

Revisión bibliográfica de Fasciolosis biliar, propósito de un caso

ALEJANDRA LOBOS ZÚÑIGA¹, GABRIEL VIAL LETELIER², PABLO FERNÁNDEZ SEPÚLVEDA³,
MATÍAS SUÁREZ OLMEDO⁴, CARLA GÁLVEZ GODOY⁵.

Bibliographic review of biliary fasciolosis, purpose of a case

Abstract

The biliary pathology, is undoubtedly one of the most frequent surgical pathologies in Chile, statistical data establish the incidence of biliary pathology in over 20 years 30% of women have biliary lithiasis, of these 10% will present some complication as it is choledocolithiasis. On the other hand, hepatic fascioliasis or dystomatosis is a disease caused by hepatic fasciola, or duela, sabuaypé or Distomon hepaticum, corresponds to a flatworm, trematode of the digenea class, with affinity to stay in liver tissue, which when performing the biological cycle of the parasite can be the cause of choledocholithiasis, cholecystitis, cholangitis, pancreatitis, among others. We present a clinical case of chronic intracholedocian fasciolitis diagnosed by ERCP^{3,4}.

Methods: Descriptive observational study, in addition to a systematic review in databases such as Pub-Med/MEDLINE, Elsevier, Cochrane and manually through the Internet in journals and public bodies. This work seeks to collect information from different authors regarding its incidence, management and established treatments.

Results: Inclusion and exclusion criteria were defined to analyze the characteristics of the selected articles. We present the clinical case of a 47-year-old female patient, with a history of hypertension, type 2 diabetes mellitus and egg allergy who went to the Emergency Department due to a picture characterized by epigastralgia of 3 days of evolution. During endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP), 2 suggestive images of lyte are seen inside that finally result in 2 apparent live parasites.

Keywords: *Hepatic fasciola, endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, dystomatosis, choledocholithiasis*

1. Alumna pregrado medicina, Universidad San Sebastián.

2. Médico cirujano, Hospital San Juan de San Fernando.

3. Alumno pregrado medicina, Universidad San Sebastián.

4. Alumno pregrado medicina, Universidad Andrés Bello.

5. Alumna pregrado medicina, Universidad Andrés Bello.

Correspondencia:

Alejandra Lobos Zúñiga

7790706

Teléfono: +56 9 78064158

Email: alee.lobos.z@gmail.com

Introducción

La patología biliar, es sin duda una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en Chile, datos estadísticos establecen la incidencia de patología biliar en mayores de 20 años el 30% de mujeres presenta litiasis biliar, de estas el 10% presentara alguna complicación como lo es coledocolitiasis.^{1,2}

Por otra parte la fascioliasis hepática o distomatosis es una enfermedad producida por la Fasciola hepática, o duela, sabuaypé o Distomun hepaticum, corresponde a un platelminto, trematodo de la clase digenea, con afinidad para hospedarse en tejido hepático, que al realizar el ciclo biológico propio del parásito puede ser causante de coledocolitiasis, colecistitis, colangitis, pancreatitis, entre otras. Presentamos un caso clínico de una fasciolitis crónica intra coledociano diagnosticada mediante ERCP.^{3,4}

La fasciolosis hepática es una enfermedad que se produce por la infección de trematodos del género Fasciola, siendo la más prevalente la Fasciola Hepática, la cual se localiza en los conductos biliares del huésped, lo que puede causar obstrucción, colangitis, colecistitis y/o pancreatitis.

Su principal hospedero es animales herbívoros y el hombre, sin embargo para la transmisión de este existe un hospedero intermedio, los caracoles de agua dulce, estos al momento de estar en contacto con plantas acuáticas se enquistan en ellas, por lo que al momento de ingerirlas sin previa exposición al calor invaden a su nuevo hospedero.⁵

La infección por Fasciola Hepática ocurre con ingesta de vegetales de tallo corto como berros y lechuga, entre otros. En Chile, la Fasciola Hepática tiene su mayor prevalencia entre las regiones de Coquimbo y la Araucanía, sin embargo no existe alguna estadística exacta respecto a su prevalencia.⁶

En sus etapas iniciales la fasciolosis no presenta síntomas o signos evidentes por lo que se podría clasificar una enfermedad que cons-

ta con dos fases.⁷

Inicialmente la clínica se comporta de manera inespecífica siendo producida por la migración parasitaria, esta suele durar entre 2 a 4 meses. Clásicamente se describe como una triada: dolor en hipocondrio derecho y/o epigastrio, fiebre continua y hepatomegalia dolorosa, se puede asociar además a ictericia fugaz. La biometría hemática se altera, detectándose leucocitosis con eosinofilia hasta del 80%; en ocasiones hay hiperganmaglobulinemia y las pruebas de función hepática también se encuentran alterada.^{7,8}

En etapas posteriores o crónicas, con una duración entre 3 meses hasta 10 años, suele ser asintomática, sin embargo en caso de presentar sintomatología, se presentan cuadros digestivos severos, especialmente de tipo hepatobiliar, entre los que se encuentran colangitis de repetición, cólicos biliares, litiasis vesicular, colecistitis, ictericia obstructiva, papilitis estenosante, obstrucción del colédoco y pancreatitis.^{6,7}

El diagnóstico se establece en la fase aguda por técnicas serológicas, en la cual se busca determinar anticuerpos específicos contra dicho parásito, una opción corresponde a hemaglutinación indirecta, esta busca determinar la presencia de complejos antígeno-anticuerpo con una sensibilidad y especificidad sobre el 90% en algunos estudios, sin embargo solo ha demostrado eficacia en caso de brotes familiares y en pacientes de zonas endémicas como lo son el sur de Europa, Egipto, el sudeste asiático.⁷

En la fase crónica el diagnóstico se realiza mediante la determinación de invasión hepática, principalmente con el uso de imágenes, ya sea con gammagrafía, laparoscopia, tomografía computarizada (TAC) o incluso biopsia, sin embargo al ser una patología poco frecuente en Chile, no es uno de los principales diagnósticos diferenciales a la hora de presentar la clínica antes expuesta.⁹

A continuación presentamos el caso de una paciente femenina de 47 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo

2 y alergia al huevo que acude al Servicio de Urgencia por un cuadro caracterizado por epigastralgia de 3 días de evolución. Al examen físico, la paciente se encuentra deshidratada con dolor a la palpación en hipocondrio derecho y sin signos de irritación peritoneal. En sus exámenes de laboratorio destaca leucocitosis de 20.000 u/L y una PCR elevada de 15 mg/L. Con hipótesis diagnóstica de colecistitis aguda, se decide ingreso para estudio y manejo.

Inicialmente se realiza TAC abdomen y pelvis el cual no muestra hallazgos patológicos de carácter agudo, describiendo vía biliar intra y extra hepática de calibres conservados. La ecotomografía abdominal evidencia vía biliar intra y extrahepática de calibre normal, con impresión de enfermedad parenquimatosa hepática difusa grado I (esteatosis) además de colelitiasis única de 8 mm sin signos de complicación.

Al control de laboratorio, 3 días después del ingreso, evoluciona con pruebas hepáticas dentro de rangos normales y disminución de parámetros inflamatorios. (Amilasa 50 U/L, lipasa 52 U/L, L, GOT 32 U/L, GPT 18 U/L, Fosfatasas alcalinas 70 U/L, Bilirrubina total 0.60 mg/dl, bilirrubina indirecta 0,50 mg/dl, PCR 8.7 mg/L, leucocitos 6.900 u/L). Se complementa con endoscopia digestiva alta que concluye signos endoscópicos de incompetencia cardial (VGE Tipo III de HILL) y test de ureasa negativo.

Se estudia con colangiorresonancia que muestra vesícula biliar distendida, de pared fina, sin imágenes de colelitiasis; vía biliar extrahepática presentó diámetro de hasta 6 mm, identificando defecto hipotenso en el colédoco intrahepático proximal, de hasta 4 mm, sugerente de coledocolitiasis. Concluyó imagen sugerente de coledocolitiasis, con leve dilatación de vía biliar extrahepática.

Se inicia manejo con una Colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que resulta frustra debido a sedación insuficiente, reprogramándose el procedimiento en pabellón bajo anestesia general dada la imposibi-

lidad de uso de propofol por antecedente de alergia al huevo.

Posteriormente, se lleva a cabo una segunda CPRE, en que la vía biliar intrahepática está fina, vía biliar extrahepática normal y se aprecian 2 imágenes sugerentes de lito en su interior (Imagen 1 y 2). Se realiza esfinterotomía, con extracción de 2 aparentes parásitos vivos, revisiones y colangiografía de salida con balón negativas para más litos. Fluye bilis clara. Concluyó colangioparasitosis con observación de fasciola hepática. Paciente evoluciona asintomática.

Paciente es dada de alta con diagnóstico de distomatosis de la vía biliar tratada por colangioresonancia retrógrada y colelitiasis. Se programa, para 10 días posterior a egreso, colecistectomía laparoscópica a través del programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y se deja indicación de Nitazoxanida 500 mg vía oral cada 12 horas por 3 días. En control postoperatorio, evoluciona anictérica, sin complicaciones y escaso dolor en relación a herida operatoria.

Material y método

Se realizará un estudio observacional descriptivo. Junto con una revisión sistemática en bases de datos como Pub-Med/MEDLINE, Elsevier, Cochrane y manualmente a través de Internet en revistas y organismos públicos. Se definieron criterios de inclusión y exclusión para analizar las características de los artículos seleccionados.

Discusión

La fasciolosis hepática es una enfermedad que se produce por la infección de trematodos del género *Fasciola*, siendo la más prevalente la *Fasciola Hepática*.¹ Se encuentra presente en regiones templadas, según la Organización mundial de la Salud (OMS) el 50% de los 2,39 millones de personas infectadas a escala mundial viven en Bolivia, Ecuador y Perú.¹⁰

Su principal hospedero es animales herbívoros

y el hombre, sin embargo para la transmisión de este existe un hospedero intermedio, los caracoles de agua dulce los cuales al movilizarse enquistan los vegetales y aguas. habiendo sobrevivido del ácido gástrico y las enzimas, penetra en la pared duodenal e invade el hígado a través del peritoneo y la cápsula de Glisson.⁵ En el humano tarda dentro de 3 a 4 meses en alcanzar su vida adulta, y su sintomatología es variable y consta de 2 fases.

En la etapa aguda se produce migración de los huevos de parásito desde el intestino a los conductos biliares, clínicamente suele ser asintomático o clínica inespecífica como fiebre, dolor abdominal, ictericia, hepatomegalia y eosinofilia. En su fase crónica se presenta con cuadros de colangitis, pancreatitis o colecistitis.

El caso clínico descrito se podría corresponder con la fase crónica ya que la paciente ingresó con hipótesis diagnóstica de colecistitis aguda, según lo informado por la ecotomografía de abdomen.¹¹

El diagnóstico mediante coprocultivo tiene baja sensibilidad ya que la eliminación de huevos por las heces es baja y poco frecuente. El estudio serológico mediante la técnica ELISA permite tener un 100% de sensibilidad y especificidad para la detección de anticuerpos. La ecotomografía abdominal.⁶

La CPRE es el método diagnóstico y terapéutico de elección ante cuadros agudos de obstrucción biliar, colangitis o colecistitis aguda para la extracción de los trematodos. El estudio de laboratorio de la paciente no mostraba un patrón obstructivo de la vía biliar, sin embargo la colangio resonancia informó imagen sugerente de coledocolitiasis por lo cual se debió complementar el estudio con CPRE. Además este se debe acompañar de tratamiento antiparasitario, siendo el triclabendazol el medicamento de elección.^{4,12}

Conclusión

La CPRE es el método diagnóstico y terapéutico de elección ante cuadros agudos de obs-

trucción biliar, colangitis o colecistitis aguda para la extracción de los trematodos. El estudio de laboratorio de la paciente no mostraba un patrón obstructivo de la vía biliar, sin embargo la colangio resonancia informó imagen sugerente de coledocolitiasis por lo cual se debió complementar el estudio con CPRE. Además este se debe acompañar de tratamiento antiparasitario, siendo el triclabendazol el medicamento de elección, sin embargo por falta de stock de dicho fármaco este caso se trató con la segunda línea terapéutica, con una buena respuesta.^{4,12}

En Chile se estima una prevalencia de 0.7%, en la Región Metropolitana ocurren 20 a 30 casos sintomáticos al año, por lo que consideramos interesante presentar este caso clínico y tener en consideración como posible diagnóstico diferencial en pacientes con coledocolitiasis.

Conflictos de interés

Como investigadores declaramos no poseer conflictos de interés de ningún tipo al realizar esta investigación.

Referencias

- 1.Nervi F, Miquel JF, Marshall G. The Amerindian epidemics of cholesterol gallstones: the North and South connection. *Hepatology* [Internet]. 2019 [Citado 5 de Abr 2022];37:947-8; author reply 948-9.
- 2.Duncan CB, Riall TS. Evidence-based current surgical practice: calculous gallbladder disease. *J Gastrointest Surg* 2012; 16: 2011-25.
- 3.Palacio Collado D, Bertot Valdés JA, Beltrao Molento M, Palacio Collado D, Bertot Valdés JA, Beltrao Molento M. Fasciolosis en Cuba y el mundo. *Revista de Producción Animal* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2023 Mar 7];32(3):103–19. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2224-79202020000300103
- 4.Geldres Molina AB, Romero García JL, García Honores LI, Alcántara Figueroa CE.

Fascioliasis: una causa infrecuente de obstrucción de vía biliar. Reporte de un caso. *Acta gastroenterológica latinoamericana*. 2021 Sep 27;51(3).

5.Silva, A.E.P., Freitas, C.D.C., Dutra, L.V., & Molento, B. (2016). Assessing the risk of bovine fasciolosis using linear regression analysis for the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *Veterinary Parasitology*, 217,7-13. <https://doi.org/10.1016/j.vetpar.2015.12.021> [Links]

6.Millán A M, Wagenknecht S R, Cardenas P A, Carrasco L C. Parásitos de Fasciola hepática intracoleociano. *Revista chilena de cirugía* [Internet]. 2008 Aug 1;60(4):332-5. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000400012

7.Cosmea A, Ojedab E, Cillac G, Torradod J, Alzatea L, Beristain X, et al. Fascioliasis hepato-biliar. Estudio de una serie de 37 pacientes. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 75-380.

8.Lefryekh R, Bensaad A, Bensardi F, Elhat-tabi K, Bouali M, Daif B, et al. Hepatic fascioliasis presenting with bile duct obstruction: a case report. *The Pan African medical jour-*

nal [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 7];28:44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5687870/>

9.Aminian K, Rezayat KA, Shafaghi A, Tanhaevash R. Living Fasciola hepatica in biliary tree: a case report. *Annals of Hepatology* [Internet]. 2012 May 1;11(3):395-8. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-annals-hepatology-16-articulo-living-fasciola-hepatica-in-biliary-S166526811930937>

10.Fascioliasis - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www.paho.org. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/fascioliasis>

11.Domingo-Gonzalez S, Lebrón-Ramos JM, Martínez-Escalante MD, Ortiz-Domínguez F, García Alegría J. Lesiones hepáticas y eosinofilia. *Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI)*. 2019 (Ago); 4(2): 48-50. doi: 10.32818/reccmi.a4n2a3.

12.REED - Revista Española de Enfermedades Digestivas [Internet]. www.reed.es. [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://www.reed.es/ArticuloFicha.aspx?id=3194&hst=0&idR=65&tp=1>

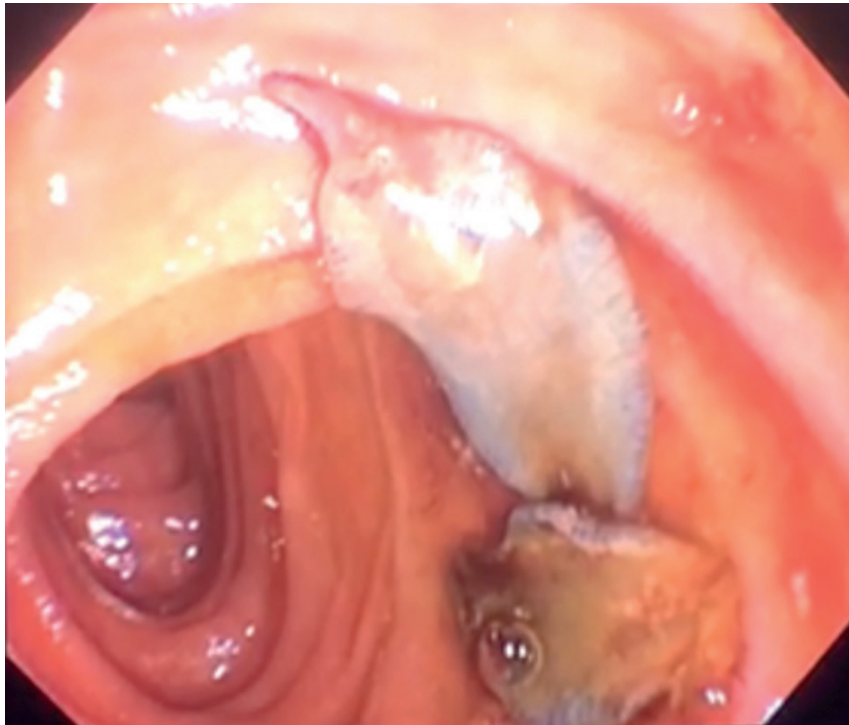


Imagen 1. Fasciola hepática junto a lito a través de esfínter de Oddi

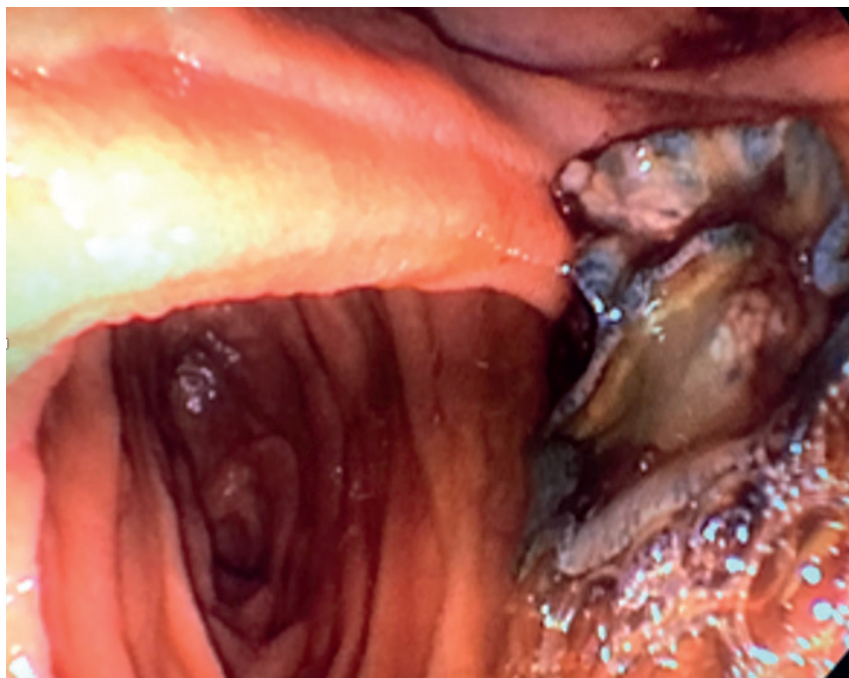


Imagen 2. Fasciola hepática posterior destrucción de la misma al intentar extracción