



Metástasis hepática como presentación atípica de parasitosis eosinofílica: reporte de caso y revisión de literatura

Liver metastasis as an atypical presentation of eosinophilic parasitosis: Case report and literature review

Víctor Cabrera-Taípe^{1,2*} , Alex Arturo Yataco-Ortiz¹ 

¹ Servicio de Medicina Interna, Departamento de Medicina Interna, Hospital III EsSalud Yanahuara, Arequipa, Perú

² Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú

Fecha de recepción: 30/05/2024

Fecha de aceptación: 20/06/2024

Fecha de publicación: 30/09/2024

*Correspondencia: Víctor Cabrera-Taípe. victor_cabrera95@hotmail.com

Resumen

Mujer de 65 años, pastora, sin antecedentes importantes, consulta repetidas veces por dolor abdominal, malestar general asociado a alza térmica no cuantificada y vómitos. En los exámenes auxiliares se halló marcada eosinofilia. En la tomografía se le halló imágenes compatibles con metástasis hepáticas. La biopsia hepática fue frustra. El examen de heces reveló huevos de *Fasciola hepatica* y la serología para fascioliasis fue positiva. Se inició tratamiento con triclabendazol, con buena evolución clínica. Se resalta el hecho de una presentación inusual de dicha parasitosis en zonas endémicas.

Palabras clave: Fascioliasis hepática. Eosinofilia. Metástasis. (DeCS-BiREME)

Abstract

A 65-year-old woman, shepherdess, with no important past history, consulted repeatedly for abdominal pain, general malaise associated with unquantified thermal rise and vomiting. Auxiliary examinations showed marked eosinophilia. CT scan showed images compatible with hepatic metastases. Liver biopsy was frustrated. Stool examination revealed *Fasciola hepatica* eggs and serology for fascioliasis was positive. Treatment with triclabendazole was started with good clinical evolution. The fact of an unusual presentation of this parasitosis in endemic areas is highlighted.

Key words: Hepatic fascioliasis. Eosinophilia. Metastasis. (MeSH-NLM)

Citar este artículo como: Cabrera-Taípe V, Yataco-Ortiz AA. Metástasis hepática como presentación atípica de parasitosis eosinofílica. Rev Soc Peru Med Interna. 2024; 37(3): 141-146. Disponible en: <https://doi.org/10.36393/spmi.v37i3.858>

Rev Soc Peru Med Interna 2024; 37(3): 141-146

<https://doi.org/10.36393/spmi.v37i3.858>

www.revistaperuanademedicinainterna.com

Introducción

La infección por *Fasciola hepatica* es una de las zoonosis más importantes que afecta al hígado en el Perú. Es una enfermedad tropical reemergente, endémica en América Latina, y es un problema de salud pública en Perú, Bolivia, Chile y Ecuador.¹ El Perú ha presentado mayor número de casos humanos con fasciolosis durante los últimos años.²

La prevalencia en el altiplano peruano fue de 24,3% en 2002 según el método copro-parasitológico. En 2004 se halló 71,4% de serología positiva (Fas 2 ELISA) en la misma zona.¹ En el Perú existen zonas hiperendémicas de fasciolosis hepática que llegan hasta un 100% de infestaciones en animales y 34% en humanos.³ Las zonas de alta prevalencia de fasciolosis en el ser humano no coincide necesariamente con las zonas donde la enfermedad constituye un problema veterinario de magnitud.⁴

La fasciolosis tiene dos fases: aguda y otra crónica. En la fase aguda o invasiva los pacientes presentan una tríada compuesta por fiebre, dolor abdominal y hepatomegalia asociada a eosinofilia. En la fase crónica u obstructiva los tremátodos alcanzan la vía biliar, ocasionando obstrucción biliar, hemobilia y abscesos hepáticos.⁴

Se presenta un caso fasciolosis hepática que fue diagnosticada en la fase aguda, en su hospitalización, pero que se presentó como metástasis hepática al ingreso al hospital.

Presentación del caso

Paciente mujer de 65 años, natural y procedente de Andacagua, Puno, sin antecedentes patológicos o comorbilidades conocidas, niega alergia a medicamentos. Trabaja como pastora en Puno. Desde abril del 2023, la paciente acude a un puesto de salud en Puno en varias oportunidades al presentar dolor abdominal, malestar general asociado a alza térmica no cuantificada y vómitos compatibles con un síndrome doloroso abdominal. En el centro de salud se manejó con metamisol y escopolamina EV cada 12 horas, dimenhidrinato EV cada 12 horas y solución polielectrolítica a goteo continuo. En mayo 2023 tomó hierbas medicinales, entre ellas berros. Posteriormente, al persistir la sintomatología, acude a un hospital en Puno, donde le colocan nuevamente el tratamiento sintomático. La paciente vuelve a presentar síntomas, por lo que acude al Servicio de Emergencia del Hospital III EsSalud Yanahuara, Arequipa, donde se le realizó una tomografía abdominal sin contraste y se evidenció imágenes compatibles con metástasis hepática, y a las 24 horas de permanecer allí es hospitalizada.

Tabla 1. Análisis durante la hospitalización.

	26/05/23	29/05
Hemoglobina (VN 12-17 g/dl)	12g/dl	
Leucocitos (VN 4-10 x 10 ³ mm ³)	15,96 x 10 ³ mm ³	
Plaquetas (VN 150-500 x 10 ³ mm ³)	413 x 10 ³ mm ³	
Proteína C reactiva (VN 0-0,5 mg/dl)	6,09 mg/dl	
Amilasa (VN 28-100 U/L)	43 u/L	
Bilirrubina total (0,6-1,2 mg/dl)	0,8	
Lipasa (VN 13-60 U/L)	15 u/L	
Alfa feto proteína (VN 0-7)		1,36 ngr/ml
Gamma glutamil transferasa (VN 5-35 U/L)		197 U/L
Proteínas totales (VN 6,4-8,3 g/dl)		5,32 g/dl
Albumina		2,47
TGO (VN 10-32 U/L)		40 U/L
TGP (VN 0-35 U/L)		38 U/L
Fosfatasa alcalina (VN 35-104 U/L)		297 U/L
Creatinina (VN 0,6-1,2 mg/dl)		0,62 mg/dl
CEA (VN 0-3,4 ng/dm)		0,98 ng/ml

En el examen físico, la temperatura fue de 36,5 °C axilar, la presión arterial de 120/70 mmHg, la frecuencia cardíaca de 84 latidos/min, la frecuencia respiratoria de 18 excursiones/min, la saturación de oxígeno de 93%, con FiO₂ de 21%. En regular estado general, sin hallazgos anormales a la evaluación pulmonar, cardiovascular, neurológico y extremidades. A nivel abdominal, se evidenció dolor a la palpación profunda en hipocondrio

derecho e hipogastrio y el resto del examen sin particularidades.

En los exámenes auxiliares se halló (**Tabla 1**):

En el diagnóstico diferencial se consideró: metástasis hepáticas como posible causa del dolor abdominal; tumoraciones hepáticas abscedadas como otras causas de dolor abdominal y eosinofilia de causa a determinar. Como consecuencia, se solicitó tomografía abdominal

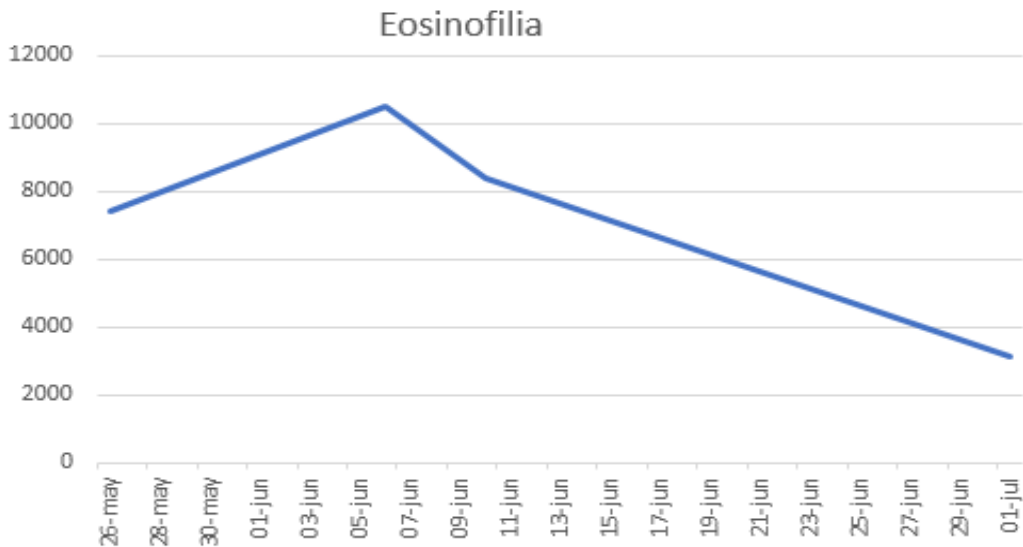


Figura 1. Gráfica de eosinofilia durante la hospitalización.



Figura 2.



Figura 3.

Figuras 2 y 3. TAC abdominal sin contraste: hepatomegalia y lesión ocupante indefinida en el segmento VII y otras formaciones periféricas a nivel hepático con dilatación de vía biliar intrahepática.

con contraste, tomografía hepática trifásica y marcadores tumorales para descartar metástasis hepáticas y también abscesos hepáticos. Se solicitó FAS 2-ELISA para descartar fascioliasis por la eosinofilia.

Los marcadores tumorales fueron negativos, así como el resto de análisis, excepto una eosinofilia persistente en todos los hemogramas realizados (**Figura 1**).

Las tomografías fueron informadas como nódulos hepáticos sugestivos de metástasis y pequeña colección subcapsular derecha (**Figuras 2 y 3**), por lo que se insistió en la biopsia hepática por radiología intervencionista, la cual no se pudo realizar debido a que no se logró evidenciar captación de contraste, solo áreas hipoecoicas mal definidas y la biopsia fue diferida. La prueba de FAS 2-ELISA demoró tres semanas por motivos que escapan al manejo médico y resultó positiva (1,1 VN <0,20).

La tomografía abdominal con contraste: hígado con aspecto de hepatopatía crónica de 194 mm de longitud, en el segmento VII hay lesión ocupante de espacio de bordes imprecisos de 82 x 79 mm que capta periféricamente con área central de necrobiosis; y, otras formaciones periféricas a nivel hepático con dilatación de vía



Figura 5. TAC trifásica: nódulos hepáticos sugestivos de metástasis y pequeña colección subcapsular derecha.



Figura 4. TAC con contraste: hepatomegalia; en el segmento VII hay lesión ocupante de espacio de bordes imprecisos y otras formaciones periféricas a nivel hepático con dilatación de vía biliar intrahepática, más una colección subcapsular hepática.

biliar intrahepática. Colección subcapsular hepática de 177 x 25 mm. (**Figura 4**).

Tomografía hepática trifásica: Nódulos hepáticos sugestivos de metástasis, se sugiere estudio histológico, y pequeña colección subcapsular derecha (**Figura 5**).

Se inició tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam 4,5gr EV cada 6 horas y metronidazol 500 mg EV cada 8 horas por la leucocitosis, la cual remitió. Durante la hospitalización presentó aumento de volumen del miembro inferior izquierdo y al realizarle el



Figura 6. Huevo de *Fasciola hepática* con método de sedimentación rápida, cortesía del Laboratorio de Parasitología, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa).

ecodoppler se encontró trombosis venosa profunda, por lo que se le anticoaguló con warfarina. Al no poderse realizar la biopsia hepática y ante sospecha de fascioliasis se envió muestra de heces al laboratorio de parasitología de una universidad nacional y se observó huevos de *Fasciola hepática* por el método de sedimentación espontánea (**Figura 6**). Con el resultado de ello y de FAST 2 ELISA se comenzó triclandendazol, 10mg/kg cada 12 horas por 2 dosis.

La paciente es seguida por consulta externa de medicina interna, no manifiesta molestia alguna y se encuentra recibiendo solo con warfarina por el episodio de trombosis venosa profunda.

Discusión

En este reporte de caso, presentamos un cuadro de fascioliasis hepática aguda con una presentación atípica, que simulaba metástasis hepáticas. En la infección humana, intervienen vegetales como el berro, hojas de diente de león, menta y alfalfa. La paciente mencionó tardíamente haber consumido berros en varias ocasiones. El agua también es una fuente de infección, ya sea por su consumo sin hervir o por la contaminación de hortalizas.³

El diagnóstico presuntivo de fascioliasis requiere un alto índice de sospecha, dado que las formas de presentación pueden ser muy diversas, simulando cuadros como úlcera duodenal, gastritis aguda, colecistitis aguda, litiasis vesicular, pancreatitis aguda, hepatocarcinoma y vasculitis, entre otros.⁵

La fase aguda (hepática o invasiva) dura entre 2 y 4 meses y se caracteriza por fiebre, dolor en el hipocondrio derecho y eosinofilia, con tomografía y serologías positivas, altamente sugestivas de fascioliasis aguda.⁶ En la fase latente, el trematodo madura hasta su fase adulta en los conductos biliares, lo que puede durar meses o años.⁷ Los síntomas incluyen episodios de cólicos biliares, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, ictericia y prurito.⁶ La tríada de fiebre prolongada, dolor en hipocondrio derecho y eosinofilia persistente debe hacer sospechar la enfermedad.⁶ En el caso de nuestra paciente, se encontraba en fase aguda, debido a la clínica que presentó y a las imágenes que sugerían metástasis hepáticas.

La técnica coproparasitológica más utilizada en los estudios que reportan casos crónicos y asintomáticos es la sedimentación rápida (TSR) descrita por Lumbreras,⁸ y en nuestro caso, se empleó el método de sedimentación espontánea. El Fas2-ELISA, prueba serológica empleada en la práctica clínica desde 2003,² resultó positiva en nuestra paciente.

La tomografía puede mostrar dos tipos de lesiones en el parénquima hepático: áreas hipodensas nodulares de

1 a 10 mm, únicas o, más frecuentemente, múltiples, o áreas hipodensas en forma de túneles con disposición radiada, resaltadas con contraste, altamente sugestivas de fascioliasis.⁹ Se han encontrado imágenes de pseudotumores,¹⁰ hematomas subcapsulares hepáticos,¹¹ e incluso imágenes que simulan metástasis hepáticas,¹² como ocurrió en nuestra paciente.

El triclabendazol es el tratamiento de elección, con excelente efectividad y tolerancia.¹³ Una dosis única de 10 mg por kg de peso tiene una eficacia del 96%, y con una segunda dosis repetida a las 48 horas, la tasa de curación alcanza el 100%.¹³ Este tratamiento se administró a nuestra paciente, quien mostró mejoría clínica en los días siguientes.

Debido a la dificultad en el diagnóstico, ha habido casos en los que se han realizado biopsias hepáticas¹¹ e incluso hepatectomías,¹² lo que subraya la importancia de un diagnóstico oportuno.

Conclusión

La fascioliasis hepática puede tener presentaciones inusuales que simulan metástasis hepáticas. Es crucial mantener un alto índice de sospecha, especialmente en zonas endémicas, para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos invasivos innecesarios.

Agradecimientos

Agradecemos al Servicio de Medicina Interna del Hospital III Yanahuara, a todos los médicos y personal de salud, así como a la Dra. Mayorca y a la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa (UNSA) por su valioso apoyo.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Responsabilidades éticas

Este trabajo cuenta con el consentimiento informado del paciente.

Contribución de los autores

VCT: concepción del trabajo, recursos, revisión y aprobación final del manuscrito. AAYO: supervisión, investigación, redacción, edición, revisión y aprobación final del manuscrito

Referencias

1. Marcos L, Maco V, Florencio L, Terashima A, Samalvides F, Miranda E, Tantaleán M, Espinoza JR, Gotuzzo E. Altas tasas de prevalencia de fasciolosis humana en el Perú: una enfermedad emergente. Rev Per Enf Infec Trop. 2005;3:8-13.

2. Marcos L, Terashima A, Leguía G, Canales M, Espinoza J, Gotuzzo E. La infección por *Fasciola hepatica* en el Perú: una enfermedad emergente. *Rev Gastroenterol Perú*. 2007;27:389-396.
3. Mas-Coma M, Esteban J, Bargues M. Epidemiología de la fascioliasis humana: revisión y propuesta de nueva clasificación. *Bull World Health Org*. 1999;77(4):340-346.
4. Ortiz P, Cabrera M, Jave J, Claxton J, Williams D. Human fascioliasis: prevalence and treatment in a rural area of Perú. *Infect Dis Rev*. 2000;2(1):42-46.
5. Mas-Coma M, Bargues M, Esteban J. Human fascioliasis. [Internet]. www.cabi-publishing.org/Booxshop/Readin-groom/0851992609/2609ch12.pdf
6. Jiménez J, Loja D, Ruiz E, Maco V, Marcos L, Avilés R. Fascioliasis hepática: ¿un problema diagnóstico? *Rev Gastroenterol Perú*. 2001;21:148-162.
7. Corti M, Palmieri O, Méndez N, Gancedo E, Sawicki M, Millet S. Diagnóstico por imágenes en la fasciolosis hepática. *RAR*. 2006;70:197-200.
8. Maco V, Marcos L, Terashima A, Samalvides F, Miranda E, Espinoza JR, Gotuzzo E. Fas2-ELISA y la técnica de sedimentación rápida modificada por Lumbreras en el diagnóstico de la infección por *Fasciola hepatica*. *Rev Med Hered*. 2002;13:49-57.
9. Arjona R, Riancho J, Aguado J, Salesa R, Gonzalez-Macias J. Fascioliasis in developed countries: a review of classic and aberrant forms of the disease. *Medicine*. 1995;74(1):13-23.
10. Castillo Contreras OB, Frisancho Velarde O. Pseudotumor hepático en fasciolosis aguda. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2013;43(1):53-58.
11. Loja D, Alvizuri J, Vilca M, Avilés R, Sánchez M. Hematoma hepático subcapsular por fasciola. *Rev Gastroenterol Perú*. 2003;23:142-148.
12. Akbulut S, Ozdemir E, Samdanci E, Unsal S, Harputluoglu M, Yilmaz S. Fascioliasis presenting as colon cancer liver metastasis on 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography: a case report. *World J Hepatol*. 2019;11(8):656-662.
13. Talaie H, Emami H, Yadegarinia D, Nava-Ocampo A, Massoud J, Azmoudeh M, Mas-Coma S. Randomized trial of a single, double, and triple dose of 10 mg/kg of a human formulation of triclabendazole in patients. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2004;31:777-782.