

M.L. García Arias¹, J.M. Marugán de Miguelsanz¹, M.J. Ordóñez Bayón¹, S. Costilla², N. Díez Baños³

An Esp Pediatr 1999;50:65-67.

Introducción

La fascioliasis es una parasitosis habitual, en nuestro medio, del ganado ovino y bovino. La contaminación humana se produce al ingerir vegetales o agua que contengan la forma enquistada (o metacercaria) del parásito⁽¹⁾. Aunque en los últimos años han aparecido casuísticas cada vez más numerosas, sigue siendo una enfermedad poco frecuente en nuestro país, sobre todo entre la población infantil.

Presentamos el caso de un niño de cuatro años que, de forma casual, pudimos observar y diagnosticar en la fase aguda de dicha parasitosis.

Caso clínico

Varón de cuatro años de edad que ingresa para ser intervenido de hernia inguinal derecha. Al realizar la analítica ordinaria se detecta una leucocitosis con hipereosinofilia y reactantes de fase aguda elevados, por lo que se decide posponer la intervención e iniciar su estudio.

Entre los antecedentes, familiares y personales, de interés, sólo cabe destacar que reside en medio rural, tiene contacto ocasional con perros y gatos, come productos de una huerta familiar regada con agua de una charca cercana, y que un mes antes había presentado una reacción urticarial que cedió espontáneamente en 24 horas.

La exploración física es normal, salvo la existencia de una pápula ocre de 0,5 cm. de diámetro, en brazo derecho, con signo de Darier positivo, hepatomegalia de 1 cm por debajo del reborde costal e hidrocele derecho.

Entre los exámenes complementarios: hemograma con 20.800 leucocitos (62,8% E, 10% N, 23,7% L). Cifra total de eosinófilos 13.062/mm³. Serie roja y plaquetas normales. VSG en la primera hora 96 mm. Bioquímica completa normal, salvo LDH 567 U/L, proteínas totales 9,7 g/dl, a expensas sobre todo de alfa 2 y gammaglobulinas, con cifras de Ig G de 2.230, Ig A 197, Ig M 342 mg/dl e Ig E total 1657 UI/ml. Serología hidatidosis 1/800 (positivo mayor de 1/100). Huevos y parásitos en heces (en cuatro determinaciones) negativos. Radiografía de tórax: normal.

¹Servicio de Pediatría. ²Servicio de Radiología. Hospital de León. ³Departamento de Parasitología. Facultad de Veterinaria de León.

Correspondencia: M.L. García Arias. Servicio de Pediatría. Hospital de León. Altos de Nava s/n. 24071 León.

Recibido: Octubre 1998

Aceptado: Enero 1999

Fascioliasis hepática: Un nuevo caso en la infancia

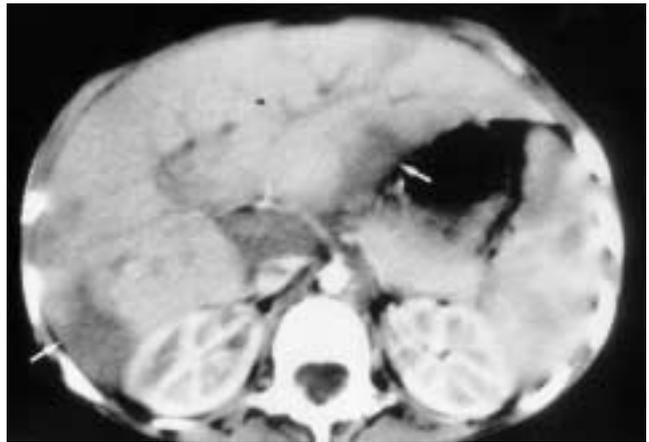


Figura 1. TAC Abdominal. Imágenes de áreas nodulares hipodensas de contornos irregulares y de localización central y periférica en hígado.

Ecografía abdominal: adenopatías en hilio hepático y escasa cantidad de líquido libre intraperitoneal sin ningún otro hallazgo de interés. TAC abdominal: hepatomegalia, sobre todo de lóbulo izquierdo con áreas nodulares hipodensas, de diferentes tamaños y contornos irregulares, de localización central y periférica (Fig. 1). Biopsia intestinal: mucosa de aspecto normal, sin evidencia de parásitos en pared intestinal ni huevos en jugo duodenal. Serología *Toxocara canis* título 0,28 (negativo). Serología *Fasciola hepatica*: hemaglutinación título 1/2.460 (positivo mayor 1/320) y ELISA indirecto, valor de absorbancia= 3,8657 (los valores positivos de nuestra referencia son superiores a 0,6925).

En cuanto a la evolución clínica, se observa hepatomegalia creciente hasta un máximo de 6 cm al 20º día de ingreso e, igualmente, aumento de tamaño del hidrocele, que se punciona obteniéndose un líquido amarillento-turbio, que tras estudio citológico es informado como líquido de inflamación aguda con marcada eosinofilia. Cultivo negativo. Al 15º día comienza con febrícula, dolor en hipocondrio derecho y deposiciones líquidas junto con astenia y anorexia. Se biopsia la lesión cutánea cuyo diagnóstico anatómo-patológico es de urticaria pigmentosa de tipo nodular solitaria (Fig. 2).

Se inicia tratamiento con bithionol a dosis de 30 mg/kg a días alternos manteniéndose durante 14 días. A partir de los primeros días de tratamiento, mejoría clínica con reducción de he-

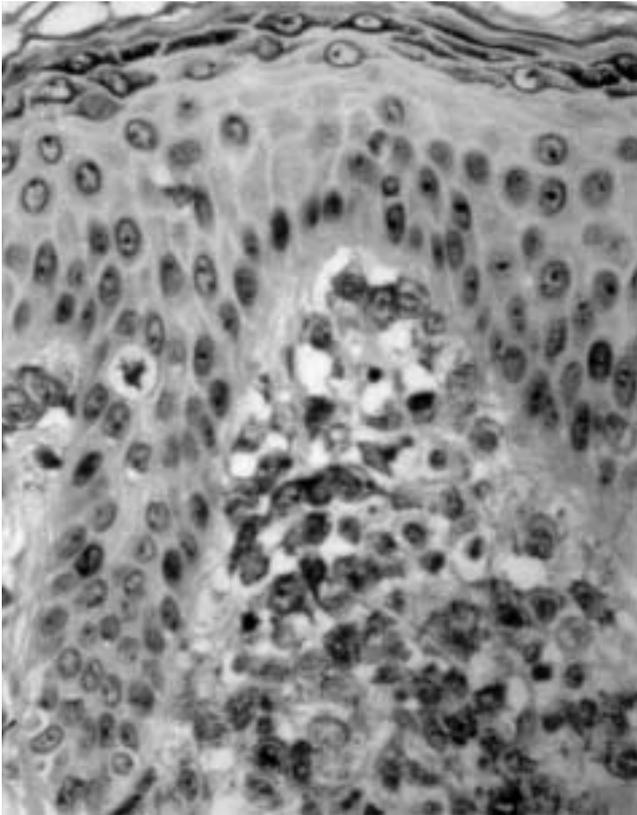


Figura 2. Lesión cutánea. GIEMSA: agregados de células cuboidales, con gránulos metacromáticos citoplasmáticos, localizados en dermis papilar y reticular. (x 400).

patomegalia a 0,5 cm en el momento del alta (7 días después del inicio del tratamiento). Se observa reabsorción espontánea del hidrocele. En controles posteriores, permanece asintomático (pendiente de intervención de probable hernia inguinoescrotal derecha) con normalización de reactantes de fase aguda, negativización de la serología de hidatidosis y disminución progresiva de la eosinofilia (1.547 eosinófilos/mm³ a los 3 meses y 700 a los 6 meses de evolución) y título de acs. anti *Fasciola* (hemaglutinación 1/640 a los 6 meses, 1/320 al año, 1/160 al año y medio de evolución. ELISA abs=2,1377 a los 3 meses, abs=0,8325 al año). La TAC de control, al año de evolución, muestra resolución de imágenes ya referidas, pero se observan calcificaciones puntiformes hepáticas como lesiones residuales (Fig. 3).

Discusión

La *Fasciola hepatica* es un trematodo de 15 a 30 mm en su forma adulta, que vive habitualmente en los conductos biliares de ovejas y vacas. El niño se infecta al ingerir vegetales acuáticos crudos, sobre todo berros, o agua contaminada con la forma enquistada del parásito o metacercaria. El jugo gástrico disuelve la envoltura quística y libera la larva que atraviesa la pared duodenal y en un par de semanas invade el hígado per-



Figura 3. TAC Abdominal. Imágenes de calcificaciones puntiformes hepáticas.

forando la cápsula de Glisson. Aquí crece rápidamente y anida en los conductos biliares, donde pasa a forma adulta y produce la enfermedad denominada distomatosis hepática o fascioliasis⁽¹⁾.

La fascioliasis es cada vez más conocida en todo el mundo, aunque se registra con más frecuencia en Sudamérica^(2,3), África⁽⁴⁾ y Europa. En España hasta 1984 se habían descrito 51 casos⁽¹⁾. Aunque la distribución en nuestro país es difusa, las series más nutridas se encuentran en el área vasconavarra⁽⁵⁾. En nuestra provincia se conocen casos esporádicos y un brote epidémico familiar hace aproximadamente diez años⁽⁶⁾. Es excepcional en niños.

En la clínica humana hay que diferenciar dos períodos bien determinados^(1,7): 1) una fase aguda, con tres diferentes subtipos (típica, atípica y ectópica) y una fase crónica. El cuadro clínico característico de la forma aguda típica se configura con la tríada de dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia y fiebre (síntomatología observada en nuestro caso). En la analítica general se va a encontrar una leucocitosis con una importante eosinofilia del 30 al 70%, así como una VSG elevada y un discreto aumento de la fracción alfa-2 y gamma del proteinograma. La forma aguda atípica se cree debida a fenómenos de hipersensibilidad, que pueden ser generales (prurito, urticaria, edema de Quinke) o localizados sobre diferentes órganos (pulmón, corazón, SNC,...). La urticaria constatada en los antecedentes personales de nuestro paciente posiblemente fuera debida a dichos fenómenos. Otra forma es la ectópica, donde se han descrito múltiples localizaciones, siendo la más frecuente la subcutánea. La fase crónica es mucho más anodina y puede manifestarse con episodios intercurrentes de ictericia obstructiva o cólicos biliares.

En cuanto al diagnóstico, hay que tener presente que en la fase aguda el parásito aún no se encuentra en forma adulta por lo que no puede reproducirse y, por tanto, la búsqueda de huevos en las heces del paciente dará resultados negativos⁽¹⁾. En esta fase, el diagnóstico se basará en medios serológicos. Se han utilizado múltiples tests⁽⁷⁾, en nuestro paciente se utilizaron dos:

ELISA (sensibilidad del 98%) y hemaglutinación (sensibilidad del 90%). Puede haber reacciones cruzadas con otras enfermedades parasitarias (con hidatidosis en nuestro caso). Posteriormente el diagnóstico puede venir dado por el hallazgo de huevos en heces o aspirado duodenal. Los estudios de imagen pueden contribuir al diagnóstico, el más útil y el más utilizado en la actualidad es la TAC⁽⁸⁾. Dos tipos de lesiones pueden ser encontradas: múltiples áreas nodulares hipodensas y/o áreas hipodensas a modo de “túneles ramificados” que se realzan con contraste. Debe hacerse diagnóstico diferencial con otras causas de intensa eosinofilia, entre ellas y en nuestro medio, la hidatidosis y la larva migrans visceral.

Hasta la actualidad no hay consenso acerca del tratamiento de elección de la fascioliasis⁽⁷⁾. En el pasado fueron usados muchos fármacos (antimoniales, quinina, dehidroemetina, cloroquina,...). Los más prescritos, en las últimas décadas, son praziquantel y bithionol. Este último parece ser el más efectivo⁽⁹⁾. La dosis recomendada es 30-50 mg/kg en días alternos durante 10-15 días. Triclabendazol ha sido reseñado también como una droga muy efectiva, tanto en la fase aguda, como en la crónica de fascioliasis.

Concluimos que ante una eosinofilia marcada debemos tener presente, aunque sea poco frecuente, la posibilidad de parasitación por *Fasciola*, sobre todo en áreas de alta prevalencia o ante el hallazgo de algún dato epidemiológico sugestivo.

Bibliografía

- 1 Campo JM, Milazzo A, Pascual J, Salcedo J, Labarga P, Yanguela J. Fasciola hepática. Revisión y estado actual de la enfermedad. *Rev Clin Esp* 1984; **173**:191-195.
- 2 Díaz J, Pina B, Lastre M, Rivera L, Pérez O. Fascioliasis humana. Cuba 1983. VI. Estudio clínico de 40 niños en el Hospital Provincial de Sagua La Grande. *GEN* 1990; **44**:385-388.
- 3 Esteban JG, Flores A, Aguirre C, Strauss W, Angles R, Mas-Coma S. Presence of very high prevalence and intensity of infection with Fasciola hepatica among Aymara children from the Northern Bolivian Altiplano. *Acta Trop* 1997; **66**:1-14.
- 4 Farag HF, Barakat RM, Ragab M, Omar E. A focus of human fascioliasis in the Nile Delta, Egypt. *J Trop Med Hyg* 1979; **82**:188-190.
- 5 Anton E, García M, Celador A, Cía M, Uribarrena R, Rivero A. Fascioliasis hepática. Revisión de 5 casos. *Rev Clin Esp* 1985; **176**:410-413.
- 6 Alcoba M, Costilla S, Cabrerros E, Jiménez JM, Carro JA, López R, Jorquera F, Martínez C, Pérez MR. Distomatosis por Fasciola hepática. Estudio de un brote epidémico. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1988; **74**:509-514.
- 7 Arjona R, Riancho JA, Aguado JM, Salesa R, Gonzalez-Macías J. Fascioliasis in Developed Countries: A Review of Classic and Aberrant Forms of the Disease. *Medicine* 1995; **74**:13-23.
- 8 Pagola MA, Vega A, Ortega E, González A. Computed Tomography of hepatic fascioliasis. *J Comput Assist Tomogr* 1987; **11**:269-272.
- 9 Bacq Y, Besnier JM, Doung TH, Pavie G, Metman EH, Choutet P. Successful treatment of acute fascioliasis with bithionol. *Hepatology* 1991; **14**:1066-1069.