
PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A ASCARIDIASIS DE VÍA BILIAR A PROPÓSITO DE UN CASO.

ACUTE PANCREATITIS SECONDARY TO BILE DUCT ASCARIASIS ON THE SUBJECT OF A CASE.

¹Morales Ramírez, Johanna Stephanie. ²Pinto Herrera, Yomara Liseth. ³Lizano Ortiz, Giovanna Elizabeth. ⁴Cortez Barragán, Jessica Mariela. ⁵Oviedo Cortez, Lizette Stefania. ⁶Barragán Barrezueta, Luiggy Fabrizzio. ⁷Sotamba Quezada, Jaime Raúl.

¹Médico Cirujano Universidad Regional Autónoma de los Andes “Uniandes”, Médico General del Centro de Salud de Píllaro – Tungurahua, Ecuador. Email jhoaes17@gmail.com.

²Médico Cirujano Universidad Regional Autónoma de los Andes “Uniandes”, Médico Ocupacional del Municipio de Cascales, Ecuador. Email lisyomara1993@gmail.com.

³Médico General Universidad Técnica de Ambato, Médico Residente del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Ambato, Atocha–Ambato, Ecuador. Email giovitis3lo@hotmail.com.

⁴Médico General Universidad Técnica de Ambato, Médico Residente del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Ambato, Atocha–Ambato, Ecuador. Email jessycortez1013@gmail.com.

⁵Médico Cirujano Universidad Regional Autónoma de los Andes “Uniandes”, Médico Residente de la Clínica de especialidades médicas Palora, Morona Santiago, Ecuador. Email stfitaoviedo005@gmail.com.

⁶Licenciado en Enfermería de la Universidad Técnica de Babahoyo, Servicios de Enfermería Independiente, Cascales, Ecuador. Email luiggyb2010@gmail.com.

⁷Médico Cirujano Universidad Regional Autónoma de los Andes “Uniandes”, Diplomado en Investigación Científica Universidad Estatal de Bolívar, Médico General

En Funciones Hospitalarias Hospital General Francisco De Orellana, Ecuador. Email raulqueza333@hotmail.com.

Morales Ramírez, Johanna Stephanie. Pinto Herrera, Yomara Liseth. Lizano Ortiz, Giovanna Elizabeth. Cortez Barragán, Jessica Mariela. Oviedo Cortez, Lizette Stefania. Barragán Barrezueta, Luiggy Fabrizzio. Sotamba Quezada, Jaime Raúl. PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A ASCARIDIASIS DE VÍA BILIAR A PROPÓSITO DE UN CASO. Rev UNIANDES Ciencias de la Salud 2021 sep-dic; 4(3): 857-868.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar a los pacientes que presentan pancreatitis aguda secundaria a ascaridiasis de vía biliar e identificar las posibles complicaciones que estos presentan.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de análisis de caso clínico. **Discusión:** Se reporta caso de paciente femenina de 61 años que acude con un cuadro de dolor abdominal localizado a nivel de hipocondrio derecho de gran intensidad y de larga evolución. Mediante técnicas de imagen se llega al diagnóstico de colecistitis más colelitiasis y pancreatitis aguda de origen no biliar, pero sin embargo en la Colangiopancreatografía retrograda endoscópica se diagnostica la presencia de áscaris en vía biliar por lo que se extrae de manera efectiva y con posterior recuperación de la paciente al no presentar más complicaciones.

Conclusiones: Se analizó los problemas relacionados con el presente caso clínico, así como a la revisión bibliográfica, de esta manera se caracterizó a pacientes con presencia de fístulas colecistogástricas, así como su manejo y posibles complicaciones.

Palabras clave: pancreatitis aguda, áscaris lumbricoides, diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT

Objective: To characterize patients with acute pancreatitis secondary to bile duct ascariasis and to identify the possible complications they present.

Materials and methods: Retrospective descriptive study of clinical case analysis.

Discussion: A case of a 61-year-old female patient is reported who presents with a picture of abdominal pain located at the level of the right upper quadrant

of great intensity and long evolution. By means of imaging techniques, the diagnosis of cholecystitis plus cholelithiasis and acute pancreatitis of non-biliary origin is reached, but nevertheless, the presence of áscaris in the bile duct is diagnosed in retrograde endoscopic cholangiopancreatography, which is why it is extracted effectively and with subsequent recovery of the patient did not present more complications.

Conclusions: The problems related to the present clinical case were analyzed, as well as the bibliographic review, in this way patients with the presence of cholecystogastric fistulas were characterized, as well as their management and possible complications.

Key words: acute pancreatitis, lumbricoides áscaris, diagnosis, treatment.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una de las principales enfermedades que en ocasiones puede ser grave evolucionando de un fenómeno local a tener repercusiones sistémicas, culminando en un síndrome de respuesta inflamatoria con desarrollo de fallo multiorgánico que puede ser mortal. Por lo tanto, es de suma importancia diagnosticar de forma

rápida al igual que instaurar un adecuado tratamiento para evitar las complicaciones que produce esta patología. (Donaldo Bustamante, 2018)

La activación prematura de las enzimas digestivas liberadas por el páncreas exocrino, principalmente la transformación del tripsinógeno a tripsina termina provocando la autodigestión y la estimulación potente de macrófagos que inducen a la liberación de citoquinas inflamatorias, que juega un papel fundamental en la patogénesis de la pancreatitis aguda. (Rodrigo Velázquez de la Vega, 2019)

Un punto clave es conocer la etiología de la pancreatitis aguda, ya que en nuestro medio los cálculos biliares ocupan la primera causa (40%), siendo más prevalentes en mujeres y en segundo lugar se encuentra el alcohol que es más característicos del sexo masculino. (Frank Czul, 2017) Además, cerca del 80% de las presuntivas pancreatitis idiopáticas son causadas por microlitiasis, observando la importancia del hallazgo ocasional en las ecografías abdominal de barro biliar en el fondo vesicular originando una obstrucción del conducto pancreático. (Urbina, 2020) El consumo de alcohol prolongado, 4 a 6 bebidas por día en un periodo de más

de 5 años, logran disminuir el umbral de activación de la tripsina lo que conlleva a necrosis celular, dándose más frecuentemente en hombres. (Enrique de Madaria, 2018)

Entre las diversas causas de pancreatitis aguda encontramos la hipertrigliceridemia, trastornos metabólicos del calcio, infecciones víricas, bacteriana o parasitarias, donde se centra el presente estudio, ya que la helmintiasis más frecuente del tracto gastrointestinal en el mundo es la causada por áscaris lumbricoides, debido a que cerca de mil millones de personas a nivel mundial se encuentran infestadas siendo más prevalente en niños. (Edwin Arauz Valdes, 2020)

La mayor parte de los casos sigue un curso benigno y asintomático pero los parásitos adultos pueden invadir los conductos biliares o pancreáticos originando obstrucciones de la vía biliar lo que provoca cuadros severos de colangitis, pancreatitis, pyleflebitis y en el peor de los casos abscesos hepáticos. (Martín Guidi, 2019) por esta razón es usual y recomendado instaurar tratamiento antihelmíntico a todos los pacientes que cursen con un cuadro de pancreatitis aguda sea cual fuese su etiología. (Luis Javier Alvarez Moyon, 2020)

La clínica típica que nos orientan en el diagnóstico de la pancreatitis aguda se basa principalmente en el dolor abdominal intenso a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho con irradiación en hemicinturón acompañado de náusea y vómitos, iniciándose después de la ingesta de comida copiosa, grasosa o alcohol. (Colindres, 2018) En la exploración física son variables y puede incluir fiebre, hipotensión, taquicardia, taquipnea, ictericia, diaforesis y alteración del estado de conciencia. Raramente, en la pancreatitis hemorrágica aparece una gran equimosis en los flancos (signo de Grey-Turner) o en el área periumbilical (signo de Cullen). (Fernando Lipovestsky, 2016)

En nuestro medio se estima que cerca del 5% de los casos de pancreatitis son secundarios a infección por parásitos exclusivamente áscaris. Esta se presenta usualmente por la invasión del parásito a través del orificio de la ampolla de Vater pudiendo ingresar y anclarse a nivel del conducto biliar y bloqueo del orificio del ducto pancreático, originando la sintomatología correspondiente según la altura de la obstrucción. (Donaldo Bustamante Durón, 2018)

Dentro de los factores de riesgo se encuentra principalmente en relación

del sistema inmune del huésped, en el caso de la paciente del presente caso se encontraba disminuido acompañado de una anemia crónica megaloblástica por una posible enfermedad de médula espinal. (Castillo, 2017) El medio ambiente, el nivel socioeconómico bajo, el nivel de educación y las condiciones sanitarias son relevantes a la hora de instaurarse dicha patología parasitaria. Asimismo, se presenta típicamente en mujeres, entre los 35 y 55 años, considerando un mayor factor de riesgo frente a la intervención previa de la vía biliar. (Gastón Marmo, 2016)

El diagnóstico se realiza con la identificación directa o imagenológica del parásito, siendo así la tomografía el gold estándar para visualizar mejor el páncreas y el espacio peripancreático así como la vía biliar intra y extra hepática, encontrando el signo tomográfico típico de la doble riel, cuando el nematodo se encuentra alejado a nivel del conducto colédoco o pancreático. Además la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica no solo nos da el diagnóstico ya que puede utilizarse como medio terapéutico. (María Dolores Casado Maestrea, 2019)

El principal eje de tratamiento se basa en la administración de terapia antihelmíntica, así como la extracción

manual o instrumental del parásito que en este caso se relaciona con el *ascaris lumbricoides*. Raros casos se ha encontrado ascaridiasis hepatobiliar y síndrome obstructivo secundario así como el caso de pancreatitis asociada, donde es difícil la extracción del helminto, por lo que las complicaciones dependerán del tiempo de exposición y que se halle el parásito en cualquier lugar. (Domínguez, 2015)

En este estudio de caso se va a enfocar en el hallazgo de pancreatitis aguda secundaria a ascaridiasis de la vía biliar que en la mayoría de los casos que se relatan en las diferentes literaturas médicas sobre cirugía es de baja incidencia debido a que se presenta de manera sintomática solamente en un estimado del 1 a 5% de las personas adultas. (Gabriel Martínez Herrera, 2018) Por lo que se tomara el abordaje desde el inicio del cuadro clínico, el diagnóstico diferencial y la resolución quirúrgica definitiva, dando un enfoque directo sobre el manejo clínico ya que este tipo de pancreatitis menos frecuentes. (Bello-Suárez, 2019)

DESARROLLO

Metodología a emplear

Se realizó un estudio observacional descriptivo por ser estadístico y demográfico sin intervención por parte

del investigador basado en el comportamiento clínico y de las complicaciones de las enfermedades parasitarias como relación directa de los pacientes con pancreatitis aguda. El análisis del caso clínico se llevó a cabo en el Hospital General Ambato revisando la historia clínica del hallazgo incidental de la pancreatitis secundaria a ascaridiasis de la vía biliar la cual se considera de baja incidencia en nuestra población.

Presentación del caso

Se trata de una paciente femenina de 61 años de edad, con antecedentes patológicos personales de importancia; obesidad, anemia crónica megaloblástica con presencia de reticulocitos elevados, hipercolesterolemia en tratamiento con estatinas tipo rosuvastatina 20 miligramos diarios durante 3 años, hipertensión arterial diagnóstica y tratada hace 10 años con IECAS y calcioantagonistas tipo Dueto (Losartán 100mg + Amlodipino 5mg) una vez al día y litiasis vesicular.

Ingresa al servicio de emergencia por un cuadro de dolor abdominal tipo cólico de más o menos 24 horas de evolución siendo de moderada a gran intensidad localizándose a nivel de hipocondrio derecho con irradiación en hemicinturón y región dorso escapular,

teniendo como causa aparente la ingesta de comida copiosa, con incremento del dolor después de 30 minutos de las comidas donde se acompañándose de náusea y vómito en varias ocasiones. Además, refiere palidez, ictericia, anorexia y decaimiento generalizado, por lo que acude a médico particular quien instauro tratamiento sin presentar ninguna mejoría.

Al examen físico paciente consciente orientado en las tres esferas con Glasgow 15/15 (V4 O5 M6), con escleras y conjuntivas ictéricas, disminución del llenado capilar con palidez generalizada, presentando abdomen suave depresible doloroso a la palpación tanto superficial como profunda a nivel de hipocondrio derecho, con presencia de focalidad vesicular con signo de Murphy positivo y a la auscultación con presencia de ruidos hidroaéreos normales, sin presencia de signos de Grey Turner ni Cullen.

Se solicitan exámenes complementarios, analítica de sangre con hemoglobina 5,25, hematocrito 18%, presencia de leucocitosis de 16.700 con la fórmula leucocitaria con desviación a la izquierda con neutrófilos del 82% y linfocitos 17%. En la química sanguínea con, BT 9.45, BD

4.40, BI 5.05, Amilasa: 1200, Lipasa 875, TGO 120, TGP 85, Gamma GT 375, Fosfatasa Alcalina 267, con resto de exámenes complementarios dentro de parámetros normales.

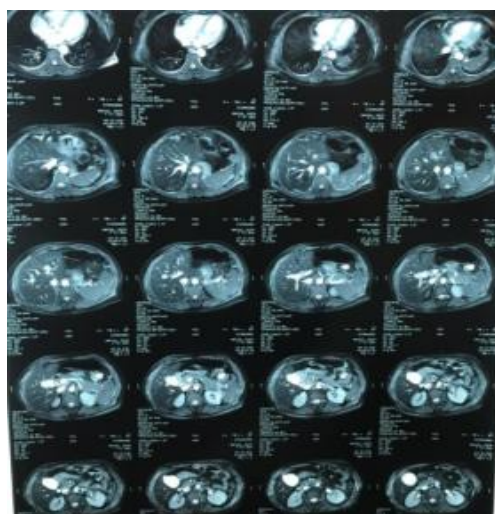
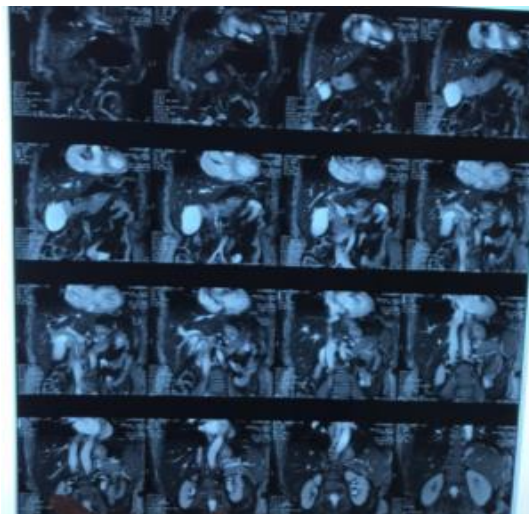
En exámenes imagenológicos, ecografía abdominal con vesícula biliar distendida con pared engrosada, edematosa, que mide 9,7 mm con múltiples litos en su interior entre ellos miden 9, 12 y 14 mm y presencia de barro biliar en abundante cantidad así

como el signo de Murphy ecográfico positivo. Así como dilatación de la vía biliar intra hepática del lado izquierdo, con presencia de cálculo a nivel de parte distal del conducto cístico. Por lo que se complementa con una colangiorensonancia donde confirman la presencia de múltiples imágenes sugestivas de litos a nivel de todo el recorrido del conducto colédoco y porción distal del conducto pancreático.



Fuente: Datos de la historia clínica del paciente. Servicio de Cirugía General del Hospital General Ambato

Elaborado por: Autores del artículo



Al encontrarse con criterios muy fuertes y fuertes en relación a predictores clínico de coledocolitiasis asociada a pancreatitis aguda, tales como calculo en el colédoco evidenciado por ecografía, bilirrubinas mayores de 4mg/dl, dilatación del conducto biliar mayor de 6 mm y exámenes alterados en perfil hepático, se procede a la realización de Colangiopancreatografía retrograda endoscópica, donde se

evidencia a nivel de la segunda porción del duodeno papila de aspecto normal con presencia de un áscaris, con vía biliar extrahepática de más o menos 5 mm de diámetro sin evidencia de cálculos en su interior y sin vía biliar intrahepática dilatada. Por lo que se realiza esfinterotomía con extracción del áscaris de la vía biliar con asa de polipectomía y sin evidencia de litos.

Fuente: Datos de la historia clínica del paciente. Servicio de Cirugía General del Hospital General Ambato

Elaborado por: Autores del artículo



Fuente: Datos de la historia clínica del paciente. Servicio de Cirugía General del Hospital General Ambato

Elaborado por: Autores del artículo

Discusión del caso

La incidencia de la pancreatitis secundaria a *A. lumbricoides* se corresponde con un 5% y generalmente se debe a ciertos factores de riesgo entre los que destacan; colecistectomía, la Colangiopancreatografía retrograda endoscópica, sistema inmunocomprometido, el embarazo, coledocolitotomía, esfinteroplastia, alteración a nivel del esfínter de Oddi

secundario a los niveles plasmáticos de progesterona. (Colindres, 2018)

Asimismo, cuando los gusanos adultos migran hacia la vía biliar, la irritación causada por el helminto o sus excretas puede desencadenar en cólico biliar y espasmo del esfínter de Oddi, acompañado de obstrucción de la vía biliar. En la Ascaridiasis biliar lo más frecuente es que uno o más áscaris invadan el sistema biliar encontrando

mayor predisposición en mujeres respecto a hombres, esto se halla en estrecha relación a la actividad hormonal ya que actúa a nivel del músculo liso provocando relajación. (Edwin Arauz Valdes, 2020)

El ultrasonido es el método de elección más útil al ser rápido, seguro, accesible y no invasivo. Es altamente sensible y específico para visualizar un gusano en el sistema biliar, ya que determina la posición anatómica de los gusanos, su movilidad, número, ubicación ya sea intra o extrahepática en el sistema biliar y posibles complicaciones. Además, pudiendo repetirse si se sospecha que el helminto cambio de posición y al no tener irradiación además se puede usar en personas embarazadas o inmunocomprometidas. (Luis Javier Alvarez Moyon, 2020)

La ascaridiasis biliar no complicada debe ser tratada de forma conservadora, ya que la eliminación espontánea de *Áscaris Lumbricoides* ocurre hasta en 80% de los casos, como ocurrió en esta paciente. El manejo conservador consiste en el uso de fármacos antihelmínticos de elección como Mebendazol, Albendazol o pamoato de pirantel, así como antiespasmódicos y antibióticos en casos de colangitis. (Enrique de Madaria, 2018)

Considerando un tratamiento exitoso depende del paso de los gusanos al intestino delgado, donde actúa de mejor forma el fármaco. Si no se logra el paso del helminto hacia el tracto gastrointestinal la CPRE tiene un doble papel para permitir un diagnóstico de precisión de la ubicación en la vía biliar y el tratamiento de esta enfermedad, quitando los gusanos y descomprimiendo el conducto biliar. Sin embargo, la cirugía está indicado cuando falla el tratamiento médico o la colangiografía endoscópica retrógrada o cuando se presente deterioro clínico. (Urbina, 2020)

CONCLUSIONES

- Con el presente análisis de caso clínico se logró caracterizar a pacientes que presentan pancreatitis aguda secundaria a ascaridiasis de vía biliar basándose en su forma de presentación, es decir, el cuadro clínico de la patología y los resultados de exámenes complementarios.
- Tras el análisis del caso clínico y la revisión bibliográfica respectiva se puede acotar que los factores de riesgo para el desarrollo de pancreatitis aguda secundaria a ascaridiasis son el género femenino, las

enfermedades sistémicas como la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, obesidad, las dislipidemias, incremento hormonal, desnutrición y compromiso del sistema inmunitario.

- La Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada es útil no solo para el diagnóstico en casos de sospecha de complicaciones biliares, sino también permite aplicaciones terapéuticas tales como la extracción de los parásitos, descompresión del conducto biliar y la administración intraductal de antihelmíntico.
- Es importante reconocer el manejo integral y el uso adecuado de los métodos diagnósticos y terapéuticos al momento del tratamiento de casos similares al detallado. Asimismo, la mayor parte de los pacientes tienen un buen pronóstico y responden adecuadamente a la terapia establecida, ya que muy pocos casos llegan a complicarse.

RECOMENDACIONES

- La importancia del conocimiento sobre la terapéutica de casos similares al estudiado es de suma importancia por lo que se

encuentra sumamente necesario el ofrecer información sobre la patología basándose en artículos científicos actualizados y en fuentes bibliográficas relacionados con el reporte de casos similares, que ayuden y sean útiles como guía para las distintas prácticas clínicas.

- Con el paso del tiempo no se debe dejar de hacer énfasis en la importancia del correcto empleo que proporciona la historia clínica por eso es fundamental la insistencia de instruir e incentivar al equipo médico sobre la realización de una correcta anamnesis y lo significativa de esta para el correcto manejo y diagnóstico de la patología
- Es crucial impulsar a todo el equipo de salud a cargo de la atención del paciente sobre la importancia de una correcta solicitud de pruebas complementarias que ayuden a la optimización de una atención eficaz y oportuna a su vez para poder realizar un seguimiento de la evolución del paciente.

REFERENCIAS

Bello-Suárez, A. (2019). Tratamiento de Ascariasis hepatobiliar. *Revista*

- apoyada por los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander(12), 120-130. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v33n1/1794-5240-muis-33-01-67.pdf>
- Castillo, H. F. (Julio de 2017). Pancreatitis aguda por Ascaris Lumbricoides: presentación de un caso clínico. *REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD*, 3(2), 1-10. Obtenido de <http://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/41/231>
- Colindres, J. C. (2018). PANCREATITIS AGUDA. *Asociación Hondureña de Gastroenterología*, 4(2), 125-130. Obtenido de <https://www.medfinis.cl/img/manuales/pancreatitis.pdf>
- Domínguez, R. R. (2015). Pancreatitis aguda por Ascaris lumbricoides. *Revista Gastroenterologica Española*, 145(6), 273-274. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-pancreatitis-aguda-por-ascaris-lumbricoides-S0025775314007696>
- Donaldo Bustamante Durón1*, A. G. (Julio de 2018). Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. *Revista Gastroenterologica de Honduras*, 12(3), 130-140. Obtenido de <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/pancreatitis-aguda-evidencia-actual.php?aid=22310>
- Donaldo Bustamante, A. G. (julio de 2018). Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. *Acute Pancreatitis: Current Evidence. iMedPub Journals*, 14(1.4), 1-20.
- Edwin Arauz Valdes, F. P. (2020). Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión. *Rev Med Cient [Internet].*, 33(1), 67-88. Obtenido de <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/570>
- Enrique de Madaria, J. F. (Junio de 2018). Pancreatitis aguda. *Unidad de Patología Pancreática. Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva.*, 12(4), 125-139.
- Fernando Lipovestky. (2016). Pancreatitis aguda. Su manejo en Cuidados Intensivos. *MEDICINA INTENSIVA*, 3(1), 10-30. Obtenido de <https://www.sati.org.ar/files/guias/461-2105-1-PB.pdf>
- Frank Czul1, E. C. (abril - junio de 2017). Una actualización de pancreatitis crónica: artículo de revisión. *Revista Latinoamericana de Gastroenterología*, 37(2).
- Gabriel Martínez Herrera, C. U. (2018). REPORTE DE UN CASO DE PANCREATITIS AGUDA CAUSADA POR ASCARIS LUMBRICOIDES EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, 25(4), 441 - 444. Obtenido de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133k.pdf>

Gastón Marmo, C. V. (2016). Ascaris lumbricoides: una causa de pancreatitis aguda. *Archivos de Gastroenterología del Uruguay*, 18(2), 210-220. Obtenido de

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000100006

Luis Javier Alvarez Moyon, K. N. (julio de 2020). Antibioticoterapia en pancreatitis aguda. *RECIAMUC*, 4(1), 179-189. Obtenido de <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/450>

María Dolores Casado Maestrea, J. (2019). Ascariasis pancreática que simula un tumor pancreático. *Revista de Gastroenterología y Hepatología Española*, 34(7), 464-467. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-ascariasis-pancreatica-que-simula-un-S0210570511001580>

Martín Guidi, L. C. (2019). actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 49(4), 307-320. Obtenido de <http://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>

Rodrigo Velázquez de la Vega, L. (agosto de 2019). Pancreatitis aguda y necrosis pancreática: conceptos

actuales y tratamiento. *Cirujano General*, 35(4), 147-151.

Urbina, D. V. (julio de 2020). Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. *Revista Médica Sinergia*, 7(5), 120-140. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>