

Apoyo de los métodos de imagen para el Diagnóstico de Áscaris complicado en la vía biliar. Reporte de un caso.

¹Esteban Andrés Robalino Torres, ²Jorge Ramiro Aldean, ³Verónica Espinoza Arregui, ⁴Ricardo Chong, ⁵Javier Camacho

¹Médico Postgradista B1 | Universidad San Francisco de Quito, Hospital Carlos Andrade Marín.

²Médico Postgradista B4 | Universidad Central del Ecuador, Hospital Carlos Andrade Marín.

³Médico Tratante de Radiología. | Hospital Carlos Andrade Marín.

⁴Médico Tratante Hepatólogo | Hospital Carlos Andrade Marín.

⁵Médico Tratante Gastroenterología | Hospital Carlos Andrade Marín.

Enviado: 19-01-2016 | Aceptado: 16-03-2016

Resumen

Introducción: El presente caso nos permite revisar la utilidad de los diferentes métodos de imagen en la ascariasis en vía biliar a través del ultrasonido abdominal (US), la colangiografía (MRCP), la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE/ERCP) para el diagnóstico y/o tratamiento, para conocer el escenario de esta patología y definir los protocolos de diagnóstico por imagen y abordaje de la misma. La sensibilidad y especificidad de cada uno de los mismos en las diferentes series mundiales.

Reporte de Caso: Nos apoyamos en la presentación de un caso clínico de una paciente proveniente del Oriente, que acude con cuadro de dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho, ictericia de 15 días de evolución, es transferida al Hospital Carlos Andrade Marín donde se realizaron estudios complementarios dentro de los cuales varios métodos de imagen, se describen los hallazgos en esta patología, así como protocolizar los métodos de imagen.

Discusión: El ultrasonido es un método eficaz, accesible, no costoso, en manos expertas tiene elevada sensibilidad, al encontrar hallazgos concluyentes no se requiere el apoyo de otros métodos de imagen adicionales y en caso de ascariasis complicada como en nuestra paciente se debe proceder directamente a CPRE con extracción del parásito, en caso de no tener hallazgos concluyentes nos podemos apoyar de métodos como una colangiografía.

Palabras Clave: Áscaris en vía biliar, métodos de imagen, ultrasonido, colangiografía, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Abstract

Introduction: This report let us review the usefulness of different imaging methods in common bile duct ascariasis like abdominal ultrasound, magnetic resonance cholangiopancreatography, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for the diagnosis and / or treatment, to know the stage of this disease and to define the imaging protocols and addressing it. The sensitivity and specificity of each of them in different world series.

Case Report: This is a clinical case of a patient from the Eastern region of Ecuador who was admitted to our hospital with a crampy abdominal pain focused in the right upper quadrant and jaundice that started 15 days before he was transferred to us. Imaging tests performed helped us to find out the problem and prescribe a proper treatment.

Discussion: Ultrasound is an effective, accesible and inexpensive tool in expert hands. When the initial findings are not conclusive, other imaging methods can be applied, like Nuclear Magnetic Resonance cholangiopancreatography. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) can be used in case of complicated ascariasis, as in our patient, to remove the parasite.

Keywords: Ascaris in biliary tract imaging methods, ultrasound, magnetic resonance cholangiopancreatography, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Introducción

Ascaris Lumbricoides es el parásito helmíntico más común que afecta al tracto gastrointestinal^{1,2}. Hay ciertas condiciones que incrementan el riesgo de infestación y que aparece ligado a una baja condición socioeconómica y saneamiento inadecuado². El proceso inicia con la ingestión de huevos de áscaris a través de agua, tierra o suelo contaminado, es más común en adultos que en los niños debido al menor calibre de la vía biliar. En estos últimos existen varias presentaciones, la más seria es la ascariasis biliar¹, que puede desarrollar serias complicaciones como colecistitis aguda (6.5%), colangitis aguda (15.6%), ictericia obstructiva (9.1%) coledocolitiasis (6.5%), absceso hepático (2.6%), pancreatitis aguda (6.5%) e inclusive peritonitis biliar^{3,4,10}, es importante tener en cuenta los antecedentes clínicos, el historial clínico y estudios complementarios, así como establecer el diagnóstico diferencial con otras patologías que pueden ser causa de obstrucción biliar como barro biliar denso en la vía biliar, stents de la vía biliar, coledocolitiasis, tumores intrínsecos y extrínsecos de la vía biliar, colangitis esclerosante primaria, colangiopatía por SIDA, pancreatitis aguda y crónica, estenosis después de procedimientos⁵.

El ultrasonido abdominal ha demostrado tener una elevada eficacia para el diagnóstico, no invasivo, es barato y disponible en todos los centros privados y públicos de nuestro país, pese a su mayor limitación, la interposición de gas, además de ser operador dependiente. Otros métodos de imagen podrían ser un apoyo para el diagnóstico de la patología, el ultrasonido focalizado en obstrucción de la vía biliar en manos expertas tiene una sensibilidad del 58.3 % y una especificidad del 82.5 %, VPP del 66.6% y VPN 76.4%^{1,4,6}. Los hallazgos sonográficos incluyen una imagen lineal ecogénica que no proyecta sombra acústica posterior (signo de la doble riel) o signo del espagueti^{1,4,7}. En algunos casos, cuando el ultrasonido no es concluyente se puede recurrir a métodos más sofisticados como la colangiorenoscopia (MRCP), donde pueden aparecer como defectos lineales hipointensos serpentiginosos en el área afectada en las diferentes secuencias^{1,6,3,8}. La MRCP, en obstrucción de la vía biliar, tiene una sensibilidad del 95.8%, especificidad 87.5%, VPP 82.14%, VPN 97.2%^{5,6}. La CPRE es un método diagnóstico y terapéutico superior a la MRCP, por permitirnos realizar el tratamiento en caso de ser necesario. Un estudio estableció que la CPRE, en obstrucción biliar tenía una sensibilidad estimada del 80-93% y especificidad del 99-100%. Sin embargo, esta técnica es invasiva, requiere de profesionales con experiencia y puede presentar complicaciones como pancreatitis, sangrado o perforación, por lo que se la reserva para casos seleccionados^{1,5}.

El tratamiento de la ascariasis en vía biliar suele ser conservador con reposo intestinal, hidratación, analgésicos y antiparasitarios, sin embargo en casos complicados, falla del tratamiento conservador o permanencia prolongada del parásito en la vía biliar, puede poner en riesgo la vida de los pacientes y requiere la extracción del mismo por endoscopia con esfinterotomía o cirugía^{1,3,10}.

Caso clínico

Se trata de una paciente femenina de 55 años de edad, nacida y residente en el oriente ecuatoriano (Napo), sin antecedentes de importancia, condición socioeconómica baja. Transferida al servicio de urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín por presentar un cuadro de dolor abdominal de 15 días de, tipo cólico, de gran intensidad localizado en epigastrio; se irradia a hipocondrio derecho y región dorsal, acompañado de náusea que lleva al vómito por varias ocasiones de contenido alimentario. Acudió a un médico particular, ocho días después del inicio de los síntomas. Recibió antihelmínticos y analgésicos con los que mejoró parcialmente el cuadro, pero al reagudizarse 12 horas después, fue transferida al HCAM.

Al ingreso, hemodinámicamente estable, álgica, sin ictericia. El abdomen era doloroso a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy positivo, RHA conservados, resto del examen físico normal.

Se solicitan exámenes complementarios que son normales, excepto las enzimas hepáticas: Bilirrubina Total: 0.54, Bilirrubina directa 0.08, Bilirrubina Indirecta 0.46, AST 61.5, ALT 57.6, Fosfatasa Alcalina 213, GGT: 142 (8-61). Lipasa: normal.

Con estos hallazgos se solicita un ultrasonido abdominal que reportó:

Hígado de forma tamaño y ecogenicidad conservada, sin lesiones parenquimatosas focales, vesícula biliar distendida (volumen de 54 cc), de pared engrosada (mide hasta 5.1 mm), con varios cálculos en su interior con diámetros entre 4-7 mm, se aprecia dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas, colédoco mide hasta 20 mm. Se advierte imagen en doble riel que se extiende desde la vía biliar intrahepática izquierda hasta la cuarta porción del colédoco, misma que mide aproximadamente 20 cm de longitud, no móvil al momento del estudio. **Figuras 1-2.**

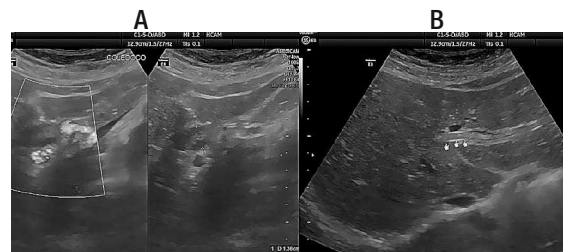


Figura 1: A: Ultrasonido Abdominal. Conducto colédoco a nivel del hilio dilatado (13mm). **B:** Imagen lineal ecogénica en su interior (imagen en doble riel).

Fuente: Servicio de Imagenología HCAM 2015.



Figura 2: A: Vesícula biliar distendida con presencia de litos que proyectan sombra acústica posterior, miden entre 4 y 6.8 mm de diámetro. **B:** Pared de la vesícula engrosada, mide 5.1 mm.

Fuente: Servicio de Imagenología HCAM 2015.

Luego de estos hallazgos se le practicó MRCP,

secuencias ponderadas en T2: SSSFSE (single shot fast spin echo), HASTE (Half Fourier acquisition single shot turbo spin echo) donde se apreció un Hígado de forma, tamaño e intensidad conservados, sin lesiones focales parenquimatosas, vesícula de volumen e intensidad conservada, pared engrosada, mide hasta 6 mm, con vacíos de señal en su interior que miden entre 5 y 7 mm en relación con litos.

Además se apreció vacío de señal lineal, de aspecto en espagueti, que se extiende desde las vías intrahepáticas izquierdas hasta la porción distal del conducto colédoco, sugerente de parasitosis en vía biliar más colelitiasis más colecistitis aguda secundaria a obstrucción de la vía biliar. **Figura 3.**

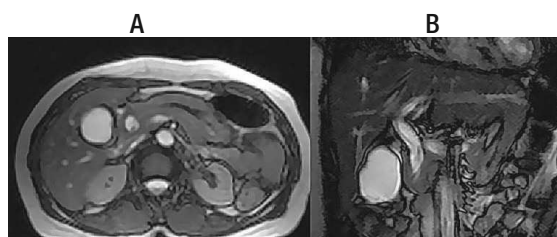


Figura 3. A: Colangiografía (MRCP) Secuencia HASTE, dilatación de colédoco con vacío de señal localizado hacia pared posterior. **B:** Secuencia HASTE, defecto lineal hipointenso serpiginoso que se extiende desde la vía biliar intrahepática izquierda hacia la porción distal del colédoco

Fuente: Servicio de Imagenología HCAM 2015.

Con estos hallazgos se ingresó a la paciente y programó la realización de CPRE. El informe fue el siguiente:

- Con equipo de visión lateral se avanza hasta segunda porción duodenal y encuentra una papila de ubicación habitual, de configuración normal, con pequeña lesión a través de la cual se evidencia salida de bilis a 8 mm de papila nativa. Luego de canularla se encuentra el colédoco dilatado con imagen de defecto tubular en su interior y se realiza esfinterotomía biliar con esfinterotomo de arco. Se realiza barrido de la vía biliar con balón extractor de 1 cm, extrayéndose parásito inmóvil desde la vía biliar. Salida de bilis negruzca al final del procedimiento.
- Durante la CPRE se observó una imagen radiolúcida alargada y plegada en el conducto colédoco con dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda.

Figura 4.



Figura 4. Colangiografía: imagen radiolúcida alargada y plegada en el conducto colédoco con dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda. A la izquierda se observa la imagen radiolúcida tubular previo a la extracción del parásito. A la derecha se aprecia dilatación de la vía biliar intrahepática y el colédoco en su porción más proximal pero ya sin la imagen tubular radiolúcida dentro del mismo.

Fuente: Servicio de Gastroenterología HCAM 2015.

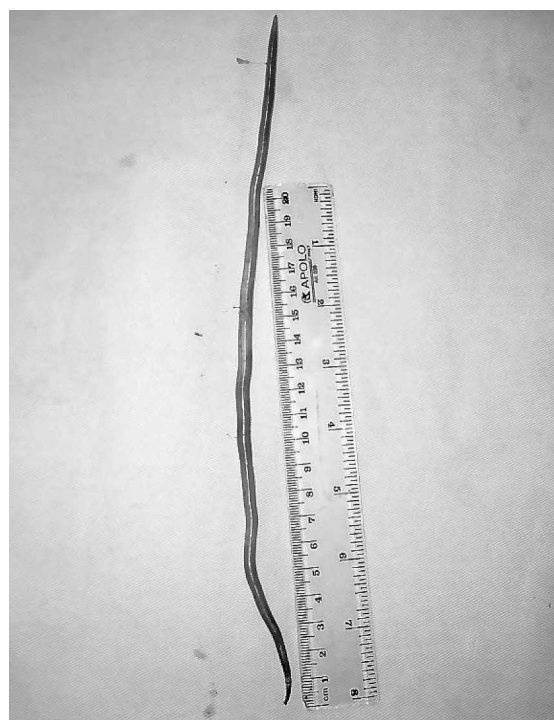


Figura 5. Imagen del parásito (áscaris lumbricoides) inmóvil extraído. Longitud: 30 cm.

Fuente: Servicio de Gastroenterología HCAM 2015.

Evolución

Luego del procedimiento (CPRE) la paciente mejoró notablemente y cedió el dolor abdominal. Permaneció hospitalizada durante 48 horas y fue dada de alta.

Discusión

Este caso nos demuestra que el valor de la ecografía no debe ser subestimado, por su alta sensibilidad y especificidad en manos bien entrenadas, pese a la disponibilidad de métodos de imagen más sofisticados como la colangiografía (MRCP), por lo que la ecografía sigue siendo el examen de elección. Únicamente en pacientes en los que el ultrasonido no es concluyente se complementaría con MRCP. En el caso de nuestra paciente podría no haber sido necesario realizarle la MRCP, dados los datos concluyentes del ultrasonido.

El tratamiento del Áscaris en vía biliar suele ser conservador con reposo intestinal, analgésicos-antiespasmódicos, hidratación intravenosa y antiparasitarios. Si no hay respuesta al tratamiento conservador, como en el caso descrito, y el parásito persiste por más de 3 semanas de observación en la vía biliar o si hay un riesgo potencial de complicaciones como colangitis aguda o pancreatitis aguda, por invasión del conducto pancreático, se recomienda la CPRE para la extracción del parásito^{1,4,9}.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores

Fuente de financiamiento

Personal.

Abreviaciones

US: Ultrasonido

MRCP: Colangiografía resonancia

SSSFSE: Single shot fast spin echo

HASTE: Half Fourier acquisition single shot turbo spin echo

CPRE o ERCP: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Referencias

1. *Multiforme G. Best Cases from the AFIP. Radiographics.* 2007;26:883–8.
2. *Echazú A, Bonanno D, Juárez M, Cajal SP, Heredia V, Caropresi S, et al. Effect of Poor Access to Water and Sanitation As Risk Factors for Soil-Transmitted Helminth Infection: Selectiveness by the Infective Route. PLoS Negl Trop Dis.* 2015;9(9):e0004111.
3. *Catalano OA, Sahani D V., Kalva SP, Cushing MS, Hahn PF, Brown JJ, et al. MR Imaging of the Gallbladder: A Pictorial Essay1. RadioGraphics.* 2008;28(1):135–55.
4. *Keating A, Quigley JA, Genterola AF. Obstructive jaundice induced by biliary ascariasis. BMJ Case Rep.* 2012;(1364):2–4.
5. *Freeman ML. Official reprint from UpToDate® www.uptodate.com ©2015 UpToDate®.* 2015;1–21.
6. *O RD, A TJM, I CG, T SJR. Colangiografía resonancia (Cprm) Vs Ultrasonido (Us) Focalizado En Pacientes Con Ictericia O Sospecha. Rev Chil Radiol.* 2003;9(1):173–81.
7. *Lynser D, Handique A, Daniala C, Phukan P, Marbaniang E. Sonographic images of hepato-pancreatico-biliary and intestinal ascariasis: A pictorial review. Insights Imaging.* 2015;6(6):641–6.
8. *Sundriyal D, Bansal S, Kumar N, Sharma N. Biliary ascariasis: radiological clue to diagnosis. Oxford Medical Case Reports.* 2015.
9. *Phisalprapa P, Prachayakul V. Ascariasis as an unexpected cause of acute pancreatitis with cholangitis: a rare case report from urban area. JOP.* 2013;14(1):88–91.
10. *Sotto Mayor J, Esperança S. Gastric Ascaris Infection. N Engl J Med.* 2015;373(15):e18.
11. *Said A, Muhammad A, Maysoon M, Masood UR, Amer AJ. Biliary ascariasis leading to choledocholithiasis, cholangitis, hepatic abscesses and gram negative septicemia. Anaesthesia, Pain Intensive Care.* 2012;16(2):186–8.