

Manejo médico y endoscópico de pancreatitis ascaridiana aguda en niños

Autores R. Durango, K. López, D. Navarro, A. Arrieta, G. García, A. Nucette, N. Colina

Institución Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño". I.V.S.S., Caracas. Venezuela

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2011; 65 (3): 200-203. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Rosxana Durango. Residente de segundo año de la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño". I.V.S.S., Caracas. Venezuela.

Correo-e: rosaxnadur@yahoo.com

Fecha de Recepción: Sep.2010 Fecha de Revisión: Jul. 2011 Fecha de Aprobación:

Resumen

La migración errática de los áscaris hacia vías biliares, vesícula biliar y conducto pancreático puede ocasionar la obstrucción de esas estructuras, manifestándose como cólico biliar, colecistitis alitiásica, colangitis, pancreatitis aguda y absceso hepático. **Objetivo:** reportar el manejo clínico y endoscópico de pacientes con pancreatitis ascaridiana. **Pacientes y Método:** estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes con Pancreatitis Aguda, se revisa cuadro clínico, datos epidemiológicos, etiología, exámenes paraclínicos, ultrasonido y terapia médica. **Resultados:** 10/34 (29,41%) con Pancreatitis Aguda por *Ascaris lumbricoides*; edad promedio 6,3 años, antecedente de expulsión de vermes por boca (60,00%). El dolor abdominal y vómitos en el 100%, con elevación de amilasa y lipasa. Ecografía abdominal: aumento de volumen de páncreas, vermes en vías biliares y colédoco en 100%, 4/10 (40,00%) absceso hepático y 1/10 (10,00%) pseudoquiste pancreático. Se realizó la remoción de ovillo de áscaris en duodeno por endoscopia a 5/10(50,00%), utilizando pinza de cuerpos extraño y 3/5(60,00%) para vermes impactado en papila, papilotomía mínima con extracción. Se indicó Albendazol por 5 días. **Conclusión:** en todo niño con dolor abdominal y vómitos, se deben realizar pruebas de funcionalismo pancreático y ultrasonido abdominal para descartar pancreatitis. En la pancreatitis ascaridiana el Albendazol resulto ser una terapia satisfactoria.

Palabras clave: Pancreatitis aguda, Migración errática de áscaris, Ascariasis, Albendazol, Papilotomía.

Summary

The migration of *Ascaris* erratic to bile ducts, gallbladder and pancreatic duct can cause obstruction of these structures, manifesting as biliary colic, acalculous cholecystitis, cholangitis, acute pancreatitis and liver abscesses. **Objective:** To report the clinical and endoscopic ascariasis pancreatitis. **Patients and Methods:** A descriptive and retrospective study of patients with acute pancreatitis, we review the clinical, epidemiological, etiology, laboratory test results, ultrasound and medical therapy. **Results:** 10/34 (29.41%) with acute pancreatitis caused by *Ascaris lumbricoides*, mean age 6.3 years, history of expulsion of worms by mouth (60.00%). Abdominal pain and vomiting in 100%, with elevation of amylase and lipase. Abdominal ultrasound enlargement of the pancreas, worms in bile ducts and bile duct in 100%, 4/10 (40.00%), hepatic abscess and 1/10 (10.00%) pancreatic pseudocyst. Removal was performed ascaris ball of the duodenum by endoscopy at 5/10 (50.00%), using foreign body forceps and 3/5 (60.00%) for worms impacted papilla use papillotomy minimum. Albendazole is indicated for 5 days. **Conclusion:** In all children with abdominal pain and vomiting, should be performed pancreatic function tests and abdominal ultrasound to rule out pancreatitis. In pancreatitis ascariasis Albendazole therapy was found to be satisfactory.

Key words: Acute pancreatitis, Erratic migration ascariasis, Ascariasis, Albendazole, Papillotomy.

Introducción

La infestación por *Áscaris lumbricoides* (*A. lumbricoides*) es la helmintiasis más común a nivel mundial, con más de 1,4 billones de personas parasitadas, la mayor parte de ellas en Latinoamérica y Asia. Globalmente, es la segunda causa de síntomas biliares agudos después de la litiasis. La infestación intestinal puede ser asintomática. Después de la obstrucción y/o perforación intestinal, otra complicación importante es la migración de las formas adultas del parásito al árbol biliar,¹ que resulta en cólico biliar, colecistitis, colangitis, absceso intrahepático y pancreatitis aguda.²

En el adulto, los orificios naturales de los conductos biliares y pancreáticos ofrecen una vía de escape, en circunstancias tales como, excesiva concentración de oxígeno intestinal, o por lesión del esfínter de Oddi secundario a litiasis o cirugías, que facilitan la regurgitación de contenido duodenal al árbol biliar.¹ Se han señalado otros factores que contribuyen a la migración errática de áscaris, como la fiebre elevada, el uso de algunos antihelmínticos como el mebendazol, las diarreas y el uso de drogas tipo anestésicos.^{3,4}

En países en vías de desarrollo como México, Colombia y Venezuela la migración errática de la forma adulta de *A. lumbricoides*, se asocia la Pancreatitis Aguda en niños, con una prevalencia en nuestro país de 29,6% a 48,3%.⁵ Desde el punto de vista fisiopatológico y clínico, la pancreatitis ascaridiana no difiere de las otras causas obstructivas. El antecedente epidemiológico, las condiciones de salubridad deficiente, nivel socioeconómico bajo, antecedente de expulsión de vermes por boca y recto en un paciente con dolor abdominal y vómitos orientan el diagnóstico de Pancreatitis Aguda de etiología Ascaridiana.⁶

La ecografía abdominal es el método de elección para el diagnóstico de pancreatitis, permite la identificación del parásito en el conducto biliar y pancreático.⁷

Anteriormente el tratamiento, en la mayoría de los casos, era quirúrgico, consistía en la realización de colecistectomía con remoción quirúrgica de los áscaris. En la actualidad, la remoción endoscópica de los parásitos desde el duodeno a través de la ampolla de Vater por medio de la endoscopia digestiva superior o la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPER), se emplea como alternativa de tratamiento.⁸ Se puede realizar la extracción endoscópica sin o con esfinterotomía ya que la ampolla es permeable por el paso del parásito. Los parásitos que están dentro de la vía biliar no mueren con antihelmínticos, puesto que su efecto es muy limitado o ausente en la ascaridiasis biliar. Diferentes esquemas han sido propuestos con mebendazol, piperazina y albendazol. El objetivo de este trabajo fue reportar el manejo clínico y endoscópico de pacientes con Pancreatitis Ascaridiana.

Pacientes y Método

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, donde se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de Pancreatitis Aguda, atendidos en la Unidad, en un período de 5 años (Enero 2005 – 2010). Se determinó la etiología y solo aquellos que presentaron Pancreatitis Ascaridiana se incluyeron en el trabajo. Se revisó cuadro clínico, datos epidemiológicos, escala socioeconómica

de Graffar, los exámenes paraclínicos, el diagnóstico ecográfico, terapia médica y endoscópica indicada.

Se utilizó equipo de ultrasonido Ultrasonix con transductor tipo convex 3,5 MH para el diagnóstico por imagen. Bajo sedación con midazolam y uso postendoscópico de flumazenil, se realizaron los estudios endoscópicos con videogastroscopio serie EVE 400 light store, marca Fujinon, y para la remoción del ovillo de áscaris, se utilizó pinza de cuerpo extraño. Para la CPER, un duodenoscopio marca Fujinon, serie EG 450 PE fue empleado y como material accesorio: cesta de Dormia y esfinterotomo.

Resultados

Un total de 34 niños con Pancreatitis Aguda fueron atendidos en la Unidad, de los cuales 10/34 (29,41%) correspondían a Pancreatitis Ascaridiana, el resto causas infecciosas 6/34 (17,65%), traumáticas 7/34 (20,59%), anomalías congénitas (Quiste de colédoco) 2/34 (5,88%), enfermedades metabólicas (Diabetes mellitus tipo 1 en cetoadicidosis) 3/34 (8,84%), medicamentosa 3/34 (8,84%) e idiopáticas 3/34 (8,84%). Con una distribución por género 8 (80%) varones y 2 (20%) hembras. Un promedio de edad 6,3 años (rango 1-11 años). Con respecto al nivel socioeconómico, todos los pacientes 10 (100%) pertenecían al nivel V de la escala de Graffar. Como antecedente de importancia 6/10(60%) la migración errática de áscaris por boca. El denominador común de la sintomatología clínica fue el dolor abdominal y los vómitos en todos los niños, en la **Tabla 1** se muestra la sintomatología clínica presentada por los pacientes. Los niveles de amilasa y lipasa oscilaron entre 334 a 2153 U/l y 510 a 1284 U/l, respectivamente. Los resultados de Transaminasas, Bilirrubina total y fraccionada, Hemoglobina, se reportan en la **Tabla 2**.

Tabla 1 Sintomatología clínica. Pancreatitis ascaridiana. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica

Sintomatología clínica	Paciente N=10	Porcentaje (%)
Dolor abdominal	10	100,00
Vómito	10	100,00
Ictericia	6	60,00
Fiebre	4	40,00
Nauseas	4	40,00
Distensión abdominal	3	30,00

Tabla 2 Pruebas de laboratorio alteradas. Pancreatitis ascaridiana. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica.

Laboratorio	Paciente N-10	Porcentaje (%)
Amilasa	10	100,00
Lipasa	10	100,00
ALT	5	50,00
AST	4	40,00
Bilirrubina Directa	4	40,00
Hb	6	60,00

En el 100% de los niños, se evidenció en la ecografía abdominal aumento de volumen y de la ecogenicidad pancreática. Así mismo, la presencia de imágenes tubulares sin sombra posterior, sugestivas de vermes en vesícula biliar en 5/10 (50%), en vías biliares extrahepáticas 2/10 (20%) y en colédoco en 3/10 (30%). Otros hallazgos ecográficos fueron: absceso hepático 4/10 (40%) y pseudoquiste pancreático 1/10 (10%), que se presentaron como complicación del cuadro durante su evolución intrahospitalaria.

Se realizó la remoción de ovillo de áscaris en duodeno por endoscopia digestiva superior (EDS) a 5/10 (50,00%), dada la sintomatología de dolor abdominal persistente y de fuerte intensidad, foto 2. En 2/5 (40%) de los pacientes a los cuales se realizó EDS se empleó pinza de extracción de cuerpo extraño para la remoción de los áscaris en duodeno, los otros 3/5 (60%) ameritaron la realización de papilotomía mínima, en vista de que existía impactación de vermes en papila, estos fueron extraídos con cesta de dormia. El resto, 5/10 (50%) fue manejado en forma expectante.

El tratamiento médico conservador consistió en mantener al paciente en dieta absoluta hasta obtener disminución de las cifras de amilasa, por lo menos la mitad de la cifra inicial. Se emplearon inhibidores de bomba de protones (Omeprazol), analgésicos, y terapia antihelmíntica, albendazol, a dosis estándar de 400 mgs vía oral, durante 5 días. A los 5 pacientes que presentaron complicaciones, tales como Absceso Hepático 4/10 (40%) y Pseudoquiste pancreático en 1/5 (10%), la conducta fue expectante, con tratamiento médico, antibioticoterapia doble o triple, según el caso, sin drenaje de las lesiones y con evolución satisfactoria en todos los casos.

Discusión

La Pancreatitis Aguda Ascaridiana, es una entidad frecuente en países en vías de desarrollo, que se produce por la migración errática de las formas adultas del parásito. Se asocia con mayor frecuencia a niños provenientes de nivel socioeconómico bajo. Clínicamente presentan dolor abdominal y vómitos, asociados o no, con antecedente de expulsión de áscaris. En este trabajo se determinó que la Pancreatitis por Áscaris es una de las causas más frecuentes de la en niños como se establece en la literatura mundial.⁹

Los varones en edad preescolar fueron más susceptibles y los antecedentes epidemiológicos y clínicos encontrados fueron similares a los descritos en la literatura.¹⁰ Las formas adultas de los parásitos pueden ingresar a la vía biliar o conducto pancreático a través de la papila y se han reportado cinco tipos de cuadros clínicos: cólico biliar, colangitis, colecistitis alitiásica, pancreatitis aguda y abscesos hepáticos.²

Se describe que la ocupación del verme en colédoco, Wirsung o de ambos, puede ser la causa de la pancreatitis ascaridiana.¹¹ Aunque es infrecuente la invasión del conducto pancreático en niños, tal vez por su menor calibre,¹² tal como se presentó en los casos señalados en este trabajo.

En los casos de pancreatitis ascaridiana que se presentaron, la ecografía abdominal fue un método sensible para la detección de los parásitos, los cambios a nivel de la glándula y la identificación de complicaciones, tales como el pseudoquiste y abscesos hepáticos, que sirve tanto para el diagnóstico como para el se-

guimiento. En forma general, el diagnóstico de los vermes en vías biliares es por ecografía, observándose estructuras ecogénicas alargadas, lineales o curvas, únicas o múltiples, incluso a veces en movimiento y sin sombra acústica posterior., que aunado a la clínica y antecedentes epidemiológicos orientan el diagnóstico, por lo tanto la ecografía, por ser segura, rápida y no invasiva, con alta sensibilidad y especificidad debe ser el primer método imageneológico que se emplee en sospecha de pancreatitis ascaridiana. Por otra parte, la CPRE en migración errática de áscaris puede convertirse en una técnica endoscópica diagnóstica y terapéutica.¹³ En este trabajo, fue empleado como terapéutico, para la extracción de los áscaris y realización de una papilotomía mínima, evitándose la cirugía.

La CPRE, es el procedimiento de elección, menos invasivo y rápido para la extracción de los parásitos y al hacer la papilotomía se resuelve el problema desde el ingreso del paciente.^{14,15} Una propuesta interesante de los grupos que trabajan en zonas endémicas, referida por Iannicillo¹¹ es no realizar papilotomía sino dilatación con balón con el objetivo de evitar facilitar nuevos pasajes del verme secundarios a nuevas y futuras reinfecciones, así como también complementar el tratamiento con antihelmínticos a nivel local.¹⁴

En los casos presentados, el manejo endoscópico para descompresión intestinal, resultó beneficioso para los niños, evitando intervenciones quirúrgicas. A diferencia de un trabajo brasileño, que presentó cuatro casos de ascariasis biliar complicada (pseudoquiste de páncreas, ictericia obstructiva, colangitis y abscesos hepáticos múltiples), los cuales fueron tratados quirúrgicamente, concluyendo que la enfermedad ascaridiana de preferencia de los niños pequeños exige el uso de técnicas y materiales apropiadamente sensible a la manipulación los conductos biliares.¹⁶ A lo que argumentamos, la necesidad de reportar experiencias para un consenso y el uso de recursos menos invasivos.

Con respecto a los abscesos hepáticos ascaridianos, estos suelen ser múltiples y pequeños lo cual dificulta el drenaje quirúrgico y parecen responder bien al uso de antibioticoterapia.² En este trabajo, se apreció una buena respuesta clínica con el uso de cefalosporinas de tercera generación, aminoglucósido y metronidazol, en todos los niños con absceso hepático. Se concluye, que en la evaluación de niño con ascariasis, bajo nivel socioeconómico y dolor abdominal con vómitos, se debe determinar las pruebas de funcionalismo pancreático y realizar ultrasonido abdominal para descartar pancreatitis ascaridiana. El manejo endoscópico y sus recursos permiten la remoción de los parásitos, evitar la cirugía y tiene menos complicaciones. El albendazol resultó ser una terapia médica satisfactoria.

Referencias Bibliográficas

1. Grupta R, Churungoo R, Choudhary S. Biliary Ascariasis. JK-Practitioner. 2002;9(1):17-19.
2. Baba A, Shera M, Bhat S, Hakim, K. Sheikh. Management of Biliary Ascariasis in Children Living in an Endemic Area. Eur. J Pediatr Surg 2010;20:111-115.
3. Cáceres Z, Arredondo C, Gonzalez, I, et al. Absceso hepático ascaridiano en la migración errática de *Ascaris Lumbricoides* en niños. Gen 2007;61(4):262-265
4. Aristizábal H. Áscaris discusión de un caso en vesícula. Rev

Colomb Gastroenterol 2001;12:136-234.

5. Rivas G, Correa E, Coria L, Romero B. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría 2004;14(67):71-79.

6. Da Rocha R, Chapchap P, Schiavon C, Aun F. Abdominal Complications of Ascariasis in Children. Problems in General Surgery 2001;18:92-99.

7. Mohammad A, Abdul, M. Mohammad, B, et al. Biliary ascariasis: the value of ultrasound in the diagnosis and management. Ann Saudi Med. 2007;27(3):161-165.

8. Hoy MT, Desjeux A, Bach TT, Barthelet M, Grimaud JC. Traitement endoscopique del' ascariodios ebilio- Pancréatique au Viet-Nam. Apropos de 91cas. Gastroenterol Clin Biol 2002;26:968-972.

9. Bahu M, Baldiseroto M, Custodio C, Zavagna C, Rampinelli A. Hepatobiliary and Pancreatic complications of ascariasis in Children; A Study of Seven Cases. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001;33 (3):271-275.

10. Butts C, Henderson S. Ascariasis. Top Emergency Medicine 2003;25:38-43.

11. Iannicillo H, Rodriguez P. Pancreatitis de causa infrecuente. Acta Gastroenterol Latinoam 2009;39(1):95-96.

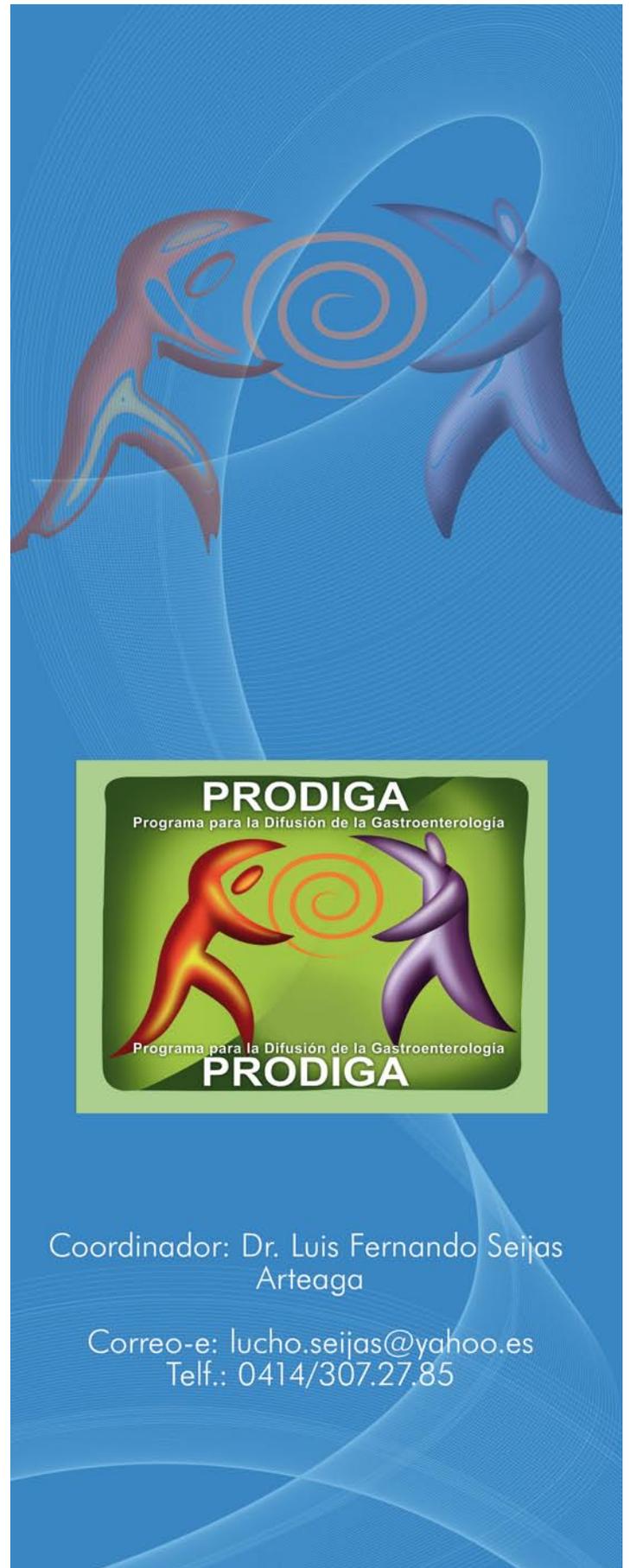
12. González AH, Regalado VC, Van den Ende J – Noninvasive management of Ascaris lumbricoides biliary tract migration: a prospective study in 69 patients from Ecuador. Trop Med Int Health, 2001;6(2):146-150.

13. Leung, JW., Chung, SC. Endoscopic management of biliary ascariasis. Gastrointest Endosc. 1988;34:318-320.

14. Bahu M, Balisseroto M, Custodio C, et al. Hepatobiliary and pancreatic complications of ascariasis in childrens: a study of seven cases. J Pediatric Gastroenterol Nutr 2001:33(3):271-5.

15. Muorah M et al. Liver Abscesses in Children: A single Center Experience in The Developed World. J Pediatric Gastroenterol Nutr.2006;42(2):201-206.

16. Lisieux, Pecoraro R., Guazelli A. Ascariódiase Biliar Complicada – Espectro De Problemas E Táticas Cirúrgicas Biliary Ascariasis – Spectrum Of Surgical Problems And Tactics. Rev. Col. Bras. Cir. 2004;31(3):172-179.



PRODIGA
Programa para la Difusión de la Gastroenterología



Programa para la Difusión de la Gastroenterología
PRODIGA

Coordinador: Dr. Luis Fernando Seijas
Arteaga

Correo-e: lucho.seijas@yahoo.es
Telf.: 0414/307.27.85