
COLECISTITIS AGUDA

ASOCIADA A *Ascaris lumbricoides*

*Augusto Mendes, Agripino Rigoberto Curbelo Pérez, Miguel Suarez Hernandez *
y Orlando Fleitas Perez¹*

RESUMEN

Se presenta un caso atendido en el hospital provincial Antonio Luaces de la provincia Ciego de Ávila, Cuba, en el servicio de terapia intermedio, de aparición poco frecuente. Se trata de un paciente masculino de 44 años de edad que acude a consulta por dolor epigastro intestinal intenso con irradiación a ambos flancos y hacia espalda, de tipo cólico acompañado de fiebre y vómitos. Al examen físico: mucosas ligeramente ictéricas, fiebre (38° C), taquicardia (90 latidos por minuto), abdomen ligeramente distendido, ruidos hidroaéreos normales, reacción de defensa a la palpación del hemiabdomen superior donde la percusión es dolorosa. Se realiza ultra-son del abdomen y se arribó al diagnóstico de colecistitis aguda asociado a *Ascaris lumbricoides*. Se realizó cirugía (colecistectomía), durante la cual se observó la presencia del parásito dentro de la vesícula biliar.

PALABRAS CLAVE: Vesícula biliar. *Ascaris lumbricoides*.

INTRODUCCIÓN

Por su tamaño, el *Ascaris* se reconoció desde la antigüedad. El médico persa Avicena (981-1037) describió gusanos que probablemente incluían *Ascaris lumbricoides*, enumeró los síntomas producidos por ellos, y prescribió medicamentos, algunos de los cuales aún hoy se consideran antihelmínticos (1).

Esta parasitosis es la más frecuente y cosmopolita de todas las helmintiasis, y es común en los países tropicales. Hace muchos años se calculó que había más de mil millones de personas parasitadas por helmintos; sólo *A. lumbricoides* estaba presente en cerca de 650 millones de individuos (2).

1 Hospital provincial docente Dr. "Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila, Cuba.

* Fallecido recientemente. Queda el homenaje de los autores a la desaparición física del colega.

Dirección para correspondencia: Augusto Mendes. E-mail: augustomendes38@yahoo.com.br

Recibido para publicación en: 8/8/2010. Revisto en: 7/12/2010. Aceptado en: 12/12/2010.

Los Ascarideos pueden invadir el tracto biliar y dar origen a enfermedad del hígado y al sistema biliar con una sintomatología que corresponde a un síndrome de obstrucción biliar, semejante al originado por cálculos y por la colecistitis, constituyendo la ascariasis biliar una de las complicaciones más severas (9).

En Cuba la frecuencia de parásitos producida por nematodos y cestodos se ha reducido como consecuencia de la cobertura de tratamientos antiparasitarios, mejoría del saneamiento ambiental y acceso a los servicios médicos gratuitos para el 100 % de la población (11).

El presente trabajo tiene como objetivo presentar un caso de colecistitis asociado a *A. lumbricoides*, el cual es infrecuente en nuestro medio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 44 años de edad, piel blanca, con antecedentes de salud aparente, que acude a consulta por dolor epigástrico intenso, con irradiación a ambos flancos y hacia la espalda, a tipo cólico, acompañado de fiebre y vómitos, al inicio con restos alimentarios, después, de escaso contenido mucoso. Se ingresa el día 6 de Julio de 2009, con impresión diagnóstica de pancreatitis aguda. Antecedentes patológicos familiares: padre cardiopata, hipertension arterial. Procedencia: urbana



Ascaris Lumbricoides en el interior de la vesícula, antes de la intervención quirúrgica.

Figura 1. Ultrasonido de urgencia.

Al examen físico: mucosas ligeramente ictericas y ligeramente secas. Taquicardia (90 latidos por minuto). Temperatura: 38° C. Abdomen ligeramente distendido, doloroso a la palpación profunda en el hemiabdomen superior, ruidos hidroaéreos normales, no impresiona viceromegalia.

Exámenes complementarios: amilasa sérica 222,9 U/ml. Glicemia 5,2 mmol/L. Hemoglobina:10,5 g/ L. Leucograma 11,2x10⁹/ leucocitos, siendo polimorfonucleares 0,88% y linfocitos 0,12%. Radiografía abdomen simple: con signos de asa centinela. Ultrasonido abdominal: vesícula sin litiasis con pared de 6mm y ligero edema perivesicular.

El paciente en sala de terapia evoluciona con dolor de carácter progresivo, aumento de la distensión abdominal y contractura muscular en hipocondrio derecho. Se indica un ultrasonido de urgencia durante el cual se observa imagen de ascarideo en el interior de la vesícula.

Con el diagnostico de colecistitis aguda asociado a *A. lumbricoides*, el paciente fue sometido a intervención quirúrgica de urgencia. Se comprobó en el transoperatorio la presencia del gusano en su interior. Se realiza la colecistectomía. Se indica piperazina en el tratamiento postoperatorio.

La evolución postoperatoria del paciente es satisfactoria, expulsando por el ano dos gusanos a las 48h. Se egresa al paciente con seguimiento por consulta externa.

DISCUSION

Los efectos patológicos producidos por los ascarideos en el organismo humano se presentan en lugares diversos, de acuerdo con la localización de sus distintas formas evolutivas. El hábitat normal de los gusanos adultos es la luz del intestino delgado. La condición de mayor gravedad se presenta con las migraciones de los helmintos adultos a diferentes sitios del organismo. Las manifestaciones difieren, de acuerdo con los órganos afectados. Las más frecuentes se relacionan con las vías biliares y la forma más simple es la invasión al colédoco con obstrucción biliar (5).

El mecanismo de migración de los ascarideos hacia la vía biliar ha sido ampliamente estudiado por varios autores. En un experimento con tubos de varios tamaños se vio que especialmente las hembras tienden a buscar orificios pequeños para entrar. Los estímulos externos como el agua tibia o fría y los ácidos o los álcalis, así como los antihelmínticos, no influyen en el movimiento. Sin embargo, ciertos factores como fiebre, agentes anestésicos, drogas y detergentes vermífugos, pueden estimular la migración de los ascarideos en el intestino delgado. Esta forma puede ser transitoria, cuando el parásito se retira espontáneamente, o puede ser el origen de una infección secundaria, irritación mecánica y obstrucción, lo que constituye el cuadro de colangitis, que puede ser supurativa con producción de abscesos, o de litiasis intrahéptica (15).

Aunque los niños son más susceptibles a la infestación por gusanos, la ascariasis biliar es sobre todo prevalente en mujeres adultas. Los niños escapan a las invasiones del árbol biliar debido a su luz tan estrecha. Sin embargo, algunas publicaciones afirman que la incidencia de ascariasis biliar es mayor en niños y adultos jóvenes que en individuos más maduros (12).

Son factores predisponentes las anomalías anatómicas de las vías biliares, ciertas alteraciones como sucede en los sujetos con litiasis o en los que han tenido cirugías previas de estas vías, sobre todo esfinterotomías (13).

En contra de lo observado en este paciente, donde refería menos de una semana de síntomas, se ha descrito un cuadro más prolongado con duración de 5.2 ± 4 años, y un rango de 1 mes a 20 años (3).

Las manifestaciones clínicas varían en severidad, según el número de parásitos en el sistema biliar y de si permanecen en los conductos o regresan al intestino. Se obtuvo historia de dolor abdominal cólico, localizado en el cuadrante superior derecho. El dolor severo, que puede ser agudo, ocurre con la migración de parásitos al árbol biliar. Es de comienzo súbito, tipo cólico, en el epigastrio, el cuadrante superior derecho o justo bajo el apéndice xifoides, se irradia al hombro, la espalda o el hipogastrio, y se calma poco con analgésicos. Se ha descrito que dolor, anorexia, náuseas y vómito son comunes y pueden ser persistentes y severos. La historia de parásitos en el vómito ocurre con frecuencia (48%) y es una ayuda para el diagnóstico. Entonces, el paciente que se presenta con dolor en el cuadrante superior derecho y que ha eliminado parásitos por vía bucal, puede tener helmintos en la vía biliar (4).

Aunque en este paciente se encontró fiebre relativamente elevada, en algunos trabajos se describe que la temperatura puede ser subnormal; la fiebre aparece en forma tardía y debe hacer sospechar colangitis. La ictericia no es una característica de la enfermedad. Sin embargo, puede ser una característica de predominio si la enfermedad se ha complicado con cálculos biliares, pues es bien conocido que los parásitos biliares, como *A. lumbricoides*, son coadyuvantes en la producción de litiasis biliar (14). En este caso no está asociado a cálculos biliares.

En estadios tempranos de ascariasis el diagnóstico puede ser difícil. Los síntomas pueden simular otros cuadros, si no se tiene en mente la posibilidad de infestación parasitaria; por eso, es importante conservar un alto índice de sospecha (16). En este paciente, el diagnóstico imageneológico se centró en la ecografía porque es de más fácil acceso y, en manos experimentadas, tiene una buena exactitud diagnóstica. Pero es importante recordar también que las radiografías simples de abdomen pueden dibujar la presencia de Ascarideos, así como las radiografías del trato gastrointestinal hechas con medio de contraste. La colangiografía intravenosa puede revelar su presencia en las vías biliares y contribuir al diagnóstico de ascariasis hepatobiliar, pero sólo en 48,9% de los casos. La colecistografía oral tiene poco valor diagnóstico en la ascariasis biliar porque el parásito rara vez entra en la

vesícula, al contrario de este caso donde se encontró el gusano dentro de la misma en el transoperatorio (10).

Se cree que la ecografía, por ser segura, rápida y no invasiva, debe ser el primer método imageneológico que se emplee en sospecha de ascariasis biliar, y la colangiografía intravenosa se debe usar si la ecografía es técnicamente inadecuada, diagnósticamente equívoca o aparentemente normal en presencia de características clínicas que señalen origen biliar. Puede haber falsos positivos pero se han descrito pocos falsos negativos. Adicionalmente, la colangiopancreatografía endoscópica retrógada (CPER) es un método de gran valor para el diagnóstico de ascariasis biliar (8).

Por último, en algunos casos, el diagnóstico se hace sólo en cirugía. Teniendo limitaciones debido a la movilización de los parásitos dentro y fuera de las vías biliares (7).

Todos los pacientes con ascariasis biliar comprobada requieren hospitalización y necesitan líquidos endovenosos, sonda nasogástrica, antibióticos, analgésicos antiinflamatorios y antiespasmódicos para calmar el dolor y tratar la colangitis. Sólo cuando los parásitos migran fuera del árbol biliar, son susceptibles al tratamiento antihelmíntico, pero estas sustancias carecen de acción si los parásitos están dentro de los conductos biliares

Algunos autores recomiendan terapia antihelmíntica con albendazol (400-800 mg) que es 100% efectivo contra *Ascaris*, por 2 meses para evitar la recurrencia de la enfermedad. Requieren cirugía los pacientes que no mejoraron después de un tiempo prudente de observación bajo manejo no quirúrgico o que presenta fiebre alta, ictericia y signos de irritación peritoneal después de varios días de tratamiento. Como resultado de la experiencia extensa, ciertos autores creen que a menos que haya colangitis asociada con ictericia y fiebre alta, la cirugía se debe postponer inicialmente, pero otros recomiendan el manejo quirúrgico, incluyendo la colecistectomía, lo que es referido en nuestro paciente (6).

ABSTRACT

Acute cholecystitis associated with *Ascaris lumbricoides*

An unusual case attended at Ciego's provincial Hospital "Antonio Luaces", Cuba, is described. A male patient, 44 years old, complaining of severe pain of colic type, at epigastrium, with irradiation to both flanks and to the back, accompanied with fever and vomits. On physical examination he presented: slight icteric mucosa, fever (38°C), tachycardia (90 bpm), slightly distended abdomen, normal abdominal sounds, and reaction of defence on the superior abdomen whose percussion was painful. Abdominal ultrasonography showed cholecystitis and an image of *Ascaris lumbricoides* inside the gallbladder. The patient underwent

surgery with cholecystectomy when the presence of the parasite was confirmed inside the gallbladder.

KEY WORDS: Acute cholecystitis. *Ascaris lumbricoides*.

BIBLIOGRAFIA

1. Aristizábal H, Sanabria A. Infestación masiva de la vía biliar por *Ascaris lumbricoides*: informe de un caso. Rev Gastroenterol [serie en Internet]. <http://www.encolombia.com/medicina/gastroenterologia/gastro16201infestacion2.htm>.
2. Bejarano Castro M. Ascariis: complicaciones hepatobiliares. *Colombia Médica* 26: 55-60, 1995.
3. Calchi-L CM, Rivero-Rodríguez Z, Acurero, E, Díaz-Anciani I, Chourio-Lozano G, Bracho A, et al. Prevalencia de enteroparasitos en dos comunidades de Santa Rosa de Agua en Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela 2006. *Kasmera* 35: 38-48, 2007.
4. Castaño R, Yepes N.L, Sanín E, Sepúlveda ME. Ascariidiasis biliar: manejo endoscópico. *Rev Col Gastroenterol* 18: 83-87, 2003.
5. Cho YD, Kim YS, Cheon YK, Shim CS, Hong SS. Ascaris-induced acute pancreatitis treated endoscopically. *Gastrointest Endosc* 66: 1226-1227, 2007.
6. Cullis SN, McLauchlan G, Bormman PC. Laparoscopic cholecystectomy for gallbladder ascariasis. *Surg Laparosc Endosc* 3: 67-68, 1993.
7. de Andrade DR, Karam JA, Warth M, Warth MPTN, Marca AF, Jukemura J, Machado MCC, Rocha AS. Massive infestation by *Ascaris lumbricoides* of the biliary tract: report of a successfully treated case. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 34: 71-75, 1992.
8. Ferreyra NP, Cerri GG. Ascariasis of the alimentary tract, liver, pancreas and biliary system: its diagnosis by ultrasonography. *Hepatogastroenterology* 45: 932-937, 1998.
9. Gómez J, Barrio J, de la Serna C, Pérez-Miranda M, Gil-Simón S, Gómez de la Cuesta S. Infección intestinal y biliar por *Ascaris lumbricoides* en endoscopia digestiva. Rev Esp Enferm Dig [serie en Internet]. 2009[citado]; 101 :[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-0101> ndice
10. Kamiya T, Justiano M, Durán A, Uechi C. Biliopancreatic ascariasis: endoscopic approach. *J Gastroenterol* 37(Suppl 13): 97-99, 2002.
11. Laird R, Paredes R, Avila M, Reyes ME. Evaluación del Programa Nacional de Prevención y Control del Parasitismo Intestinal. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 38:189-190, 2000.
12. Quintero-Victoria A, Torres-Farías D, Villalobos-Beuses M, Nápoles M, Pérez L, Villalobos-Perozo R. Pancreatitis ascariidiana aguda en niños en el Hospital “Nuestra Señora de Chiquinquirá” de Maracaibo, estado Zulia, Venezuela. *Kasmera* [serie en Internet].2008[citado];36:[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0075-52222008000200005&script=sci_arttext.
13. Restrepo A, Robledo J, Leiderman E, Restrepo M, Botero D. *Enfermedades Infecciosas*. 6th ed. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, 2003. pp 80-83.
14. Romero Díaz CA, Barrera Ortega JC. Factores de riesgo en la litiasis vesicular. Estudio en pacientes colecistectomizados. Rev Cubana Cir [serie en Internet]. 1999[citado]; 38: [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931999000200005.
15. Valentine CC, Hoffner RJ, Henderson SO. Three common presentations of ascariasis infection in an urban Emergency Department. *J Emerg Med* 20: 135-139, 2001.
16. Zúñiga S, Gómez-Márquez J. Ascariidiasis vesicular asociada a hepatitis aguda. Manejo conservador. *Cir Ciruj* 71: 314-318, 2003.