Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Pancreatitis de repetición en colecistectomizada

Elena Núñez[a], Javier Montero[a], Luisa García-Picazo[b] y Santiago Ramón y Cajal[c]

[a]Servicio de Medicina Interna. [b]Departamento de Microbiología. Hospital El Escorial. San Lorenzo de El Escorial. Madrid.
[c]Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Puerta de Hierro. Madrid. España.

Caso clínico

Mujer de 45 años de edad, natural de Ecuador, residente en España desde hace 4 años con antecedentes de colecistectomía 4 años antes por cálculos y barro biliar, hernia de hiato, anemia ferropénica, Strongyloidiasis diagnosticada en su país de origen hace más de 5 años y al parecer tratada con medicación que no aporta. Sin hábitos tóxicos. Como tratamiento habitual la paciente toma omeprazol y hierro oral.

La paciente ingresó por episodio de dolor abdominal, cólico, de 9 h de evolución, localizado en epigastrio e irradiado en cinturón a espalda, junto con náuseas y vómitos. Sin ictericia, coluria ni acolia. Al parecer viene presentando estos episodios de dolor abdominal desde hace un año, ocasionalmente con sensación distérmica y escalofríos, por lo cual habiendo requerido ingresos previos con diagnóstico de pancreatitis. En la exploración física la paciente está afebril, afectada por el dolor presentando un abdomen blando, depresible, doloroso a nivel de epigastrio sin signos de irritación peritoneal y con ruidos hidroaéreos presentes. Hemograma: 15.100 leucocitos (61% neutrófilos; 14,3% linfocitos; 6,6% monocitos; 0,6% eosinófilos), hemoglobina 11,4 g/dl; hematocrito 36; VCM 75, 689.000 plaquetas. En la bioquímica destaca: amilasa, 259; GOT, 42; GPT, 38; GGT, 33; BRT, 0,6; LDH, 347; lipasa, 1.574; FA, 127; glucosa, creatinina, proteínas e iones normales. Amilasuria de 1.115. ECG, radiografía de tórax y abdomen normal. En la ecografía abdominal no se visualiza el colédoco, por sombra de clips quirúrgicos, encontrándose una calcificación a nivel del Wirsung y siendo el resto normal. Se realizó CPRE. El endoscopio se introdujo hasta segunda porción duodenal desde el bulbo presentando ésta una mucosa friable, sangrante al roce, cuarteada, de aspecto velloso sin pliegues, de donde se tomaron muestras para biopsias. Se apreciaba la papila con orificio fistuloso peripapilar. Vía biliar dilatada en su trayecto extrahepático sin defectos de repleción. Vía pancreática: pobreza de conductillos secundarios en cuerpo y cola, no se visualizan cálculos. Se realiza una esfinterotomía biliar y se introduce una prótesis pancreática que se retira 10 días después. Se toma biopsia de la mucosa duodenal en la que se observan larvas filariformes con una intensa reacción inflamatoria (fig. 1).

Figura 1. Biopsia de la mucosa duodenal. Se visualizan larvas filariformes de *Strongyloides stercolaris* con intensa reacción inflamatoria de la mucosa.

Figura 2. Larvas de *Strongyloides stercolaris* observadas en una muestra de heces.

Durante su estancia presentó episodios diarios de dolor en epigastrio e hipocondrio derecho que precisaron analgesia permanente. En sucesivas determinaciones analíticas se encuentran eosinofilias intermitentes que oscilaban ente 100-900 eosinófilos totales. En una muestra de heces tras concentración de éstas con el método de formol-acetato de etilo se observan numerosas larvas de morfología rabditiforme de 430-480 micromicras de longitud y de 25-28 micromicras de anchura con una cápsula bucal apenas perceptible, de idéntica morfología a la observada en mucosa duodenal (fig. 2).

Correspondencia: Dra. E. Núñez.
Servicio de Medicina Interna. Hospital El Escorial.
Ctra. M-600 de Guadarrama a San Lorenzo de El Escorial, km. 6,255.
28200 San Lorenzo de El Escorial. Madrid. España.
Correo electrónico: elenanc@latinmail.com

Manuscrito recibido el 11-12-2002; aceptado el 27-01-2003.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Evolución

Con estos datos, la paciente fue diagnosticada de pancreatitis recidivante por *Strongyloides stercolaris*. Se instauró tratamiento con 400 mg de albendazol cada 12 h durante 3 días y fue dada de alta hospitalaria. En muestras de heces postratamiento siguen visualizándose larvas de *Strongyloides* por lo que se instauró tratamiento con tiabendazol sin conseguir tampoco erradicarlo, observándose también huevos de *Hymenolepis nana*. A través de medicamentos extranjeros se pautó ivermectina, 200 μg/kg en dosis única. Dos meses después acudió a la consulta refiriendo estar asintomática siendo la determinación de parásitos en tres muestras de heces negativa.

Comentario

La infección por *Strongyloides stercolaris*[1-3] es un hallazgo infrecuente en nuestro medio, aunque los continuos movimientos migratorios de la población poco a poco van obligando a pensar en parasitosis hasta ahora poco habituales. *S. stercolaris* es un nematodo con amplia distribución en zonas cálidas y húmedas de todo el mundo. Su ciclo vital es complejo y presenta la particularidad de que puede completarse en el suelo o en el hospedador (autoinfección); este último es el responsable de la persistencia de la infección durante años, como en el caso que nos ocupa, así como del síndrome de hiperinfección. El hombre se infecta por penetración cutánea de la larva filariforme que habita en suelos húmedos; ésta es transportada a través de los vasos sanguíneos hasta los alvéolos pulmonares, migra a tráquea y faringe donde son deglutidas alcanzando la mucosa de duodeno y yeyuno. Aquí se desarrollan las hembras adultas y comienza la puesta de huevos. Los huevos eclosionan en la mucosa dando lugar a las larvas rabditiformes, no infectivas, que se eliminan en heces. El diagnóstico se realiza por la visualización de estas larvas en heces de tamaño y morfología característica. Es importante diferenciarlas de las larvas de uncinariasis, que tiene la misma distribución geográfica. La característica diferencial más importante es la longitud de la cápsula bucal que es extremadamente corta en *Strongyloides* y larga en uncinarias. No hemos encontrado en la literatura otros casos de pancreatitis por este parásito, si bien excepcionalmente se le ha relacionado con masas y/o tumores pancreáticos[4-6] así como obstrucción biliar. Puede suponerse que la probable invasión de las larvas en los conductos biliares junto con la intensa duodenitis producían una importante reacción inflamatoria intraductal que remedaban cuadros de cólicos biliares con pancreatitis. Actualmente ivermectina es el tratamiento de elección, aunque tiabendazol se ha usado con éxito durante muchos años con unas tasas de curación entre el 55-100%. Así mismo, en diferentes estudios donde se ha analizado la efectividad de albendazol se ha obtenido una tasa de curación de 62%[2,7]. Entendemos que el hallazgo de huevos de *Hymenolepis nana*, tenia de amplia distribución mundial, no ha contribuido en la clínica de la paciente ya que esta infección suele manifestarse como dolor abdominal, náuseas, diarrea, anorexia y prurito anal, siendo más frecuentes afectados niños e inmunodeprimidos, que no es el caso. Por último, reseñar que la eosinofilia debe obligar siempre a la investigación de parásitos tanto en pacientes originarios de zonas endémicas como en aquellos que hayan viajado a estas zonas.

Bibliografía

1. Gilman RH. Intestinal Nematodos that migrate through skin and lung. Hunter's Tropical Medicine and Enderging Infections Diseases. G.T. Strickland. 8th ed. Philadelphia: Saunders, 2000.
2. García LS. Diagnostic medical parasitology. 4th ed. Washington: ASM Press, 2001.
3. Milder JE, Walter PD, Kilgore G, Rutherford I, Klein M. Clinical features of *Strongyloides stercolaris* infection in an Endemic Area of United States. Gastroenteology 1981;80:1481-8.
4. Pijls NH, Yap SH, Rosenbusch G, Prenen H. Pancreatic mass due to *Strongyloides stercolaris* infection: An inusual manifestation. Pancreas 1986;1:90-3.
5. Usha Setia, Gitashree Bhatia. Pancreatic Cystadenocarcinoma Associated with Strongyloides. Am J Med 1984;77:173-5.
6. Delarocque Astagneau E, Hadengue A, Degott C, Vilgrain V, Erlinger S, Benhamou JP. Biliary obstruction resulting from *Strongyloides stercolaris* infection. Report a case. Gut 1994;35:705-6.
7. Horton J. Albendazole: A review of anthelmintic efficacy and safety in humans. Parasitology 2000;121(Suppl 1):13-32.