

CASO CLINICO

## Diagnóstico y tratamiento de la ascariasis del colédoco mediante colangiografía endoscópica

JOSÉ RAMÍREZ-DEGOLLADO\* † y  
JORGE PENICHE-BOJÓRQUEZ †

*Se describen dos casos de invasión del conducto colédoco por áscaris adultos. El diagnóstico definitivo se realizó mediante colangiografía endoscópica. En una paciente se extrajo el parásito mediante intervención quirúrgica, en tanto que en otra se logró la expulsión del parásito después de instilar piperazina directamente en el conducto colédoco.*

La ascariasis es la infestación por helmintos más frecuente en el hombre. En la mayoría de los casos, los parásitos adultos habitan en el yeyuno e íleon y producen poca sintomatología. Ocasionalmente pueden tener localización extraintestinal; la más frecuente es la presencia de los ascárides en las vías biliares.<sup>1-3</sup> Los síntomas que ocasionan los parásitos en el colédoco son los de una ictericia obstructiva. En algunos pacientes se pueden sospechar cuando se realiza una colangiografía endovenosa o percutánea. El diagnóstico y el tratamiento se establecen quirúrgicamente.<sup>4,5</sup>

No existen en la literatura médica informes de ascárides en el colédoco diagnosticados mediante colangiografía endoscópica. Se presentan dos casos, en uno de los cuales se practicó el tratamiento definitivo durante el procedimiento endoscópico.

Caso 1. Mujer de 33 años, con hábitos higiénicos deficientes, que fue internada en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General. Entre sus antecedentes tenía colecistectomía por litiasis vesicular y expulsión de helmintos por el recto en varias ocasiones. Un mes antes de su ingreso al hospital, presentó ictericia de mediana intensidad, coluria, dolor en hipocondrio derecho y fiebre. La exploración física practicada a su ingreso reveló ausencia de ictericia, 37°C. de temperatura, pulso de 80/min. y tensión arterial de 100/70; aparato cardiopulmonar normal y en el abdomen, una cicatriz paramediana derecha supra e infraumbilical. Los exámenes de laboratorio informaron: hemoglobina, 11.2 g./dl.; leucocitos 10,200/mm<sup>3</sup>; 4% de eosinófilos. Glucosa 114, urea 21, creatinina 0.8, colesterol 120, bilirrubina directa 0.18, bilirrubina indirecta 0.18 mg./dl.; proteínas totales, 6.4 g./dl.; TGO 18, TGP 12 y DHL 280 U. Los exámenes coproparasitológicos demostraron huevecillos de ascárides y de tricocéfalos. Los estudios radiológicos de tórax y abdomen fueron normales.

Con el diagnóstico de probable coledocolitiasis se practicó colangiografía endovenosa. En una de las radiografías obtenidas de cortes tomográficos, apareció en el colédoco un defecto de llenado, de un centímetro de longitud. Se pensó que podría corresponder a un ascáride. Como la opacificación de las vías biliares no fue satisfactoria, se efectuó colangiografía endoscópica. Se utilizó el duodenofibroscopio

\* Académico numerario.

† Servicio de Gastroenterología y Endoscopia. Hospital General. Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

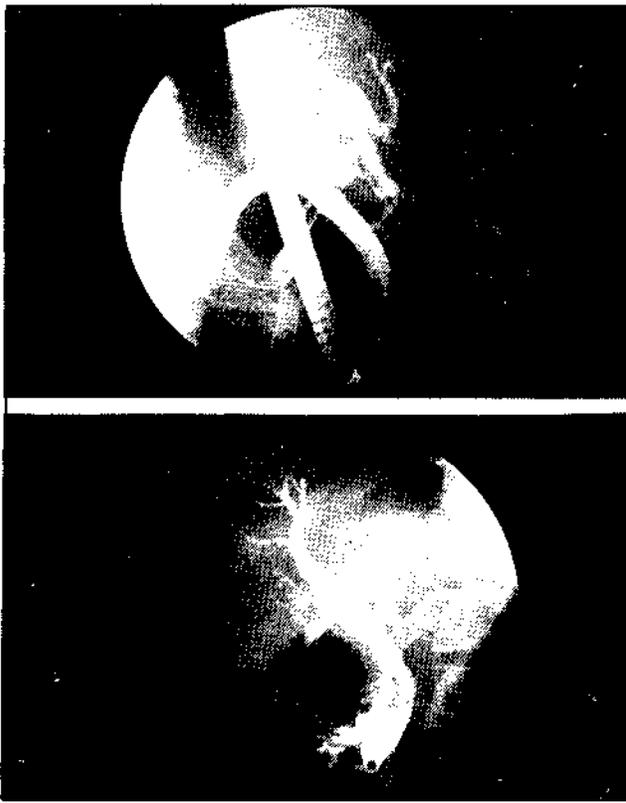


Figura 1. Las vías biliares están dilatadas y se observan dos defectos de llenado en el colédoco.

Olympus JFB-2. La canulación de la papila de Vater se llevó a cabo con la técnica habitual. El estudio radiológico demostró el colédoco dilatado, con dos defectos de llenado longitudinales que ocupaban todo el conducto y se prolongaban hasta las vías biliares intrahepáticas, que también estaban dilatadas. El diagnóstico que se estableció fue de ascáride en el colédoco (fig. 1). Dos días después la paciente fue intervenida quirúrgicamente y se extrajo un ascáride de 25 cm. de longitud, que se encontró doblado sobre sí mismo (fig. 2). La evolución postoperatoria fue satisfactoria. La enferma recibió piperazina para el tratamiento de la ascariidiasis intestinal.

Caso 2. Paciente del sexo femenino, de 38 años de edad, cuyo padecimiento tenía dos años de evolución, con dolor en hipocondrio derecho y epigastrio de tipo cólico e intensidad variable, que se acompañaba de vómitos de color verde. A la exploración física había dolor intenso a la palpación de hipocondrio derecho y epigastrio. No se encontró ictericia. La amilasa sérica de urgencia fue de 720 U. El resto de los exámenes de laboratorio fueron normales o negativos. Se elaboró el diagnóstico de pancreatitis aguda asociada a colecistitis y se instaló el tratamiento habitual. Dos días después de su ingreso la enferma vomitó varios ascárides. La colecistografía fue informada como normal y en la colangiografía endovenosa se observaron defectos de llenado sugestivos de áscaris. Se practicó una colangiografía endoscópica que demostró un defecto de llenado longitudinal en toda la extensión del colédoco y se estableció el diagnóstico de ascariidiasis del colédoco (fig. 3). Enseguida se instiló piperazina directamente al colédoco a través de la cánula y una hora más tarde, la paciente, en un acceso de vómito, expulsó un ascáride muerto de 24 cm. de longitud. La



Figura 2. A, durante la intervención quirúrgica las vías biliares se encontraron dilatadas; B, el ascáride protruye al abrir el colédoco y C, sale por la abertura; D, el parásito en la pinza del cirujano.

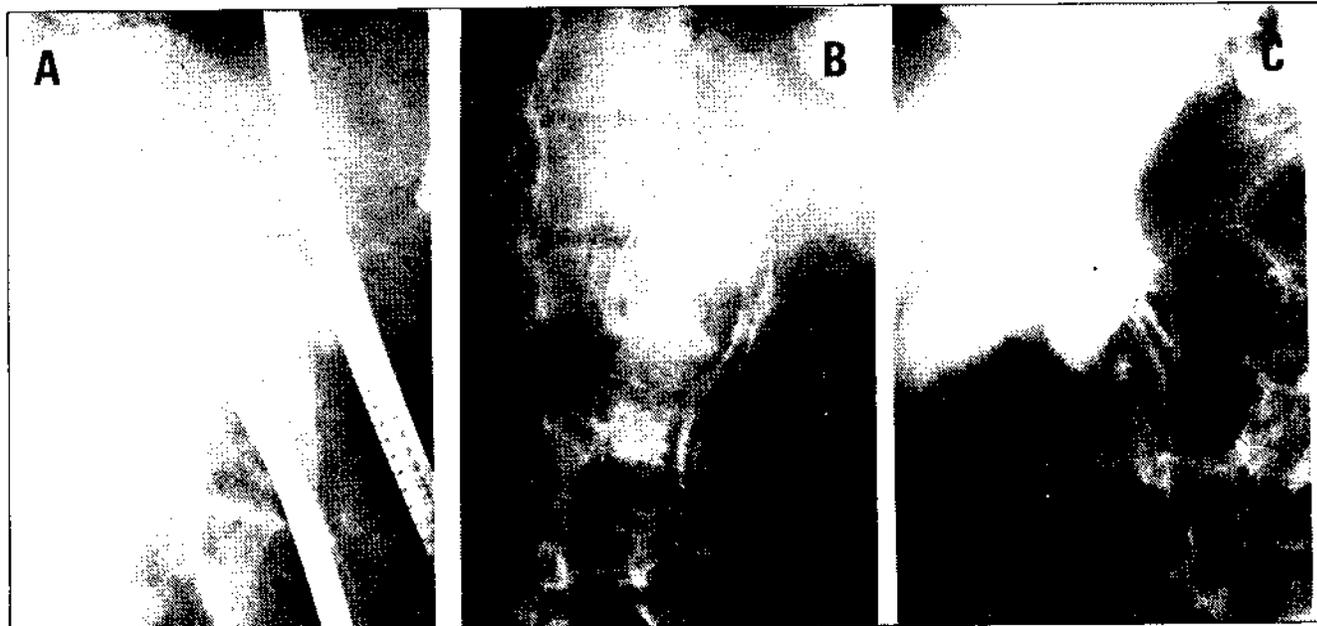


Figura 3. A, el colédoco y los conductos intrahepáticos están dilatados y se ve el defecto de llenado que corresponde al parásito. B y C, floculación del material de contraste y de la piperazina dentro del colédoco.

evolución fue satisfactoria; la colangiografía endovenosa de control fue normal y la enferma salió del hospital asintomática.

#### Discusión

*Ascaris lumbricoides* vive por regla general en el yeyuno. Los parásitos pueden emigrar hasta el duodeno e introducirse, en su forma adulta, a través de la papila de Vater, al colédoco o al conducto de Wirsung y producir allí obstrucción biliar, colangitis grave o pancreatitis.

La colangiografía endoscópica es un método útil en estudios de los padecimientos que afectan las vías biliares. En las dos pacientes, este procedimiento estableció el diagnóstico de ascariasis del colédoco. Su tratamiento es quirúrgico, para así extraer los parásitos. En una de las pacientes se practicó la instilación de piperazina directamente en el colédoco, lo que hizo

posible la expulsión del ascáride. Este procedimiento debe pues intentarse cuando se hace el diagnóstico de ascariasis en el colédoco mediante la colangiografía endoscópica, para evitar de este modo la intervención quirúrgica.

#### REFERENCIAS

1. Piggott, J.; Hansbarger, E.A. y Neafie, R.C.: *Human ascariasis*. Amer. J. Clin. Path. 53:223, 1970.
2. Saw, H.S.; Somasundaran, K. y Kamath, R.: *Hepatic ascariasis*. Arch. Surg. 108:733, 1974.
3. Lefton, H.B.: *Endoscopic discovery and removal of Ascaris lumbricoides*. Gastrointest. Endosc. 23:87, 1976.
4. Makinono, J.: *Observations on Ascaris lumbricoides under fluoroscopy*. Amer. J. Trop. Med. Hyg. 5:699, 1956.
5. Paul, M.: *The movement of the adult Ascaris lumbricoides*. Brit. J. Surg. 59:437, 1972.