

Hematoma subcapsular por Fasciolosis*

Drs. JUAN L. MORALES G.¹, RENATO ARRIAGADA H.¹, LUIS SALAS G.¹,
Ints. CARLOS MORALES A.², FELIPE FUENTES A.², ROBERTO SANTANA I.²

¹ Departamento Cirugía Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, Chile

² Interno Medicina Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán, Chile.

Abstract

Liver subcapsular hematoma caused by *Fasciola hepatica*. Report of one case

We report a 60 years old female admitted for pain in the right upper quadrant of the abdomen, vomiting and fever. Initial laboratory showed leukocytosis with 56% of eosinophils. An abdominal CAT scan showed a subcapsular fluid collection in the liver. The patient was operated and the presence of a subcapsular hematoma was confirmed. Blood serological tests were positive for *Fasciola hepatica*. The patient was treated with tricabendazole and after one year of follow up, is in good conditions.

Key words: *Fasciola hepatica*, subcapsular hematoma, liver.

Resumen

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 60 años de edad, ingresada en nuestro centro hospitalario por cuadro agudo de dolor abdominal en hipocondrio derecho asociado a vómitos y fiebre. Destaca la presencia de leucocitosis con eosinofilia de 56%. La tomografía computarizada abdominal muestra una colección subcapsular hepática. Durante su evolución presenta abdomen agudo, realizándose una laparoscopia exploratoria que confirma un hematoma subcapsular con presencia de hemoperitoneo de escasa cuantía. La serología confirma infección por fasciola hepática. Se realizó su tratamiento con triclabendazol en monodosis. Además, realizamos una revisión de la literatura nacional e internacional sobre el tema, sus manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos y tratamiento.

Palabras clave: Fasciolosis, hematoma subcapsular hepático espontáneo, eosinofilia.

Introducción

La fasciolosis es la infección humana parasitaria causada por la fasciola hepática, trematodo que en su etapa adulta afecta principalmente al ganado bovino y caprino, siendo el hombre un huésped accidental¹.

Los seres humanos se infectan tras consumir

vegetales acuáticos contaminados, especialmente los berros silvestres (*nasturdium officinale*), además de la menta, alfalfa, junco, lechuga y espinaca. Asimismo, la ingesta de hígado mal cocido de animales infectados y el consumo de aguas contaminadas son otras fuentes de infección.

Presentamos el caso de una paciente con hematoma subcapsular hepático debido a fasciolosis, el

*Recibido el 17 de Julio del 2008 y aceptado para publicación el 22 de Septiembre de 2008.

Correspondencia: Dr. Juan L. Morales G.
Alcazar 1922, casa n° 2, Chillán, Chile
E-mail: jlmoralessg@hotmail.com

que es sospechado por el cuadro clínico agudo y confirmado, luego de su exploración quirúrgica, con el test de ELISA para fasciolosis.

Se revisa la literatura actual nacional y extranjera respecto al tema, destacando el alto índice de sospecha que debe tenerse frente al hallazgo clínico e imagenológico de un hematoma subcapsular hepático espontáneo, sin antecedentes de trauma toraco-abdominal previo.

Caso clínico

Paciente de 60 años, sexo femenino y de procedencia rural, con un cuadro clínico de dolor abdominal en su hipocondrio derecho y epigastrio de tres días de evolución, de intensidad moderada y asociado a vómitos alimentarios, ictericia leve, coluria y febrículas. Ingresa al servicio de urgencia de nuestro Hospital con gran compromiso del estado general y con su abdomen distendido y doloroso a la palpación del hipocondrio derecho.

Se realizan exámenes de laboratorio, en los que se destaca una anemia importante, con hematocrito de 24,9%, hemoglobina 8,4 mg/dl, recuento de blancos de 22.800 y PCR de 92,6 mg/dl. En el perfil hepático se comprueba una bilirrubina total 1,11 mg/dl y directa de 0,19 mg/dl, SGOT 24 U/l, SGPT 50 U/l, fosfatasas alcalinas 124 U/l y tiempo de protrombina 63%.

Se decide su hospitalización para su manejo con el diagnóstico de abdomen agudo, observación colecistitis aguda. Frente al hallazgo de anemia con hematocrito 24,9% se realiza una tomografía computarizada (TC) de abdomen que muestra al lóbulo hepático derecho rodeado por material hipodenso que comprime y deforma su contorno, fenómeno

asociado a la presencia de un área heterogénea, contusiva, en los segmentos VI y VII, lo que se interpretó como sugerente de colección subcapsular hepática del tipo de los hematomas (Figuras 1 y 2).

La ecografía abdominal describe la presencia de una colección multitabada subfrénica derecha, de una formación mixta en el segmento VI del hígado y de líquido libre escaso en la cavidad abdominal, todos ellos hallazgos sugerentes de hidatidosis hepática.

La radiografía torácica informa acerca de la existencia de un derrame pleural bilateral de escasa cuantía, y un hemograma de control revela leucocitosis de 17.900 blancos, con 56% de eosinófilos.

Reinterrogada la paciente, no se encuentran antecedentes anamnésicos de trauma, pero sí de la ingesta diaria de hortalizas regadas con aguas servidas de un canal de regadío.

Ante la sospecha de una parasitosis por fasciola hepática y/o hidatidosis, se realiza un examen parasitológico de deposiciones y de un aspirado duodenal realizado por vía endoscópica, los que resultan negativos; además, se solicita serología con test de ELISA IgG para fasciola hepática y para hidatidosis.

Durante su hospitalización evoluciona con dolor abdominal e irritación peritoneal, por lo que es sometida a una laparoscopia exploradora, encontrando un hemoperitoneo leve a moderado (250 cc) y un hematoma subcapsular hepático accidentado en los segmentos VI y VII, estabilizado al momento de la cirugía. Se realiza un aseo quirúrgico y la aspiración del hemoperitoneo, sin explorar el hematoma (Figuras 3, 4, 5).

La paciente evoluciona en buenas condiciones, siendo dada de alta al vigésimoprimer día de hospitalización. El test de ELISA para hidatidosis resulta

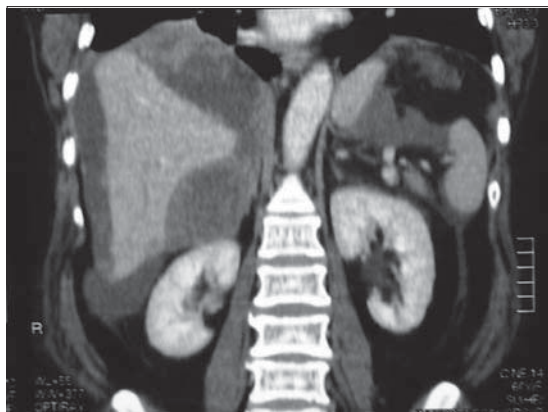


Figura 1.



Figura 2.

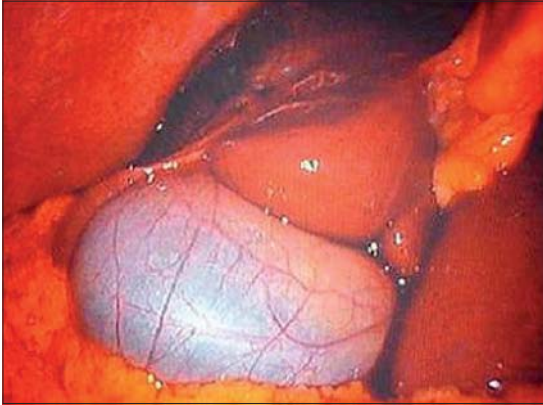


Figura 3.



Figura 4.

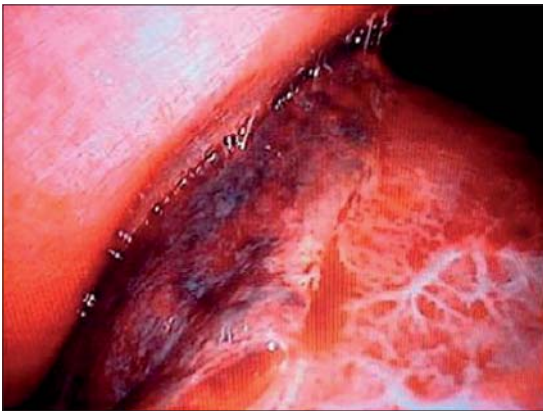


Figura 5.

Tabla 1.

Fase aguda o hepática	Fase crónica o biliar
Fiebre	Asintomática
Dolor hipocondrio derecho	Ictericia obstructiva
Hepatomegalia	Cólico biliar
Eosinofilia	Colangitis
Ictericia	Epigastralgia
Mialgia	Dolor en ambos hipocondrios
Urticaria	Diarrea
Anorexia	
Tos	

negativo, siendo en cambio positivo para fasciola hepática. La paciente recibe tratamiento médico con triclabendazol en monodosis 10 mg Kg/día.

Transcurrido un año de su hospitalización y tratamiento y durante un control realizado en el Policlínico de cirugía de nuestro hospital se encuentra en buenas condiciones generales, asintomática y con normalidad de sus parámetros de laboratorio.

Discusión

La infección por fasciola hepática ocurre principalmente en áreas de clima templado y particularmente en ciertas partes de América Central y Sur, Europa, China, África y Medio Oriente. También se han reportado casos esporádicos en Estados Unidos². Se estima que 4,4 millones de personas se encuentran infectadas y otros 180 millones, en riesgo de infección alrededor del mundo³.

En Chile se encuentra equitativamente distribuida a lo largo del país, con excepción de la XII Región donde las bajas temperaturas impiden su desarrollo⁴. Dentro de las regiones más afectadas se encuentra la VII, que presenta prevalencias de 0,75% en Talca y 0,71% en Linares⁵.

La fascioliasis se caracteriza por tener una fase aguda o hepática y una fase crónica o biliar, las cuales presentan diferente sintomatología (Tabla 1). La primera se produce con la migración del parásito a través del parénquima hepático, hecho que se acompaña de fiebre, dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia y eosinofilia. Esto ocurre 6 a 12 semanas después de la ingestión de la metacercaria. Se pueden asociar otros síntomas como ictericia, náuseas, vómitos, mialgias, urticaria, anorexia y tos; o complicaciones como hemobilia o hematoma subcapsular hepático y, en caso de infecciones graves, necrosis hepática extensa⁶. Los síntomas tienden a desaparecer en seis semanas.

También puede presentarse derrame pleural derecho con contenido de eosinófilos⁷. Se han descrito además, síntomas meníngeos, cambios focales neurológicos, convulsiones, pericarditis y anomalías en la conducción cardíaca, pero son hechos infrecuentes. Estos se podrían relacionar probablemente con un mecanismo inmunológico o alérgico⁸.

La fase crónica o biliar se caracteriza por ser generalmente asintomática. Sin embargo, tras la obstrucción de las vías biliares por trematodos adultos se pueden producir cólicos biliares, colangitis e ictericia obstructiva. Además de la sintomatología clásica se pueden desarrollar complicaciones, como una cirrosis biliar o una colangitis esclerosante. La eosinofilia es variable.

El tiempo de vida de la fasciola hepática dentro del ser humano no es conocido con exactitud, pero se presume que podría ser de nueve a trece años.

El diagnóstico es altamente presuntivo, tanto durante el período agudo como en el crónico. En el hemograma se puede encontrar anemia leve a moderada y leucocitosis con eosinofilia en el 95% de los casos con infección aguda, mientras que en la fase crónica estos hechos son variables. La VHS está aumentada en la mitad de los casos.

La técnica de ELISA, que ha reemplazado a prácticamente todas las otras pruebas serológicas, se torna útil frente a la presencia de los primeros síntomas, dado que sus resultados no dependen de la eliminación de huevos⁹.

Las pruebas de función hepática pueden alterarse si se produce alguna injuria hepatocelular o una lesión colestásica como complicación de la infección.

La identificación de los huevos se realiza a través de una muestra seriada de deposiciones o de bilis, la cual puede obtenerse mediante aspirado duodenal. Una muestra negativa para huevos de fasciola no excluye el diagnóstico. Durante la fase aguda los huevos no son observados.

Dentro de las técnicas de imagen la TC es la más útil, pudiendo mostrar nódulos hipodensos o tractos tortuosos en el hígado como resultado de la migración del parásito, además de un engrosamiento de la cápsula hepática, un hematoma subcapsular o calcificaciones parenquimatosas¹⁰.

Durante la fase crónica el ultrasonido y la colangiografía endoscópica retrógrada pueden mostrar el desplazamiento de los trematodos por las vías biliares y la vesícula biliar. En algunos casos se puede observar un espesamiento biliar en la vía biliar común. La resonancia nuclear magnética parece no tener ventajas sobre otras técnicas de imagen¹¹.

La laparoscopia y la laparotomía exploradora a

menudo muestran múltiples nódulos blanco grisáceo y amarillos, de 2 a 20 mm de diámetro y, sobre la superficie hepática, pequeños cordones vermiciformes. En raros casos, estos nódulos pueden encontrarse en la cavidad peritoneal o en la pared intestinal, y también permiten a veces observar algunas de las complicaciones de la fasciolosis.

La fasciola hepática, a diferencia de otros trematodos, no responde al praziquantel. Tampoco han sido efectivos el albendazol ni el mebendazol. La dihidro-emetina también fue usada en décadas pasadas, pero fue asociada a múltiples efectos adversos. La nitazoxanide, en dosis de 500 mg cada 12 h por 7 días, ha sido reportada con una eficacia de 82,4%¹². El biothionol ha sido utilizado tanto en la fase aguda como crónica¹³; sin embargo, ha sido reemplazado por el triclabendazol como droga de elección¹⁴, en dosis de 10 mg/kg por uno o dos días, con curaciones cercanas al 78% tras la primera dosis y al 100% con la segunda, sin que se hayan reportado efectos secundarios¹⁵. Es efectiva para trematodos adultos e inmaduros, y la administración postprandial mejora su absorción.

La erradicación de la infección se confirma con la desaparición de la eosinofilia, el descenso de los títulos en la serología y las deposiciones negativas para huevos de fasciola hepática. La resolución de los hallazgos ecográficos puede ser de ayuda complementaria en el seguimiento¹⁶.

Para prevenir la enfermedad, se han tomado medidas como la prohibición de la comercialización de los vegetales de agua dulce en los lugares endémicos. Actualmente, se encuentra en condiciones experimentales el desarrollo de una vacuna recombinante que, en modelos animales, muestra una disminución de la carga de trematodos y de la producción de huevos de un 70%, por lo que su aplicación en el ganado disminuiría los riesgos humanos de contraer fasciolosis. La vacuna para uso humano no se encuentra aún en desarrollo¹⁷.

Referencias

1. Atias A, Neghme A. Fasciolosis. En: Parasitología Clínica. Santiago: Editorial Mediterráneo 1991; 334-340.
2. Cywińska A. Epidemiology of fascioliasis in human endemic areas. *J Helminthol* 2005; 79: 207-216.
3. Haseeb A, El-Shazly A, Arafat M, Morsy A. A review on fascioliasis in Egypt. *J Egypt Soc Parasitol* 2002; 32: 317-354.
4. Atias A. Fasciolosis. En: Parasitología Médica. Santiago: Editorial Mediterráneo, 1998: 375-381.
5. Apt W, Aguilera X, Vega F. Prevalence of fasciolosis in humans horses, pigs, and wild rabbits in 3 chilean provinces. *Bol Of Sanit Panam* 1993; 115: 405-414.

6. Chan C, Lam S. Diseases caused by liver flukes and cholangiocarcinoma. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1987; 1: 297-318.
7. Maclean J, Cross J, Mahanty S. Liver, lung, and intestinal fluke infections. En: *Tropical Infectious Diseases: Principles, Pathogens and Practice*. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2006: 1349-1357.
8. Arjona R, Riancho A, Aguado J, Salesa R, González-Macías R. Fascioliasis in developed countries: a review of classic and aberrant forms of the disease. *Medicine* 1995; 74: 13-23.
9. Hillyer G, Soler de Galanes M, Rodríguez-Pérez J, Bjorlan J, Silva de Lagrava M, Ramírez S, et al. Use of the Falcon assay screening test--enzyme-linked immunosorbent assay (FAST-ELISA) and the enzyme-linked immunoelectrotransfer blot (EITB) to determine the prevalence of human fascioliasis in the Bolivian Altiplano. *Am J Trop Med Hyg* 1992; 46: 603-609.
10. Van Beers B, Pringot J, Geubel A, Trigaux J, Bigaignon J, Domms G. Hepatobiliary fascioliasis: noninvasive imaging findings. *Radiology* 1990; 174: 809-810.
11. Sezgin O, Altintas E, Disibeyaz S, Saritas U, Sahin B. Hepatobiliary fascioliasis: clinical and radiologic features and endoscopic management. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38: 285-291.
12. Rossignol J, Abaza H, Friedman, H. Successful treatment of human fascioliasis with nitazoxanide. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1998; 92: 103-104.
13. Bacq Y, Besnier J, Duong T, Pavie G, Metman E, Choutet G. Successful treatment of acute fascioliasis with bithionol. *Hepatology* 1991; 14: 1066-1069.
14. Keiser J, Utzinger J. Chemotherapy for major food-borne trematodes: a review. *Expert Opin Pharmacother* 2004; 5: 1711-1726.
15. El-Karaksy H, Hassanein B, Okasha S, Behairy B, Gadallah I. Human fascioliasis in Egyptian children: successful treatment with triclabendazole. *J Trop Pediatr* 1999; 45: 135-138.
16. Richter J, Freise S, Mull R, Millan J. Fascioliasis: sonographic abnormalities of the biliary tract and evolution after treatment with triclabendazole. *Trop Med Int Health* 1999; 4: 774-781.
17. Spithill T, Piedrafita D, Smooker P. Immunological approaches for the control of fasciolosis. *Int J Parasitol* 1997; 27: 1221-1235.