a vía biliar provocando colecistitis parasitaria.

El siguiente caso trata de un adolescente de 12 años 9 meses que consulta por dolor abdominal localizado en epigastrio y cuadrante superior derecho. Es ingresada en el Hospital General Enrique Garcés de la ciudad de Quito, Ecuador donde se evidencia en ecografía la presencia de Áscaris lumbricoides en el interior de la vesícula biliar. Se realiza manejo clínico administrando antihelmíntico. Dos días posterior a su ingreso y culminado el tratamiento se solicita control ecográfico sin evidenciar la presencia del parásito.

Palabras clave: Áscaris lumbricoides; Pediatría; Colecistitis parasitaria; Ascariasis biliar; Vesícula biliar

ABSTRACT

Ascaris lumbricoides is a frequently nematode in children associated with low socio-economic situations and unfavorable hygienic conditions. The life cycle of the parasite starts with the intake of embryonic eggs, then it plays an hystic-hssue period and trans-capillary period. Subsequently reaches the bowel intestine as an adult parasite. Sometimes they migrate to different places causing complications, including migration to bile duct causing parasitic cholecystitis.

The following case is a boy of 12 years 9 months old consulting for abdominal pain located in epigastrium and right upper quadrant. He was hospitalized in the General Hospital Enrique Garcés in the city of Quito – Ecuador evidencing the presence of on Ascaris lumbricoides in the interior of the gallbladder in the ultrasound. Antiprotozoarios were given. Two days after finishing the treatment, we requested a control ultrasound without observing the parasite

Keywords: Ascaris Lumbricoides; Pediatrics; Parasitic cholecystitis; Biliary ascariasis; Gallbladder.

INTRODUCCIÓN

El Áscaris lumbricoides es el nemátodo intestinal más frecuente, infectando a 800.000 millones de personas a nivel mundial, teniendo mayor prevalencia entre los 2 y 10 años². Se relaciona con poblaciones rurales, de bajos recursos económicos, escasas condiciones higiénicas y sanitarias, razón por la cual es más frecuente en países en vías de desarrollo^{3,5}. Se estima que entre el 2% y el 19% de las causas de admisión hospitalaria por ascariasis se deben a invasión del tracto biliar produciendo un cuadro de colecistitis parasitaria.^{6,7}

La vía de transmisión es fecal-oral, el huésped excreta los huevos en las heces, maduran en el suelo y son ingeridos por alimentos o agua contaminada. Llegan al intestino delgado, migran al ciego y colon ascendente, atraviesan la mucosa hasta llegar al hígado y pulmones por vía linfática y hemática. Una vez dentro de los alveolos maduran por 10 a 15 días para posteriormente ser deglutidos llegando al intestino para convertirse en parásitos adultos.⁴

Infrecuentemente y en relación con la carga parasitaria pueden tener ubicaciones ectópicas como: tracto biliar, páncreas, hígado, cerebro o riñones; produciendo cuadros de cólico biliar, colangitis aguda, coledocolitiasis y colelitiasis aguda.⁸

En todo paciente con factores de riesgo que presente dolor abdominal, anorexia, diarrea intermitente asociados a ictericia, náuseas, vómito y fiebre se debe considerar un proceso de colecistitis por áscaris.⁹

El gold estándar para el diagnóstico es la ecografía abdominal un método rápido, accesible y de bajo costo donde se puede evidenciar al parásito dentro del tracto biliar.^{4,10} La colangiopancreatografía endoscópica retrograda (CPRE) se debe considerar un método terapéutico en lugar de diagnóstico.^{7,8}

Para el manejo de esta patología se pueden utilizar varios enfoques terapéuticos: el manejo clínico con antihelmínticos como: albendazol (400 miligramos dosis única) y mebendazol (500 miligramos dosis única o 100 miligramos dos veces al día por tres días) con eficacia del 96%,^{11,12} la extracción por vía endoscópica y el manejo quirúrgico mediante colecistectomía.^{7,13}

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 12 años 9 meses, nacida en Sangolqui y residente en Quito-Ecuador, con inmunizaciones completas y sin antecedentes de importancia. Presenta hiporexia y astenia, que se exagera una semana después; dolor abdominal localizado en epigastrio y cuadrante superior derecho tipo cólico, intensidad 9/10 que incrementa tras la ingesta de alimentos, asociado con vómitos de contenido alimentario y posteriormente bilioso. A los 15 días presenta vómito achocolatado, el cuadro se asocia a ictericia generalizada, persistencia y aumento del dolor abdominal e hiporexia, por lo cual acude a casa de salud.

Correspondencia: Rivadeneira Dueñas Josué David
Hospital Enrique Garcés
josue.rivadeneira04@hotmail.com/ +593 9 58929345
Rev. Ecuat. Pediatr. 2018; 19 (2) ; 58-60

Al examen físico se encuentra a la paciente con piel icterica, escleras ictericas, mucosas orales húmedas, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio, Murphy negativo. Se realizan exámenes de gabinete los cuales se adjuntan en la tabla 1.

Tabla 1.- Exámenes de laboratorio (06/07/2018).

BIOMETRIA HEMATICA		
PARAMETRO	VALORES	NORMALES
Leucocitos	4558 K/ μ L	4.50 – 10.00
Neutrófilos	52.4%	30.0 – 51.1
Linfocitos	29.5%	30.0 – 42.0
Monocitos	15.1%	0.0 – 10.0
Eosinófilos	1.3%	0.5 – 8.9
Hemoglobina	14.7 g/dL	12.0 – 16.0
Hematocrito	42.7%	32.0 – 43.0
Plaquetas	376.000	130.000 – 450.000
ENZIMAS HEPÁTICAS		
Fosfatasa Alcalina	404 U/L	46 – 116
TGO	1606 U/L	12 – 31
TGP	3110 U/L	14 – 59
Bilirrubina Total	8.40 mg/dL	0.20 – 1.0
Bilirrubina Directa	6.74 mg/dL	0.0 – 0.30
Bilirrubina Indirecta	1.66 mg/dL	0.0 – 0.80

En los cuales se evidencia aumento de enzimas hepáticas, bilirrubinas aumentadas a expensas de la bilirrubina directa coincidente con ictericia clínica del paciente y compatible con proceso de colestasis. Se realiza ecografía abdominal (Ilustración 1) reporta: vesícula biliar distendida, en su interior se observa como parte del contenido ecogénico una imagen de 3 mm de grosor sugestiva de Áscaris.



Ilustración 1.- Presencia del signo de la banda en la paciente (07/07/2018). Líneas blancas señalan áscaris.

Tras la evaluación clínica, estudios de laboratorio y de imagen se llega al diagnóstico de colecistitis por parásitos (Áscaris lumbricoides), por lo cual se decide su ingreso al piso de pediatría y se realiza un manejo clínico integral con antihelmínticos (albendazol 400 miligramos cada día por un día), antibioticoterapia intravenosa (ampicilina/ sulbactam 1 gramo intravenoso cada 6 horas) y analgesia (butil-bromuro de hioscina 20 miligramos intravenoso). Culminado el tratamiento con albendazol se solicita ecografía de control (Ilustración 2) en la cual se evidencia: vesícula biliar contraída, pared engrosada y liquido perivascular, sin embargo, en este contexto no se visualiza patología en su interior confirmando la eliminación del parásito intravesicular. Disminuye ictericia en piel y escleras razón por la cual se solicitan exámenes de gabinete, que se adjuntan en la tabla 2.



Ilustración 2.- Vesícula biliar contraída, sin presencia de áscaris (09/07/2018).

Resultados compatibles con disminución de colestasis e ictericia, se decide alta hospitalaria tras 7 días de hospitalización con antibioticoterapia oral (amoxicilina/ácido clavulánico 625 miligramos vía oral cada 8 horas por 5 días).

Tabla 2.- Exámenes de laboratorio de control.

PARAMETRO	ENZIMAS HEPÁTICAS		
	09/07/18	12/07/18	NORMAL
Gama GT	215 U/L	153 U/L	5.0 – 55.0
TGO	597 U/L	122 U/L	12 – 31
TGP	2011 U/L	755 U/L	14 – 59
Bilirrubina Total	9.30 mg/dL	2.88 mg/dL	0.20 – 1.0
Bilirrubina Directa	7.20 mg/dL	2.29 mg/dL	0.0 – 0.30
Bilirrubina Indirecta	2.1 mg/dL	0.59 mg/dL	0.0 – 0.80

DISCUSIÓN

La colecistitis por ascaris es una enfermedad poco publicada e infradiagnosticada en países subdesarrollados lo cual dificulta la evaluación y valoración de la verdadera prevalencia de estas complicaciones parasitarias. Basándose en los pocos datos epidemiológicos es poco frecuente, identificando manifestaciones clínicas en común con casos reportados en otros países del mundo, como refiere Ismaili y col.¹ en tres casos pediátricos donde el principal motivo de consulta es la diarrea aguda, acompañada de fiebre, vómito, signos de deshidratación y dolor abdominal en cuadrante superior derecho más ictericia; de igual forma en el estudio prospectivo realizado por Wani,² se incluye trece pacientes menores de 14 años con dolor abdominal tipo cólico, vómitos y fiebre; cuadros similares al caso presentado. Según lo referido por Alam y col.³ en un estudio prospectivo la frecuencia en aparición en un grupo de 138 casos fue: cólico biliar (131; 94,9%); otros fueron colangitis aguda (30; 21,7%), ictericia obstructiva (19; 13,8%), coledocolitiasis (20; 14,5%), pancreatitis aguda (10; 7,2%), colecistitis aguda (6; 4,3%), absceso hepático (1,4%), hepatolitis (3; 2,2%), estenosis del conducto biliar común (2; 1,4%), absceso pancreático (1; 0,7%) y cirrosis hepática (1; 0,7%). Demostrando que el cólico biliar es el diagnóstico más frecuente en la aparición de parásitos extraintestinales.

Posterior a la orientación clínica se solicitan exámenes complementarios de laboratorio entre los cuales se busca: enzimas hepáticas aumentadas comprobando colestasis existente; bilirrubinas apreciando hiperbilirrubinemia compatible con ictericia clínica y reactante de fase aguda aumentados en busca de procesos inflamatorios. Como se expone en los casos pediátricos presentados por Ismaili y col.¹, de igual forma verificados en casos de adultos publicados por Nag y col.³, Madhusudhan⁴ y Lopes⁵ compatible con el caso clínico presentado. De igual forma se solicita ecografía abdominal buscando signos compatibles con ascariasis biliar reportado por Lynser⁹ hallándose en todos los casos antes mencionados.

En cuanto al tratamiento la gran mayoría de reporte de casos pediátricos realizan un manejo conservador con la administración de antihelmínticos y en caso de falla o la presencia de complicaciones se realiza la eliminación mediante endoscopia por CPRE o colecistectomía como reporta Wani² en su estudio prospectivo con veintiocho pacientes, veintidós fueron manejos de forma conservadora y 6 sometidos a colecistectomía, reportando mejoría clínica.

CONCLUSIÓN

La ascariasis biliar es una complicación poco frecuente asociada a malas condiciones higiénico-ambientales. Comúnmente se presenta como un cólico biliar o como colecistitis aguda caracterizada por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia; produciendo colestasis, hiperbilirrubinemia y elevación de los reactantes de fase aguda; para el diagnóstico de esta patología es necesario realizar pruebas de imagen entre las cuales se prefiere la ultrasonografía abdominal debido a los bajos costos y el fácil acceso, en busca del parásito intravesicular. El tratamiento

se recomienda iniciar con el manejo conservador mediante la administración de antihelmínticos (albendazol o mebendazol), vigilando constantemente los signos de mejoría clínica y la expulsión del parásito; en caso de falla de este se deberá proceder a la eliminación mediante endoscopia (CPRE) o colecistectomía.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO:

Los autores refieren no tener ningún tipo de financiamiento externo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pullan RL, Smith JL, Jasrasaria R, Brooker SJ. Global numbers of infection and disease burden of soil transmitted helminth infections in 2010. *Parasit Vectors*. 21 de enero de 2014;7:37.
2. Gabrie JA, Rueda MM, Canales M, Gyorkos TW, Sanchez AL. School hygiene and deworming are key protective factors for reduced transmission of soil-transmitted helminths among schoolchildren in Honduras. *Parasit Vectors*. 4 de agosto de 2014;7:354.
3. Nag HH, Ji R. Ascariasis presenting as acute abdomen-a case report. *Indian J Surg*. junio de 2013;75(Suppl 1):128-30.
4. Lynser D, Handique A, Daniála C, Phukan P, Marbaniang E. Sonographic images of hepato-pancreatico-biliary and intestinal ascariasis: A pictorial review. *Insights Imaging*. diciembre de 2015;6(6):641-6.
5. Sharma A, Jariwala P, Kaur N. Biliary ascariasis presenting with gangrenous perforation of the gall bladder: report of a case and brief review of literature. *Trop Doct*. julio de 2018;48(3):242-5.
6. Wani I. Gallbladder ascariasis. *Turk J Gastroenterol*. 2011;22(2):178-82.
7. Shah OJ, Zargar SA, Robbani I. Biliary Ascariasis: A Review. *World J Surg*. 1 de agosto de 2006;30(8):1500-6.
8. Wang J, Pan Y-L, Xie Y, Wu K-C, Guo X-G. Biliary ascariasis in a bile duct stones-removed female patient. *World J Gastroenterol*. 28 de septiembre de 2013;19(36):6122-4.
9. Ismaili-Jaha V, Toro H, Spahiu L, Azemi M, Hoxha-Kamberi T, Avdiu M, et al. Gallbladder ascariasis in Kosovo - focus on ultrasound and conservative therapy: a case series. *J Med Case Rep*. 13 de enero de 2018;12(1):8.
10. Wills M, Harvey CJ, Kuzmich S, Afaq A, Cosgrove D. Ultrasound of the gall bladder and biliary tree: part 1. *Br J Hosp Med*. 2 de junio de 2014;75(6):312-7.
11. Moser W, Schindler C, Keiser J. Efficacy of recommended drugs against soil transmitted helminths: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 25 de septiembre de 2017;358:j4307.
12. Keiser J, Utzinger J. Efficacy of current drugs against soil-transmitted helminth infections: systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 23 de abril de 2008;299(16):1937-48.
13. Alam S, Mustafa G, Rahman S, Kabir SA, Rashid HO, Khan M. Comparative study on presentation of biliary ascariasis with dead and living worms. *Saudi J Gastroenterol*. septiembre de 2010;16(3):203-6.
14. Madhusudhan KS, Gamanagatti S. An uncommon cause of right hypochondriac pain. Acute acalculous cholecystitis due to *Ascaris lumbricoides* with intestinal ascariasis was diagnosed. *Saudi J Gastroenterol*. enero de 2009;15(1):70-1.
15. Lopes Dias Pinto JS, Lopes Azevedo RJ, Duarte Banhudo AJ. An Uncommon Cause of Cholangitis and Cholecystitis. *GE Port J Gastroenterol*. junio de 2018;25(4):211-3.