

INFORME DE CASO

Fasciolasis hepática. Presentación de un paciente

Hepatic fascioliasis: report of a patient

Dr. Néstor E. Vega Alonso¹, Dra. Nieves del Carmen de la Barca Jiménez², MSc. Dr. Osbel Quintana Morales¹

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

²Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”, Santa Clara

RESUMEN

Se presenta un paciente con fiebre de origen desconocido, dolor abdominal, eosinofilia e imágenes nodulares hepáticas observadas en ultrasonido y tomografía axial computadorizada abdominal sugestivas, en un inicio, de hígado polimetastásico; hallazgos laparoscópicos en la glándula hepática mostraron una larva migrans visceral y, posteriormente, por la técnica de copa cónica, en las heces fecales aparecieron huevos de *Fasciola hepática*. Se decidió tratamiento con triclabendazol en dos dosis; la respuesta terapéutica fue buena.

Palabras clave: fasciola hepatica, fascioliasis

ABSTRACT

It is reported the case of a patient with unexplained fever, abdominal pain, eosinophilia and hepatic nodular images observed in ultrasound and abdominal computed tomography, suggestive, initially, of poly-metastatic liver. Laparoscopic findings in the hepatic gland showed visceral larva migrans and later, by the technique of conical cup, *Fasciola hepatica* eggs appeared in feces. Triclabendazole treatment was decided in two doses; the therapeutic response was good.

Key words: *fasciola hepatica*, fascioliasis

La fasciolosis es una zoonosis parasitaria producida por tremátodos del género *Fasciola* que, en muchos países, está considerada entre las enfermedades reemergentes. La especie más común es la *Fasciola hepática* (*Trematoda Digenea*), que se localiza en los conductos biliares, principalmente de los mamíferos herbívoros, y también del hombre;¹ su distribución es cosmopolita y ha sido informada en todos los continentes; los principales hábitats de este parásito son las regiones en las que se cría ganado ovino y bovino y donde, además, existen las especies de moluscos dulceacuícolas que funcionan como sus hospederos intermediarios;^{1,2} es endémica en Sudamérica, el Caribe, Europa y Asia -el primer caso autóctono cubano lo informaron los profesores Kourí y Arenas en julio de 1931-³ y el

diagnóstico se hace al encontrar huevos del parásito en las heces o en el líquido duodenal. Otros métodos, como la detección de antígenos específicos de excreción-secreción o de anticuerpos contra estos, pueden ayudar en el estudio de casos sospechosos en la fase prepatente o invasiva del parásito. En el tratamiento de la fasciolosis hepática se usaba el clorhidrato de emetina durante la fase aguda y la cloroquina en la fase crónica; también se han utilizado el bitionol y el praziquantel con éxitos muy relativos y, desde el año de 1998, en diversos países del mundo, se usa el triclabendazole, con resultados excelentes.⁴

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 67 años de edad, con antecedentes de haber comido berro en una oportunidad, hacía algunos meses -este dato epidemiológico no lo recordó en un inicio-. Fue ingresado en la Sala de Medicina por presentar un cuadro clínico de fiebre de hasta 38°C, de aproximadamente 30 días de evolución, sobre todo en horas de la tarde, acompañada de escalofríos, pérdida de peso de aproximadamente 15 libras, anorexia y dolor abdominal ligero localizado en el hipocondrio derecho (sordo, mantenido, ligero, pero molesto), sin irradiación y sin modificación con la ingestión de alimentos. Examen físico: se constató solamente un ligero dolor a la palpación profunda en el epigastrio y el hipocondrio derecho.

Complementarios:

Hemograma:

Hemoglobina: 125g/l

Hematocrito: 0.35vol%

Leucograma: 13.5x10⁹/l, P 0.19, L 0.16%, E 0.65%

Velocidad de sedimentación globular (VSG): 82mm/h

Conteo absoluto de eosinófilos: 5.7x10⁹/l

Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP): 40.9u/l

Transaminasa glutámico oxalacética (TGO): 9.7u/l

Drenaje biliar: negativo

Coagulograma:

Tiempo de coagulación: 8min

Tiempo de sangramiento :1min

Tiempo de protombina: control 13seg paciente 17seg

Conteo de plaquetas: 240x10⁹/l

Ultrasonido abdominal: hepatomegalia de 1cm; hacia el lóbulo derecho del hígado se observaron, por una ecografía Doppler color, varias imágenes isoecogénicas sin realce patológico, la mayor medía 4x3.3cm; vesícula biliar, bazo, páncreas y riñones normales, no adenomegalias.

Tomografía axial computadorizada de abdomen: hepatomegalia de 2cm con múltiples imágenes hipodensas distribuidas por todo el parénquima.

Colon por enema y rectosigmoidoscopia: sin alteraciones.

Medulograma: médula ósea con eosinofilia y plasmocitosis reactiva, <5% de blastos, 10% de células plasmáticas.

Laparoscopia: hígado aumentado de tamaño, rebasaba el reborde costal en aproximadamente 1cm, superficie lisa que tiende a hacerse granulenta en algunas áreas, sobre todo en el lóbulo derecho, donde se observó un área de engrosamiento capsular extensa; sobre la superficie de dicho lóbulo se apreciaron múltiples lesiones blanquecinas amarillentas, algunas de ellas redondeadas, acuminadas, que hacen relieve, otras toman un aspecto alargado y serpiginoso; a nivel de la parte superior de este lóbulo y hacia el espacio parietocólico había lesiones similares a las descritas. El aspecto endoscópico de las lesiones referidas sugiere la posibilidad de que se correspondan con un síndrome de larva migrans visceral.

Se comenzaron a realizar estudios para determinar la causa de este síndrome: la prueba de toxocariasis, que resultó positiva 1/38; se le indicó tratamiento con tiabendazol y esteroides.

Se mantuvo la búsqueda de huevos de *Fasciola* en las heces fecales por la técnica de copa cónica con una periodicidad semanal, pero fue negativa durante cinco semanas. A la sexta semana se comenzó a observar la presencia de huevos de *Fasciola* y se concluyó el diagnóstico de fasciolosis hepática; se le impuso tratamiento con triclabendazol -10mgxKg en dosis única-. Después del tratamiento se siguió varias semanas con la búsqueda de huevos en las heces fecales y, como se mantenían, fue necesaria una segunda dosis del medicamento; después de un año de seguimiento se ha mantenido asintomático y con heces fecales sin huevos del parásito.

El motivo de publicar este caso fue esta enfermedad, ya no tan frecuente en la población, pero no por ello erradicada. Su forma de presentación es una fiebre de origen desconocido, dolor abdominal, eosinofilia y múltiples imágenes nodulares hepáticas observadas en los estudios imagenológicos que sugieren, en un inicio, hígado polimetastásico.

El aporte diagnóstico de la laparoscopia -lesiones endoscópicas en el hígado de un síndrome de larva migrans visceral-, las dificultades a la hora de demostrar la etiología de este síndrome -más de tres meses para poder probar la presencia de los huevos de *fasciola* en las heces fecales y confirmar el diagnóstico- y, por último, la respuesta terapéutica favorable al triclabendazol son novedades para los autores.

COMENTARIO FINAL

Se han descrito dos fases para la fasciolosis humana: la fase aguda o migratoria, que coincide con la fase de invasión hepática, dura aproximadamente de ocho a 12 semanas, el parásito produce síntomas clínicos como, principalmente, fiebre, hepatomegalia e hipereosinofilia; en esta fase el diagnóstico se realiza mediante el uso de pruebas serológicas debido a la ausencia de huevos en heces. Después de aproximadamente tres meses el parásito llega a los conductos biliares, donde adquiere la forma adulta y elimina intermitentemente los huevos, que se diagnostican en el examen coprológico. En la mayoría de los casos la infección es asintomática, aunque puede complicarse y causar obstrucción biliar, colecistitis aguda o crónica, colangitis, ruptura hepática y cirrosis;^{1,5} también se han descrito casos de pancreatitis e incluso algunos casos con sospecha de neoplasia y otros con peritonitis.^{6,7} El paciente presentó un cuadro clínico bastante

característico al ingreso, relacionado con la fase aguda de la enfermedad, en el que predominó la fiebre, el dolor abdominal, la eosinofilia y el antecedente de haber ingerido berro en una sola ocasión; los hallazgos imagenológicos eran muy sugestivos de hígado polimetastásico pero, al no contar con estudios serológicos, hubo que esperar hasta la fase crónica del parásito, cuando en las vías biliares comienza la excreción de huevos.

El diagnóstico de fasciolosis requiere un alto índice de sospecha, pues existen formas de presentación muy disímiles; los medios complementarios son de mucha utilidad. El desarrollo de métodos imagenológicos como la ecografía, la tomografía axial computadorizada y la resonancia magnética nuclear han brindado la oportunidad de detectar la presencia de la *Fasciola hepática* en la fase prepatente a nivel del parénquima hepático y después en las vías biliares extrahepáticas y la vesícula biliar.⁶ La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es otro recurso diagnóstico, y los estudios serológicos y la determinación de antígenos en la fase de invasión hepática. La regla de oro clásica del diagnóstico es la demostración en las heces fecales o en el líquido duodenal del huevo típico del tremátodo.³ Uno de los problemas médicos más importantes en el manejo y el control de la fasciolosis es, sin dudas, su tratamiento. Hasta hace unos años se administraban diferentes fármacos -la dihidroemetina por la vía parenteral o la cloroquina, el metronidazol, el bitionol y el praziquantel-; sin embargo, actualmente se usa un fármaco prometedor llamado triclabendazole. Esta droga es un trematocida con extensivo uso en Medicina Veterinaria, activo contra estados inmaduros y maduros del parásito, y con buenos resultados en su uso en humanos desde hace varios años,^{4,8} aunque más recientemente han sido informados casos de resistencia a esta droga en varios países como Australia y de Europa,⁹ lo que ha motivado a realizar estudios de resistencia a esta droga y se han obtenido buenos resultados con la combinación del clorsulon en los casos de resistencia. En este paciente se utilizó el triclabendazol -10mgxKg- en una primera dosis, la que no fue totalmente curativa porque mantenía la presencia de huevos de parásitos en estudios coprológicos evolutivos y fue necesario repetir una segunda dosis, que resultó curativa porque, después de un seguimiento de varios meses, no se observaron más huevos del parásito y experimentó una total recuperación de su estado de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Millán AM, Wagenknecht SR, Cárdenas PAI, Carrasco C. Parásitos de Fasciola hepática intracoleociano. Rev Chil Cir. 2008 Ago;60(4):332-5.
2. Mas-Coma S, Valero MA, Bargues MD. Fasciola, lymnaeids and human fascioliasis, with a global overview on disease transmission, epidemiology, evolutionary genetics, molecular epidemiology and control. Adv Parasitol. 2009;69:41-146. doi: 10.1016/S0065-308X(09)69002-3.
3. Díaz Fernández R, González Rubio D, Millán Álvarez LM, Garcés Martínez M. Medina Aguilar RL. Millan Juan C. Ictero obstructivo, Fasciola hepática: presentación de un nuevo caso. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2005 May-Ago [citado 15 Ene 2013];57(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07602005000200010&script=sci_arttext

4. Fairweather I. Triclabendazole progress report, 2005-2009: an advancement of learning? *J Helminthol.* 2009 Jun;83(2):139-50.
5. Trifina E, Spenger J, Zandieh S, Haller J, Auer H, Osterreicher C, et al. Multiple liver lesions accompanied by eosinophilia - a case report of fascioliasis. *Wien Med Wochenschr.* 2011 Sep;161(17-18):448-54. doi: 10.1007/s10354-011-0030-7.
6. Mohammad Alizadeh AH, Roshani M, Lahmi F, Davoodi NA, Rostami Nejad M, Seyyedmajidi MR, et al. Cholangiocarcinoma in magnetic resonance cholangiopancreatography and fascioliasis in endoscopic ultrasonography. *Case Rep Gastroenterol.* 2011 Sep;5(3):569-77. doi: 10.1159/000333229.
7. Tanir G, Karaman A, Tüfekçi SB, Erdoğan D, Tuygun N, Ozkan AT. A case of ectopic intraabdominal fascioliasis presented with acute abdomen. *Turk J Gastroenterol [Internet].* 2011 Jun [citado 15 Ene 2013];22(3):347-50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21805430>
8. Osman MM, Shehab AY, Zaki A, Farag HF. Evaluation of two doses of triclabendazole in treatment of patients with combined schistosomiasis and fascioliasis. *East Mediterr Health J.* 2011 Apr;17(4):266-70.
9. Meaney M, Allister J, McKinstry B, McLaughlin K, Brennan GP, Forbes AB, Fairweather I. *Fasciola hepatica*: ultrastructural effects of a combination of triclabendazole and clorsulon against mature fluke. *Parasitol Res.* 2007 Apr;100(5):1091-104.

Recibido: 22-1-13

Aprobado: 16-5-13

Néstor E. Vega Alonso. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro".
Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara,
Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000. Correo electrónico:
nestorva@hamc.vcl.sld.cu