

¿Tumor hepático o Fasciola hepática gigante?: reporte de caso

Hepatic tumor or giant liver fasciola?: case report

Edi William Aguilar-Urbina^{1,2,a}, Nolberto Tapia-Silva^{3,b}, Sandra Rosario Delgado-Málaga^{4,5,a},
Ciro Maguiña-Vargas^{4,a,c}

¹ Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú.

² Unidad Clínica de Enfermedades Tropicales e Infecciosas, Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo, Perú.

³ Departamento de especialidades médicas, Servicio de Gastroenterología, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte. Trujillo. Perú.

⁴ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

⁵ Servicio de Infectología, Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Lima, Perú.

^a Infectólogo tropicalista, ^b Gastroenterólogo, ^c Docente principal

Recibido: 08/08/2020 - Aprobado: 01/03/2021

ORCID: Edi William Aguilar Urbina: <https://orcid.org/0000-0001-6510-5346>, Nolberto Tapia Silva: <https://orcid.org/0000-0003-0129-1922>,

Sandra Rosario Delgado Málaga: <https://orcid.org/0000-0002-1178-9292>, Ciro Peregrino Maguiña Vargas: <https://orcid.org/0000-0002-2531-2022>

RESUMEN

La Fasciola hepática es una enfermedad frecuente en sierra del Perú. Presentamos un caso de Fasciola hepática procedente de la zona andina de La Libertad, con sintomatología de varios meses de evolución con dolor en hipocondrio derecho, ictericia y coluria. Se realizó TAC abdominal demostrándose una masa hepática probable neoplasia, derivándose a Instituto de Enfermedades Neoplásicas. Se completó los exámenes de laboratorio encontrando eosinofilia y aumentos variables de las pruebas de función hepática. Se planteó como diagnóstico diferencial Fascioliasis y se realizó examen de Western Blot confirmando su diagnóstico. Se inició tratamiento con 2 ciclos de Triclabendazol, con evolución clínica favorable.

Palabras clave: *Fasciola hepatica; Fascioliasis; Hígado* (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Hepatic Fasciola is a frequent disease in the Peruvian highlands. We present a case of hepatic Fasciola from the Andean zone of La Libertad, with symptoms of several months of evolution with pain in the right hypochondrium, jaundice and coluria. An abdominal CT scan was performed, demonstrating a liver mass probable neoplasm, and was referred to the Institute of Neoplastic Diseases. Laboratory tests were completed finding eosinophilia and variable increases in liver function tests. Fascioliasis was presented as a differential diagnosis and a Western Blot examination was performed confirming its diagnosis. Treatment with 2 cycles of Triclabendazole was started, with a favorable clinical evolution.

Keywords: *Fasciola hepatica; Fascioliasis; Liver* (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La Fasciolosis es una enfermedad infecciosa parasitaria causada por los trematodos *Fasciola hepática* o *F. gigantica* ⁽¹⁾.

En el mundo se han reportado casos de infección por *Fasciola hepática* con alta prevalencia en países de la región andina de Sudamérica, como Bolivia (65-92%), Ecuador (24-53%) y Perú (15-72%) ⁽²⁾.

Fasciola hepática a menudo se informa en todo el mundo, mientras que *Fasciola gigantica* ocurre en Asia y África. La presentación geográfica de estos parásitos puede superponerse en la zona ecuatorial. Las formas híbridas se denominan: como "formas intermedias" de *Fasciola* ⁽³⁾.

Las características epidemiológicas requeridas para completar el ciclo biológico y transmisión son diversas. Una adecuada temperatura ambiental y humedad, numerosos reservorios de agua, viabilidad del hospedero intermediario, hábitos dietéticos, animales infectados ⁽⁴⁾.

La fase aguda, puede durar entre 4 a 6 meses y se presenta clínicamente con fiebre, hepatomegalia y eosinofilia. A veces se complica y puede presentarse como: hematoma subcapsular hepático, ruptura hepática, múltiples abscesos hepáticos, granuloma hepático, anemia severa, ictericia, colangitis, colecistitis, pancreatitis, masa hepática, derrames pleurales, y eventualmente fibrosis hepática ⁽⁵⁾.

Nosotros presentamos el caso de un paciente con Fasciola hepática gigante en Trujillo, la cual debe ser considerado en el diagnóstico diferencial en el estudio de los tumores hepáticas.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 59 años, agricultor, sin comorbilidades.

Desde hace un mes presenta dolor en hipocondrio derecho, intensidad 6/10, irradiado hacia región dorsal asociado a náuseas. Hace una semana los síntomas empeoran y se agrega ictericia y coluria. Se realiza ecografía abdominal que presenta "imagen irregular en el hígado", motivo por el cual es derivado a Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas por probable tumor hepático, luego de varios estudios es transferido al Servicio de Infectología del Hospital Regional Docente de Trujillo, con imagen de tomografía (Figura 1). No presenta comorbilidades.

Pérdida de peso: 5 kg en 2 meses. No presenta fiebre. Deposiciones: normales. Familiares sanos.

Examen físico: PA: 110/70 mmHg, FC: 88x', FR: 20x'. Temperatura: 37°C. Piel: no presenta ictericia. Abdomen: se palpa borde hepático a 1 cm debajo del reborde costal. Resto del examen sin alteraciones.

Tratamiento indicado: se indica Triclabendazol 250 mg 2 tabletas en un solo día, además nitaxozanida 500 por presencia de *Blastocystis hominis*.

A los 6 meses luego de control tomográfico, se indica un segundo ciclo de Triclabendazol. A los 9 meses se encuentra con buena evolución, se solicita control de TAC y se evidencia desaparición de la masa en el hígado (Figura 2).

Actualmente se mantiene asintomático. No hay eosinofilia y presenta una regresión completa de la masa hepática.



Figura 1. TEM abdominal: masa ocupante de espacio intraaxial inespecífica de los segmentos IV y V del hígado (flecha amarilla). Área hipodensa inhomogénea (entre 54 y 70 UH), de: 11,23x12,52x7,28.

Resultados de exámenes: TEM abdominal: masa ocupante de espacio intraaxial inespecífica entre los segmentos IV y V del hígado (Figura 2). Leucocitos: 11670, eosinofilia 31%. Fosfatasa alcalina: elevada, bilirrubinas normales, además Western Blot para Fasciola hepática: positivo. Huevos en heces negativo.

DISCUSIÓN

La infección por Fasciola hepática ocurre vía ingesta de vegetales de tallo corto como berros y lechuga, entre otros. En sus etapas iniciales no presenta síntomas o signos evidentes. En etapas posteriores de la enfermedad se presentan síntomas digestivos, especialmente de tipo hepatobiliar, los cuales pueden venir acompañados de fiebre y/o urticaria, de evolución aguda o crónica, asociados a eosinofilia y antecedente de ingestión de berros ^(4,6).

Los mecanismos de transmisión según algunos estudios son los emolientes (OR: 5,16) y el jugo de alfalfa (OR: 4,5), el agua procedente de acequias, lechuga, berros y ensaladas contaminados con caracoles, y las heces de animales. La infección por Fasciola hepática y sus complicaciones se presentan con más frecuencia en el género femenino ⁽⁷⁾.

El diagnóstico de fascioliasis debe ser planteada cuando existan síntomas hepatobiliares, con o sin fiebre, aun en ausencia de urticaria, pero que haya presencia de eosinofilia y con antecedente de consumo de berros (ganaderos) ⁽⁸⁾. Además, se debe plantear el lugar de adquisición de esta zoonosis mayormente en valles interandinos. En examen físico los signos clínicos más frecuentes son: el dolor a la palpación en el hipocondrio derecho y la hepatomegalia; siendo la eosinofilia y la hepatomegalia los datos característicos de la fase aguda ⁽⁹⁾.

Las pruebas diagnósticas usadas para detectar Fasciola hepática, existentes en el Perú, usadas en la fase aguda es el Fas2- ELISA con una sensibilidad de 92,4%



Figura 2. Control de TAC abdominal a los 9 meses.

y una especificidad de 83,6%, también se usa Western Blot (especificidad de 72%) y el arco II (especificidad de 37%)⁽⁷⁾; además se usa la técnica coproparasitológica de sedimentación rápida (TSR) descrita por Lumbreras para casos crónicos y asintomáticos⁽¹⁾.

Como diagnósticos diferenciales se debe considerarse el absceso hepático amebiano, con cuadro clínico parecido, pero sin eosinofilia; *Toxocara canis* produce hepatitis granulomatosa con eosinofilia muy marcada, en la laparoscopia se ha observado nódulos blanco grisáceo, menores de 1 cm de diámetro sobre la superficie hepática y *Áscaris lumbricoides* suele producir cólicos biliares y obstrucción del colédoco⁽¹⁰⁾.

Al evaluar pacientes con masas hepáticas con enfermedad concurrente hipereosinofilia, es importante incluir infecciones parasitarias en el diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes que residen o viene de valles interandinos⁽¹¹⁾. Nuestro paciente fue inicialmente considerado como una neoplasia primaria o secundaria. Sin embargo, los estudios serológicos realizados después confirmaron el diagnóstico de Fasciola. Se administró Triclabendazol, lo que resultó en una regresión completa de la masa radiológicamente identificada.

En el tratamiento de la Fascioliasis, se recomienda que los pacientes con fase hepática sean tratados con Triclabendazol solo con eficacia del 85%, y los pacientes con fase biliar sean tratados con Triclabendazol y extracción de la Fasciola hepática de los conductos biliares durante la CPRE^(10,12). En Perú se recomienda el esquema de 2 dosis de Triclabendazol a 10 mg/kg, dosis única en el primer y tercer día, con tasa de curación del 100% y una dosis de 10 mg/día en dos días continuos la cura fue del 93%; sin embargo es necesario conocer algunos de los efectos adversos de este fármaco que se pueden presentar luego de su ingesta como náuseas, vómitos y dolor abdominal^(12,13).

En Latinoamérica se ha reportado resistencia al Triclabendazol en Chile⁽¹⁴⁾, y en zonas del norte de Perú⁽¹³⁾; sin embargo, en Bolivia se ha usado en forma masiva desde el 2008 al 2016 tendiendo éxito dramático⁽¹⁵⁾.

En conclusión, el estudio de un paciente con masa hepática, procedente de la sierra debe llevar a plantear en sus diagnósticos diferenciales Fasciola hepática; y se debe tener criterios clínicos, laboratoriales y/o de imágenes para pensar en esta enfermedad. Una vez diagnosticado debe ser tratado con 2 ciclos de Triclabendazol. En los controles ambulatorios se debe hacer seguimiento con imágenes, datos clínicos y de laboratorio para asegurar una evolución adecuada.

Agradecimiento: A todo el personal que trabaja en la Unidad Clínica de enfermedades Tropicales e Infecciosas del Hospital regional Docente de Trujillo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Marcos LA, Terashima A, Leguía A, Canales M, Espinoza J, Gotuzzo E. La infección por fasciola hepática en el Perú: una enfermedad emergente. *Rev Gastroenterol Peru.* 2007;27(4):389-96.
- Tume Jara L, Ugarte Salvador C, Díaz Ferrer J, Piscocoya A. Pseudotumor inflamatorio por Fasciola hepática: a propósito de un caso. *Rev Chilena Infectol.* 2015;32(6):703-5. doi: 10.4067/S0716-10182015000700014.
- Sumruayphol S, Siribat P, Dujardin J-P, Dujardin S, Komalamisra C and Thaenkham U. Fasciola gigantica, F. hepática and Fasciola intermediate forms: geometric morphometrics and an artificial neural network to help morphological identification. *PeerJ.* 2020;8:e8597. doi: 10.7717/peerj.8597.
- Marcos L, Maco V, Terashima A, Samalvides F, Gotuzzo E. Características clínicas de la infección crónica por Fasciola hepática en niños. *Rev Gastroenterol Peru.* 2002;22(3):228-33.
- Noyer CM, Coyle CM, Werner C, Dupouycalet J, Tanowitz HB, Wiltner M. Hypereosinophilia and liver mass in an immigrant. *Am J Trop Med Hyg.* 2002;66(6):774-6. doi: 10.4269/ajtmh.2002.66.774.
- Millán M, Wagenknecht R, Cárdenas A, Carrasco C. Parásitos de Fasciola hepática intracoledociano. Report of one case. *Rev Chil Cir.* 2008;60(4):332-5. doi: 10.4067/S0718-40262008000400012.
- Castillo O, Frisancho O. Pseudotumor hepático en fasciolosis aguda. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2013;43(1):53-8.
- Venkatesh SK, Chandan V, Roberts LR. Liver masses: a clinical, radiologic, and pathologic perspective. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014;12(9):1414-29. doi: 10.1016/j.cgh.2013.09.017.
- Blancas Torres G, Terashima Iwashita A, Maguiña Vargas C, Vera Luján L, Alvarez Bianchi H, Tello Casanova R. Fasciolosis humana y compromiso gastrointestinal: Estudio de 277 pacientes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 1970 – 2002. *Rev Gastroenterol Peru.* 2004;24(2):143-57.
- Carrada-Barvo T. Fasciola Hepática: Investigación clínica-epidemiológica. *Rev Gastroenterol Mex.* 2006;71(2):169-73.
- Yilmaz B, Koklu S, and Gedikoglu G. Case report: hepatic mass caused by Fasciola hepática: A Tricky Differential Diagnosis. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;89(6):1212-3. doi: 10.4269/ajtmh.13-0085.
- Kaya M, Bestas R, Cetin S. Clinical presentation and management of Fasciola hepática infection: single-center experience. *World J Gastroenterol.* 2011;17(44):4899-904. doi: 10.3748/wjg.v17.i44.4899.
- Terashima A, Marcos L. Fracaso de dosis única de triclabendazole para el tratamiento de fasciolosis humana. *Acta Med Peru.* 2016;33(3):228-31. doi: 10.35663/amp.2016.333.117.
- Gil L, Díaz A, Rueda C, Martínez C, Castillo D. Fascioliasis hepática humana: resistencia al tratamiento con triclabendazol. *Rev Med Chile.* 2014;142(10):1330-3. doi: 10.4067/S0034-98872014001000014.
- Mollinedo S, Gutierrez P, Azurduy R, Valle F, Salas A, Mollinedo Z, et al. Mass Drug Administration of Triclabendazole for Fasciola Hepática in Bolivia. *Am J Trop Med Hyg.* 2019;100(6):1494-7. doi: 10.4269/ajtmh.19-0060.

Correspondencia:

Edi William Aguilar Urbina.
Manzana O, lote 7, Urbanización los Portales de la Rinconada.
Trujillo, Perú.
E-mail: william_aguilar1@hotmail.com