

Ascariasis en vesícula y vías biliares.

Tte. Cor. M.C. Mauro Soto Granados*

Hospital Militar Regional. Chilpancingo, Guerrero.

RESUMEN. La ascariasis del árbol biliar es una entidad quirúrgica poco común por lo que es susceptible de originar problemas de diagnóstico diferencial. En este trabajo se presenta un caso de colecistitis por áscaris impactado en el conducto cístico y dos casos de áscaris localizados en el colédoco. Se hace un análisis retrospectivo de las características del cuadro clínico que pueden orientar al diagnóstico etiológico. Se concluye que esta entidad debe sospecharse en pacientes de nivel socioeconómico bajo, provenientes del medio rural o de áreas tropicales que presentan síntomas de cólico biliar atípico.

Palabras clave: ascaris, vías biliares.

La ascariasis es una de las parasitosis más comunes en nuestro país. En las zonas tropicales y comunidades rurales se le ha encontrado en más del 90% de la población.¹

Estos parásitos usualmente se alojan en el intestino delgado y su localización en el árbol biliar es poco frecuente; en este último sitio, originan un cuadro clínico de cólico vesicular o canalicular inespecífico, aunque algunas características pueden hacer sospechar la etiología.²⁻⁴

Para el ultrasonografista con poca experiencia, es probable que pase inadvertida la presencia de un áscaris en el colédoco, sobre todo si el parásito tiene un diámetro inferior a 5 mm; en estas mismas circunstancias, es muy factible que durante la cirugía el aspecto macroscópico de la vesícula y las vías biliares sea normal y sólo una palpación muy cuidadosa del colédoco revele la presencia de un áscaris dentro de él.

En esta comunicación se informa un caso de colecistitis aguda producida por un áscaris impactado en el cístico y dos casos de áscaris localizados en el colédoco; al respecto, se señalan algunas características clínicas que pueden orientar al diagnóstico etiológico. Los tres pacientes fueron atendidos en el Hospital Militar Regional de Chilpancingo, en el estado de Guerrero, al sur de la República Mexicana.

Casos clínicos

Caso No. 1 MCG, del sexo femenino, de 26 años de edad, proveniente de una comunidad rural del estado de Guerrero y con un embarazo de 10 semanas. Cuadro clínico

SUMMARY. The presence of *Ascaris lumbricoides* in the biliar ducts is a rather uncommon surgical entity which usually elicits diagnostic difficulties. In this series, 3 cases of bile duct ascariasis are reported; one had colecistitis because of impaction of one ascariasis in the cystic duct and 2 had an ascariasis in the coledocus. A retrospective evaluation is discussed in order to facilitate the diagnosis of future cases. It is concluded that this is a condition that must be suspected in those patients who currently lack of hygienic facilities, in the rural area or in tropical zones and come to the hospital because of an atypical biliar pain.

Key words: ascaris, bile duct.

de 2 días de evolución con dolor intenso en el hipocondrio derecho y vómito. Ingresó en regulares condiciones generales, con temperatura de 37.5 °C. La enferma refería dolor importante en el hipocondrio derecho y en el epigastrio; sin embargo, el abdomen se encontró blando, depresible, sin distensión y sin datos de irritación peritoneal. La biometría hemática tuvo 13,850 leucocitos y las pruebas de funcionamiento hepático fueron normales. Un estudio de ultrasonografía reportó cálculo impactado en el conducto cístico y dilatación de las vías biliares. Se inició el tratamiento médico con líquidos parenterales, succión gástrica, analgésicos y antibióticos. Después de 24 horas, la paciente continuó aquejando dolor intenso y sin mejoría, por lo que se le intervino quirúrgicamente, encontrándole la vesícula biliar normal, puesto que la USG había reportado dilatación de las vías biliares; se efectuó coledocotomía encontrando un *Ascaris lumbricoides* de 13 cm de longitud. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

Caso No. 2 CRP, del sexo femenino, de 44 años de edad, proveniente de la región de la montaña del estado de Guerrero. Cuadro clínico de 3 días de evolución con dolor intenso en el hipocondrio derecho, fiebre y vómito. Ingresa en regulares condiciones generales, deshidratada, con temperatura de 38.2 °C. Refirió dolor muy intenso en el hipocondrio derecho y en el epigastrio; el abdomen se encontró blando, depresible, sin distensión y sin datos de irritación peritoneal. La biometría hemática mostró 15,400 leucocitos, las pruebas de funcionamiento hepático fueron normales. No se efectuó ultrasonografía por no disponerse de este recurso diagnóstico. Se estableció el diagnóstico clínico de colecistitis aguda. Se inició el tratamiento médico con líquidos pa-

* Depto. de Cirugía Regional.

Correspondencia:
Hospital Militar Regional
Chilpancingo, Guerrero

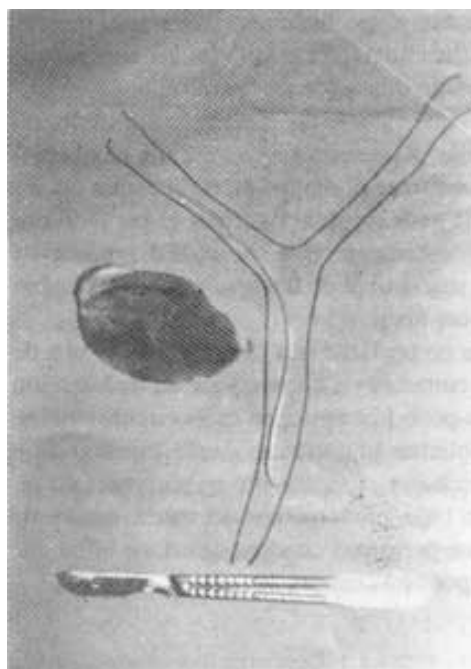


Figura 1. Representación esquemática del áscaris dentro del colédoco.

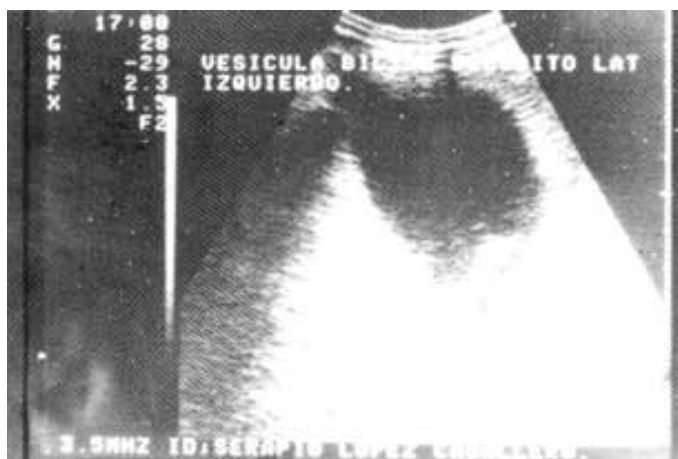


Figura 2. Ultrasonografía que muestra un segmento de *Ascaris lumbricoides* dentro de la vesícula biliar.

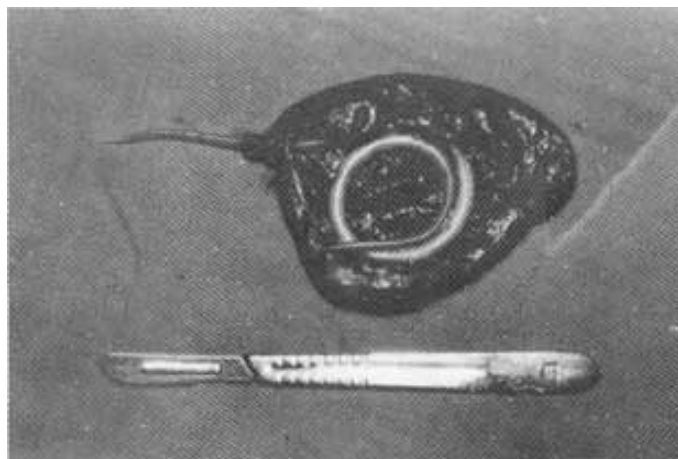


Figura 3. Pieza quirúrgica (vesícula biliar) que muestra la situación del áscaris dentro de la misma.

renterales, succión gástrica, analgésicos y antibióticos. Después de 12 horas, la paciente continuaba aquejando dolor intenso y sin mejoría con las medidas establecidas. Se efectuó laparotomía exploradora y se encontró la vesícula biliar normal; en el conducto colédoco se palpó una estructura alargada y fibrosa por lo que se practicó coledocotomía extrayéndose un áscaris de 15 cm de longitud (*Figura 1*). La evolución postoperatoria fue normal.

Caso No. 3 SLC, del sexo masculino de 49 años de edad, proveniente de la región de la costa chica del estado de Guerrero. Cuadro clínico de 5 días de evolución con dolor en el hipocondrio derecho, fiebre y vómito. Ingresó en malas condiciones generales, deshidratado, con temperatura de 38.5 °C y con dolor severo en el hipocondrio derecho en donde se palpaba un plastrón y existían datos de irritación peritoneal localizada. Biometría hemática con 17,500 leucocitos. Un estudio de ultrasonografía reveló imagen ecogénica alargada y con movimiento en el interior de la vesícula (*Figura 2*). Se practicó intervención quirúrgica encontrando colecistitis aguda por áscaris impactado en el cístico (*Figura 3*). Se efectuó colecistectomía simple y extracción del áscaris. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

Discusión

Los factores socioeconómicos son en última instancia, el fundamento de la prevalencia de las enfermedades parasitarias; en efecto, en los países económicamente más desarrollados, este tipo de padecimientos prácticamente carecen de importancia. En nuestro país, tan solo en lo que se refiere a la ascariasis, se considera que la tercera parte de la población se encuentra afectada por esta enfermedad.^{1,4}

En general se cree que las enfermedades parasitarias son problemas simples desde el punto de vista de diagnóstico. La mayor parte de las veces así es; sin embargo, existen situaciones en las que estos padecimientos se presentan como un problema complejo de diagnóstico diferencial.^{1,3}

El cuadro clínico de la ascariasis incluye en las infecciones primarias, un proceso bronconeumónico con eosinofilia. En el intestino, la infección puede pasar inadvertida, o bien originar dolor abdominal, meteorismo, náusea y vómito. En personas que eliminan más de 50,000 huevos por gramo de heces, no es rara la salida de *A. lumbricoides* por el recto, la boca o la nariz.¹

Un pequeño porcentaje de infectados, habitualmente los más parasitados, desarrollan complicaciones quirúrgicas; de éstas, las más comunes son la obstrucción intestinal, vólvulos y apendicitis.^{1,2}

Excepcionalmente, cuando ocurre migración errática de un áscaris adulto hacia el árbol biliar, su presencia en estas estructuras originará episodios de colecistitis y/o colangitis;^{1,3,4} en estas circunstancias, las manifestaciones clínicas son las de un cólico vesicular o canalicular, similar al producido por litiasis biliar. La confirmación etiológica casi siempre se hace en el acto quirúrgico.¹

De los 3 pacientes presentados en este trabajo, sólo en uno fue posible establecer con precisión el diagnóstico antes de la cirugía, que la causa de la colecistitis era un áscaris impactado en el cístico. En este caso el diagnóstico se hizo mediante ultrasonografía. En los otros 2 pacientes, que tenían cada uno un áscaris en el conducto colédoco, el diagnóstico se estableció durante la cirugía. En una de ellas no se había realizado ultrasonografía por no disponerse de este recurso, y en la otra, la presencia del áscaris pasó inadvertida para el ultrasonografista. En ambas, las pruebas de funcionamiento hepático fueron normales. En los 2 casos, el hecho que más llamó la atención desde el punto de vista clínico antes de la cirugía, fue la desproporción entre el dolor manifestado por ambas pacientes y los hallazgos de la exploración física. En efecto, las dos pacientes presentaban cólico biliar muy intenso que no mejoraba en absoluto con el tratamiento médico establecido, no obstante que el mismo era agresivo. En contraste, la exploración física revelaba un abdomen blando, depresible, sin distensión, con ruidos hidroaéreos normales y sin ningún dato de irritación peritoneal. De hecho, la persistencia del dolor fue la circunstancia que obligó a llevar a las pacientes a cirugía.

Otro hecho desconcertante fue que en la intervención quirúrgica el aspecto macroscópico de la vesícula y del colédoco eran normales y no existía otra patología intra-abdominal que explicara el cuadro clínico de estas enfermas. En realidad, la localización de los parásitos fue circunstancial; en una de las pacientes se logró palpar el áscaris dentro del

colédoco pero sin haber sospechado previamente su presencia y en la otra, se decidió explorar las vías biliares porque el USG había reportado dilatación de las mismas.

Se ha informado que cuando los hallazgos ultrasonográficos hacen sospechar la presencia de un áscaris en el colédoco, es posible confirmar el diagnóstico mediante colangiografía retrógrada endoscópica y extraer el parásito por esta misma vía; evidentemente, este abordaje diagnóstico y terapéutico sólo es susceptible de llevarse a cabo en centros hospitalarios de tercer nivel.

Se concluye que no obstante que la ascariasis es una de las parasitosis más comunes en nuestro país, su localización en el árbol biliar es poco frecuente; en estas circunstancias, puede plantear problemas importantes de diagnóstico diferencial. Debe sospecharse clínicamente en pacientes de nivel socioeconómico bajo, provenientes del medio rural o de zonas tropicales, que presenten cuadros de cólico biliar atípico no explicable por otras causas.

Bibliografía

1. Biagi F. Ascariasis. En: Biagi F (ed) Enfermedades parasitarias. México: La Prensa Médica Mexicana, 1978;30:249-256.
2. Wong J. Recurrent pyogenic cholangitis. En: Schwartz SI, Ellis H (ed). Maingot's Abdominal Operations. Connecticut: Appleton-Century Crofts, 1985;84:1997-2013.
3. Schwartz SI. Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. En: Schwartz, Shires, Spencer (ed). Principios de Cirugía. México: Interamericana McGraw Hill, 1991;31:1232-1261.
4. Pitt HA, Longmire WP. Colangitis supurada. En: Hardy JD (ed). Problemas Quirúrgicos Graves. Barcelona: Salvat, 1985;17:417-446.