

REPORTE DE CASO

FASCIOSIS ERRÁTICA

María Beltrán F¹, Manuel Tantaleán V², Hugo MezaV³, María Lozano³

RESUMEN

Se notifica el caso de una paciente de 19 años, procedente de Chupaca, Junín en la sierra central del Perú; que presenta una pápula eritematosa, indurada y pruriginosa en el flanco derecho, la cual evoluciona en una vesícula dolorosa de donde se extrae un espécimen aplanado identificado como *Fasciola hepatica*, además presentó eosinofilia y la prueba de doble difusión arco 2 fue positiva, no se encontraron huevos en el análisis de heces. Se presenta las fotografías del parásito hallado y una breve revisión al respecto.

Palabras clave: *Fasciola hepatica*; Reporte de Caso; Perú (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

This is a case report of a 19 year old patient from Chupaca, Junin, in central Peruvian highlands, who presented with an erythematous, indurated, and pruriginous papule in the right flank, which evolved to a painful vesicle. From this latter lesion, a flattened worm was excised, which was identified as *Fasciola hepatica*. The patient also had eosinophilia, double diffusion test was reported as positive, and no *Fasciola* eggs were found in feces. Photographs of the parasite are shown, and we present a brief summary of the infection.

Key words: *Fasciola hepatica*; Case Report; Peru (source: DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

La fasciolosis es una zoonosis parasitaria causada por un tremátodo denominado *Fasciola hepatica*, se estima que existen entre 2,6 y 17 millones de personas infectadas en el mundo¹; en el Perú es un problema presente aunque poco diagnosticado, existen zonas hiperendémicas, en particular en Junín y Puno^{2,3}.

El hombre es infectado accidentalmente al ingerir plantas acuáticas de tallo corto como los berros, cuando contienen metacercarias adheridas, estas se desenquistan en el duodeno y los parásitos migran a través de la pared del intestino delgado, atraviesan la cavidad peritoneal, penetran la capsula hepática para migrar finalmente a los conductos biliares⁴. Este período invasivo puede durar entre tres a cuatro meses, en el que puede haber la triada clásica de fiebre, hepatomegalia y eosinofilia. En el periodo latente cuando los parásitos adultos están ya localizados en

los conductos biliares pueden presentar dispepsia, flatulencias, náuseas, vómitos, constipación alternada con periodos de diarrea y pérdida de peso⁵.

Sin embargo, ocasionalmente cuando su migración es distinta a la habitual, pueden existir casos de fasciolosis errática o ectópica, en los cuales su clínica es diferente y se manifiestan con infiltrados pulmonares, pleuritis, pericarditis, meningitis, linfadenopatías, masas subcutáneas, etc.⁶.

REPORTE

En diciembre del año 2001, un ama de casa de 19 años de edad, procedente del distrito de Chupaca, provincia de Concepción, departamento de Junín, acudió al Hospital Daniel Alcides Carrión (Huancayo), al notar la aparición de una pápula enrojecida y dura en el flanco derecho, semejante a la picadura de insecto, la

¹ Laboratorio de Enteroparásitos, Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

² Facultad de Ciencias y Filosofía. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Junín, Perú.

cual le producía escozor. En el hospital le indicaron que se aplique tintura de belladona en la zona afectada, lo que dio como resultado una reacción dérmica tipo sarpullido. Dos meses después (en febrero del año 2002), se transformó en una lesión vesiculosa, la cual «tenía movimiento» y producía dolor. Al presionar el área afectada, se pudo extraer un espécimen de forma aplanada cuyas dimensiones fueron de 6,5 mm de longitud por 2 mm de ancho aproximadamente. Se realizaron exámenes de laboratorio donde destaca una eosinofilia del 31%, el perfil hepático sin alteraciones, en el examen coprológico no se encontraron huevos de *F. hepatica* pero sí se observó larvas de *Strongyloides stercoralis* y quistes de *Entamoeba nana*.

En marzo del año 2002 se realizó la identificación del parásito en el Laboratorio de Enteroparásitos del Instituto Nacional de Salud, mediante el siguiente procedimiento: se lavó el parásito con agua destilada, seguidamente se colocó el gusano entre lámina y lámina, las cuales se sujetaron con pabilo para facilitar su aplanamiento. Se conservó así por 24 horas en un frasco con formol al 10%. Luego se le adicionó aclarante

lactofenol por 6 a 8 horas, lo que permitió visualizar sus estructuras internas. Para una mejor diferenciación interna se aplicó la técnica de coloración con carmín clorhídrico. El examen de sus características externas e internas fue compatible con *Fasciola hepatica*; sin embargo, la presencia de espinas en sus bordes causó confusión con *Echinostoma sp.* con quienes tienen características similares, por lo que se realizó la prueba de doble difusión arco 2 (DD2), la cual resultó positiva para fasciolosis.

Se presenta un esquema de las partes internas de un *Fasciola hepatica* (Figura 1), así como las fotografías del espécimen hallado con coloración con carmín clorhídrico, mostrando sus diferentes estructuras (Figuras 2-6).

DISCUSIÓN

No tenemos notificación de casos de *Echinostoma sp* en nuestro país, aunque si existen zonas endémicas en el Brasil⁷ y Venezuela⁸, su localización está más difundida en países de Asia y África⁹; en este caso en

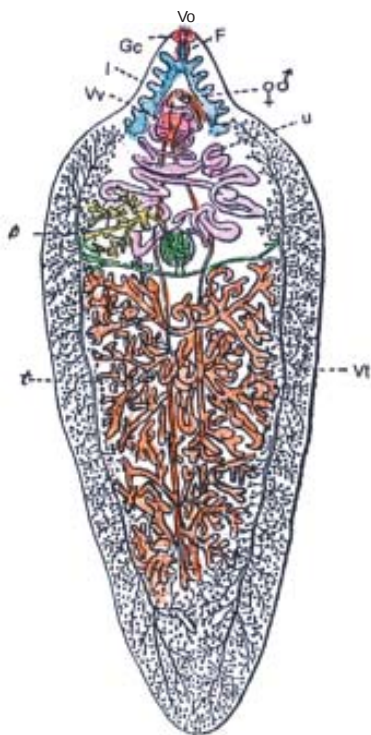


Figura 1. Esquema de las estructuras internas de la *Fasciola hepatica*. VO: ventosa oral, F: faringe, Vv: ventosa ventral, Gc: ganglio cerebral, I: intestino, Vt: vitelógena, U: utero, O: ovario, T: testículo.



Figura 2. *Fasciola hepatica* 120x, coloreada con carmín clorhídrico.

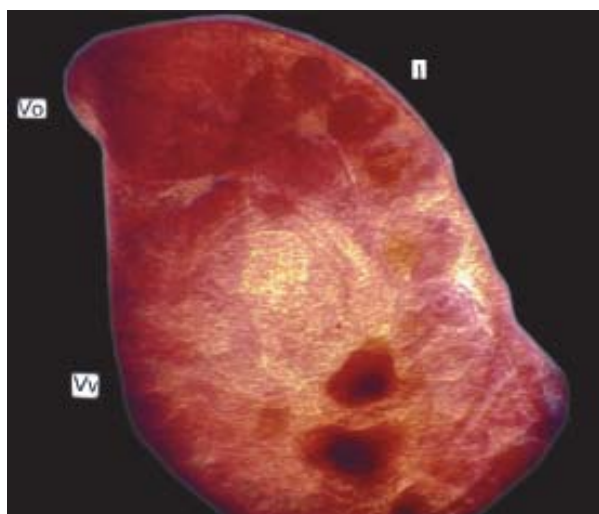


Figura 3. *Fasciola hepatica* 400x, en su extremo anterior, coloreada con carmín clorhídrico. Se aprecia su ventosa oral (Vo), ventosa ventral (Vv) y el intestino (I).

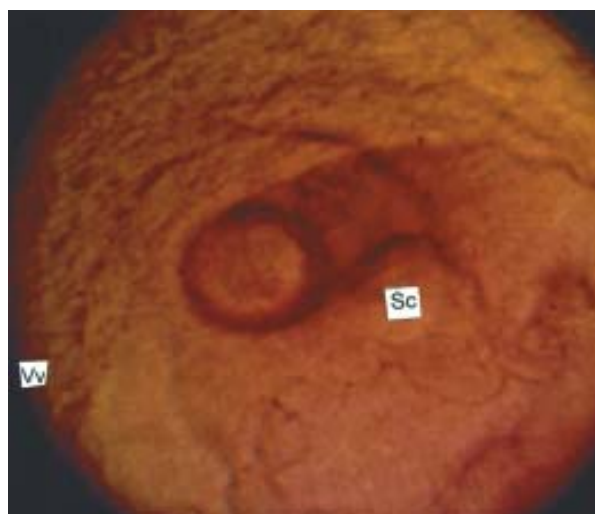


Figura 4. *Fasciola hepatica* 400x, coloreada con carmín clorhídrico. Se puede apreciar claramente su ventosa ventral y saco de cirro.

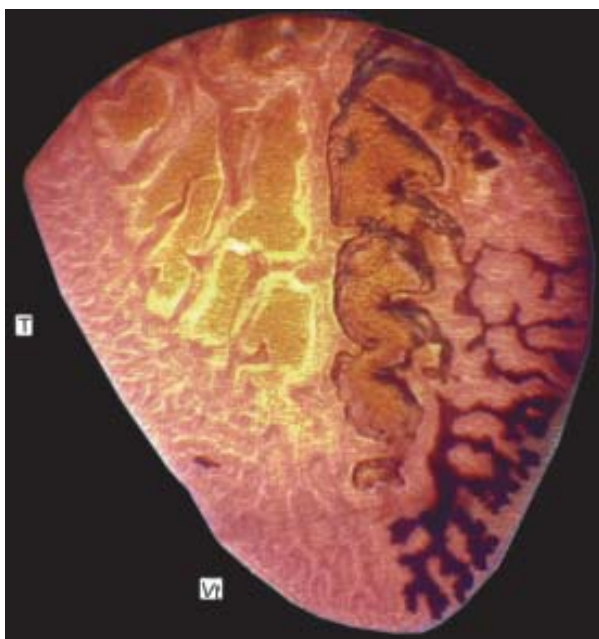


Figura 5. *Fasciola hepatica* 400x en su extremo posterior, coloreada con carmín clorhídrico. Se aprecia su testículo (T) y viterlógena (Vt).

particular la confusión diagnóstica se dio al observar nítidamente las espinas en los bordes del espécimen (figura 6), característica muy importante en la diferenciación del *Echinostoma*¹⁰ y usada en *Fasciola hepatica* en algunos estudios para observar el efecto fascioliscida de drogas pero mediante microscopía electrónica¹¹.

La fasciolosis, aun en su localización hepática, genera algunos problemas diagnósticos, tal vez porque no se le da la importancia debida o no se piensa como diagnóstico diferencial¹², mayor aún es la dificultad cuando se producen casos erráticos como éste. La presencia de fasciolosis subcutánea se produce cuando la migración del parásito al atravesar el duodeno no llega finalmente a la cápsula hepática y continúa hasta atravesar el peritoneo, la fascia y la capa muscular de la pared abdominal⁶. La sintomatología es variable, en algunos casos se presenta como un nódulo subcutáneo indurado e indoloro, como un caso notificado en Korea¹³; en otros, puede llegar a formar vesículas e infectarse, con zonas de edema perilesional produciendo prurito y dolor¹⁴, sintomatología que se presenta en nuestro caso.

En el Perú hay un informe previo de fasciolosis errática de localización subcutánea en Cusco¹⁵, si bien las localizaciones en todos los casos han sido distintas, presentaban algún grado de eosinofilia y el antecedente de vivir o haber viajado a una zona endémica de fasciolosis, el diagnóstico definitivo se dio al analizar el espécimen extraído, en ninguno de ellos se encontró los huevos del parásito en heces.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mas-Coma M, Esteban J, Bargues M. Epidemiology of human fascioliasis: areview and proponed new classification. Bull World Health Organ 1999; 77(4): 340-46.

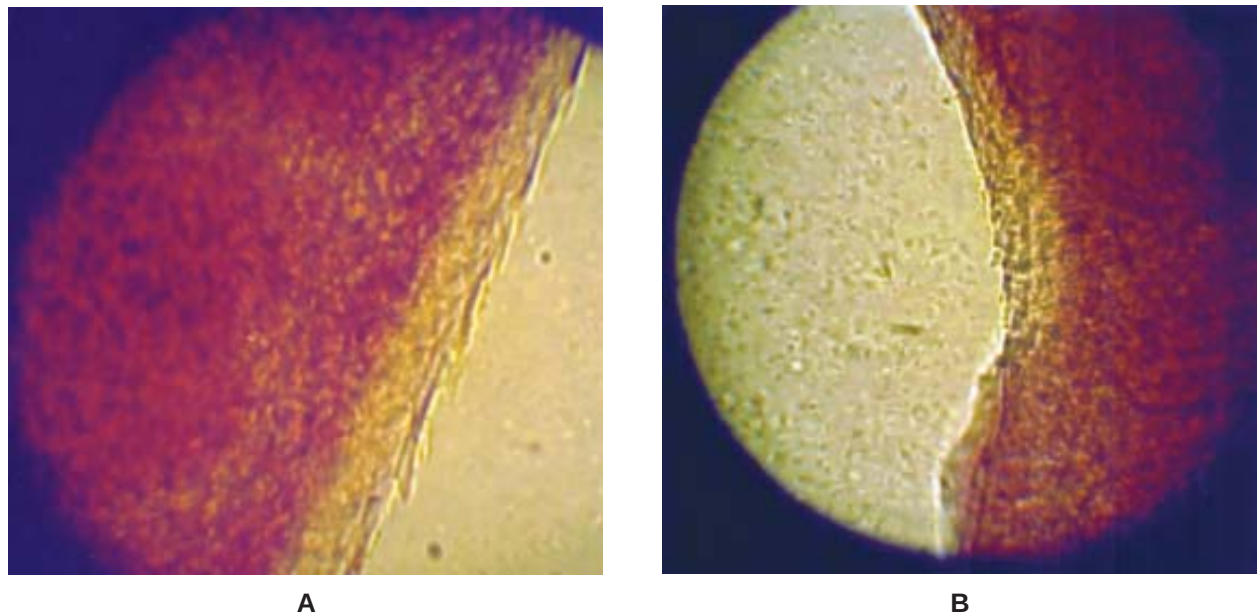


Figura 6. Espinas de *Fasciola hepatica* a 400x, nótese como se dirigen hacia atrás. A. Vista ventral. B. Vista dorsal.

2. **Esteban J, González C, BARGUES M, Angles R, Sánchez C, Náquira C, et al.** High fascioliasis infection in children linked to a man-made irrigation zone in Peru. *Trop Med Int Health* 2002; 7(4): 339-48.
3. **Marcos L, Maco V, Terashima A, Samalvides F, Miranda E, Tantalean M, et al.** Hiperendemicidad de fasciolosis humana en el valle del Mantaro, Perú: factores de riesgo para la infección por *Fasciola hepatica*. *Rev Gastroenterol Peru* 2004; 24(2): 158-64.
4. **Liu LX, Harinasuta K.** Liver and intestinal flukes. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 25(3): 627-36.
5. **Carrada-Bravo T.** Fascioliasis. Diagnóstico, epidemiología y tratamientos. *Rev Gastroenterol Mex* 2003; 68(2): 135-42.
6. **Arjona R, Riancho J, Aguado J, Salesa R, Gonzalez-Macias J.** Fascioliasis in Developer contraes: a review of classic and aberrant forms of the disease. *Medicine (Baltimore)* 1995; 74(1): 13-23.
7. **Coura JR, Amaral RS.** Epidemiological and control aspects of schistosomiasis in Brazilian endemic areas. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2004; 99(5 Supl 1): 13-19.
8. **Alarcón B, Balzan C, Arteaga C, Cesari I, Noya O.** The last fifteen years of schistosomiasis in Venezuela: features and evolution. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1999; 94(2): 139-46.
9. **Magnussen P.** Treatment and re-treatment strategies for schistosomiasis control in different epidemiological settings: a review of 10 years' experiences. *Acta Trop* 86(2-3): 243-54.
10. **Machado-Silva J, Lanfredi R, Gomes D.** Morphological study of adult male Works of *Schistosoma mansoni* Sambon, 1907 by scanning electron microscopy. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1997; 92(5): 647-53.
11. **Rivera N, Ibarra F, Zepeda A, Fortoul T, Hernandez A Carrillo R, et al.** Tegumental surface changes in adult *Fasciola hepatica* following treatment in vitro and in vivo with an experimental fasciolicide. *Parasitol Res* 2004; 93(4): 283-86.
12. **Jimenez J, Loja D, Ruiz E, Maco V, Marcos L, Aviles R.** Fasciolosis hepática: ¿un problema diagnóstico? *Rev Gastroenterol Peru* 2001; 21(2): 148-52.
13. **Chang EC, Choi HL, Park YW, Kong Y, Cho SY.** Subcutaneous fascioliasis. *Kisaengchunghak Chapchi* 1991; 29(4): 403-05.
14. **Prociv P, Walker JC, Whitby M.** Human ectopic fascioliasis in Australia: first case report. *Med J Aust* 1992; 156(5): 349-51.
15. **García R, Arrese JE, Ugarte G, Pierard GE.** Cutaneous fascioliasis. *Rev Med Liege* 2004; 59(10): 552-54.

Correspondencia: Blga. María Beltrán Fabián.
 Centro Nacional de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud.
 Dirección: Cápac Yupanqui 1400 Lima 11. Lima, Perú.
 Teléfono: (511) 4719920 Anexo: 137
 Correo electrónico: parasito@ins.gob.pe