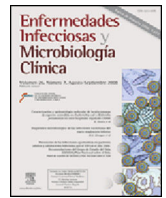




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Carta científica

Larva visceral *migrans* secundaria a *Toxocara* en paciente anciano



Visceral larva migrans due to *Toxocara* in elderly patient

El absceso hepático es una enfermedad infrecuente cuya incidencia oscila según series y áreas geográficas entre 2 y 20 casos por cada 100.000 ingresos hospitalarios¹. En nuestro medio, la etiología más frecuente es bacteriana², siendo relativamente habitual la polibacteriana, y representa el 13% de todos los abscesos viscerales.

Presentamos el caso de un varón de 78 años con antecedentes de hipertensión, dislipidemia y glucemia basal alterada con bypass aorto-coronario previo. En las semanas previas y sin clara relación temporal con la realización de colonoscopia, presentaba febrícula, adelgazamiento y omalgia derecha. Tras sucesivas pruebas (escáner [TC] torácico y abdominal) es finalmente hospitalizado en el Servicio de Cirugía General al documentarse una lesión subcapsular hepática a nivel de cúpula (segmento IV-A), tomográficamente mal definida a pesar de contraste, ovalada y con un tamaño de 56 mm de diámetro máximo. Se demostraba asimismo conexión con una colección lobulada de paredes hipercaptantes entre hemidiafragma anterior y superficie diafragmática. La analítica de ingreso demostró leucocitosis con desviación izquierda, un estudio de coagulación normal y bioquímica con modesta elevación de fosfatasa alcalina (147 U/l para un rango 38-126) con reactantes de fase aguda elevados. Se indicó intervención emergente para limpieza diafragmática y drenaje, obteniéndose material de consistencia firme y aspecto no tumoral o piógeno, solicitándose ante el mismo valoración por parte del Servicio de Medicina Interna.

El cultivo del material obtenido resultó estéril, así como los hemocultivos, los estudios de heces y del material obtenido a través del drenaje poscirugía; todas las determinaciones de autoinmunidad fueron negativas. La anatomía patológica de la lesión reveló inflamación con células plasmáticas, eosinófilos, colangitis y presencia de granulomas, a tenor de lo cual se indicó una amplia batería serológica (sucesivamente *Toxocara* spp., *Trichinella spiralis*, *Fasciola hepatica*, *Echinococcus granulosus*, *Entamoeba histolytica*, *Anisakis* y *Toxoplasma*), que demostró positividad para *Toxocara* mediante ELISA. Finalmente, una resonancia magnética (RM) hepática específica demostró una lesión ovalada hiperintensa en secuencia T1³ sin contraste intravenoso y un trayecto fistuloso de carácter inflamatorio en secuencia T2 coincidiendo con el trayecto del drenaje poscirugía (fig. 1). Los niveles de inmunoglobulina E se solicitaron una única vez tras iniciar el tratamiento esteroideo y resultaron normales, mientras que seriar la serología de *Toxocara* no se consideró de interés. El fondo de ojo resultó normal.

Varios rasgos llevaron a sospechar un origen parasitario. Desde el punto de vista clínico, el paciente se encontraba paucisintomático, con una alteración muy modesta de pruebas de función hepática^{4,5} y sin eosinofilia⁶ objetivada evolutivamente⁷. Convivía de forma intermitente con un perro y existen antecedentes epidemiológicos potenciales sobre el consumo de hígado de vaca y cerdo, así como productos de matanza de origen porcino en un contexto social. Considerando las pruebas de imagen, el aspecto ovalado y con cápsula mal definida tanto en la TC como en la RM son compatibles con larva visceral *migrans*, resultando característica la hiperintensidad en la secuencia T1 de la RM³. Si bien su tamaño habitual ronda el centímetro⁸, se han descrito lesiones de mayor

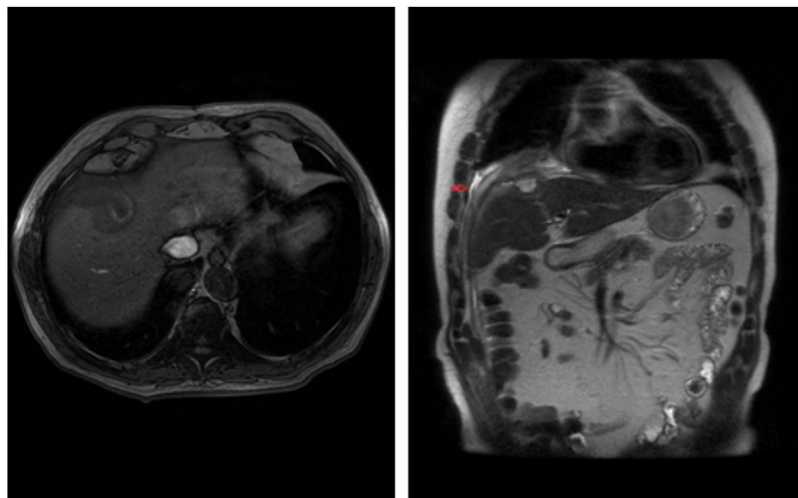


Figura 1. RM hepática: la imagen de la izquierda muestra una lesión característicamente hiperintensa en secuencia T1 sin contraste intravenoso. A la derecha se aprecia en secuencia T2 el absceso con la fístula posdrenaje.

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.01.009>

0213-005X/© 2020 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

tamaño y aspecto quístico por confluencia⁹ atendiendo a la migración del parásito a través del parénquima hepático. Considerando la información histológica, aquella descartó neoplasia biliar o hepática, cirrosis biliar primaria o enfermedad por IgG4. La disposición de los eosinófilos, histiocitos y células plasmáticas invita a sospechar un origen parasitario, si bien encontrar larvas en tales lesiones resulta excepcional⁹ atendiendo a su corto ciclo vital —apenas unas semanas. Finalmente, el aspecto inflamatorio del trayecto fistuloso originado a partir del drenaje quirúrgico puede sustentar la sospecha de parasitosis al dejar aquellos un reguero de proteínas glicosiladas a su paso¹⁰. Por todo ello, consideramos anecdótica la realización de colonoscopia unas semanas antes.

Atendiendo a nuestra falta de experiencia, el paciente recibió tratamiento con albendazol durante varios meses junto con esteroides en pauta descendente, con evolución clínica favorable: 3 años después de finalizar el tratamiento presenta una lesión residual en su RM y se mantiene asintomático.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.eimc.2020.01.009](https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.01.009)

Bibliografía

1. Chadwick M, Shamban L, Neumann M. Pyogenic liver abscess with no predisposing risk factors. *Case Rep Gastrointest Med*. 2018;4. <http://dx.doi.org/10.1155/2018/9509356>.
2. González-Alcaide G, Peris J, Jamos JM. Areas of research and clinical approaches to the study of liver abscess. *World J Gastroenterol*. 2017;23:357–65. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v23.i2.357>.
3. Laroia ST, Rastogi A, Sarin S. Case series of visceral larva migrans in the liver: CT and MRI findings in the liver. *Int J Case Rep Imag*. 2012;3:7–12.
4. Morii K, Oda T, Satoh H, Kimura Y, Aoyama Y, Fujiwara Y, et al. Toxocara canis-associated visceral larva migrans of the liver. *Int J Infect Dis*. 2015;30:148–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.11.012>
5. Raffray L, le Bail B, Malvy D. Hepatic visceral larva migrans presenting as a pseudotumor. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013;11:e42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2013.01.030>.
6. Lee B, Lee B, Kim E, Ha K, Choi D. Visceral larva migrans due to toxocara canis is the most common cause of eosinophilic liver abscess. *J Allergy Clin Immunol*. 2016;127:AB107.
7. Ho Ha K, Song JE, Kim BS, Lee CH. Clinical characteristics and progression of liver abscess caused by Toxocara. *World J Hepatol*. 2016;8:757–61.
8. Lim JH. Toxocariasis of the liver: Visceral larva migrans. *Abdom Imaging*. 2008;33:151–6.
9. Mukund A, Arora A, Patidar Y, Mangla V, Bihari C, Rastogi A, et al. Eosinophilic abscesses: A new facet of hepatic visceral larva migrans. *Abdom Imaging*. 2013;38:774–7.
10. Iddawela D, Ehambaram K, Atapattu D, Pethiyagoda K, Bandara L. Frequency of toxocariasis among patients clinically suspected to have visceral toxocariasis: A retrospective descriptive study in Sri Lanka. *J Parasitol Res*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1155/2017/4368659> [Article ID 4368659].

Joaquín Bernardo-Cofiño^{a,*}, Rafael Gómez-Illán^b,
Luis Riera-Lavilla^c y Fidel Asensio-Fierro^a

^a Servicio de Medicina Interna, Centro Médico de Asturias, Oviedo, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Centro Médico de Asturias, Oviedo, España

^c Servicio de Cirugía General, Centro Médico de Asturias, Oviedo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joaquin.bercof@gmail.com (J. Bernardo-Cofiño).