

Distomatosis hepática masiva

Dr. Simón Lam Rojas

SERVICIO DE PEDIATRIA - UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA
HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

ABSTRACT

A case of heavy liver fluke inflection, by *Fasciola Hepática* is described in a 12 years old boy. The predominant clinical manifestations were a febrile illness with liver enlargement, ascites, severe weakness preceded by an episode of acute gastroenteritis and accompanied by eosinophilia.

A laparotomy was performed that showed liver and peritoneal lesions described on experimental fluke infection by *Fasciola Hepática*. Diagnosis was confirmed by parasitological examination of duodenal contents and feces.

La distomatosis hepática es una zoonosis parasitaria producida por el trematodo *FASCIOLA HEPATICA*, en cuyo ciclo evolutivo intervienen como huéspedes intermediarios caracoles de agua dulce del género *Limnea*, y como huéspedes definitivos animales herbívoros y ocasionalmente el hombre.

La incidencia de esta infestación parasitaria se desconoce, sin embargo se sabe que esta parasitosis se extiende a lo largo del país con excepción de la provincia de Magallanes.

El cuadro clínico es de gravedad variable y está condicionado por el número de metacercarias ingeridas con verduras crudas contaminadas, habitualmente berros.

Se describe un periodo de invasión, en que los síntomas estarían determinados por la migración del distoma juvenil liberado en el intestino en su trayecto a través de la cavidad abdominal a su hábitat normal, los conductos biliares, a través del parénquima hepático, y cuyos síntomas predominantes son dolor abdominal, hipertermia y hepatomegalia.

El periodo de estado corresponde a la sintoma-

toología determinada por la presencia del parásito en las vías biliares. En este periodo se describen los mismos síntomas del periodo de invasión y los trastornos derivados de la inflamación, infección y obstrucción de las vías biliares, ocasionados por la forma adulta del parásito.

El diagnóstico se fundamenta en la identificación de los huevos del parásito en las heces o bilis obtenida por sondeo duodenal. Como métodos complementarios de diagnóstico se usan la intradermorreacción con antígenos obtenidos del parásito y otros exámenes de menor especificidad, como la reacción de fijación de complemento y el hemograma en el que se suele demostrar una marcada eosinofilia.

El propósito de esta publicación es dar a conocer el caso de un niño de 12 años de edad, en que la enfermedad se aparta de lo habitual por su gravedad.

CASO CLINICO

J.M.P., el mayor de cuatro hermanos, domiciliados en el radio urbano de Talca, aparentemente

sano hasta mediados de marzo de 1980, cuando sufre un episodio de diarrea aguda autolimitado. Durante la convalecencia advierte decaimiento, astenia, inapetencia, distensión abdominal, sensación febril, palidez y compromiso progresivo del estado general, pérdida de peso aproximada de 3 kg. en el lapso de un mes, por cuyo motivo consultó después de un mes y medio de evolución.

EXAMEN FISICO

Muy enflaquecido, 27 kg. de peso, pálido, decaído, febril, polipnea discreta y tos, palidez conjuntival, faringe sin exudados, lengua saburral, leve ingurgitación yugular en decúbito, algunas adenopatías pequeñas e indoloras de las cadenas laterales del cuello. Escasos estertores crepitantes en la base del pulmón derecho sin signos de condensación pulmonar. Corazón: 120 latidos por minuto, ritmo regular, ruidos ligeramente apagados; no se auscultaban soplos. Presión arterial 90/60 mm de Hg. Abdomen: globuloso y tenso. Hígado: difusamente aumentado de tamaño, superficie lisa, consistencia y sensibilidad aumentada, el reborde superior se percute en el 4º espacio intercostal derecho y su contorno inferior alcanzaba a 10 cms. bajo el reborde costal en la proyección de la línea medioclavicular. Se palpaba el polo inferior del bazo. Signos de derrame peritoneal libre de mediana magnitud. No se apreciaba aumento de la circulación venosa colateral tóraco-abdominal. Se palpaban algunos ganglios aumentados de volumen en ambas regiones inguinales. Genitales masculinos normales. En extremidades había marcada emaciación muscular, sin edema ni cianosis. Piel: pálida, húmeda, sin petequias ni equimosis.

EXAMENES DE LABORATORIO

Hemograma de ingreso: hematocrito 34%, hemoglobina 11,2 g%, C.H.C.M. 32,8%, anisocitosis, microcitosis, uno que otro glóbulo rojo hiperbasófilo, leucocitos 7.500 por mm., 61% de eosinófilos, 3% de baciliformes, 22% de segmentados, 10% de linfocitos y 4% de monocitos. Recuento absoluto de eosinófilos 5.100 por mm. VHS 55 mm. en 1 hora y en un control posterior 110 mm. en 1 hora. Mielograma: médula ósea marcadamente hipercelular, moderada hiperplasia de la serie megacariocítica y marcada hiperplasia eosi-

nofílica con desviación a la izquierda. Las Transaminasas Glutámico-oxalacética 8 U.F. y Transaminasas Glutámico-pirúvica 21 U.F., Bilirrubinemia directa 0,20 mg. indirecta 0,45 mg. total 0,65 mg. %. Fosfatasas alcalinas 27,6 U.B., Complejo protrombínico 50%. Examen de orina normal, excepto discreta albuminuria, urocultivo negativo. Test de inmunodifusión en agar para hidatidosis negativo. Radiografía de Tórax: normal. Radiografía de abdomen simple: sombra hepática muy aumentada de tamaño, reborde inferior bajo la cresta iliaca, rechazo del colon ascendente hacia el plano medial. Urograma normal, rechazo del riñón derecho en dirección medial y caudal.

EVOLUCION Y TRATAMIENTO

La evolución intrahospitalaria fue febril, la curva térmica de tipo séptico, se acentuaron la adinamia y la palidez, y deterioró progresivamente la condición general del paciente. Dos semanas después del ingreso se realizó una laparotomía exploradora:

Abierto el peritoneo fluye abundante líquido serohemático. Se exploró en toda su extensión el intestino delgado desde el ángulo de Treitz y el intestino grueso incluido el apéndice, sin observar anomalías. En el epiplón se encontraron pequeñas induraciones que impresionaron como hematomas organizados. El hígado estaba difusamente aumentado de volumen con múltiples gránulos miliares en su superficie, semejantes a abscesos de 2 a 5 mm. de diámetro. Había adherencias laxas del hígado a la pared; se tomó biopsia en cuña de tejido hepático y de epiplón.

Postoperatorio sin incidentes, sin embargo continuó con fiebre de carácter séptico, a pesar del tratamiento con Ampicilina-Gentamicina. El hemocultivo no dio desarrollo microbiano.

El informe histopatológico fue el siguiente: "Parénquima hepático de estructura conservada en el que se observan focos necróticos granulares delimitados por elementos fibroblásticos "en empalizada", con numerosas células gigantes polinucleadas por fuera de las cuales existe infiltración inflamatoria densa con abundantes eosinófilos. El aspecto histopatológico es compatible con abscesos parasitarios múltiples". Como esta descripción coincidía con los hallazgos señalados para el período de invasión de la distomatosis hepática, se practicó sondeo duodenal y examen parasitológico de bilis y deposiciones dirigido,

comprobandose la presencia de huevos de distoma hepático en ambos exámenes. Tratado con clorhidrato de emetina según las normas habituales, se observó dramática mejoría del estado general, remisión de la fiebre, rápida reducción de la hepatomegalia y recuperación ponderal.

Después de transcurrido un mes de convalecencia, los exámenes parasitológicos de deposiciones y bilis dieron resultados negativos. La biopsia hepática por punción no demostró alteraciones con el parénquima hepático.

DISCUSION

Las dificultades diagnósticas en este caso, se explican entre otras razones, por la forma clínica, que corresponde a una infestación masiva con metacercarias de distoma hepático, poco frecuente de observar en patología humana. Clásicamente la distomatosis hepática se describe como un cuadro intestinal vago en que la fiebre y la hepatomegalia pueden estar presentes, pero no tienen la magnitud observada en este caso, predominando, en el período de estado, los signos secundarios a inflamación, infección y/u obstrucción de las vías biliares por el parásito, y fenómenos alérgicos como erup-

ciones urticariales, trastornos digestivos similares a la dispepsia biliar, y complicaciones quirúrgicas del tracto biliar.

Otro aspecto de interés, es que el paciente descrito no tenía antecedentes de ingestión de he-

RESUMEN

Se presenta el caso de un niño de 12 años de edad con distomatosis hepática masiva, en que los síntomas predominantes fueron fiebre y grave compromiso del estado general, precedidos de un episodio de diarrea inespecífico, con gran hepatomegalia sensible y ascitis, la laparatomía exploradora permitió observar lesiones hepáticas y peritoneales similares a las descritas en la distomatosis experimental. El examen parasitológico de contenido duodenal y deposiciones confirmó el diagnóstico.

REFERENCIAS

- Arias y Neghme*. Parasitología clínica, 1979.
- Nelson*. Textbook of Pediatrics, 1975.
- Piekarski, G.* Tablas de Parasitología Médica.