

Invitamos a los lectores de Acta a que envíen casos con interés clínico o diagnóstico para su publicación en esta sección.

Pancreatitis de causa infrecuente

Hernán Iannicillo, Diego Caniggia, David Zagalsky, Vicente Fucile

Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Prof A Posadas, Vía Sarmiento, El Palomar, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Mujer de 30 años que consultó por epigastralgia de 48hs de evolución, con náuseas y vómitos. Presentó episodios similares de menor intensidad en los últimos meses.

No tenía otros antecedentes de importancia.

Examen Físico: febril (38°C), con dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho.

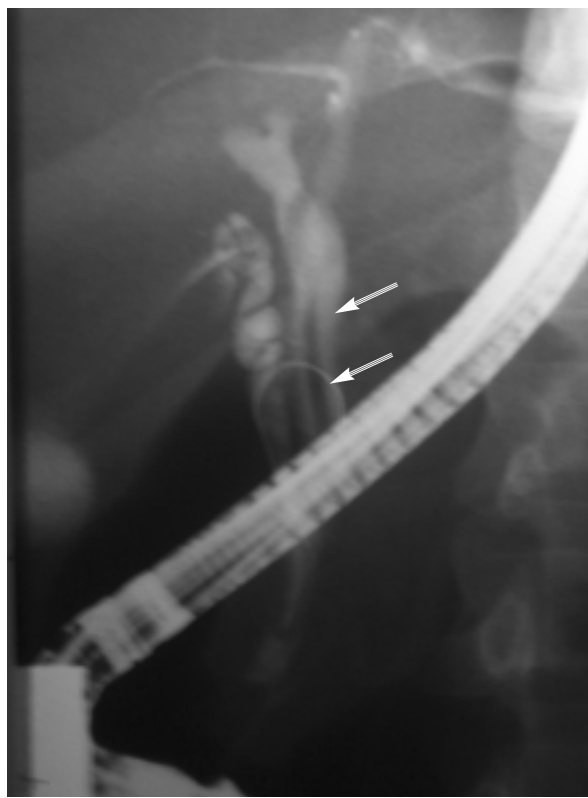
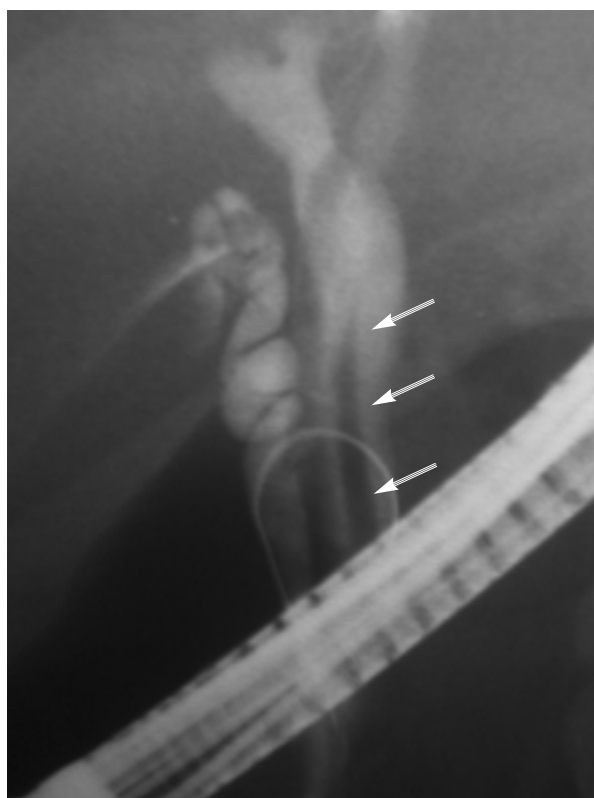
Laboratorio: hematocrito 36%, amilasemia 750 U/L, hepatograma normal.

Ecografía: vía biliar de 8mm de diámetro en su

tercio distal con una imagen hipocogénica, alargada y fusiforme, sin sombra acústica posterior. La vesícula de paredes finas sin imágenes litiásicas en su interior. El páncreas presenta un aumento homogéneo de su porción cefálica.

Evolucionó con mejoría de su cuadro clínico y bioquímica. Una nueva ecografía a las 48hs que muestra hallazgos similares.

Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).



Figuras 1 y 2. Imagen fluoroscópica que muestra un defecto de relleno lineal y alargado (flecha) en un colédoco dilatado.

Correspondencia: Hernán Iannicillo.
Rodríguez Peña 912, 3º "C",
Castelar, Pcia. de Buenos Aires (CP 1712).
E mail: hiannicillo@intramed.net

¿Qué diagnóstico le sugieren estas imágenes?

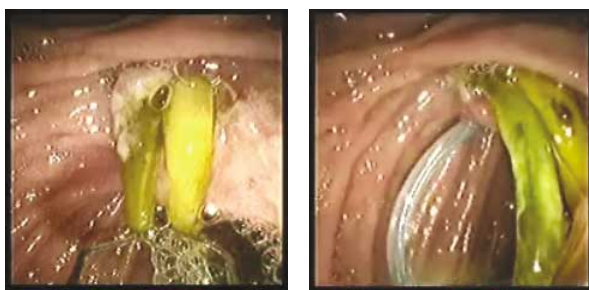
Resolución del caso en la página 95

◆ IMAGEN DEL NÚMERO

Solución del caso: Pancreatitis de causa infrecuente

Viene de la página 6

Informe CPRE: la papila presenta características normales. Se contrasta la vía biliar y se observa un hepatocolédoco de 8mm de diámetro con una imagen negativa alargada y acintada en su interior (Figuras 1 y 2). Se realiza una papilotomía mínima. Se ingresa con una cesta de Dormia con la que se atrapa y extrae un áscaris adulto de aprox 20cm de largo (Figuras 3 y 4).



Figuras 3 y 4. Imagen endoscópica que muestra la extracción con canasta de Dormia del vermex adulto.

Recibe tratamiento complementario con mebendazol y es dada de alta sin complicaciones.

Comentario: la ascariasis es la enfermedad por helmintos más común en humanos. La infección se produce a través de la ingestión de alimentos o agua contaminados por huevos de áscaris. Las larvas emergen en el duodeno y luego migran hacia el ciego desde donde acceden al sistema venoso portal y por el mismo al hígado. Desde las venas hepáticas las larvas pasan al corazón y los pulmones. Desde allí ascienden por la vía respiratoria donde son deglutidas y llegan al intestino. Aquí alcanzan su estado de madurez y cumplen el ciclo completo. Las formas adultas 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. La pancreatitis se pro-

duce por la ocupación por el verme del colédoco, Wirsung o de ambos, aunque es infrecuente la invasión del conducto pancreático, tal vez por su menor calibre. El diagnóstico habitualmente es ecográfico, observándose estructuras ecogénicas alargadas, lineales o curvas, únicas o múltiples, incluso a veces en movimiento y sin sombra acústica posterior. La CPRE es diagnóstica y terapéutica. Hay casos reportados de extracción del verme que se asoma por la papila mediante una pinza de cuerpos extraños sin papilotomía, con canasta de Dormia previa papilotomía o dilatación con balón, o incluso utilizando un jet de solución salina. Los grupos que trabajan en zonas endémicas sugieren no realizar papilotomía sino dilatación con balón con el objetivo de evitar facilitar nuevos pasajes del verme secundarios a nuevas y futuras reinfecciones. También se sugiere complementar el tratamiento con antihelmínticos. Nuestra paciente recibió tres días de mebendazol, siendo dada de alta y no regresando a los controles hasta este momento.

Bibliografía

1. Khuroo MS, Zargar SA, Yattoo GN, et al. Worm extraction and biliary drainage in hepatobiliary and pancreatic ascariasis. *Gastrointest Endosc* 1993;39:680-685.
2. Al-Karawi M, Sanai FM, Yasawy MI, Mohammed AE. Biliary strictures and cholangitis secondary to ascariasis: endoscopic management. *Gastrointest Endosc* 1999;50: 695-697.
3. Leung JW, Chung SC. Endoscopic management of biliary ascariasis. *Gastrointest Endosc* 1988;34:318-320.
4. Sandouk F, Haffar F, et al. Pancreatic biliary ascariasis: experience of 300 cases. *Am J Gastroenterol* 1997;92: 2264-2267.
5. Hoy MT, Desjeux A, Bach TT, Barthet M, Grimaud JC. Traitement endoscopique del' ascariidos ebilio-pancréatique au VietNam. Apropos de 91cas. *Gastroenterol Clin Biol* 2002;26:968-972.