

Fasciolosis intrahepática que simulaba un colangiocarcinoma. Reporte de un caso infrecuente

Intrahepatic fasciolosis that simulated a cholangiocarcinoma. Report an infrequent case

Miguel Soria Alcívar^{1,2}, María Betancourt Ruiz², Oscar Aviles Santana², Pacha Espinoza Adriana², Carlos Robles-Medrandá¹

¹ Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas. Guayaquil, Ecuador.

² Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Recibido: 18.07.18

Aprobado: 30.05.19

RESUMEN

La fasciolosis es una infección parasitaria causada por 2 tipos de fasciola, siendo la más común de tipo hepática, la forma infectante son las metacercarias. Su prevalencia radica en zonas de nivel socioeconómicas bajo y zonas ganaderas. El objetivo es presentar un caso de presentación atípica en el que se evitó someter al paciente a un tratamiento quirúrgico innecesario. Presentamos un caso de un paciente masculino de 69 años que presentó Colangitis, su ecografía y tomografía evidenció dilatación de la vía biliar, por lo que se le realizó una con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) evidenciándose una estenosis de colédoco cerca de la bifurcación biliar y una larva de fasciola hepática, la endomicroscopía confocal (EM) no era concluyente, se tomó biopsia de la estenosis que reportó colangiocarcinoma, pero como el paciente no tenía pérdida patológica de peso y marcadores tumorales negativos, se le indicó tratamiento antiparasitario y se realizó una nueva CPRE que evidenció en la EM mucosa inflamatoria de aspecto crónico no tumoral que se confirmó con la nueva biopsia, el paciente tuvo una evolución favorable, de esta forma evitamos un tratamiento no requerido.

Palabras clave: Fasciola; Metacercarias; Colangiocarcinoma (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Fasciolosis is a parasitic infection caused by 2 types of fasciola, being the most common of hepatic type, the infective form is the metacercariae. Its prevalence lies in low socio-economic zones and livestock areas. The objective is to present a case of atypical presentation in which the patient was avoided to undergo an unnecessary surgical treatment. We present a case of a 69-year-old male patient who presented Cholangitis, his sonography and tomography evidenced dilatation of the bile duct, and one was performed with endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), showing a choledochal stenosis near the bile bifurcation. And a liver fasciola larva, confocal endomicroscopy (MS) was inconclusive, biopsy of the stenosis that reported cholangiocarcinoma was reported, but since the patient had no pathological weight loss and negative tumor markers, he was given antiparasitic treatment and was performed A new ERCP that showed in the inflammatory mucosa of chronic non-tumor aspect that was confirmed with the new biopsy, the patient had a favorable evolution, thus avoiding an unnecessary treatment.

Keywords: Fasciola; Metacercariae; Cholangiocarcinoma (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La fasciolosis es una infección parasitaria causada por la fasciola hepática y fasciola gigantica. La fasciola es un trematodo de cuerpo blando, similar a una hoja, que reside en África, Este de Europa y América del Sur. Es prevalente en las zonas ganaderas y de nivel socioeconómico bajo. Su forma infectante son las metacercarias que se encuentran en los caracoles *Lymnaea*, *Fossaria*, *Galba* y *Pseudosuccinea*, como hospederos intermediarios, estas abandonan al caracol y se adhieren a las frutas y vegetales, siendo

así la manera como se infecta el hombre, siendo una entidad a considerar en el diagnóstico diferencial con las colecistitis, sobre todo alitiásicas⁽¹⁻²⁾.

Las formas adultas de fasciola hepática son de localización hepática y hermafroditas. Los humanos eliminan los huevos en heces y secreción biliar, llegan a producir manifestaciones clínicas como fiebre, dolor en hipocondrio derecho y astenia, se puede diagnosticar con el estudio de determinación de antígenos en heces aplicándose la técnica directa de Lugol y concentración de Kato-Katz y Ritchie⁽³⁾. Lo interesante del siguiente



Figura 1. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica que evidenció una estenosis del conducto hepático común debajo de la bifurcación de la vía biliar.

caso de origen infeccioso es que puede confundirse con un colangiocarcinoma y de no utilizar métodos diagnósticos adecuados, se hubiera sometido al paciente a un tratamiento erróneo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 69 años de edad, de sexo masculino, talla de 1,80 m, peso 80 Kg, lugar de procedencia Riobamba, ocupación granjero, etnia mestiza, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de cirrosis criptogenética, colecistectomía abierta y apendicectomía, que ingresó el 1 de marzo del 2016 al Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas domiciliado en el Omni Hospital por un cuadro clínico de 48 horas de evolución caracterizado por fiebre, ictericia e hiporexia, con taquicardia (FC 110 x min), hipotensión (PA 90/60), frecuencia respiratoria 20 x min, saturación 98%, por lo cual se realizó exámenes de laboratorio: leucocitos 2700 x mm³, neutrófilos 90%, plaquetas 77 000 x mm³, hemoglobina 14 g/L, hematócrito 43%, AST 65U/L, ALT 85 U/L, PCR 45, fosfatasa alcalina 241 UI/L, bilirrubina total 0,6 mg/dl, GGT 412 UI/L, CA 19-9 2,5 UI/ML, CEA 1,6 U/ml.

La ecografía abdominal y tomografía de abdomen contrastada reportaron dilatación de la vía biliar intrahepática, por lo que concluimos que el paciente estaba cursando una colangitis y requería descomprimir la vía biliar por lo que se le realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que evidenció en la colangiografía una estenosis del conducto hepático común debajo de la bifurcación biliar. (Figura 1).

Luego se realizó una coledocoscopia con fibra óptica (spyglass) que evidenció la presencia de una lesión elevada y estenosante con aumento de vascularización irregular del conducto hepático común, con la presencia de una larva de fasciola hepática intracoleodociana que no se evidenció en la colangiografía, que se retiró con catéter balón (Figura 2) y se envió a anatomía patológica, la cual confirmó que se trataba de una larva de fasciola.

Finalmente se le realizó después de la inyección intravenosa de 3 mililitros de fluoresceína un análisis celular en vivo mediante una sonda de colangioflex acoplada al equipo de endomicroscopía confocal (EM) en la zona de la estenosis que evidenció bandas oscuras gruesas < 40 um es decir no eran concluyentes para un colangiocarcinoma (Figura 3) tomándose biopsias para estudio anatomopatológico, por último se le colocó una prótesis plástica de 10 french x 10 centímetros para tratamiento de su colangitis secundaria a la estenosis.

El paciente evolucionó de forma favorable luego de tratamiento con hidratación intravenosa y antibioticoterapia (ampicilina/sulbactam 3 gramos intravenosos cada 6 horas) resolviéndose su colangitis, egresando 72 horas después de la CPRE, estable hemodinamicamente sin evidencia de complicaciones, prescribiéndose el antiparasitario nitazoxanida 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días y completándose el esquema de antibióticos por vía oral (ampicilina/sulbactam 750 mg vía oral) por 14 días. Finalmente se revisó la biopsia, la cual evidenció proliferación de

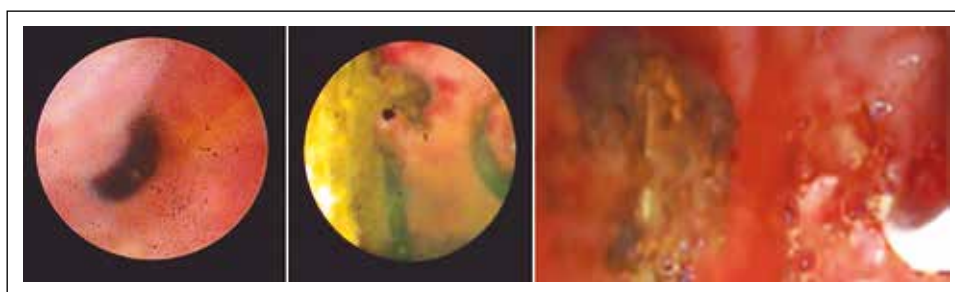


Figura 2. Coledocoscopia que evidenció una lesión estenosante y la fasciola hepática que fue extraída con catéter balón descartable.

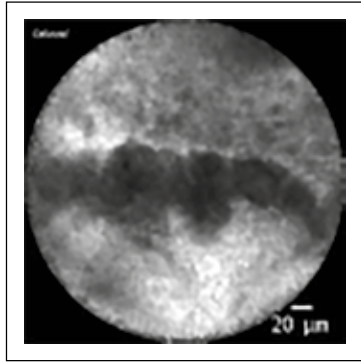


Figura 3. Imagen de la endomicroscopía confocal que evidenció una banda oscura gruesa no concluyente para malignidad.

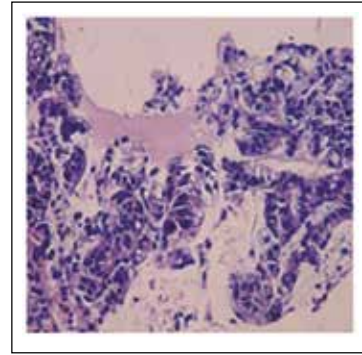


Figura 4. Biopsia de la estenosis: Proliferación de células epiteliales que muestran estructuras glandulares tubulares de núcleos hipertróficos, hiper cromáticos, pleomorficos compatibles con colangiocarcinoma.

células epiteliales que muestran estructuras glandulares tubulares de núcleos hipertróficos, hiper cromáticos, pleomorficos, poli estratificados correspondiente a colangiocarcinoma además de una fasciola hepática. (Figura 4).

Realizamos un consenso médico para decidir si el paciente debía ser remitido a cirugía por el colangiocarcinoma evidenciado en la biopsia o tomar una conducta expectante, en vista de que el paciente no tenía pérdida patológica de peso, sumado al hecho de que la EM no era concluyente, sus marcadores tumorales estaban normales y el paciente tenía una evolución favorable se decidió realizar conducta expectante, acudiendo a controles ambulatorios cada 4 semanas donde no se presentaron recaídas, eliminándose progresivamente su ictericia. Posteriormente se decidió realizar una CPRE ambulatoria de control a los 3 meses, retirándose la prótesis plástica, al realizar la colangiografía y coledoscopia ya no evidenciaba la estenosis, mientras que al realizar la EM en la zona

donde estaba la estenosis (Figura 5) evidenció mucosa de aspecto benigno caracterizado por fondo gris claro y vasos sanguíneos (< 20 μm).

Durante la coledoscopia se tomó una biopsia de control en el sitio donde estaba la estenosis del conducto hepático común la cual reportó: infiltrado inflamatorio con células plasmáticas y linfocitos, con proliferación fibroblástica, revestido por células cilíndricas que preservan la relación un núcleo-citoplasma, compatible con proceso inflamatorio crónico. (Figura 6).

Se le realizó seguimiento clínico y laboratorial al paciente durante 12 meses cada 3 meses, durante lo cual el paciente evolucionó de forma favorable, asintomático y libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

La fasciolosis hepática es un tipo de zoonosis causada por fasciola hepática que es un trematodo endémico

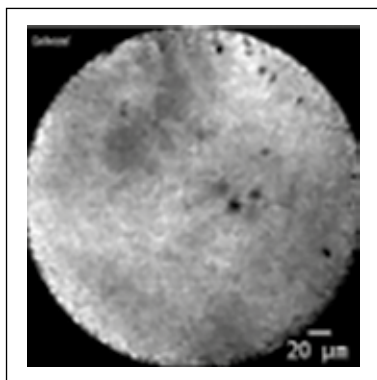


Figura 5. Imagen de la endomicroscopía confocal que evidenció fondo gris claro y vasos sanguíneos (< 20 μm) de aspecto benigno.

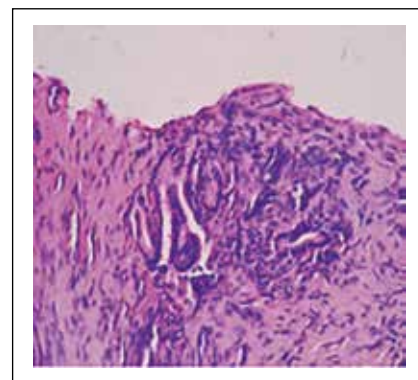


Figura 6. Biopsia de control en zona de estenosis que evidenció un proceso inflamatorio crónico (infiltrado inflamatorio con células plasmáticas y linfocitos).

que afecta a más de tres millones de personas a nivel mundial ⁽⁴⁾, pudiendo resultar en una obstrucción del tracto biliar, colangitis, colecistitis, pancreatitis y/o anemia ⁽⁵⁻⁷⁾.

La intensidad de los síntomas y signos está condicionada por la magnitud de la carga parasitaria y pueden ser bajo tres presentaciones:

1. Quienes hayan ingerido pocas metacercarias permanecerán asintomáticos (fasciolosis silenciosa).
2. Hepatitis hemorrágica y necrotizante con o sin hemoperitoneo, incluso mortal.
3. Cuando el parásito se aloja dentro de los conductos biliares, generando esclerosis y obstrucción aguda del colédoco ⁽³⁾.

Lo importante de este reporte es evidenciar que la tercera forma de presentación puede confundirse con un colangiocarcinoma, de allí la importancia de la sospecha clínica, laboratorial e imagenológica para poder diferenciar ambas entidades, ya que el tratamiento es totalmente distinto.

Clásicamente los pacientes con fasciolosis hepática pueden debutar con malestar, dolor en cuadrante superior derecho del abdomen y fiebre ⁽⁸⁻⁹⁾. Con poca frecuencia las manifestaciones clínicas pueden mimetizar proceso inflamatorio y enfermedad neoplásica hepatobiliar como colangiocarcinoma ⁽¹⁰⁾, que en el caso presentado tuvo una presentación atípica.

Tradicionalmente el diagnóstico de la fasciolosis se hace detectando los huevos en las heces aunque este método resulta complicado y de baja sensibilidad, ya que recién a las 10 semanas posteriores a la infección, los huevos del trematodo pueden ser detectados en heces, los trematodos adultos y los huevos generalmente se pueden encontrar más frecuentemente en el líquido duodenal, aspirados duodenales y biliares, cirugía (laparotomía, colecistectomía) o la biopsia ⁽¹¹⁾.

La tomografía computarizada (TC) de estos pacientes evidencia ductos biliares dilatados con rastreo periportal y baja atenuación se desarrolla progresivamente en áreas periportales, siendo característico que el grado de lesión parenquimatosa retrocede rápidamente a las ocho semanas pos infección ⁽¹²⁾. En el caso de nuestro paciente sólo se evidenció dilatación de vías biliares intrahepáticas, por lo que se justificaba la realización de la CPRE con coledocoscopia y endomicroscopia confocal para llegar a un diagnóstico etiológico de su enfermedad, con resolución endoscópica de la colangitis.

La localización ectópica de la fasciola puede ocurrir durante la migración de parásito a través del peritoneo o desde el hígado a través del sistema venoso portal, incluyendo sitios inusuales de presentación como en

páncreas, riñón, intestino, bazo y más raro en médula espinal ⁽¹³⁾.

El estadio crónico de la fasciolosis se caracteriza por episodios recurrentes de cólico biliar, angiocolitis y colecistitis. La inflamación de los ductos biliares se puede observar como una dilatación con engrosamiento irregular de las paredes ⁽¹⁴⁾, que es lo que posiblemente ocurrió en nuestro caso ya que el engrosamiento del colédoco fue produciendo la estenosis, que finalmente produjo la colangitis por el inadecuado drenaje biliar.

De acuerdo a los criterios de Miami en la EM los conductos biliares son benignos si se evidencia una red reticular de bandas finas de ramificación oscura (< 20 um), red reticular de bandas finas de ramificación oscura (< 20 um), fondo gris claro y vasos sanguíneos (< 20 um); mientras que una estructura maligna evidencia bandas gruesas blancas (> 20 um), bandas gruesas oscuras (> 40 um), y cúmulos oscuros ⁽¹⁵⁾. En nuestro caso las imágenes de la EM inicial no encajaban con una patología maligna, sumado al hecho de que los marcadores tumorales fueron negativos y el paciente tenía una evolución favorable, la biopsia inicial pudo haber tenido un resultado falso positivo, resultado de la inflamación intensa por la presencia de las fasciola intraductal que después de retirarla y habersele administrado tratamiento antiparasitario al paciente debió disminuir progresivamente y dejar solamente un proceso inflamatorio crónico que fue lo que evidenció la biopsia de control.

La presentación de un aparente colangiocarcinoma no es frecuente asociada a fasciolosis, ya que se han reportados casos esporádicos, en nuestro paciente el cuadro evolutivo se comportó como una enfermedad benigna pero, sumado al apoyo diagnóstico de la EM con Coledocoscopia, determinó haber realizado conducta expectante, de esta forma evitando una cirugía innecesaria al paciente.

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. María Beltrán-Fabián M, Muñoz-Zambrano E, Del Pozo-López F, Gutiérrez-Cabezas S. Fascioliasis coledociana por Fasciola hepática en cirugía de colecistitis crónica calculosa. *An Fac Med.* 2011;72(2):141-5.
2. Lam R, Flores VM, Terashima A, Samalvides F, Miranda E, Tantatalean M, et al. Hiperendemicidad de fasciolosis humana en el Valle del Mantaro: factores de riesgo de la infección por Fasciola hepática. *Rev Gastroenterol Peru.* 2004;24(2):158-64.
3. Carrada-Bravo T, Escamilla-Martinez J. Fasciolosis: revisión clínico-epidemiológica actualizada *Rev Mex Patol Clin.* 2005;52(2):83-96.
4. Martins A, Gonçalves Á, Almeida T, Lopes L, Midões A. Fasciola hepática-a "Diver" in the biliary tree. *J Gastrointest Surg.* 2017;21(11):1959-60.

5. Aminian K, Rezayat KA, Shafaghi A, Tanhaeevash R. Living *Fasciola hepatica* in biliary tree: a case report. *Ann Hepatol*. 2012;11(3):395-8.
6. Liu LX, Harinasuta KT. Liver and intestinal flukes. *Gastroenterol Clin North Am*. 1996;25(3):627-36.
7. Hawn TR, Jong EC. Update on Hepatobiliary and Pulmonary Flukes. *Curr Infect Dis Rep*. 1999;1(5):427-33.
8. Patel NU, Bang TJ, Dodd GD 3rd. CT findings of human *Fasciola hepatica* infection: case reports and review of the literature. *Clin Imaging*. 2016;40(2):251-5.
9. Kaya M, Beştaş R, Cetin S. Clinical presentation and management of *Fasciola hepatica* infection: single-center experience. *World J Gastroenterol*. 2011;17(44):4899-904.
10. Kang BK, Jung BK, Lee YS, Hwang, I K, Lim H, Cho J, et al. A case of *Fasciola hepatica* infection mimicking cholangiocarcinoma and ITS-1 sequencing of the worm. *Korean J Parasitol*. 2015;52(2):193-6.
11. Mas-Coma S, Bargues MD, Valero MA. Fascioliasis and other plant-borne trematode zoonoses. *Int J Parasitol*. 2005;35(11-12):1255-78.
12. Lim JH, Mairiang E, Ahn GH. Biliary parasitic diseases including clonorchiasis, opisthorchiasis and fascioliasis. *Abdom Imaging*. 2008;33(2):157-65.
13. Dusak A, Onur MR, Cicek M, Firat U, Ren T, Dogra VS. Radiological Imaging Features of *Fasciola hepatica* Infection - A Pictorial Review. *J Clin Imaging Sci*. 2012;2:2.
14. Marcos LA, Terashima A, Gotuzzo E. Update on hepatobiliary flukes: fascioliasis, opisthorchiasis and clonorchiasis. *Curr Opin Infect Dis*. 2008;21(5):523-30.
15. Slivka A, Gan I, Jamidar P, Costamagna G, Cesaro P, Giovannini M, et al. Validation of the diagnostic accuracy of probe-based confocal laser endomicroscopy for the characterization of indeterminate biliary strictures: results of a prospective multicenter international study. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(2):282-90.

Correspondencia:

Miguel Soria Alcívar
Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas. Av. Juan
Tanca Marengo & Calle 13E NE, torre médica 1, mezzanine 3.
Guayaquil-Ecuador.
Teléfono: 593-994742655
E-mail: miguel16ec@gmail.com