

Infestación humana por fasciola hepática

Human infestation for fasciola hepatic

**Dr. Regino Rodríguez Acosta; Dr. Luis Torrado Cruz; Dr. René A. Báez Medina;
Dr. Tomás Santana Téllez**

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal descriptivo para caracterizar 390 pacientes con fascioliasis hepática procedentes de Esmeralda, Camagüey, durante 1999. Los datos fueron procesados utilizando el programa estadístico Microstad. Predominaron las mujeres con el 56, 4 % de los casos, ubicadas entre los grupos de 31 a 60 años de edad. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, astenia, pérdida de peso y dolor en hipocondrio derecho, mientras que la hepatomegalia fue el principal signo. La eosinofilia estuvo presente en el 97, 6 % del universo; en cuanto a las complicaciones solo el 9, 5 % presentó algunas, entre las cuales la granulomatosis hepática fue la más frecuente (7, 2 %).

DeCS: FASCIOLA HEPÁTICA; FASCIOLASIS.

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was carried out for characterizing 390 patients with fasciola hepatica, coming from Esmeralda, Camagüey, during 1999, data were processed using MICROSTAT statistic program. Women prevailed with 56, 4 %, located

among 31 to 60 years old groups. The most frequent symptoms were fever, asthenia, weight losing and pain in the right hypochondrium, while hepatomegalia was the main sign. Eosinophilia was present in 97, 6 % of the study universe; as to complications, only 9, 5 % presented, hepatic granulomatosis was the most frequent (7, 2 %).

DeCS: FASCIOLA HEPATICA; FASCIOLASIS.

INTRODUCCIÓN

El primer tremátode parásito conocido fue la fasciola hepática, descubierta por Jehan de Brie en 1379, sin embargo, no es hasta 1760 que Pallas la encontró en el hombre.^{1, 2} Se estima que este parásito es cosmopolita; en Cuba posiblemente exista en todas las provincias, y es más frecuente en las occidentales.^{1, 2}

Desde 1931 a 1944 fueron descritos más de 100 enfermos esporádicos, hasta la fecha se han reportado entre las epidemias más importantes: la de San Cristóbal en 1944 con más de 50 afectados humanos, la de Pinar del Río en 1948, con más de 600 enfermos; posteriormente en Fomento, Sancti Spíritus, en 1983, con 44 enfermos¹⁻³ y la última en 1993 en Las Palmas, Pinar del Río.

La fasciola hepática ha adquirido en los últimos años una importancia considerable, debido al crecido número de enfermos, los que pueden ser asintomáticos o mostrar cuadros graves e incluso localizaciones aberrantes.^{1, 3, 4} El diagnóstico de esta infestación en humanos es extremadamente difícil por la complejidad de sus síntomas y la multiplicidad de síndromes que es capaz de producir.

Gran utilidad tendría, pues, caracterizar a un grupo de pacientes con este parasitismo, así como identificar en ellos sus principales síntomas y signos, complicaciones y hallazgos de laboratorio en el marco de la presentación de nuevos pacientes.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal descriptivo con el objetivo de caracterizar a los pacientes con fascioliasis hepática procedentes del municipio Esmeralda, Camagüey, durante el año 1999.

El universo estuvo constituido por 390 pacientes, se excluyeron las embarazadas y aquellos que no tuvieran el estudio de laboratorio completo.

Se confeccionó un cuestionario cuyos datos se codificaron manualmente y se procesaron utilizando el programa estadístico Microstad.

Definiciones operacionales:

Eosinofilia: cuando el conteo absoluto de eosinófilos fue igual o mayor de $350 \times 10^9 /L$

Anemia: Cuando la hemoglobina fue inferior a 130 g/L en los hombres y a 120 g/L en las mujeres.

Transaminasa glutámico pirúvica (TGP) elevada: Cifras superiores a 12 UI.

Hiperbilirrubinemia conjugada: Cuando las cifras de bilirrubina total fueron superiores a 17 mmol/L a expensas de la directa.

Examen parasitológico de las heces fecales: fue utilizada la técnica de la copa cónica en todos los pacientes.

Inmunodiagnóstico: Se realizó tanto serológico como coprológico, empleando la técnica de ELISA.

Las complicaciones fueron corroboradas por laparoscopia, histopatología, radiografías, ultrasonografía o TAC, en dependencia de la situación clínica de cada paciente en el hospital Manuel Ascunce Domenech.

RESULTADOS

En la tabla 1 se distribuyen los pacientes según sexo y grupos de edades, con predominio del sexo femenino con el 56, 4 %, ubicadas fundamentalmente en los grupos de 46 a 60 años de edad con el 32, 6 % y de 31 a 45 años con el 29, 2 %, lo cual suma el 61, 8 % del universo, el que se ubicó fundamentalmente entre los 31 a 60 años.

Tabla 1 Distribución de los pacientes según grupos de edades y sexo

Grupos de edades (años)	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 15	5	1,3	8	2,1	13	3,3
16-30	31	7,9	37	9,5	68	17,4
31-45	44	11,3	70	17,95	114	29,2
46-60	57	14,6	70	17,95	127	32,6
61 y más	33	8,5	35	8,9	68	17,5
Total	170	43,6	220	56,4	390	100

Fuente: Encuestas.

Al analizar la frecuencia de los síntomas y signos presentes en estos enfermos (tablas 2 y 3) se apreció que se alzaron como los síntomas más frecuentes la fiebre (97, 4 %), la astenia (94, 8 %), la pérdida de peso (94, 6 %) y el dolor en hipocondrio derecho con el 88, 4 %, seguidos por las diarreas (48, 7 %) y las náuseas y los vómitos con el 48, 2 %, mientras que el principal signo encontrado fue la hepatomegalia con el 98, 4 %; la palidez cutáneo mucosa sólo se presentó en el 9, 7 % de los pacientes y las sibilancias en el 1, 8 %, el resto de los signos físicos se presentaron en el 1% o menos.

Tabla 2. Principales síntomas encontrados

Síntomas	No.	%
Fiebre	380	97,4
Astenia	370	94,8
Pérdida de peso	369	94,6
Dolor en hipocondrio derecho	345	88,4
Diarreas	190	48,7
Náuseas y vómitos	188	48,2
Dispepsias	100	25,6
Prurito	39	10
Síntomas respiratorios (Datos por disnea y dolor pleurítico)	9	23

Fuente: Encuestas.

Tabla 3. Principales signos encontrados

Signos	No.	%
Hepatomegalia	384	98,4
Palidez cutáneo - mucosa	38	9,7
Sibilancias	7	1,8
Ictero	4	1
Ascitis	3	0,8
Murmullo vesicular abolido	2	0,5

Fuente: Encuestas.

Nótese en la tabla 4 los principales hallazgos de laboratorio, entre ellos el más frecuente fue la eosinofilia con el 96, 7 %, seguido por la eritrosedimentación acelerada con el 96, 6 %. El inmunodiagnóstico serológico se logró en el 66, 6 % de los encuestados y el hallazgo de huevos de fasciola en las heces fecales en el 63, 5 %, mientras que el inmunodiagnóstico coprológico se logró en el 46, 9 % de los infectados.

Tabla 4. Hallazgos de laboratorio

Hallazgos de laboratorio	No.	%
Eosinofilia	381	97,6
Eritrosedimentación acelerada	377	96,6
Inmunodiagnóstico serológico	260	66,6
Examen parasitológico de las heces fecales	248	63,5
Inmunodiagnóstico coprológico	183	46,9
Anemia	38	9,7
TGP elevada	29	7,4
Hiperbilirrubinemia conjugada	4	1

Fuente: Encuestas.

Obsérvese en la tabla 5 las principales complicaciones, las cuales sólo representaron el 9, 5 % del universo, en el cual la granulomatosis hepática fue la más frecuente con el 7, 2 %, seguida por el hematoma subcapsular del hígado con el 0, 8 %, el resto tuvo una frecuencia del 0, 5 %, o sea, la ruptura hepática espontánea, la obstrucción biliar

y el derrame biliar; sin embargo, la ausencia de complicaciones fue el hecho más común (90,5 %).



Figura 1. Principales complicaciones

Tabla 5. Distribución de los pacientes según complicaciones

Presencia de complicaciones	No.	%
Granulomatosis hepática	28	7,2
Hematoma subcapsular del hígado	3	0,8
Ruptura hepática espontánea	2	0,5
Obstrucción biliar	2	0,5
Derrame pleural	2	0,5
Sin complicaciones	353	90,5
Total	390	100

Fuente: Encuestas.

DISCUSIÓN

Como se expresó en los resultados, la infestación por este tremató de predominó en personas mayores de 30 años del sexo femenino, lo que coincide con los datos ofrecidos por estudios cubanos ¹ que plantean que esta entidad es más frecuente en mujeres y con escaso predominio en niños; no debe olvidarse que la prevalencia en cuanto al sexo y la edad pueden estar influidos por la ocupación, así como por los

hábitos alimentarios ^{1, 4}; Jean Francois ⁷ del departamento de Medicina Tropical de la Universidad de Egipto obtuvo mayor prevalencia en los hombres, o sea, de 137 pacientes, 101 fueron del sexo masculino.

En cuanto a los síntomas, la mayoría de los enfermos están aquejados por una larga historia (semanas) de fiebre, malestar general y pérdida ponderal.^{1, 4, 8} En el parasitismo intenso el estado general acaba por afectarse y se instala la anemia; las manifestaciones cardinales de la fase aguda descritas por Robert S. Goldsmith ⁴ son hepatomegalia dolorosa, fiebre alta y dolor abdominal en el cuadrante superior derecho; mientras que en la fase crónica latente muchas personas son asintomáticas o presentan grados variables de dolor abdominal, hepatomegalia, vómitos y diarreas; la fase obstructiva crónica produce un cuadro clínico similar al de la coledocolitiasis. Algunos autores ^{1, 4} relacionan la eosinofilia con el broncoespasmo y otros síntomas respiratorios.

Para el diagnóstico definitivo es indispensable asociar la clínica con los exámenes de laboratorio; la leucocitosis y la eosinofilia resultan uno de los hallazgos más frecuentes reportados por muchos autores ^{1, 4, 8, 9} los que relacionan esto último con la presencia de ciertos síntomas y daño hístico local, aparecen tanto en la fase aguda como en la fase crónica latente. ^{4, 10} Es consenso general que la presencia de los huevos en los exámenes parasitológicos de las heces es capital para el diagnóstico, aunque cabe señalar que aparecen entre los 90 a 120 días y que suelen confundirse con los huevos infectados de *Ascaris Lumbricoides* o de *Fasciola Buski*. ^{1, 4, 9} En la actualidad se le confiere mucha importancia al inmunodiagnóstico con el objetivo de realizar un diagnóstico en etapas más precoces de la enfermedad para evitar lesiones hepáticas que suelen ser irreversibles ya en el momento en que aparecen los huevos en las heces fecales ^{1, 5, 12-17}. Marcus Crupp ⁴ plantea que puede presentarse anemia y alteraciones de la función hepática en muchos de estos pacientes.

Referido a las complicaciones, cuya escasa prevalencia contribuye a que sean insuficientemente descritas, se producen fundamentalmente, según Robbins y otros autores ^{2, 10, 17}, durante la fase migratoria precoz de la fascioliasis, en la que se encuentra hepatomegalia con presencia de trayectos hemorrágicos necróticos producidos por el gusano y que se observan con mayor frecuencia en las zonas subcapsulares del hígado, dando lugar, en ocasiones, a la hemorragia peritoneal; estas lesiones aparecen repletas de eosinófilos y de otras células inflamatorias, aunque en última instancia cicatrizan y dejan únicamente pequeñas zonas de fibrosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kourt P, Basnuevo J, Sotolongo F. Manual de Parasitología. T 1. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1972.
2. Jalk MT, Rodríguez Y, Fernández B, Rodríguez J. Colecistitis y dilatación de vías biliares por Fasciola Hepática. Rev Cubana Med Trop. 1969;21(2):97-108.
3. Cong Yong M, Puga Perera G, López Ferrer J. Identificación conquinológica de moluscos hospederos de Fasciola Hepática en Cuba. Rev Cubana Med Trop. 1991;43(2):202-3.
4. Krupp MA, Catton J. Diagnóstico clínico y tratamiento. México: Editorial El Manual Moderno; 1998.
5. O'Neill SM, Parkinson M, Strauss W, Angles R. Immunodiagnosis of Fasciola hepatica infection in a human population in the Bolivian altiplano. Amer J Trop. 1996;58(94):417-23.
6. Rakel Robut E. Conn's Current Therapy. Phyladelphia: WB Saunders; 1998.
7. Rossignol JF, Albaza H, Friedman H. Próspero tratamiento de fasciola hepática humana con Nitazoxanida. Rev Department of Tropical Medicine University of Alexandria. 1998;(92):103-4.
8. Stein J. Internal Medicine. 4th ed. St Louis Missouri: Mosby; 1994.
9. Wyngaarden J, Smith LL, Bennett C. Tratado de Medicina Interna. T 2. México: Editorial Iberoamericana MacGraw-Hill; 1994.
10. Cotran R, Kumar V, Robbins S. Patología Estructural y Funcional. T 1. 4^{ta} ed. Madrid: Editorial Iberoamericana Mac Graw-Hill; 1990.
11. Augot D, Rondeland D, Dreyfuss G, Cabaret J. Characterization of fasciola hepática radiol generations by morphometry and chactotaxy under experimental conditions. J Helminthul. 1998;72(3):193-8.
12. Espino A, Seuret N, Escobar L, Duménigo EB. Identificación y aislamiento de antígenos comunes de Fasciola hepática. Rev Cubana Med Trop. 1993;45(1):20-6.
13. Espino Hernández M, Seuret N, Marlotte C, Ripoll B. Antígenos de fasciola hepática. Su utilidad en el diagnóstico. Rev Cubana Med Trop. 1991;43(3):151-5.
14. Claxton JR, Zambrano H, Ortiz P, Delgado E. Strategic control of fasciolasis in the inter -Andean Valley of Cajamarca. Perú Vit Rec. 1998;143(2):42-5.
15. Wilson LR, Good RT, Good RT, Panaccio M, Wifels GL. Fasciola hepatica: Characterization and cloning of the major cathepsin B proteasa secreted by newly excyted juvenile liver fluke. Exp Parasitol. 1998;88(2):85.

16. Rodríguez Osorio M, Rojas T, Gómez García V. Fasciola hepática. Partial characterization of circulating antigens. Parasitol. 1998;84(5):1053-5.
17. Ibarra F, Montenegro N, Vera Y, Boulard Quiroz H. Comparison of three ELISA tests \for seroepidemiology of bovine fasciolasis. Vet Parasitol. 1998;77(4):229-36.

Recibido: 3 de marzo de 2002

Aprobado: 12 de junio de 2002

Dr Regino Rodríguez Acosta. Especialista de II Grado. Hospital Clínico Quirúrgico
Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.