EXPERIENCIA CLÍNICA

Fasciolosis aguda: Caso clínico

WERNER APT*, XIMENA LOPEZ**, INÉS ZULANTA y *** RICARDO BENAVENTE ****

ACUTE FASCIOLOSIS: A CLINICAL CASE

Woman of 39 years of age from Talca province (VII Region) who presented intense abdominal pain which was interpreted as an acute abdomen, and an exploratory laparotomy was performed, wich was not concludent. After different procedures and tests the diagnosis of acute fasciolosis was achieved. She was treated with triclabendazole.

Key words: *Fasciola hepatica, Human fasciolosis, Clinical case, Trematoda, Triclabendazole.*

INTRODUCCIÓN

La fasciolosis es una zoonosis producida por el trematode *Fasciola hepatica*. En Chile se encuentra ampliamente distribuida en el ganado de abasto, siendo la VII Región la más afectada¹. Las prevalencias de infección humana descritas para las provincias de esta región son: 0,6% en Curicó, 0,75% en Talca y 0,71% en Linares².

Consideramos de interés, comentar el caso clínico de una paciente que presentó una fasciolosis aguda cuyo cuadro clínico representó un diagnóstico difícil al equipo médico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años, procedente de Talca, con antecedentes de cólico renal hace 3 años. El 20 de marzo del 2001, presenta dolor epigástrico intenso de carácter urente acompañado de su-

doración, taquicardia y polipnea por lo que acude al Servicio de Urgencia del Hospital de Talca, donde se plantea el diagnóstico de cólico renal. El dolor disminuye parcialmente después de recibir tres ampollas de profenid. Se realiza ecografía renal que permite descartar litiasis. Estando en el Servicio de Radiología, presenta vómitos alimentarios en ocho oportunidades, por lo que se hospitaliza y se le administran opiáceos para manejar el dolor. Entre los exámenes de ingreso se destaca hemograma con 7% de eosinófilos. Evolucionan favorablemente y es dada de alta al día siguiente.

En su domicilio presenta nuevos episodios de dolor epigástrico intermitente de tipo opresivo y urente de 2-3 horas de duración. Vuelve al hospital donde se plantea diagnóstico de úlcera perforada. El día 22 de marzo se realiza endoscopia digestiva alta la que muestra hiperemia del duodeno. Al día siguiente consulta médico internista, quien solicita scanner abdo-

* Unidad de Parasitología Norte. Facultad de Medicina. Universidad de Chile

** Médico Becado de Laboratorio Clínico. Universidad de Chile

*** U.de Parasitología Norte. Programa Biol.Cel y Mol. ICBM. Fac. Med. U. de Chile

**** Alumno 7º Año Medicina Universidad de Chile

minal el que se realiza el 24 de marzo. Considerando los antecedentes, el radiólogo busca dirigidamente imágenes sugerentes de fasciolosis describiendo lesiones hepáticas que podrían corresponder a microabscesos, granulomas hepáticos o hemangiomas. Al día siguiente se realiza hemograma de control, el cual no muestra eosinofilia. Ese día, presenta nueva crisis de dolor que dura desde las 13:00 hrs a las 23:00 hrs, motivo por el que se hospitaliza nuevamente.

Evaluada por cirujano e internista, se plantea diagnóstico de hernia de la línea media probablemente complicada, por lo que se realiza laparotomía exploradora. Este procedimiento evidencia ganglios inflamados en el mesenterio, uno de ellos equimótico y se observan probables hemangiomas en el hígado. La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio y es dada de alta el día 27 de marzo.

Esa mismo día, presenta nuevamente dolor por lo que se sugiere su traslado a Centro Asistencial en Santiago. Es hospitalizada en una clínica privada donde presenta crisis de dolor que no ceden a la terapia habitual, por lo que se debe administrar opiáceos. Se realiza enema evacuante presentando deposiciones disintéricas; además presenta vómitos bilio-

sos. El día 30 se realiza nueva ecografía abdominal (Figura 1) y Scanner abdominal (Figura 2); éste último evidencia lesiones subcapsulares en hígado que impresionan como inflamatorias posiblemente granulomatosas, que por el aspecto y antecedentes clínicos podría corresponder a fasciolosis. Se realiza hemograma que muestra 10% de eosinófilos y perfil hepático con fosfatasas alcalinas y transaminasas elevadas. El 31 de marzo se realiza Resonancia Nuclear Magnética de hígado (Figura 3), que evidencia alteraciones de tipo inflamatorio en el lóbulo hepático derecho segmentos VIII y VI, que podrían ser originadas por *F. hepatica*. Evaluada por médico gastroenterólogo y parasitólogo, se plantea el diagnóstico de fasciolosis aguda y se indica triclabendazol (Egaten, Laboratorio Novartis), el que se administra el día 1 de abril en dos dosis de 10 mg cada una después de las comidas. Ese mismo día la paciente comienza a sentirse mejor, y al día siguiente sólo presenta dolor residual e intolerancia a las grasas lo que permite suspender los analgésicos. Evoluciona favorablemente y

Figura 1. Ecotomografía abdominal. Hígado de tamaño normal. Presenta en el lóbulo derecho una zona tenue de ligera irregularidad de estructura y pequeños focos con imágenes econégicas puntiformes en su espesor y aumento irregular de la ecogenicidad, áreas que miden aproximadamente 1,5 cm de diámetro cada uno. No se observan otras alteraciones hepáticas. Las imágenes podrían corresponder a enfermedad inflamatoria hepática, de origen parasitario o bacteriano.

Figura 2. Tomografía computada de abdomen y pelvis. En los cortes sin contraste se demuestran al menos tres alteraciones focales en el parénquima hepático, todas subcapsulares en el lóbulo derecho. Una vez inyectado el medio de contraste, el hígado se impregna en forma homogénea, salvo algunas áreas mal definidas, ligeramente hipodensas e irregulares que se corresponden con las zonas ya descritas a nivel subcapsular en el lóbulo derecho. La mayor de estas alteraciones posee algunas finas calcificaciones. No hay nódulos. Los vasos hepáticos son normales. Impresión diagnóstica: Las lesiones subcapsulares descritas en el hígado corresponden a procesos inflamatorios, posiblemente granulomas.

Figura 3. Resonancia magnética de hígado. En secuencia T2 se observa un par de áreas de mayor señal en los segmentos VIII y VI del lóbulo hepático derecho de aspecto triangular cuyo vértice se orienta hacia la región central y hacia la vesícula, respectivamente. Tienden a la confluencia. El resto del parénquima hepático es de aspecto homogéneo. Impresión diagnóstica: alteraciones de tipo inflamatorio en el lóbulo hepático derecho, segmentos VIII y VI, que coinciden con los hallazgos de la tomografía computada de abdomen recientemente practicada.

es dada de alta 24 hrs después. Las reacciones de Fijación de Complemento y ELISA para *F. hepatica* en condiciones de pre-terapia efectuadas en la Unidad de Parasitología Norte, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, fueron positivas. Evaluada por médico cuatro días después del alta, la paciente no presenta sintomatología. Se consigna el antecedente epidemiológico que la paciente no era consumidora habitual de berros, pero existe la posibilidad de que los hubiera ingerido a través de comida china.

DISCUSIÓN

La mayoría de los casos de fasciolosis descritos en nuestro país, se encuentran en la etapa crónica de la enfermedad³. En esta fase de la infección, los pacientes pueden ser asintomáticos² o presentar síntomas como dolor, fiebre, ictericia y manifestaciones dispépticas planteando problemas de diagnóstico diferencial con patologías hepatobiliares litiasicas o infecciosas. Con estas últimas puede coexistir y es así como la litiasis de vía biliar se asocia a fasciolosis crónica en alrededor del 35%.^{4,5}

No obstante, la prevalencia de la infección humana no se conoce, en Santiago se producirían entre 20 a 30 casos sintomáticos al año, de los cuales sólo uno o dos corresponderían a fasciolosis aguda⁶. Se han descrito importantes brotes epidémicos familiares de esta parasitosis los que pueden ser pesquisados a partir del caso índice^{4,7}.

La etapa aguda de la enfermedad puede pasar inadvertida o manifestarse con fiebre, dolor, hepatomegalia y urticaria⁷ siendo los casos polisintomáticos extraordinariamente poco frecuentes, debido a que la cantidad de metacercarias ingeridas es escasa⁴.

Debido a la baja frecuencia de la fase aguda y a lo polimorfo de la sintomatología, los médicos habitualmente no piensan en esta patología por lo que los pacientes pueden ser sometidos a múltiples procedimientos antes de efectuar el diagnóstico correcto⁸. Por otra parte, la sintomatología variable que presentan los pacientes con fasciolosis aguda puede llevar a diagnósticos tan disímiles como fiebre tifoidea, endocarditis infecciosa, hepatitis viral, neoplasias y otros^{4,5,9,10}. Más aún, el espectro clínico de la fasciolosis es tan variable, que pueden presentarse anormalidades extra-hepáticas tales como infiltrados pulmonares, pleuropneumonitis, meningitis y linfadenopatía, por lo que se necesita un alto índice de sospecha para establecer un diagnóstico correcto¹¹.

En nuestro caso, la paciente consultó por dolor abdominal intenso que requirió de la administración de opiáceos para su manejo, planteándose diagnósticos de úlcera gástrica perforada o hernia de la línea media complicada, debiendo ser sometida incluso a laparotomía exploradora.

En relación al diagnóstico de la fasciolosis, la presencia de hepatomegalia febril y dolorosa son orientadoras y se tiene muchas veces el antecedente de ingesta de berros (70%). La eosinofilia es el examen de laboratorio más frecuentemente encontrado¹¹. Cosme y cols. (2001), reportan 37 casos de fasciolosis en los que el 91,8% de los pacientes presentó eosinofilia. No obstante, se describen casos que pueden evolucionar con eosinofilia fluctuante⁷, como habría ocurrido en el caso presentado y existe un 15-20% de los casos que no presen-

tan eosinofilia. La fluctuación de la eosinofilia y lo polimorfo del cuadro clínico orientan el diagnóstico hacia otras patologías.

RESUMEN

Mujer de 39 años procedente de la provincia de Talca (VII Región) que presentó un cuadro de dolor abdominal intenso que se interpretó como abdomen agudo por el cual se le hizo laparotomía exploradora que no fue concluyente. Después de diferentes procedimientos y exámenes se llegó al diagnóstico de fascioliasis aguda. Se trató con triclabendazol.

REFERENCIAS

- 1.- MORALES M, LUENGO J, VASQUEZ J. Distribución y tendencia de la fasciolosis en el ganado de abasto en Chile, 1989-1995. *Parasitol al Día* 2000; 24: 115-8.
- 2.- APT W, AGUILERA X, VEGA F et al. Prevalence of fascioliasis in humans, horses, pigs, and wild rabbits in 3 Chilean provinces. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993; 115 (5): 405-14.
- 3.- APT W, KLEIN P, VEGA F et al. Fascioliasis humana en la población rural de la provincia de Curicó. *Parasitol al Día* 1988; 12: 155-64.
- 4.- BORIE C, CORONA S, GARIN A et al. Brote familiar de fascioliasis hepática aguda. *Rev Méd Chile* 1990; 118: 67-72.
- 5.- APT W, TISELJ R. Fascioliasis hepática: diagnóstico por colangiopancreatografía endoscópica retrógrada. *Rev Méd Chile* 1987; 115: 564-8.
- 6.- APT W. Parasitic disease in Chile. *Trop Dis Trop Bull* 1987; 84: 2-11.
- 7.- ATIAS A. Fasciolosis. *Parasitología Clínica*. Capítulo xx pág xx-xx. 1999.
- 8.- GRAHAM C S, BRODIE S B, WELLER P F. Imported *Fasciola hepatica* infection in the United States and treatment with triclabendazole. *Clin Infect Dis* 2001; 33: 1-5.
- 9.- SAPUNAR J, LATORRE R, GUERRA M, DEFILIPP C. Consideraciones clínicas a propósito de dos casos de fascioliasis hepática. Importancia de los exámenes de imágenes. *Bol Chil Parasitol* 1992; 47: 70-6.
- 10.- HILLYER G, APT W. Food-borne Trematode infections in the Americas. *Parasitology Today* 1997; 87-88.
- 11.- ARJONA R, RIANCHO J A, AGUADO J M et al. Fasciolosis in developed countries: a review of classic and aberrant forms of the disease. *Medicine (Baltimore)* 1995; 74: 13-23.
- 12.- COSME A, OJEDA E, CILLA G et al. *Fasciola hepatica*. Study of a series of 37 patients. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 375-80.
- 13.- MARTÍNEZ R, RUIZ J, DÍAZ O et al. The diagnosis of fascioliasis of the biliary tract by imaging. *Rev Cubana Med Trop* 2000; 52: 145.
- 14.- APT W, AGUILERA X, VEGA F et al. Treatment of human chronic fascioliasis with triclabendazole: drug efficacy and serologic response. *Am J Trop Med Hyg* 1995; 52: 532-5.

ANUNCIO

PARASITOLOGIA LATINOAMERICANA EN INTERNET

Información sobre Parasitología Latinoamericana y su versión electrónica se puede ahora encontrar en Internet. Dirección: www.scielo.cl