

11209
24/25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

"ASCARIASIS DE VIAS BILIARES"

TESIS

ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

Presenta: DR. MARCO FABIO VAZQUEZ HERNANDEZ

Dirección: DRA. MARTHA ELENA CORTINA QUEZADA

México, D. F., Enero de 1982.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

	PAG.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	3
CICLO BIOLÓGICO	6
ETIOLOGIA	6
FRECUENCIA	9
ANATOMIA PATOLÓGICA	10
CUADRO CLINICO	13
DIAGNOSTICO	16
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	17
COMPLICACIONES	19
PRONOSTICO	21
TRATAMIENTO	22
MATERIAL Y METODOS	23
RESULTADOS	26
DISCUSION	33
RESUMEN	36
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFIA	40

- - - - -

I N T R O D U C C I O N

La ascariasis es la parasitosis más frecuente en el hombre y es de distribución mundial; se estima que en México la frecuencia varía del 45 al 90% de la población general dependiendo de la zona geográfica, el 23% de la población parasitada la presenta en forma masiva.

Debido a las condiciones necesarias de medio ambiente para que el ciclo biológico del parásito se lleve a cabo, es en los niños (preescolares y escolares y adolescentes), -- donde generalmente se pueden observar los cuadros clínicos más graves, así como las localizaciones menos comunes de este nemátodo.

De estas localizaciones erráticas de áscaris lumbricoides, la más frecuente es la de las vías biliares extrahepáticas, produciendo cuadros de ictericia obstructiva. Menos frecuente es encontrar parásitos en pancreas, hígado y vesícula.

El tema de ascariasis de vías biliares ha sido tratado -- con poca frecuencia por Cirujanos que tuvieron el hallazgo transoperatorio de un ascáride situado en el interior del colédoco, y por ser un hecho casual de gran interés,-

es relatado sin suficientes bases bibliográficas, haciendo notar en casi todas las publicaciones, las dificultades - que hay para establecer un diagnóstico preoperatorio por - la ausencia de síntomas propios.

En hospitales donde la zona de influencia por parasitosis es poco frecuente, la ascariasis del colédoco es rara, pero en las zonas donde la ascariasis es endémica, la frecuencia es muy grande y gracias a ello se ha podido aprender - a sospecharla y se ha logrado establecer un cuadro clínico más o menos preciso logrando con ésto llegar a un diagnóstico preoperatorio.

Hemos comprobado que la ascariasis de vías biliares es más frecuente de lo que se supone y se le puede considerar como una entidad nosológica bien definida, pues es posible - atribuirle un cuadro clínico razonable y lógico y auxiliado por los datos de laboratorio y gabinete adecuados, es - posible efectuar un diagnóstico y tratamiento correctos.

ANTECEDENTES HISTORICOS

La ascariasis de las vías biliares es una complicación conocida desde tiempos remotos, ya en el siglo XVI se describe por primera vez como un hallazgo de autopsia en la que Wiereus localizó un ascáride en el colédoco y otro en el hepático derecho.

En 1767 Hetaud describe un caso de ictericia obstructiva en un niño, identificando como causa la presencia de un ascáride adulto en el colédoco durante la autopsia.

Kartulis en 1840 encontró 80 áscaris distribuidos en hígado y vías biliares.

Una contribución más importante fue la de Bonjills que en 1858 cita el haber encontrado 21 casos de necropsia con localización de ascárides en el sistema biliar. Ekerle en 1920 refirió haber encontrado un caso con 70 ascárides en hígado y vías biliares. Villaca publica en 1954 un caso de autopsia con 43 ascárides en hepatocolédoco, 2 en la vesícula y 11 en el Wirsung.

En relación a los hallazgos quirúrgicos en el período comprendido entre 1914 a 1918 en la Clínica Porthé en Tubinga, fueron publicados 16 casos de ascariasis biliar,

en 1918 Avilés en Cuba informa de 6 casos. Eberle en 1921 informa del primer caso de ascariasis múltiple con cinco ascárides en el colédoco. Gallaglier en 1930 relata 6 casos.

Muir J.B. en 1932 menciona haber retirado un ascáride del colédoco y Chin publica en el Chinese Medical Journal en 1933, el primer hallazgo de pancreatitis aguda por obstrucción del Wirsung por un áscaris lumbricoides.

En 1936 en la misma revista publica un caso de hemorragia masiva intraabdominal por perforación hepática por áscaris.

Aiga Yuch en 1937, presenta una comunicación con 14 casos propios y recopila de la literatura 66 casos más.

Yang S.C. y H. Laube en 1946 reportan 19 casos personales con sintomatología de colecistitis aguda, cinco de los diecinueve cursaron con ictericia y en 4 de ellos había antecedentes de parasitosis.

Crowel en Manila reporta en 1947, 15 casos. En 1954, Aceves Pérez, Gutiérrez Vázquez y Santillán, publican un caso.

En cuanto a diagnóstico radiológico mediante colangiografía Weber en 1954 por primera vez diagnostica ascariasis de colédoco con una colangiografía postoperatoria. En 1955

Tzen Wu Wu informa 13 casos de pancreatitis aguda por obstrucción coledociana por áscaris.

En enero de 1956, Bosh y Sala de Barcelona informan un caso con diagnóstico preoperatorio clinicoradiológico mediante colangiografía endovenosa encontrando 5 áscaris en hepatocolédoco produciendo una gran dilatación del mismo.

Saenz Domínguez en 1956 descubre por primera vez un ascáride por colangiografía transoperatoria, en este mismo año en Mérida, Yuc., Raúl Montalvo presentó 15 casos, Laviada presentó 10 casos.

Derrick y Brown en 1958 describen un caso de ictericia en un niño de dos años de edad que tenía un áscaris en el colédoco.

En 1960 Ordoñez del Hospital General interviene en una enferma previamente colecistectomizada con diagnóstico de ascariasis del colédoco, no confirmándose en el transoperatorio, pero días después se obstruyó la sonda en "T", por dos ascárides adultos.

CICLO BIOLÓGICO Y ETIOLOGÍA

Los conocimientos básicos para comprender la epidemiología de la ascariasis intestinal, que es la causa de la ascariasis de las vías biliares, puede resumirse en cinco capítulos:

- A) CICLO VITAL
- B) RESERVORIOS NATURALES
- C) FUENTES DE CONTAMINACION
- D) MECANISMOS DE TRANSMISION
- E) REGULADORES ECOLOGICOS

El conocimiento de los ciclos biológicos, sigue siendo la base fundamental en clínica y en salud pública para el manejo racional de cualquier parasitosis como es el caso de la ascariasis intestinal que como mencionamos anteriormente es la causa de la ascariasis de las vías biliares.

Ascaris lumbricoides es un helminto monoxeno o sea, que sólo tiene un tipo de huésped (definitivo), esto es, que el ciclo se lleva a cabo en su totalidad en dicho huésped, el hombre, ya que en el intestino delgado de éste es donde se encuentran las formas adultas.

La ascariasis se adquiere por vía bucal, por la ingestión

de formas larvarias contenidas en la cutícula de los huevos, después de eclosionar en el intestino, penetra en -- forma de larva al torrente circulatorio portal, pasa el -- filtro hepático, en los pulmones pasa de los capilares a los alveolos, y ascendiendo por el árbol bronquial vuelve a ser ingerido para llegar a su estadio adulto nuevamente en el intestino delgado.

La ascariasis se transmite exclusivamente por el suelo, -- pues los huevecillos expulsados en la materia fecal por -- el portador, requieren de una maduración que tarda algunos días o semanas y que tiene lugar en el suelo, esto explica su mayor frecuencia en climas tropicales, pues el calor -- y la humedad son más propicios para la maduración y supervivencia de las formas infestantes.

Para fundamentar su localización errática, se han invocado factores predisponentes tales como cierta dilatación del -- esfínter de Oddi, por patología previa (inflamatoria o -- litíásica), se ha pensado en que los áscaris invaden las -- vías biliares a muy temprana edad.

Es universalmente conocida la tendencia de este parásito -- de acudir en busca de alimento cuando éste ya no le llega en cantidad suficiente a donde se encuentra alojado, o --

bien porque es tal la cantidad de parásitos que han reproducido en el intestino delgado, que algunos de ellos emigran para subsistir, bien hacia el colon siendo en algunos casos expulsados por vía anal, o bien hacia la boca, provocando vómito. Se ha visto que las localizaciones altas de los áscaris coincide con infestación masiva.

Se sugiere que los áscaris tienen predilección por orificios pequeños y es presumible que en estas condiciones, al emigrar hacia arriba, encuentre el del ámpula de Vater, penetrando fácilmente al conducto biliar y de ahí alcanzar las vías biliares intrahepáticas, vesícula y pancreas, en su continuo recorrido.

CUADRO
A

FECALISMO AL
AIRE LIBRE

RIEGO DE HOR-
TALIZAS CON
AGUAS NEGRAS

ABONO DE TIE-
RRAS DE CULTI-
VO CON MATERIA
FECAL HUMANA

INGESTION DE -
AGUA CONTAMINA-
DA

HABITOS HIGIE--
NICO DIETETICOS
DEFICIENTES

ASCARIASIS INTESTINAL

ASCARIASIS ERRATICA

VIAS BILIARES

WIRSUNG

HIGADO

PERICARDIO

PULMON

CORAZON

TROMPA DE EUSTAQUIO

TROMPA DE FALOPIO

RIÑON

PERFORACION APENDICULAR

A TRAVES DE SUTURAS INTESTINALES

A TRAVES DE PLACAS DE PEYER

A VEJIGA

CONDUCTO LACRIMONASAL

CUADRO
B

RESOLUCION DEL
PROBLEMA

EXPULSION DE
ASCARIS POR -
VIA ANAL

TRATAMIENTO
MEDICO

HUESPED SIN--
TOMATICO

ASCARIASIS
INTESTINAL

HUESPED ASIN--
TOMATICO

SIN TRATAMIENTO
MEDICO

ASCARIASIS ERRA-
TICA

SIN TRATANIENTO

CIRUGIA

COMPLICACIONES

CURACION

FRECUENCIA

Se ha visto que la frecuencia de la ascariasis de vías biliares está en relación con la parasitosis intestinal, -- por lo tanto en zonas donde la parasitosis es endémica, -- se observan más casos de ascariasis de vías biliares. En cuanto a la edad y sexo, no muestra predilección, aunque en algunos trabajos se ha encontrado con mayor frecuencia en mujeres jóvenes.

Es pertinente mencionar que hasta hace poco tiempo, este tipo de complicación de la ascariasis se veía con mayor frecuencia en países orientales, probablemente debido al hábito de abonar tierras de cultivo con excremento humano. En México hay Estados en los que la frecuencia de ascariasis de vías biliares es importante, uno de estos Estados -- es Yucatán.

Se menciona que la frecuencia de la ascariasis intestinal en México es del 45 al 90%, según la zona geográfica. En otros países como Africa, China y Brasil, la frecuencia -- es muy semejante.

En Africa, el 70% de los niños padecen esta parasitosis y la frecuencia de ascariasis en vías biliares es del 32%.

ANATOMIA PATOLOGICA

El ascáride, al penetrar en las vías biliares arrastra cierto número de bacterias y produce colangitis, su presencia en sí como cuerpo extraño es suficiente para producir una reacción inflamatoria, Bear demostró con el análisis de varias capas de cutícula del ascáride, que están formadas de mucoproteínas, otros autores han establecido que existe también queratina como componente de la cutícula del parásito. Estas capas resisten la acción del jugo gástrico y pancreático, y a pesar de que el jugo pancreático si tiene efecto destructivo sobre la queratina, cuando el parásito se encuentra vivo, su acción es muy deficiente, los huevecillos y los restos del ascáride, también actúan como cuerpo extraño en los tejidos.

Hay pocos estudios sobre la respuesta anatómica e histológica del árbol biliar, algunos autores mencionan que la presencia del áscaris y/o los productos de su desintegración causan diversos cambios histológicos en la vía biliar incluyendo destrucción de la mucosa ductal, exudado inflamatorio con abundantes eosinófilos y una reacción granulomatosa importante con fibrosis de los con--

ductos biliares, razón por la cual se ha llegado a conside
rar a la ascariasis de las vías biliares como causante de
colangitis esclerosante.

Si el parásito es un adulto hembra, puede depositar huevecillos en la vía biliar, ocasionando reacción granulomatosa importante, que inclusive puede llegar hasta el parénquima hepático, produciendo granulomas en éste y en todos los conductos.

Podría ser que la respuesta inflamatoria de las vías biliares, ya sea por presencia de los áscaris, huevecillos restos y/o infección bacteriana concomitante, lleve a la dilatación y sea la causa de colangitis y hasta de abscesos hepáticos.

Macroscópicamente llama la atención la reacción más o --
menos severa, constante que presentan las paredes de la vía biliar, manifestada por engrosamiento, dilatación -
e irregularidad en sus paredes con aspecto finamente gra
nular muy aparente.

Las lesiones anatomopatológicas encontradas dependen del tiempo que ha permanecido el ascáride o sus productos en el interior de las vías biliares o bien del grado de in-

festación.

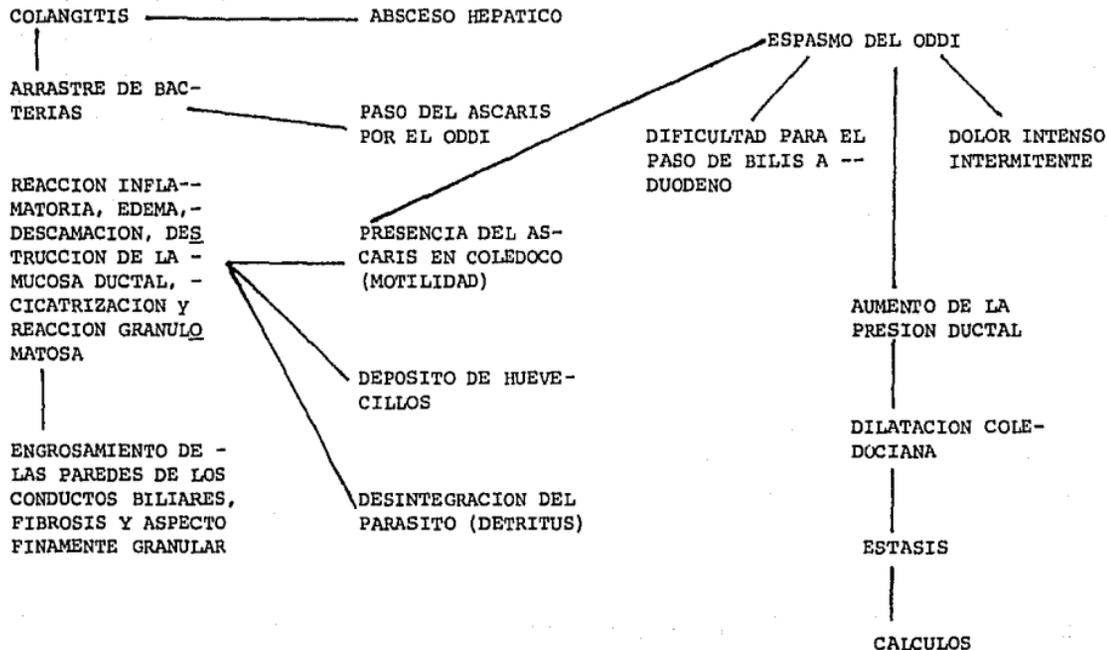
Cuando el parásito obstruye la o las vías biliares previamente sanas iniciando un síndrome obstructivo, la reacción inflamatoria es moderada, si esto sucede en presencia de patología previa, la reacción es más acentuada.

En una u otra forma el proceso de descamación va seguido de regeneración casi siempre exuberante, tomando las paredes un aspecto edematoso y al tacto hay aumento notable de consistencia. La misma colangitis puede originar hepatitis que va desde una ligera reacción de tipo canalicular hasta la necrosis del parénquima. En estas hepatitis consecutivas a ascariasis, se asocian bacterias en forma muy importante.

A nivel de vesícula es menos frecuente encontrar áscaris en su interior, pero siempre cursan con proceso inflamatorio y se han descrito alteraciones granulomatosas muy semejantes a las que presentan las vías biliares.

CUADRO
C

ASCARIASIS DE LAS VIAS BILIARES



CUADRO CLINICO

El cuadro clínico de la ascariasis de las vías biliares tiene suficientes datos para sospechar su existencia y a pesar de que se ha dicho que la ascariasis de las vías biliares puede ser asintomática, por los hallazgos de -- autopsia, puede ser por migración postmortem. En los casos de ascariasis complicada, publicada por Bustamante, Martucelli y García, que fueron 12 casos de autopsia, en todos el cuadro fue muy sugestivo y en algunos se hizo el diagnóstico previo pero no en forma temprana.

La sintomatología se puede resumir como dolor abdominal intermitente, intenso, subintrante, en hemiabdomen superior, súbito y severo, náusea, vómito y en algunas ocasiones síndrome de obstrucción biliar.

A la exploración hay hipersensibilidad en cuadrante superior derecho. El cuadro es muy semejante a una colecistitis aguda, que puede o no acompañarse de participación pancreática.

De los antecedentes más importantes es el de la parasitosis intestinal reciente o de varios meses de evolución. El dolor es de intensidad variable y puede acompañarse

de estado de choque; se dice que el episodio doloroso se presenta cuando el ascáride está pasando por el - ámpula de Vater y debido a la hipertonia del esfínter de Oddi por el estímulo mecánico (presencia y motilidad del áscaris en colédoco), cuando se inicia el proceso inflamatoria de las vías biliares, el dolor es menos intenso y con intervalos mayores, cuando el parásito se muere, el dolor desaparece.

El dolor se acompaña de náusea y vómito; siendo posible en algunos casos identificar en estos episodios - la presencia de ascárides, ocasionalmente se presentan cuadros diarreicos con o sin expulsión de ascárides.

La ictericia cuando está presente es moderada, ya que el parásito no causa obstrucción total; solamente en el caso de que el áscaris esté enclavado en el esfínter de Oddi o que sean varios parásitos, la ictericia puede ser notable.

La colangitis es frecuente y se manifiesta con fiebre y escalofríos, la fiebre es persistente, sin horario preciso y por lo general elevada.

A la exploración física los datos más aparentes dolor

en cuadrante superior derecho a la palpación superficial y profunda, dolor importante en la zona vesicular (Murphy positivo), y distensión abdominal en grado variable.

Puede haber ataque al estado general en forma importante, deshidratación y postración.

La tensión arterial puede estar modificada tendiendo a cifras bajas. La temperatura es elevada oscilando entre 38 y 40 grados centígrados.

CUADRO D
CORRELACION CLINICA

ANTECEDENTES DE
ASCARIASIS INTES-
TINAL

TRATAMIENTO ANTI-
PARASITARIO

EXPULSION RECIENTE
DE ASCARIS POR
VIA ORAL O ANAL

ENFERMEDADES IN-
TERCURRENTES QUE
CURSEN CON FIEBRE

ASCARIASIS DE VIAS BILIARES

LEUCOCITOSIS

NEUTROFILIA

HUEVECILLOS DE
ASCARIS EN HE-
CES Y/O BILIS

EVOLUCION RAPIDA
DOLOR INTENSO IN-
TERMITENTE SUBIN-
TRANTE

NAUSEA

VOMITO

FIEBRE

ICTERICIA

DIARREA

ATAQUE AL ESTADO
GENERAL

PLACA SIMPLE (Rx.)

IDENTIFICACION DEL PARASITO
EN INTESTINO

IDENTIFICACION DEL PARASITO
EN VIAS BILIARES

PRESENCIA DE AIRE EN VIAS
BILIARES

SIGNOS INDIRECTOS

COLANGIOGRAFIA I.V.

DEFECTO DE LLENADO EN
COLEDOCO

AMPUTACION DE CONDUCTOS
VESICULA EXCLUIDA

DIAGNOSTICO

Si tenemos un paciente con un padecimiento de evolución rápida con dolor intermitente en cuadrante superior de recho o hemiabdomen superior, nausea, vómito y fiebre; con el antecedente de ascariasis intestinal, debemos pensar que se trata de una ascariasis de vías biliares. Los exámenes de laboratorio son de relativa utilidad, hay leucocitosis con neutrofilia, en algunas ocasiones puede haber aumento de los eosinófilos, la presencia de huevecillos en las heces es muy sugestivo.

Las placas radiográficas son de mucha ayuda, en las radiografías simples de abdomen se puede demostrar la presencia de áscaris en el intestino; identificación del ascáride en vías biliares (muy raro), presencia de gas en vías biliares; o algunos otros datos indirectos como asa centinela, imagen de ileo reflejo o bien silencio abdominal.

En la placa con medio de contraste como estudio específico para vías biliares, ya sea intravenoso o transduodenoscópico en forma retrógrada, podemos demostrar la presencia del o de los ascárides en las vías biliares.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial obligado es con la colecistitis aguda de otra etiología, padecimiento que en la mayoría de todos los pacientes adultos será el de primera instancia; pero que en los niños y pacientes muy jóvenes causa gran desconcierto.

En segundo lugar se descartará la pancreatitis aguda de etiología etélica, litiásica, etc., sin embargo, continuamente como ocurre en la anterior, causa desconcierto en los pacientes jóvenes y quedara incluida como secundaria al proceso primario en caso de que se sospeche una parasitosis de la vía biliar.

Existen otros padecimientos con los que se debe efectuar diagnóstico diferencial, como obstrucción intestinal secundaria a ascariasis intestinal, que erróneamente se basara en la historia de parasitosis intestinal, expulsión de ascárides, dolor intermitente, náusea, vómito, etc. Otro padecimiento es la apendicitis aguda, que en los niños y adolescentes, ambos padecimientos se pueden confundir en el diagnóstico.

En los adultos se deberá tener en cuenta para efectuar

diagnóstico diferencial los siguientes padecimientos
úlceras perforadas, úlceras terebradas a pancreas, y en
pacientes con ictericia marcada se descartará una co
lédocolitiasis.

En otras ocasiones más raras, se efectuará diagnóstico
diferencial con enfermedades poco frecuentes como por
firia, trombosis segmentaria de la mesentérica supe--
rior y algunos padecimietos sistémicos más raros.

COMPLICACIONES

Las complicaciones son:

Colangitis.- Está presente en todos los casos en diversos grados, es probablemente la causa de la fiebre en la mayoría de los pacientes.

Absceso Hepático.- Es considerado como evolución de la -
colangitis en los casos en los que no se establece un diag
nóstico correcto y se proporciona el tratamiento, puede --
llevar a la muerte al paciente.

Colecistitis.- Con o sin áscaris en el interior de la ve
sícula, se ha observado que todos los casos cursan con co-
lecistitis en grado también variable.

Perforación del Colédoco.- Se ha establecido la relación
de causa efecto con la ascariasis de vías biliares, sin --
embargo es muy rara.

Coledocolitiasis Primaria.- Se ha efectuado con bases su
ficientes, en observaciones hechas por diversos autores, -
una atribución a la parasitosis de las vías biliares, la -
causa de la litiasis, pues se han encontrado huevecillos -
en el interior de éstos, o componentes del parásito que ob
viamente actúan como base.

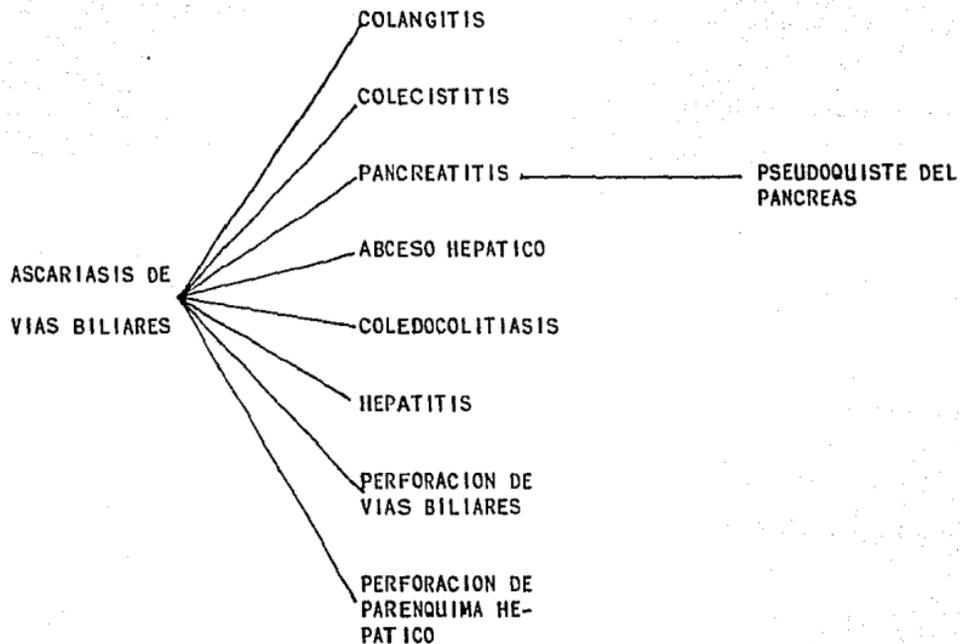
Ascaris en el Conducto Pancreático.- Han sido informados casos de pancreatitis aguda por áscaris presentes en colédoco y/o en wirsung, que incluso han llegado al pseudoquiste del pancreas, considerada esta última, como una complicación poco frecuente.

Hepatitis.- Esta complicación es en la fase temprana -- del padecimiento.

Perforación del Parénquima Hepático.- Complicación rara - que se produce cuando los ascárides que han migrado al final de los conductos intrahepáticos, continúan su trayecto al no haber tratamiento.

**CUADRO
E**

COMPLICACIONES



PRONOSTICO

El pronóstico está relacionado íntimamente a la prontitud con que se lleve a cabo el diagnóstico, y desde luego el tratamiento adecuado, incluyendo lavado de las vías biliares, práctica de colangiografía y de ser posible, pancreatografía transoperatoria, colocación de sonda en "T" para continuar el tratamiento postoperatorio.

Se deben tener en cuenta en este padecimiento, la facilidad con que se pueden presentar recidivas, después del tratamiento quirúrgico.

Si el paciente no mejoras sus condiciones sociobiológicas e higienicodietéticas, es candidato a reinfestarse.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la ascariasis de vías biliares puede ser médico-quirúrgico, lo importante es establecer bien la indicación. Se efectúa colecistectomía, pues en todos los casos se encuentra proceso inflamatorio en diverso grado. Se hace una colangiografía transcística, pudiendo demostrar por este método la presencia del o los parásitos, posteriormente se practica coledocotomía, extracción de ascárides en caso de estar íntegros. Se hace lavado con solución salina tibia para dejar limpias las vías biliares de huevecillos y/o detritus de áscaris, se hace -- otro control colangiográfico transoperatorio para tener la certeza de no dejar parásitos ni cálculos en las vías biliares, se coloca una sonda en "T" de preferencia calibre 16 fr. que servirá posteriormente para tratamiento local y control radiográfico.

Se recomienda administrar tratamiento antiparasitario por vía oral en forma simultánea para evitar recidiva.

Al analizar la casuística que en este trabajo se presenta, se dan los lineamientos del tratamiento médico.

INVESTIGACION CLINICA

El objetivo de este estudio es establecer los elementos del diagnóstico precoz de las ascariasis de vías biliares y el tratamiento médico quirúrgico con piperazina y un solvente cuya acción es la de desintegrar a los parásitos en la luz intestinal y en el interior de las vías biliares, evitando que se produzca oclusión intestinal y facilitando así la salida de los restos parasitarios del interior de las vías biliares.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se efectuó en el H.G. "Dr. DARIO FERNANDEZ DEL I.S.S.S.T.E. en los años 1980 a 1981, en el Servicio de Cirugía General.

Se estudiaron nueve casos con ascariasis de vías biliares en los que el cuadro clínico fué muy semejante, predominando el dolor intenso intermitente por episodios, acompañado de náusea y vómito, la mayoría de los pacientes correspondían a la clase socioeconómica baja, con hábitos higiénico-dietéticos deficientes.

Todos los casos a excepción de uno, fueron vistos inicialmente en el servicio de Urgencias y diagnosticados como -

cuadro abdominal agudo secundario a colecistitis severa, por lo que se les practicaron exámenes de laboratorio -- y gabinete, orientados a este diagnóstico.

Los estudios realizados fueron: B.H. completa, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, transaminasas, bilirrubinas, amilasa, T.R., T.P.T y posteriormente búsqueda de huevos y de áscaris en heces y en bilis.

Se estableció monitoreo clínico y de laboratorio con vigilancia médica continua; todos los pacientes evolucionaron hacia la gravedad rápidamente, por lo que se decidió su intervención de urgencia, a excepción de un caso que presentó disminución del dolor en forma espontánea; este paciente se internó con el diagnóstico de litiasis coledociana, para realizar estudios especializados, se le -- practicó colecistocolangiografía, la cual demostró un defecto de llenado compatible con ascariasis de vías biliares, se programó su operación con el diagnóstico antes -- mencionado.

En todos los casos se realizó colecistectomía, coledocotomía y colangiografía transoperatoria, como tratamiento quirúrgico, y como tratamiento médico en el postoperatorio inmediato (24 Hs. después), se administraron por la --

sonda en "T", 30 cc. de piperazina con solvente, 48 horas después, se efectuó un lavado por la sonda en "T", - con solución salina tibia, asimismo, se administró tratamiento por vía oral a base de piperazina con solvente 30 cc. como dosis única; este tratamiento se repitió a - los 8 días, tanto por la Sonda "T" como por vía oral.

RESULTADOS

En nuestra casuística, la distribución por sexo y edad no tuvo diferencias significativas, las edades oscilaron entre 7 y 35 años, con un promedio de 19 años; la distribución por sexo fue de 5 casos para el femenino y 4 casos - para el sexo masculino (Cuadro I)

CUADRO I

FRECUENCIA POR EDAD Y SEXO			
<u>SEXO</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>EDAD</u>
FEM.	17	MASC.	7
FEM.	19	MASC.	15
FEM.	20	MASC.	15
FEM.	28	MASC.	22
FEM.	34		
TOTAL DE PACIENTES SEXO FEM.			5
TOTAL DE PACIENTES SEXO MASC.			4
PROMEDIO DE EDAD			19 AÑOS
EDAD MINIMA			7 Años
EDAD MAXIMA			34 AÑOS

El diagnóstico fue hecho en 5 de los paciente como pro
babilidad, en un caso se efectuó colangiografía pre--
via y se intervino como cirugía electiva, cinco casos
fueron operados de urgencia con diagnóstico de abdomen
agudo secundario a colecistitis aguda con participa--
ción pancreática y sospecha de ascariasis de vías bi-
liares, en tres casos se hizo el diagnóstico de asca-
riasis de vías biliares ya con la experiencia de los
anteriores, este diagnóstico se confirmó durante el -
transoperatorio.

El síntoma predominante que más llamó la atención, -
fue el dolor en hemiabdomen superior con predominio en
hipocondrio derecho, intenso, subintrante; y la desa
parición espontanea del mismo, por corto tiempo, para
instalarse nuevamente con las mismas características.
El dolor fue el que obligo a los pacientes a presenta
se en el Servicio de Urgencias, la evolución fue rápi
da, se observo en ocho pacientes, la nausea y el vómi
to fueron importantes, la fiebre fue un dato muy cong
tante, y oscilo de 38 a 40 grados centígrados, la icte
ricia estuvo presente en cuatro de los nueve pacien-

CUADRO II

SIGNOS Y SINTOMAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
DOLOR INTENSO	8	88.8%
NAUSEA	8	88.8%
VOMITO	9	100.0%
ICTERICIA	4	44.4%
DIARREA	2	22.2%
ATAQUE AL ES- TADO GENERAL	5	55.5%
FIEBRE	8	88.8%
EXPULSION DE PARASITOS	6	66.6%
ANTECEDENTES DE PARASITOSIS	9	100.0%

CUADRO III

ALTERACIONES DE LA FORMULA BLANCA

LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
10,000 a 15,000	2	22.2%
15,000 a 20,000	3	33.3%
20,000 a 25,000	2	22.2%
25,000 a 30,000	1	11.1%
HASTA 52,000	1	11.1%
TOTAL	9	99.9%

tes y no fue muy acentuada, los antecedentes de parasitosis intestinal se encontraron en todos los casos, la expulsión de parásitos se detectó en seis pacientes. (CUADRO II).

A la exploración física lo mas notable fue la hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho del abdomen, fue un dato constante, con signos de irritación peritoneal variable, segun el período en el que fueron examinados los pacientes; solo en uno hubo resistencia muscular importante, signo de Murphy positivo en seis casos, disminución de la peristalsis intestinal que evoluciono a la ausencia, en siete casos.

Los datos sobresalientes en los exámenes de laboratorio fueron a nivel de la biometria hemática, todos los pacientes cursaron con leucocitosis y neutrofilia, la eosinofilia no se encontró en ninguno de nuestros pacientes (CUADRO III); la elevación de las bilirrubinas no fue importante, solo estuvo aumentada en cuatro pacientes y la máxima fue de 4mg %, con máxima indirecta de 1.3mg %. las transaminasas

no se elevaron significativamente en ninguno de los pa
cientes.

En dos casos hubo aumento de la amilasa en sangre, 630U,
fue la cifra más alta y coincidió con el hallazgo de un
ascáride en el Wirsung, este paciente presentó una com
plicación rara de la ascariasis de vías biliares (seu-
doquiste del pancreas).

Hallazgos Radiológicos.- En la placa simple de abdomen de pie y en decúbito se detectaron ascárides en intestino delgado en 5 pacientes, sospecha del parásito en vías biliares en un caso, presencia de aire en vías biliares en un caso, dilatación de asas, de intestino delgado con imagen de ileo reflejo en 5 pacientes, y ausencia de gas en intestino delgado y en colon, a excepción del ángulo hepático en 3 casos (Cuadro IV).

Hallazgos Quirúrgicos.- Los hallazgos del transoperatorio que consignamos son en sí de la ascariasis de las vías biliares, la dilatación del intestino que estuvo presente en 5 casos, no se tomó en cuenta. Las alteraciones a nivel de colédoco, fueron muy aparentes, en todos los casos hubo engrosamiento de sus paredes, aumento de la consistencia, dilatación coledociana en 7 casos, mucosa ductal finamente granular en 9 pacientes, bilis purulenta en 7 - pacientes y en un caso se encontró en colédoco un ascáride vivo y un cálculo, con alteraciones en la vesícula pero sin litiasis (Cuadro V).

En 8 casos se encontraron datos macroscópicos de colecistitis aguda, ascáride en vesícula en un caso, colecistitis litiásica en un paciente, sin datos macroscópicos de

CUADRO IV

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

PLACA SIMPLE DE ABDOMEN	No. DE CASOS	PORCENTAJE
IDENTIFICACION DEL PARASITO EN INTESTINO	5	55.5%
SUGESTIVA DE PRESENCIA DEL PARASITO EN VIAS BILIARES	1	11.1%
PRESENCIA DE AIRE EN VIAS BILIARES	1	11.1%
PRESENCIA DE ASAS DE INTESTINO DELGADO CON GAS	5	55.5%
PRESENCIA DE GAS EN ANGULO HEPATICO DE COLON DANDO IMAGEN DE BURBUJA UNICA CON AUSENCIA EN EL RESTO DEL MISMO	3	33.3%

CUADRO V

HALLAZGOS QUIRURGICOS

ALTERACIONES EN COLEDOCO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ENGROSAMIENTO DE SUS PAREDES	9	100.0%
DILATACION	7	77.7%
MUCOSA DUCTAL FINAMENTE GRANULAR	9	100.0%
BILIS PURULENTA	7	77.7%
LITIASIS MAS ASCARIS	1	11.1%

colecistitis aguda, pero en el estudio histopatológico, se informó infiltrado inflamatorio agudo y crónico (Cuadro VI).

La evolución en el postoperatorio fue satisfactoria en todos los casos, con 8 días de promedio de estancia hospitalaria, a excepción del paciente que desarrolló seudokuiste del pancreas.

El análisis de la bilis tomada directamente del colédoco en el transoperatorio, demostró huevecillos de áscaris en 7 casos, en la muestra tomada por la sonda en "T", sólo en 3 pacientes fue positiva.

En los coproparasitoscópicos seriados, se encontraron huevecillos en 8 de los casos, en los exámenes de control 8 días después de la operación, en bilis no se encontraron huevecillos en ningún caso, y en los coproparasitoscópicos solo se encontraron en dos casos.

La colangiografía transoperatoria, fue de mucha utilidad, en todos los casos nos dió la pauta a seguir, se pudo demostrar dilatación coledociana en 7 casos, presencia de ascáride en 6, en dos casos se observó amputación del conducto hepático izquierdo por presencia del parásito.

CUADRO VI

HALLAZGOS QUIRURGICOS

ALTERACIONES EN VESICULA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
COLECISTITIS AGUDA	8	88.8%
LITIASIS	1	11.1%
ASCARIDE	1	11.1%
SIN CAMBIOS INFLAMATORIOS AGUDOS.	1	11.1%

La presencia de ascárides en intestino delgado, se comprobó en el transoperatorio en 5 casos, ascáride vivo - en colédoco en un caso restos de ascáride en 2 casos, y ausencia del parásito en un caso (Cuadro VII).

Las complicaciones de la ascariasis de las vías biliares que encontramos en nuestra serie fueron:

Colangitis en 7 pacientes, colecistitis aguda en 8, pancreatitis en 7, coledocolitiasis en 1 caso, hepatitis en 5 y pseudoquiste del pancreas en un caso (Cuadro VIII).

CUADRO VII

HALLAZGOS QUIRURGICOS

ASCARIS VIVOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EN COLEDOCO	4	44.4%
EN COLEDOCO Y WIRSUNG	1	11.1%
EN COLEDOCO Y VESICULA	1	11.1%
EN INTESTI- NO DELGADO	5	55.5%
ASCARIS MUERTOS (INTEGROS)	0	0.0%
DETRITUS DE AS- CARIS EN COLE-- DOCO	2	22.2%
AUSENCIA DE AS- CARIDE	1	11.1%

CUADRO VIII

COMPLICACIONES

TIPO DE COMPLICACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
COLANGITIS	7	77.7%
COLECISTITIS AGUDA	8	88.8%
PANCREATITIS	7	77.7%
COLEDOCOLITIASIS	1	11.1%
HEPATITIS	5	55.5%
SEUDOQUISTE DEL PANCREAS	1	11.1%
ABCESO DEL HIGADO	0	0.0%

DISCUSION

Los cuadros dolorosos abdominales producidos por padecimientos de la vesícula y vías biliares, representan en - nuestro medio un buen número de ingresos a Urgencias de los diferentes hospitales, frecuentemente provocando problemas de diagnóstico, y por lo tanto, error en el tratamiento, especialmente en aquellos pacientes muy jóvenes o en niños, en los que difícilmente se puede presentar - un cuadro vesicular o de obstrucción de las vías biliar--es, provocado por los mecanismos conocidos en los adul--tos.

No obstante que la parasitosis (ascariasis), está muy extendida en México, casi nunca es relacionada con un proceso agudo de vías biliares en un paciente en el que se - encuentran antecedentes de expulsión de parásitos, o comprobada por coproparasitoscópico seriado.

Por lo anterior, creemos que el estudio clínico minucioso, especialmente los antecedentes al interrogatorio, -- tienen una importancia extraordinaria en este tipo de pacientes.

La historia clínica y la correlación de la misma con los

exámenes de laboratorio y gabinete, nos proporcionará la sospecha en un alto porcentaje.

El pleomorfismo de los cuadros agudos provocados por la ascariasis de las vías biliares, y los diversos criterios respecto al tratamiento de los procesos vesiculares agudos, plantea obviamente variedad en el manejo de aquellos que no se diagnostican y tardanza para efectuar el procedimiento quirúrgico en los que sí se llega a sospechar, trayendo consigo algunas complicaciones que aunque por lo general no son muy graves ni frecuentes en la actualidad, si deben de tenerse en consideración.

A diferencia de algunas partes del mundo, las formas de presentación en nuestro medio, son en su mayoría un cuadro muy semejante a una colecistitis aguda, pero con algunas características especiales, como leucocitosis muy -- marcada en algunos, con periodos asintomáticos en otros, pero la mayoría con la inminencia de abdomen agudo secundario a cuadro vesicular, que desconcierta por su tiempo de evolución tan corto.

Se hacen algunas consideraciones en el presente trabajo, en lo que respecta a fisiopatología, formas clínicas y -- especialmente a diagnóstico y tratamiento médico quirúr-

gico, y desde luego se ponen de manifiesto la atención que se debe enfocar desde el punto de vista epidemiológico a la parasitosis biliar y que se deben tener en cuenta las diferencias en cuanto a porcentaje de población infestada, en las diferentes regiones de nuestro país, que varía - desde el 45 al 90%, dependiendo de la urbanización, clima y educación, así como nivel de vida, para la aplicación - de la medicina preventiva.

Durante el entrenamiento de todo Residente de Cirugía, se plantean diversas situaciones de desafío que requieren de tiempo y dedicación suficientes para llegar a un diagnóstico y tratamiento correcto, la dedicación de éste, acarrea doble beneficio, el más importante un tratamiento adecuado para el paciente y para el Residente, el aprendizaje y la experiencia, tan valiosos para la práctica posterior.

RESUMEN

Se presentan nueve casos de ascariasis de las vías biliares, estudiados en el H.G. "DR. DARIO FERNANDEZ" DEL -- I.S.S.S.T.E., en México, D.F.

Ponemos de manifiesto que la frecuencia de este padecimiento en nuestro medio, es más común de lo que se piensa y que es posible efectuar un diagnóstico oportuno, basándonos en el cuadro clínico, mismo que se caracteriza por crisis dolorosas en hemiabdomen superior, náusea, vómito y fiebre, así como ictericia en algunos casos, no marcada, ésto aunado a los antecedentes de parasitosis reciente, con expulsión de los mismos en la mayoría de los pacientes, apoyados con los estudios radiológicos especializados, y teniendo presente que el padecimiento existe, se puede en un alto porcentaje, llegar a dicho diagnóstico y efectuar un tratamiento adecuado, siempre quirúrgico.

Se revisa la literatura mundial, encontrando que el problema es generalizado a todo el mundo, pero con una mayor frecuencia en algunos países que por sus condiciones climatológicas y de salubridad, ofrecen requisitos que proporcionan un medio ideal para que este tipo de parasitosis aumente.

En nuestros casos, a diferencia de otros reportados en algunos países del Medio Oriente, la invasión ascariásica de las vías biliares siempre se presentó en pacientes no colecistectomizados y sólo se encontró litiasis de cólédoco asociada en el 11.1%, en contraste con el alto índice de litiasis y de invasión del áscaris en pacientes previamente operados de la vía biliar.

En todos nuestros pacientes el tratamiento fue quirúrgico, con colecistectomía, extracción de parásito, restos del parásito, cálculo, lavado de las vías biliares y colocación de sonda en "T".

El tratamiento postoperatorio y médico fue a base de ingestión de piperazina con un solvente a través de la sonda en "T" y por vía oral, facilitando la destrucción del parásito y su expulsión, evitando las complicaciones por obstrucción

CONCLUSIONES

- 1) La ascariasis de vías biliares no es un padecimiento tan raro como se pretende, sobre todo en determinadas zonas del país.
- 2) Es necesario considerarla como una entidad nosológica que tiene cuadro clínico preciso, factible de diagnosticar en forma temprana y de instituir tratamiento adecuado, disminuyendo la morbimortalidad en este padecimiento.
- 3) En todo paciente de poca edad, adolescentes o -- adultos jóvenes que presenten un cuadro clínico de o semejante a una colecistitis aguda, padecimiento -- poco frecuente en este tipo de pacientes, se debe investigar antecedentes de parasitosis intestinal y pensar que puede tratarse de una ascariasis de vías biliares.
- 4) El tratamiento debe ser medico-quirúrgico, emplean do un medicamento que desintegre a los ascárides para evitar las complicaciones como obstrucción intes

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

tinal o migración masiva con las consecuencias que esto tendría.

5) Debe hacerse control radiológico postoperatorio para asegurar la ausencia de parásitos y/o restos de ellos en las vías biliares.

6) Es necesario evitar las recidivas de la ascariasis de vías biliares, previendo la reinfestación del paciente por áscaris, dando instrucciones sobre medidas higiénico-dietéticas y de medicina preventiva, haciendo la detección de portadores asintomáticos y de fuentes de contaminación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bryan J.C. Biliary Parasites; Br. J.Radiol. 42:506
508; 1969.
- 2.- Bernstein R.B.; Biliary ascariasis diagnosed by -
ERCP with chronic dilatation of the biliary system
digest. diseases; vol. 22 No. 4, april 1977,pag.391.
- 3.- Biagi Fco.; Helmintiasis intestinales, algunos as--
pectos de actualidad; Gac. Med. Mex.; vol. 101, No.6,
Junio de 1971; pág. 641.
- 4.- Biagi Fco.; Observaciones sobre 88 casos de complicaci
ciones quirúrgicas de la ascariasis; Bol.Med. Hosp.-
Inf. vol. pag 447 año 19
- 5.- Bustamante S.J. Ascariasis complicada, informe de 12
casos de autopsia; Gac. Méd. Mex.; vol. 115; No. 11;
nov. 1979; pag. 519.
- 6.- Cañedo Luis; Ascariasis errática en adultos; Rev. --
Fac. Med. Mex.; 7:445; 1962.
- 7.- Kabjaiye O.; Biliary lithiasis associated with asca-
riasis in a Nigerian Woman; Arch. Surg.; vol. 112; -
may 1977 pag. 645.
- 8.- Labastida M. H.; Ascariasis hepática; Gac. Med.Mex.
Vol. 104; No. 1; julio 1972; pag. 65.
- 9.- Laviada Fco.; Ascariasis hepática; Rev. Gastroenterol.

Mex. vol. año 19 pag. 409.

- 10.- Ordoñez A.A.; Ascariasis del colédoco; Rev. Med. - Hosp. Gral. 23;839; 1960.
- 11.- Phillips R.D.; Surgical helminthiasis of the biliary tract.; Ann. of. Surg. nov. 1960; vol. 152 No. 5; pag. 905.
- 12.- Ramírez D.J.; Diagnóstico y tratamiento de la ascari~~dia~~sis del colédoco mediante colangiografía endoscópica; Gac. Med. Mex.; Vol. 114; No. 5; 1978; pag. 401.
- 13.- Reuven P.; Ascariasis of the biliary system; Arch. -- Surg.; vol. 105; julio 1972; pag. 118.
- 14.- Wright R.M.; Ascariasis of the biliary system; Arch. of. Surg.; vol. 86; march. 1963; pag. 72.