

Pancreatitis aguda por áscaris en un adulto del área urbana de Bogotá, a propósito de una presentación inusual. Reporte de caso

Acute pancreatitis due to ascaris in an adult from the urban area of Bogotá, regarding an unusual manifestation. Case report

María Juliana Soto-Chávez,¹ Amaury Alexis Amarís-Vergara,^{2*} Ana María Leguizamo-Naranjo.³

ACCESO ABIERTO

Citación:

Soto-Chávez MJ, Amarís-Vergara AA, Leguizamo-Naranjo AM. Pancreatitis aguda por áscaris en un adulto del área urbana de Bogotá, a propósito de una presentación inusual. Reporte de caso. *Revista. colomb. Gastroenterol.* 2022;37(4):478-482. <https://doi.org/10.22516/25007440.848>

¹ Médico cirujano, residente de medicina interna, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

² Especialista en medicina interna, Pontificia Universidad Javeriana. *Fellow* en gastroenterología y endoscopia digestiva, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

³ Especialista en gastroenterología y endoscopia digestiva. Docente de gastroenterología y endoscopia digestiva, Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio, Departamento de Medicina Interna. Bogotá, Colombia.

*Correspondencia:

Amaury Alexis Amarís-Vergara.
amaury.amarismv@javeriana.edu.co

Fecha recibido: 13/11/2021

Fecha aceptado: 14/01/2022



Resumen

Introducción: la pancreatitis aguda es una de las entidades que afectan más normalmente el tracto gastrointestinal. Sus causas más frecuentes son la biliar y la alcohólica; sin embargo, no se deben descartar las causas infecciosas, entre ellas las parasitarias. **Caso:** se presenta un caso de un hombre de 35 años de edad procedente del área urbana de Bogotá que ingresó por un dolor torácico al servicio de urgencias del Hospital San Ignacio, posteriormente con migración hacia el abdomen y síntomas gastrointestinales asociados. Se diagnosticó pancreatitis aguda, se descartaron las causas biliar y alcohólica, y se evidenció en la escanografía un cuerpo extraño endoluminal gástrico hacia las asas intestinales, cuyo diagnóstico se confirmó de manera endoscópica (*áscaris lumbricoides*). Se extrajo el helminto en su totalidad y se continuó el manejo intrahospitalario. Como complicación presentó un compromiso necrotizante con colecciones asociadas en imágenes de control, sin compromiso multiorgánico. Finalmente, se dio egreso por una adecuada evolución clínica. **Conclusión:** la ascariasis es una causa infrecuente de pancreatitis aguda en adultos de zonas urbanas, incluso en países en vías de desarrollo como Colombia. Su diagnóstico y manejo terapéutico se realizan vía endoscópica con la extracción del helminto. Como en todos los casos de pancreatitis, debe realizarse un seguimiento clínico en busca de complicaciones asociadas y compromiso multiorgánico.

Palabras clave

Reporte de caso, pancreatitis aguda, ascariasis biliopancreática, pancreatitis infecciosa, *áscaris lumbricoides*.

Abstract

Introduction: Acute pancreatitis is one of the most common entities affecting the gastrointestinal tract. Its most frequent causes are biliary and alcoholic; however, infectious causes, including parasitic ones, should not be ruled out. **Case:** We present the case of a 35-year-old man from the urban area of Bogotá who was admitted to the emergency department of the San Ignacio Hospital due to chest pain, with subsequent migration to the abdomen and associated gastrointestinal symptoms. Acute pancreatitis was diagnosed, biliary and alcoholic causes were ruled out, and the scan revealed a gastric endoluminal foreign body towards the intestinal loops; the diagnosis was confirmed endoscopically (*Ascaris lumbricoides*). The helminth was entirely extracted, and the intrahospital management was continued. As a complication, he had necrosis with associated collections in control images without multi-organ involvement. Finally, he was discharged due to adequate clinical evolution. **Conclusion:** Ascariasis is a rare cause of acute pancreatitis in adults in urban areas, even in developing countries such as Colombia. Its diagnosis and therapeutic management are carried out endoscopically with the extraction of the helminth. As in all cases of pancreatitis, a clinical follow-up should be conducted in search of associated complications and multi-organ involvement.

Keywords

Case report, acute pancreatitis, biliopancreatic ascariasis, infectious pancreatitis, *Ascaris lumbricoides*.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una de las principales patologías del tracto gastrointestinal atendidas en los servicios de urgencias alrededor del mundo⁽¹⁾. En Colombia, su principal etiología es la biliar (80%), seguida de la alcohólica (9%). Dentro de las causas infecciosas, solo un 1,3% en algunas regiones se debe a ascariasis⁽²⁾. Su presentación, aunque usualmente es leve y reversible, puede alcanzar una mortalidad de hasta el 15%⁽³⁾. En los cuadros severos, alrededor del 20%-40% presentan necrosis peripancreática y disfunción orgánica⁽³⁾. Presentamos este caso de pancreatitis aguda de compromiso severo, secundario a una causa infecciosa poco frecuente en nuestro medio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de sexo masculino de 35 años de edad, conductor de transporte público, procedente de Bogotá, con un cuadro de dos horas de evolución consistente en dolor torácico retroesternal tipo punzada de alta intensidad, que se irradia a la región dorsal y el epigastrio, con náuseas y un episodio emético, sin otros síntomas asociados. No reportaba antecedentes personales ni familiares de importancia, no consumía tabaco o alcohol, ni reportó viajes recientes.

En la valoración inicial se encuentra con taquicardia leve (100 latidos por minuto), presión arterial y oximetría sin alteraciones, sin agregados a la auscultación cardiopulmonar o a la exploración abdominal. Se toma un electrocardiograma con ritmo sinusal, sin signos de lesión o isquemia miocárdica. Se toma troponina I y dímero D en un estudio de dolor torácico, con valores normales. La radiografía de tórax no evidencia consolidación o derrame pleural. Al revalorarse, refiere que el dolor ha migrado hacia el epigastrio con irradiación en banda, asociado a múltiples episodios eméticos y un pico febril, por lo que se extienden más estudios para evaluar la etiología biliopancreática aguda y el compromiso infeccioso.

Se documenta una amilasa con elevación marcada (2902 U/L), un hemograma con leucocitosis a expensas de neutrofilia (15.400 leucocitos/mL, 13.800 neutrófilos/mL), una ligera elevación de la fosfatasa alcalina (254 U/L) con elevación de transaminasas diez veces sobre el límite superior (alanina-transaminasa [ALT]: 520 UI/L; aspartato aminotransferasa [AST]: 441 UI/L), sin hiperbilirrubinemia. Se da un diagnóstico de pancreatitis aguda leve por clasificación inicial de Atlanta, con un puntaje APACHE II de 7 puntos. Se inicia el manejo con suspensión de la vía oral, analgesia, protección gástrica y reanimación hídrica.

En búsqueda de la etiología biliar se realiza un ultrasonido abdominal, el cual evidencia una vía biliar y un colé-

doco sin alteraciones, la vesícula sin signos de colecistitis ni colelitiasis, con evidencia de líquido periesplénico y múltiples colecciones en las goteras parietocólicas. Los demás estudios de etiología, dentro de ellos un perfil lipídico y niveles de calcio sérico, se encuentran sin alteraciones. Se realiza entonces una escanografía de abdomen contrastada, la cual identifica un engrosamiento de cuerpo y cola del páncreas, con edema y líquido peripancreático difuso, compatible con pancreatitis en fase edematosa. Llama la atención la presencia de lesiones endoluminales a nivel de la cavidad gástrica con paso hacia las asas intestinales y un defecto de llenamiento de morfología tubular hacia la papila duodenal, con una longitud de 76 mm aproximadamente, identificada como un cuerpo extraño (**Figura 1**); por tanto, existe alta sospecha de ascariasis.

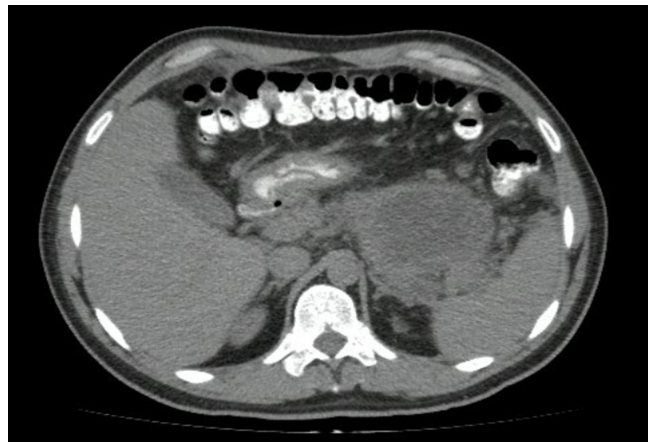


Figura 1. Tomografía de abdomen. Fuente: archivo de los autores.

Se inicia el manejo antiparasitario con ivermectina una gota por kilogramo y albendazol 400 mg al día por tres días. Se lleva a endoscopia de vías digestivas para visualización, la cual evidencia a nivel de la segunda porción duodenal un nemátodo, de aproximadamente 26 cm (**Figura 2**), cuyo extremo proximal se encuentra a nivel de la papila duodenal y el distal a nivel de la luz duodenal. Se extrae con una pinza, mientras que el duodeno se revisa de manera exhaustiva en toda su extensión sin evidencia de otro cuerpo extraño. Se inicia el cubrimiento antibiótico profiláctico con ampicilina/sulbactam dada la extensión de compromiso endoluminal. Se descartan otras posibles causas en relación con la pancreatitis, con un calcio sérico normal (8,3 mg/dL) y un perfil lipídico con triglicéridos menores de 500 mg/dL. Por lo anterior, se consideró que la causa obstructiva directamente relacionada se trataba de una ascariasis pancreatobiliar.

Al cuarto día de hospitalización, el paciente presenta mal control del dolor con intolerancia a la vía oral, junto con signos de respuesta inflamatoria sistémica dados por taquicardia, fiebre persistente y un aumento en la leucocitosis,

así como hiperlactatemia; por esta razón, se decide realizar un control imagenológico para evaluar las complicaciones que evidencia un engrosamiento del cuerpo, proceso uncinado y cola de páncreas con ausencia de realce asociado a colecciones con aumento respecto al estudio previo, la mayor de aproximadamente 170 cm³ de volumen, compatible con pancreatitis necrótica con colecciones intraparenquimatosas asociadas. Se considera entonces un compromiso moderado-severo, sin signos de sobreinfección en colecciones; se toma una prueba de procalcitonina, la cual es negativa; se decide retirar nuevamente la vía oral y se ajusta el manejo analgésico por parte del grupo de la Clínica del Dolor, con seguimiento por parte del grupo de soporte nutricional.

En los siguientes días, el paciente presenta una buena evolución clínica, estabilidad hemodinámica y adecuada depuración de hiperlactatemia. Se inicia la vía oral con una adecuada tolerancia, modulación de los signos de respuesta inflamatoria sistémica y finalización del cubrimiento antibiótico por 7 días. El paciente completa 48 horas de tolerancia con dieta blanda, se avanza en la dieta y se indica el egreso con control ambulatorio por gastroenterología.

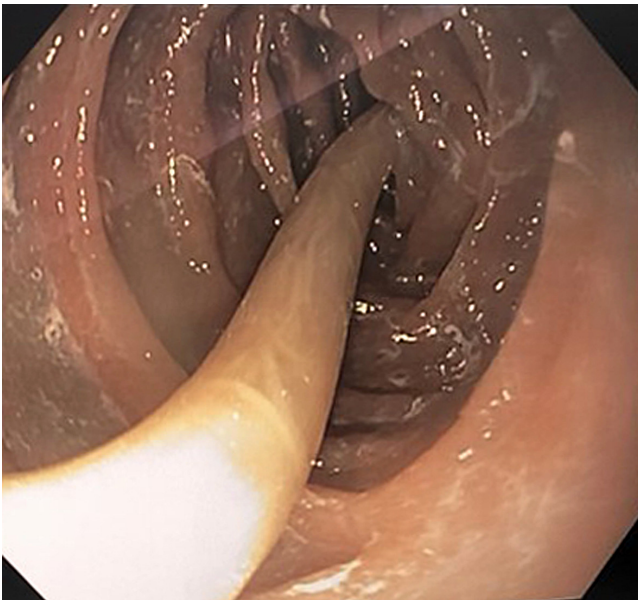


Figura 2. Estudio endoscópico. Fuente: archivo de los autores.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias alrededor del mundo y su incidencia ha venido en aumento en los últimos años⁽⁴⁾. La presentación de esta entidad puede darse de forma variable en cuanto al compromiso clínico y las posibles complicaciones⁽⁵⁾. En este reporte presentamos un caso atípico de

pancreatitis no solo por su presentación clínica inusual (dolor torácico y disnea como síntomas clínicos iniciales), sino por su etiología.

La pancreatitis tiene generalmente unas manifestaciones clínicas habituales, que en sí se definen por sus criterios diagnósticos (dos de tres): dolor abdominal característico (epigástrico irradiado en banda), niveles de amilasa o lipasa sobre tres veces el límite superior de la normalidad o hallazgos sugestivos de cambios inflamatorios en páncreas por imágenes⁽⁶⁾. Al lograr su diagnóstico, es fundamental iniciar un manejo dirigido, así como vigilar sus posibles complicaciones⁽⁷⁾. Aunque se han estudiado diferentes fármacos, tales como inmunomoduladores o agentes antisecretores, la piedra angular de su tratamiento continúa siendo la hidratación adecuada, el manejo del dolor y la restricción a la vía oral⁽⁷⁻⁹⁾.

Posterior a la instauración de su manejo inicial, el paso siguiente es identificar su etiología. El abordaje inicial debe realizarse en búsqueda de las causas más frecuentes, no solo en Colombia, sino en el mundo. La patología biliar es la principal causa de pancreatitis, seguida de la causa alcohólica; por esta razón, debe realizarse una ecografía abdominal superior y obtenerse de manera adecuada los antecedentes de consumo en todos los pacientes. Igualmente, aunque poco frecuente, en pacientes mayores de 40 años se debe considerar la causa tumoral⁽⁹⁾. Al excluir las causas más frecuentes, se deben realizar de manera seriada otros estudios serológicos e imagenológicos para encontrar su etiología, incluyendo niveles séricos de triglicéridos y calcio^(1, 10). En el caso presentado no se dieron hallazgos sugestivos de etiología biliar litiásica en la ecografía de abdomen superior, por lo que se decidió continuar no solo con exámenes serológicos, sino con caracterización por escanografía, la cual evidenció la causa.

Alrededor del 10% de los casos de pancreatitis están relacionados con causas infecciosas, siendo las más comunes las causas virales y las enfermedades tropicales. La causa parasitaria es menos frecuente, sin embargo, es una entidad importante especialmente en países en vías de desarrollo⁽¹¹⁾. La ascariasis es la causa parasitaria más frecuentemente relacionada con los cuadros de pancreatitis, especialmente en niños, en quienes puede presentarse en aproximadamente el 23% de casos⁽¹¹⁾.

La infección por *Ascaris lumbricoides* se da inicialmente por la ingesta del huevo infeccioso de la larva, el cual migra hacia las asas intestinales y penetra la mucosa colónica, y finalmente se aloja por medio de diseminación hematogena en el hígado y en tejido pulmonar, con penetración hacia el tejido bronquial y la orofaringe, donde se logra deglutir nuevamente y continúa su ciclo de maduración a nivel del lumen intestinal. Aproximadamente al décimo día de la primoinfección, la larva madura en el intestino delgado, donde

puede residir e incrementar su tamaño hasta por 12 meses. La clínica, por tanto, puede ser enmascarada con cuadros incluso asintomáticos e infecciones de autorresolución; no obstante, se pueden presentar casos tan severos como los cuadros de obstrucción intestinal graves con requerimiento de manejo quirúrgico y tasas altas de morbimortalidad⁽¹²⁾. En los casos de ascariasis pancreatobiliar, la mayor parte se presenta como cólico biliar o colangitis aguda, y de manera menos frecuente puede presentarse por pancreatitis (6%) o en forma de abscesos hepáticos⁽¹³⁾.

Normalmente, los casos de pancreatitis hepatobiliar pasan desapercibidos o son poco sospechados, especialmente en los adultos de áreas urbanas⁽¹⁴⁾, como fue el caso de nuestro paciente. La sospecha inicial se dio por los hallazgos incidentales a nivel de la primera tomografía cuyo propósito inicialmente era evaluar el compromiso del parénquima pancreático y, con ello, buscar otras etiologías como variantes anatómicas o tumores, según se ha descrito en los algoritmos diagnósticos al descartar las causas más comunes de esta entidad^(1,4,8). Con esa primera aproximación, se le realizó al paciente una endoscopia de vías digestivas altas no solo para su confirmación diagnóstica, sino también para un posible manejo terapéutico. Dado que se pudo extirpar el helminto en su totalidad, sin evidencia de restos o compromiso distal, no fue necesaria la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para su extracción total, como se ha descrito en los casos relacionados con esta etiología⁽¹³⁾.

Además de su manejo, cuya base era el retiro del parásito del tracto gastrointestinal, el paciente requirió vigilancia intrahospitalaria debido a un deterioro clínico posterior. Por lo anterior, como se recomienda en diferentes guías de manejo^(3,6,9), se realizó un control imagenológico con evidencia de progresión del compromiso necroinflamatorio asociado a pancreatitis necrosante con colecciones; sin embargo, no existían signos imagenológicos (gas) o clínicos de compromiso infeccioso. Teniendo en cuenta que en el momento se encontraba con manejo antibiótico instaurado de manera empírica debido al alto riesgo de lesión endoluminal intestinal y traslocación bacteriana por el helminto,

se consideró no realizar ajustes a la terapia y continuar con la vigilancia. El paciente no presentó disfunción orgánica ni deterioro infeccioso; posteriormente, se inició el aporte enteral con adecuada tolerancia, y, finalmente, se indicó su egreso con control imagenológico por gastroenterología.

Este caso es interesante por diferentes razones. Lo primero, como se mencionó previamente, porque fue una presentación inusual debido al síntoma índice de dolor torácico, incluso habiéndose descartado por edad y sexo las causas potencialmente fatales como el síndrome coronario agudo. El hallazgo a nivel de papila duodenal de un “cuerpo extraño” en la escanografía inicial, buscando etiologías diferentes de la pancreatitis y habiéndose descartado las más frecuentes, permitió su adecuado diagnóstico y, finalmente, su manejo terapéutico endoscópico. Llama la atención, además, la presencia de ascariasis en un adulto residente en el área urbana de Bogotá, que si bien al ubicarse en un país tropical ocurre con mayor frecuencia que en otros países, es particular encontrarlo en un contexto social y epidemiológico como el de nuestro paciente^(14,15).

CONCLUSIÓN

La pancreatitis aguda es una condición frecuente a nivel mundial. Su presentación usualmente es clásica, sin embargo, pueden aparecer síntomas inusuales como el dolor torácico como manifestación inicial. Deben descartarse las etiologías más frecuentes, pero no se deben olvidar las causas infecciosas como factores causales. No es frecuente encontrar un compromiso parasitario en general, especialmente en adultos de áreas urbanas; no obstante, este no se debe descartar como diagnóstico diferencial. El tratamiento de la pancreatitis por áscaris, además del manejo inicial en urgencias conformado por una adecuada hidratación, restricción de la vía oral y manejo analgésico, debe completarse por vía endoscópica con la extracción del helminto. Es fundamental realizar un seguimiento clínico estricto de los pacientes con pancreatitis y la vigilancia de posibles complicaciones, independientemente de su causa.

REFERENCIAS

1. Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute pancreatitis. *Lancet*. 2015;386(9988):85-96. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60649-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60649-8)
2. Nieto J, Rodríguez S. Manejo de la pancreatitis aguda: guía de práctica clínica basada en la mejor información disponible. *Rev colomb cir*. 2010;25(2):76-96. <https://doi.org/10.30944/20117582.457>
3. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg*. 2019;14(1):1-20. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0>
4. Lee PJ, Papachristou GI. New insights into acute pancreatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019;16(8):479-96. <https://doi.org/10.1038/s41575-019-0158-2>

5. Upchurch E. Local complications of acute pancreatitis. *Br J Hosp Med.* 2014;75(12):698-702.
<https://doi.org/10.12968/hmed.2014.75.12.698>
6. Van DIjk SM, Hallensleben NDL, Van Santvoort HC, Fockens P, Van Goor H, Bruno MJ, et al. Acute pancreatitis: Recent advances through randomised trials. *Gut.* 2017;66(11):2024-32.
<https://doi.org/10.1136/gutjnl-2016-313595>
7. Kambhampati S, Park W, Habtezion A. Pharmacologic therapy for acute pancreatitis. *World J Gastroenterol.* 2014;20(45):16868-80.
<https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i45.16868>
8. James TW, Crockett SD. Management of acute pancreatitis in the first 72 hours. *Curr Opin Gastroenterol.* 2018;34(5):330-5.
<https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000456>
9. Tenner S, Baillie J, Dewitt J, Vege SS. American college of gastroenterology guideline: Management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(9):1400-15.
<https://doi.org/10.1038/ajg.2013.218>
10. Waller A, Long B, Koyfman A, Gottlieb M. Acute Pancreatitis: Updates for Emergency Clinicians. *J Emerg Med.* 2018;55(6):769-79.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.08.009>
11. Rawla P, Bandaru SS, Vellipuram AR. Review of Infectious Etiology of Acute Pancreatitis. *Gastroenterol Res.* 2017;10(3):153-8.
<https://doi.org/10.14740/gr858w>
12. Dold C, Holland C V. Ascaris and ascariasis. *Microbes Infect.* 2011;13(7):632-7.
<https://doi.org/10.1016/j.micinf.2010.09.012>
13. Klimovskij M, Dulskas A, Kraulyte Z, Mikalauskas S. Ascariasis of the pancreatic duct. *BMJ Case Rep.* 2015;2015:2014-6.
<https://doi.org/10.1136/bcr-2014-207936>
14. Phisalprapa P, Prachayakul V. Ascariasis as an unexpected cause of acute pancreatitis with cholangitis: A rare case report from urban area. *JOP.* 2013;14(1):88-91.
<https://doi.org/10.6092/1590-8577/1257>
15. Zaman BS, Nasir M, Kaleem A. Is Ascaris Induced Pancreatitis being under-diagnosed?- A case report. *Pakistan J Med Heal Sci.* 2018;12(1):423-5.