

Hematoma hepático por fascioliasis

Karel Martínez-Bebert,* Roberto Rodríguez-Báez,** Rafael Pila-Pérez,*** Rafael Pila-Peláez,**** Kafui Tamakloe*

Recepción 04 de septiembre del 2001; aceptación 04 de febrero del 2001

Resumen

Se realizó la presentación de dos pacientes, con antecedentes de haber consumido berros silvestres en su dieta y que presentaban síntomas digestivos y generales. Una de las pacientes presentó hepatomegalia; las dos presentaron ictericia y eosinofilia, la TAC fue sugerente de la presencia de hematomas hepáticos, en ambos casos, lo cual fue confirmado por laparoscopia y durante la intervención quirúrgica. El diagnóstico definitivo de hematoma hepático por fascioliasis se obtuvo durante el acto operatorio y el estudio postoperatorio complementario.

Palabras clave: Fasciola hepatica, TAC, hematoma hepático

Introducción

La fascioliasis, enfermedad zoonótica de animales herbívoros (ovejas, vacas y cabras) es una infección causada por el tremátodo hepático: *Fasciola hepatica* (Fh). Los seres humanos se infectan al ingerir vegetales acuáticos crudos, sobre todo los berros silvestres (*Nasturdium officinale*) generalmente sin lavar, aunque con el lavado de las plantas parasitadas no se eliminan las metacercarias que están enquistadas dentro del tejido vegetal.¹ La fascioliasis humana ya no puede considerarse simplemente (según la OMS) como una enfermedad zoonótica secundaria, sino como una enfermedad parasitaria humana importante.²

El hematoma hepático es descrito como una enfermedad médico-quirúrgica secundaria a diferentes causas: traumas toraco-abdominales y abdominales propios con lesión de vísceras sólidas,^{3,4} complicación de la biopsia hepática por punción⁵ o transyugular,⁶ desarrollado en los embarazos complicados por la preeclampsia o el síndrome de HELLP,⁷ secundario a la terapia trombolítica en pacientes con infarto del miocardio agudo,⁸ luego de las litotricias extracorpóreas por ondas de

Summary

The clinical presentation of two patients was carried out, with the history of having consumed in their diet watercress, and presented digestive and general symptoms. One of the patients presented hepatomegalia; but both presented jaundice and eosinophilia; CAT scan was suggestive in both cases of the presence of hepatic hematomas, confirmed by laparoscopic study and surgical intervention. The definitive diagnosis of hepatic hematoma by fascioliasis was obtained during the operation and the postoperative study, added to the other important complementary exams in this entity.

Key words: Fasciola hepatica, CAT scan, hepatic hematoma

choque para las litiasis biliares⁹ o los cálculos pancreáticos,¹⁰ producidos por el masaje cardiaco externo¹¹ o el masaje de tejidos profundos,¹² en la *Peliosis Hepatis*,¹³ por abuso de los esteroides anabólicos,¹⁴ espontáneos relacionados o no con la amiloidosis¹⁵ o como una complicación rara y grave de la distomatosis hepática.¹⁶ el hecho de que se presentaran dos pacientes con el diagnóstico de hematoma hepático por fascioliasis y que fueran intervenidos quirúrgicamente por esta afección, nos motivó a la revisión y presentación de la misma.

Presentación de los pacientes

Paciente No. 1: E.R.R.

Paciente femenina de 54 años de edad; ingresó el día 3 de junio de 1999 con el antecedente de haber ingerido berros silvestres por largo tiempo, el cuadro clínico era de dolor abdominal intenso acompañado además de dispepsia y marcada astenia. Al examen físico se encontraron: palidez cutaneomucosa, con ictericia verdínica; el examen del abdomen mostró una hepatomegalia

* Doctor en Medicina

** Especialista de I grado en Cirugía General

*** Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Titular.

**** Especialista de I grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.

Instituto Superior de Ciencias Médicas. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Doménech" Camagüey. Cuba.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Rafael Pila Pérez Gral. Gómez #452 Camagüey. Cuba C.P. 70100.

dolorosa de aproximadamente 2 cm. Se utilizaron antiespasmódicos pero no aliviaron el dolor. Exámenes complementarios: hemoglobina: 102g/l leucograma: 16,3 x 10⁹/l y en el diferencial 35% de eosinófilos, VSG: 105 mm/hora bilirrubina total: 76 U.I con 45 a expensas de la bilirrubina directa. Se realiza un ultrasonido diagnóstico (USD) abdominal de urgencia, donde se describe un área mixta tabicada de 70 x 49mm en el lóbulo derecho. A petición del cirujano se realizó una laparoscopia donde se pudo observar el hígado aumentado de tamaño con múltiples imágenes nodulares, con diámetros que oscilaban entre 4 y 10 cm, blanco-amarillentas con sangramiento activo (en el mayor) y hemoperitoneo moderado. Se indica la tomografía axial computarizada (TAC) urgente del hígado (Figura 1) que mostró un área hipodensa en la región posterior del lóbulo hepático derecho de 49 U.H., de contornos dispersos de 2,2 cm, próxima al hilio hepático con aspecto de hematoma en vías de resolución, y otra imagen de 7,3 x 3,9 cm localizada hacia la periferia del lóbulo derecho con halo hipodenso de 37 U.H., y centro hiperdenso de 51 U.H.

Se opera con carácter de urgencia y se encuentran varios granulomas, uno de ellos con sangrado activo (el mayor) en los segmentos VII y VIII del hígado. Se destecha el granuloma y se encuentra en el mismo una *Fasciola hepatica* adulta (Figura 2). El postoperatorio transcurre de forma estable. Los huevos de F.h, se encontraron en las heces fecales del paciente por el método de la sedimentación espontánea y se le indicó tratamiento con ticlabendazol, a las dosis acordes con esta enfermedad. Se le da el alta hospitalaria sin ninguna alteración.

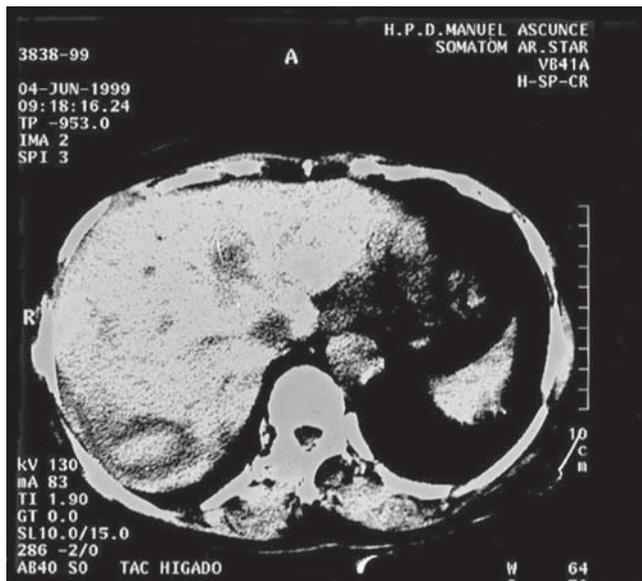


Figura 1. Imagen de área hipodensa en la región posterior del lóbulo hepático derecho de 49 UH. y otra imagen localizada hacia la periferia del lóbulo derecho con halo hipodenso de 37 UH., y centro hiperdenso de 51 UH.



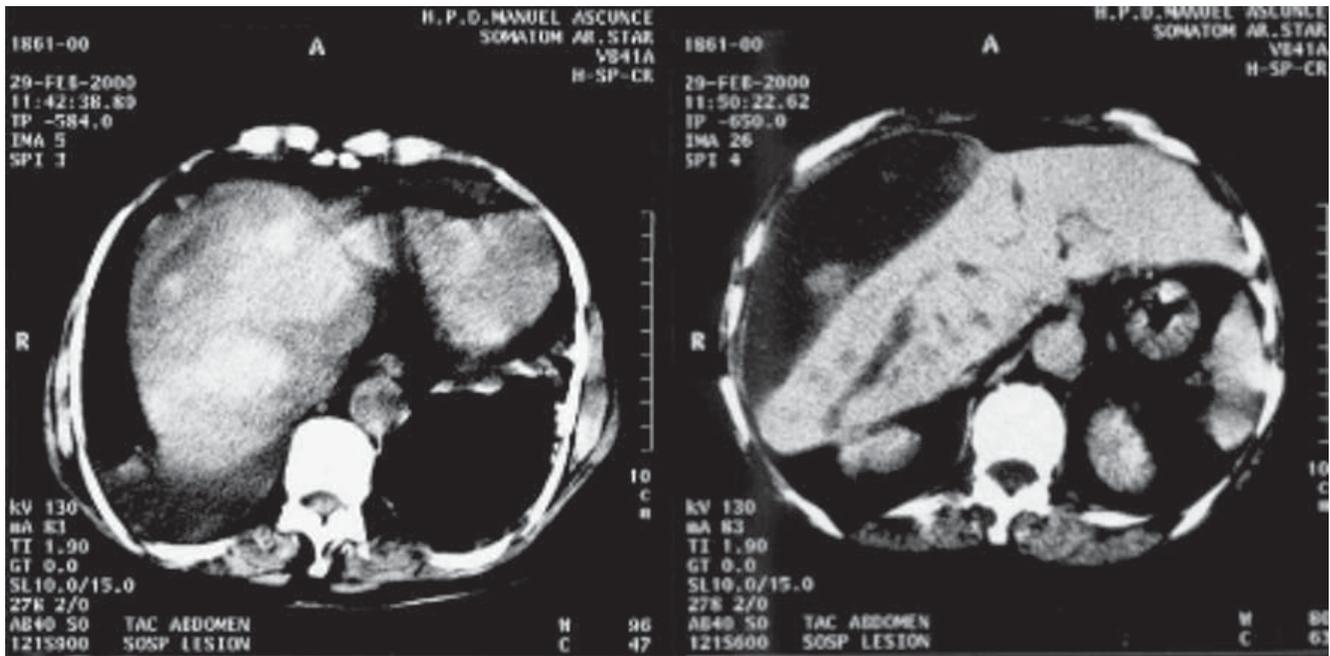
Figura 2. *Fasciola hepatica* adulta extraída durante la intervención quirúrgica del paciente.

Paciente No. 2 G.C.A.

Femenina de 64 años de edad campesina, con antecedentes de haber ingerido berros silvestres y presentar cuadros diarreicos a repetición de contenido sanguinolento, acompañados de astenia y pérdida de peso desde hace 6 meses. Al examen físico presentaba: palidez cutaneomucosa marcada con ictericia verdínica y fiebre de 39°C, además de rectorragia compraba al tacto rectal. Al día siguiente de su ingreso, la paciente refiere dolor abdominal difuso, con defensa del mismo a la palpación donde se constato la presencia de una hepatomegalia intensamente dolorosa, con hígado que rebasa el reborde costal en 3 ó 4 cm.

Exámenes complementarios: hemoglobina: 88 g/l, leucograma: 18,5 x 10⁹/l y en el diferencial: 47 % de eosinófilas, VSG: 120 mm/hora, bilirrubina total: 110 U.I., con 61 a expensas de la bilirrubina directa, T.G.P.: 40 U.L., fosfatasa alcalina: 13 U. Bodansky, Coagulograma y resto de los exámenes normales. Se le realiza una laparoscopia de urgencia donde se observa un gran hematoma del lóbulo derecho del hígado y abundante sangre libre en la cavidad abdominal. Posteriormente se realizó la T.A.C. de hígado (Figuras 3 y 4) donde se describe un área hipodensa extensa en la cara anterior del lóbulo hepático derecho, en la región subcapsular con elementos hiperdensos en su interior.

Luego de transfusión urgente de 500 cc de sangre fresca para mejorar su cuadro hemodinámico se somete a la intervención quirúrgica de urgencia, encontrándose un gran hematoma subcapsular hepático que comprometía el lóbulo derecho con ruptura del mismo, además de 2000 cc de sangre libre en la cavidad abdominal. Se practica entonces la hepatectomía derecha con digitoplastia con ligadura de la arteria hepática derecha, así como la colecistectomía, encontrándose además dos *Fasciolas hepaticas* adultas durante el acto operatorio (Figura 5).



Figuras 3 y 4. Área hipodensa extensa en la cara anterior del lóbulo hepático derecho en la región subcapsular con elementos hiperdensos en su interior.



Figura 5. *Fasciolas hepaticas* adultas obtenidas en el transcurso del acto operatorio del paciente.

Durante el postoperatorio, se encontraron abundantes huevos del parásito, por el método de sedimentación espontánea en heces fecales, y los estudios serológicos en busca de la F.h., resultaron positivos. En el resultado histopatológico de la pieza operatoria se observaron abundantes granulomas compuestos por eosinófilos con centro necrótico y cristales de Charcot Leyden, todos sugerentes de una infección por F.h. Se le aplica tratamiento con ticlabendazol a las dosis y tiempos requeridos para esta entidad, dándosele el alta recuperada.

Discusión

Las principales alteraciones anatomopatológicas en la fascioliasis, se observan durante la migración de las duelas inmaduras a través del parénquima hepático durante 4 a 6 semanas o más, antes de entrar al árbol biliar. Las duelas digieren el tejido hepático y causan extensas lesiones traumáticas y necróticas en el parénquima, incluso lesiones necróticas lineales muy infiltradas de eosinófilos como se constató en uno de los casos.³ El hematoma hepática como complicación de una fascioliasis es una presentación curiosa en la practica médico-quirúrgica.¹⁶ Actualmente el diagnóstico de la infección por este tremátodo se apoya en una correcta anamnesis, la confección minuciosa de la historia clínica, los exámenes complementarios y una discusión diagnóstica precisa que excluya el resto de las entidades con cuadro clínico similar. Debe buscarse el antecedente de ingestión previa de vegetales, principalmente las berros y distinguir dos fases: una fase migratoria aguda y una fase establecida.²⁰ Nuestros casos corresponden a la fase establecida de esta parasitosis.

El diagnóstico de certeza se apoya en los exámenes de laboratorio por ser el cuadro clínico común con otras entidades que cursan con eosinofilia, como la Eosinofilia Pulmonar Tropical, la Neumonía Eosinofílica, en el curso del Asma Bronquial o enfermedades parasitarias (Amibiasis hepática, Clonorchiasis y Larva Migrans Visceral)¹ El laboratorio permite la recolección de los huevos en las heces o en las bilis como pudo realizarse en ambos casos.

En la materia fecal se utiliza el método cualitativo de la sedimentación espontánea (método de Lutz o de Hoffmann).¹⁸ Los métodos serológicos más indicados son la intradermorreacción, la inmunofluorescencia, la reacción de fijación del complemento y el ELISA.¹⁸ En Cuba se ha creado en el instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", un ultramicroELISA para la detección de anticuerpos IgG anti-antígenos de excreción-secreción de F.h. (UME-fasciola).¹⁹ La ultrasonografía puede demostrar las duelas adultas en las vías biliares o en la vesícula biliar. La T.A.C. del hígado ayuda a demostrar las lesiones hepáticas, incluso los rastros nodulares o las hipodensos lineales más característicos, sobre todo si su localización es subcapsular,²⁰ la importancia de este método imagenológico en la sospecha precoz fue demostrada en ambos enfermos.

El tratamiento se indica de inmediato a todo caso confirmado de fascioliasis utilizando: la Emetina a razón de 1 mg/kg de peso sin pasar de 60 mg por día, el Bitionol en dosis de 30 mg/kg por vía oral en días alternos durante 15 días y el Ticlabendazol a la dosis de 20 mg/kg dividido en 2 subdosis, administradas con un espacio de 24 horas cada una.¹

El diagnóstico de un hematoma hepático se sospecha igualmente por los antecedentes de exposición a cualquiera de los factores causales relacionados con su génesis antes mencionados, el cuadro clínico del paciente y los exámenes complementarios: como estudios generales de hemoglobina, hematocrito, eritrosedimentación, y lavado peritoneal que confirman la posible compresión o desgarreros del parénquima con la salida extracapsular de la sangre. Un estudio radiológico simple de abdomen permite precisar si hay elevación del hemidiafragma, hepatomegalia o signos de derrame intraperitoneal. La laparoscopia es útil cuando se sospecha la ruptura de la cápsula o el tejido hepático. Los hematomas intrahepáticos pueden ser iso o hiperecogénicos comparados con el parénquima normal. Pasados varios días, el hematoma se torna hipocogénico por destrucción de las células rojas y la reabsorción de la hemoglobina.⁴ Los hematomas subcapsulares se visualizan como una zona hipocogénica o compleja (por la presencia de coágulos sanguíneos) localizada entre la cápsula del hígado y el parénquima hepático subyacente. El contorno del hígado no se suele modificar.²¹ En la T.A.C. el sangramiento es generalmente iso-intenso con el parénquima hepático normal, pero con la inyección intravenosa de medios de contraste, el tejido hepático normal aumenta su densidad. La sangre fresca intrahepática no se oscurece y por lo tanto se observa en forma hipodensa si existe una hemorragia activa en el sitio de la lesión.⁴ Una vez encontrado el hematoma, éste debe ser descomprimido en la laparotomía con el control del sangramiento del parénquima mediante las técnicas relacionadas con la disminución del sangramiento postoperatorio evitando la formación de abscesos intrahepáticos y la hemobilia.²²

Referencias

1. **Botero D.** Parasitosis humana. Corporación para investigaciones biológicas. Carvajal SA. Medellín-Colombia 2da. Edición. 1992, p. 2992.
2. **Mas-Coma R.** Epidemiología de la fascioliasis humana: revisión y propuesta de nueva clasificación. En: Boletín de la OMS. Recopilación de artículos No. 1. Ginebra. Impreso en Suiza. 1999, p.70-4.
3. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Lucha contra las trematodiasis de transmisión alimentaria. Serie de Informes Técnicos de la OMS. Publicación No. 849. Ginebra. Impreso en España 1995, p.22-6.
4. **Sauberei E.** Abdominal Sonography. Raven Press-New York 1992, p.93-5.
5. **Schiff L.** Enfermedades del Hígado. 4ta. Edición española. Editorial Científico-Técnica. La Habana. 1980, p.279.
6. **Gorríz E.** Transjugular liver biopsy: a review of 77 biopsies using a spring-propelled cutting needle (Biopsy gun). Cardiovascular Intervent Radiol. 1996;19(6):442-5.
7. **Chan AD.** Imaging of subcapsular hepatic and renal hematomas in pregnancy complicated by preeclampsia and the HELLP syndrome J. Clin. Ultrasound 1999,27(1):3540.
8. **García Jiménez A.** Hepatic bleeding and hemorrhagic shock following thrombolytic therapy in patient with acute myocardial infarction. Chest . 1997;111(6):1 787.
9. **Patrick CF.** Margulis and Burhenne's Alimentary Tract Radiology. Fifth Edition by Mosby-Year Book Inc. St. Louis. USA. Vol. II. 1994, p.1360.
10. **Hirata N.** Hepatic subcapsular hematoma after extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for pancreatic stones. J. Gastroenterol. 1999;34(6):713-6.
11. **Joly JP.** Spontaneously regressive hematoma of the liver after external heart massage. Press Med 1992;21(27):1294-5.
12. **Trotter JF.** Hepatic hematoma after deep tissue massage. New Engl J Med. 1999;341(26):2019-20.
13. **Oriordan K.** Peliosis hepatis with intrahepatic hemorrhage: successful embolization of the hepatic artery. HPB. Surg. 2000;11(5):353-8.
14. **Shumacher J.** Large hepatic hematoma and intraabdominal hemorrhage associated with abuse of anabolics steroids. New Engl. J. Med 1999;340(14):1123-4.
15. **Bujanda L.** Spontaneous rupture of the liver in amiloidosis. Am J. Gastroenterol. 1997;92(8):1385-6.
16. **Trigalou D.** Hematome sous-capsulaire du foie: une complication rare de la distomatose hépatique: propes d'un cas. J. Chir.1980;4(117):253.
17. **Ayensa Dean C.** Distomiasis por *Fasciola hepatica*. A propósito de 8 casos. Rev. Clin. Esp. 1983;168, p.261.
18. **Pereira ND.** Parasitología humana. 9ª. Edición. Editora Atheneu. 1995, p.489.
19. **Espino AJW.** UltramicroELISA Indirecto para la detección de anticuerpos IgG en pacientes con fascioliasis. Rev. Cub. Med Tropical 1997;49(3):p.166-73.
20. **Mahmoud F.** Infecciones hepática, intestinal y pulmonar por duelas. Cap. 386. En Bennett J. Claude. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20ª. Edición. McGraw-Hill Interamericana. Editorial Ciencias Médicas. 1994 VoL III, p. 2229.
21. **Palmer PES.** Manual de Diagnóstico Ultrasónico. Edición de P.E.S. Palmer. OMS. Impreso en España. Ginebra. 1996, p.79,89.
22. **Robert J.** Mastery of Surgery. Second Edition. Little, Brown and Company. USA. 1992 Vol. I., p.859-861.