

Ascaridiasis masiva de las vías biliares

Dr. Braulio Alfaro Briansó*

Dr. Juan José Pérez Quispe**

RESUMEN

Se presenta un caso de ascaridiasis masiva de las vías biliares, operado en el Hospital de Golfito en el mes de noviembre de 1981. Se trata de un paciente adulto de 32 años, que ingresa con el diagnóstico de pancreatitis secundaria a parasitismo errático y masivo, por lo que es operado con la sospecha de obstrucción de las vías biliares por áscaris, encontrándose 15 áscaris; uno en cístico hacia la vesícula y 14 en el coledoco. Se vuelve a intervenir a los 10 días y se encuentran otros 15 áscaris en el coledoco y saliendo alrededor de la sonda en T. Se operó por tercera vez, pero fallece a pesar de las medidas que se tomaron.

CASO CLINICO

M.C.S. de 32 años, procedente de San Isidro de El General, agricultor, ingresa al hospital el 27-10-81 con cuadro de 3 días de evolución de dolor tipo cólico en epigastrio, posterior a la ingesta de sardina, dolor que fue en aumento asociado a vómitos en número incontable con expulsión de 4 áscaris el día anterior y al ingreso 20 parásitos; además deposiciones semilíquidas con salida de áscaris. Al examen físico, con facies de dolor taquicárdico, con dolor a la palpación epigastrio e hipocondrio derecho, abdomen duro, resto del examen normal.

Laboratorio. Hemoglobina: 16.7 gr/%, leucocitos: 20.000, bandas: 6, segmentados: 62, eosinófilos: 1, linfocitos: 28, glicemia: 117 mg/%, amilasa: 409 US, amilaturia 2h:

* Médico en servicio social en el Hospital de Golfito.

** Jefe de Cirugía del Hospital de Golfito.

681 U/h, TGO: 194 u/ml, TGP: 180 u/ml, fosfatasa alcalina: 78 UF, bilirrubina total: 4.4 mg/%, bilirrubina indirecta: 2.8 mg/%, tiempo protrombina: 81%.

Se interviene quirúrgicamente, encontrándose una colecistitis aguda con colangitis, provocada por 14 áscaris que se hallaban en las vías biliares; se deja sonda en T. (ver foto # 1).

El líquido biliar cultivó más de 100.000 UFC de E. Coli.

Control post operatorio. Hemoglobina: 10.7 gr/%, tiempo protrombina: 59%, proteínas totales: 3.5 gr/%, albumina: 1.4 gr/%, globulina: 2.1 gr/%, nitrógeno ureico: 42 mg/%, creatinina: 1.5 mgr/%, se le transfundió 1000 cc de sangre.

Al quinto día post operatorio se le practicó colangiografía por sonda en T, observándose imágenes radiotransparentes, longitudinales en conducto hepático izquierdo, hepatocoleoco, lo mismo que en conducto pancreático en su porción inicial comparables con áscaris lumbricoides (ver foto # 2 y 3); por lo que se le da tratamiento con Pamoato de Pirantel V.O. y por la sonda en T irrigando, expulsando una masacote de áscaris por recto y gran cantidad por la boca.

Como no mejoraba su condición general, se vuelve a intervenir, encontrándose un biliperitoneo y cerca de 15 áscaris en coledoco que además salían alrededor de la sonda en T, persistiendo en mal estado, con

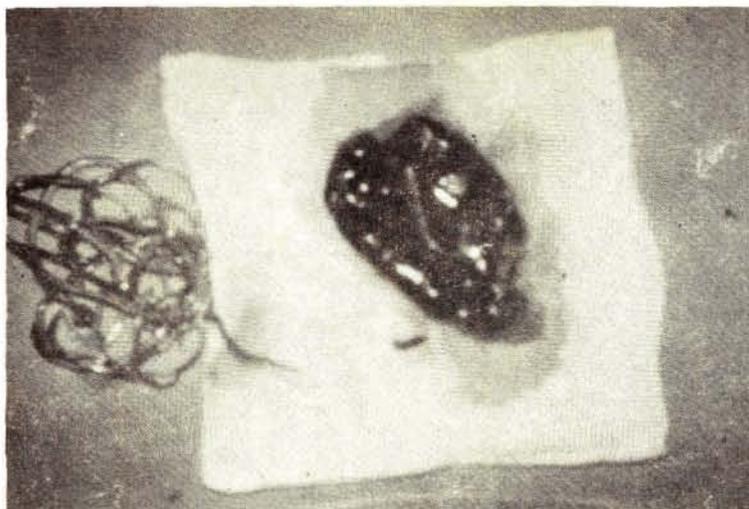


FOTO 1. Vesícula biliar con un áscaris adentro y a la par el masacote que se encontraba en las vías biliares.



FOTOS 2 y 3. Colangiografía por sonda en T que muestra nuevos áscaris en el coledoco y hepático común.

gran distensión abdominal e iniciando anasarca. Seis días después se vuelve a operar para reconstruir las vías biliares y cambiar sonda en T.

El paciente persiste en estado crítico, precipitándose aun más por un desequilibrio hidroelectrolítico que no se puede valorar bien por no hacerse electrolitos en este Centro; acompañado de su biliperitoneo y su colangitis, alteración de las pruebas de función hepática, no respondiendo a la antibioticoterapia implantada inicialmente con ampicilina y clindamicina; luego se le agrega cloranfenicol y penicilina sódica, produciéndose la muerte.

No se le practicó autopsia por no contarse con servicio de patología en este Hospital.

DISCUSION Y COMENTARIOS

Como sabemos, la migración de helmintos procedentes del tracto digestivo no es infrecuente hacia las vías biliares, encontrándose hasta hace 10 años sólo reportados en la literatura nacional 10 casos, 5 por el Dr. Céspedes (3) en autopsias, encontrando 2 áscaris en el primer caso, 3 en el segundo, 7 de coledoco y 1 en vesícula en el tercer caso y 5 áscaris en el quinto. De los 5 casos reportados por los Dres. López, Fonseca, Coto y Alvarez (7), hablan de un áscaris en cada uno de los pacientes operados.

Se sospechó la obstrucción por áscaris en el segundo grupo presentados por el Dr. Céspedes y en el quinto del segundo grupo en una colangiografía posterior a colecistectomía por coledocolitiasis y dilatación del esfínter. Comparativamente con el caso que se presenta, se intervino quirúrgicamente con la sospecha de obstrucción por áscaris, aparte de encontrarse una gran cantidad de áscaris en el coledoco, aparentemente no descrito ningún caso en la literatura nacional hasta la fecha.

En el Groote Shuur Hospital, en Cape Town, entre 1968 y 1972, hubo 154 casos de ascariasis biliar en niños y uno solo en adulto en 1974 Cremin y Fischer, 1976 (14).

Se considera que cualquier factor capaz de perturbar las condiciones de vida del áscaris lumbricoides dentro del intestino delgado humano puede predisponer a la migración de los parásitos (3), entre las causas que provocan dicha migración están la

infestación masiva, la anestesia, la fiebre, tratamiento inapropiado, dieta con picante; además se menciona la insuficiencia del esfínter de Oddi (3), acidez gástrica (8), oclusión intestinal e incluso, el simple peristaltismo aumentado (7-10); pero además estos parásitos tienen aparentemente una tendencia natural a introducirse en los pequeños agujeros (1).

Entre los parásitos que pueden migrar hacia las vías biliares se encuentra la lambia, los helmintos, tenia, faciola hepática, amebas (12); el angiostrongilos que migra a hígado (9).

Llama la atención que entre los diferentes leucogramas ninguno presenta eosinofilia, a pesar del cuadro de parasitosis tan severo. Aparentemente puede explicarse porque la ascariasis que presentaba en fase hística, o sea, cuando hace el ciclo de Loos, pasando por hígado y pulmón, llegando a producir sensibilización del huésped; mientras que en la fase intestinal parecen ser más importantes los mecanismos reflejos y producir efectos graves, a veces mortales, que se debe a la migración de los gusanos adultos, puede regurjitarlos y vomitarlos, o invadir vías biliares, hígado, apéndice u ocluir el ámpula de Vater y causar pancreatitis aguda (5), como ocurrió probablemente cuando ingresó el paciente al tener la amilasa y la amilaturia de 2h elevadas. Pueden hasta perforar el intestino (13), formar abscesos hepáticos (4) o invadir la piel (2).

A pesar del uso de Pamoato de Pirantel post operatorio por vía oral y por la sonda en T, se comprueba la presencia de parásitos. Al intervenirlos nuevamente se observaron áscaris muertos y algunos necróticos en el coledoco, lo que nos habla de la posible acción del antihelmíntico al paralizarlos. En los experimentos realizados por el Dr. Morera con el uso de algunos antihelmínticos, in vitro sobre el *Ascaris Lumbricoides*, encontró que el aumento de la dosis de Pamoato de Pirantel acorta el tiempo de inmovilización del parásito (8).

Los áscaris suelen acarrear gérmenes productores de infección y además dar una colangitis en forma simultánea (6), explicando el cuadro febril que presentaba el paciente.

Entre los datos de laboratorio se encontró una prueba de AgHB_s positivo que se puede

explicar porque posiblemente era un portador sano o lo obtuvo en alguna de las transfusiones sanguíneas que se le realizaron.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beaver, P.C. Ascaris Strangled in a shoe eyelet. *Am. J. Trop. Hyg.* 13: 295, 1964.
- 2.- Brenes, R.; Sáenz, A.; Pereira, C.; Monge, E.; Muñoz, G.; Rojas, G. Parasitismo errático, adulto de *Ascaris Lumbricoides* (útero de hembra no fecunda) en piel humana. *Excerta Parasitológica en memoria del Dr. Eduardo Caballero y Caballero*, Pág. 401-407, 1977.
- 3.- Céspedes, R. Ascaridiasis hepática y de las vías biliares. *Rev. Biol. Trop.* 1(2): 197, 1953.
- 4.- Céspedes, R.; Pereira, C. Abscesos Hepáticos por *Ascaris Lumbricoides*. *Acta Méd. Cost.* 8(2) 121-128, 1965.
- 5.- Jiménez, G. *Gastroenterología*. CCSS, Costa Rica. Pág. 156-157, 1977.
- 6.- Krupp, M.; Chatton, M. Diagnóstico clínico y tratamiento. Editorial El Manual Moderno, México. Pág. 1034-1036, 1981.
- 7.- López, E.; Fonseca, A.; Coto, R.; Alvarez, I. Ascaridiasis del coledoco y vías biliares. *Acta Méd. Cost.* 15: 129, 1971.
- 8.- Morera, P. Acción in vitro de algunos antihelmínticos sobre *Ascaris Lumbricoides* Sunn. Resumen de trabajos del V Congreso Latinoamericano de Parasitología. II Congreso de Parasitología y II Simposio Internacional de Enfermedad del Chagas. Buenos Aires, Argentina. Nov. 25 - Dic. 1 de 1979.
- 9.- Morera, P.; Céspedes, R. Angiostrongilosis abdominal, una nueva parasitosis humana. *Acta Méd. Cost.* 14: 159, 1971.
- 10.- Okumura, M.; Nakashima, Y.; Curti, P. and Paula de W. Acute intestinal obstrucción by ascaris. Analysis of 455 cases. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo* 16: 292, 1974.
- 11.- Pedro-Pons, A. *Tratado de Patología y Clínica Médica*. Salvat, Barcelona. Pág. 967-968, 1964.
- 12.- Pedro-Pons, A.; Jiménez, S. *Formulario Médico Daimon*. Salvat, Barcelona. Pág. 360, 1968.
- 13.- Troper, L.; Arroyo, R. Perforación intestinal por *Ascaris Lumbricoides*. *Acta Méd. Cost.* 21(2) 201-205, 1978.
- 14.- Zbigniw, S. Pawloski. *Parásitos Intestinales*. Clínicas de Norteamérica. Pág. 155-167, 1979.