

Dolor abdominal en una paciente de origen magrebí

M.^a Isabel Cabeza-Barrera^a, M.^a Teresa Cabezas-Fernández^a, José Vázquez-Villegas^b y Joaquín Salas-Corona^a

^aE.P. Hospital de Poniente. ^bDistrito Sanitario de Poniente. El Ejido. Almería. España.

Caso clínico

Mujer de 47 años de edad natural de Marruecos, con 2 años de residencia en España en el momento del diagnóstico. Acudió a la consulta de medicina tropical de nuestro hospital por presentar dolor abdominal de un mes y medio de evolución. En la exploración física presentó buen estado general, no se detectaron adenopatías ni alteraciones neurológicas, ni esplenomegalia; sólo presentaba timpanismo generalizado y dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Se solicitó protocolo de estudio de enfermedades tropicales que incluye analítica general, serología (virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], virus de la hepatitis B [VHB] y de la hepatitis C [VHC] y sífilis), estudio parasitológico en heces y ecografía abdominal.

Evolución

El estudio hematológico y bioquímico fue normal, excepto ligera eosinofilia (6,5%), los anticuerpos frente a VIH, VHB, VHC fueron negativos, hemaglutinación de *Treponema pallidum* (TPHA) positiva y prueba rápida reagínica en plasma (RPR) negativa; la ecografía abdominal no mostró ningún hallazgo. El estudio parasitológico mostró la presencia de huevos de helmintos asimétricos, de forma ovoide, color marrón oscuro, cubierta gruesa, operculados, de 36-48 µm de longitud y 20-30 µm de ancho, con un miracidio en su interior.

Cabe destacar que la paciente refirió haber comido en ocasiones hígado crudo de cordero. No se instauró tratamiento antihelmíntico y se aconsejó que no comiera vísceras crudas de animales. En la revisión realizada a los 2 meses, el estudio parasitológico fue negativo y los síntomas habían desaparecido.

Diagnóstico

El diagnóstico final fue falsa parasitación por *Dicrocoelium dendriticum*.

Comentario

Dicrocoelium dendriticum es un trematodo del *filum Platyhelminthes* conocido vulgarmente como Duela menor del hígado, habitual de las vías biliares de animales herbí-

voros (fig. 1). Se distribuye geográficamente por Europa y Asia, algunas zonas de Norteamérica, Brasil, Colombia y Australia. El adulto cuyo tamaño no supera los 15 mm de longitud y 1,5-2,5 mm de ancho, vive en los conductos biliares del hospedador definitivo (ovejas y otros herbívoros rumiantes) parasitando ocasionalmente al hombre^{1,2}. Los huevos son eliminados con las heces e ingeridos por el hospedador primario, caracoles terrestres de los géneros *Helicella*, *Theba* y *Zebrina*, entre otros. En el tracto digestivo del hospedador intermediario se libera el miracidium que se transforma en esporocisto y éstos liberan cercarias que salen al exterior con el mucus del caracol en forma de quistes colectivos o masas mucosas. Estas masas se adhieren a las plantas o al suelo durante la reptación del caracol y son ingeridas por el segundo hospedador intermediario, principalmente hormigas del género *Formica*, donde se desarrolla la metacercaria en su cavidad abdominal. El hospedador definitivo se infesta cuando ingiere vegetación con hormigas parasitadas. En éste eclosionan las metacercarias, alcanzando el hígado vía colédoco o migración por los vasos sanguíneos. Las duelas jóvenes migran al hígado por el conducto biliar y empiezan a poner huevos 10-12 semanas después^{1,2}.

Debido a las peculiaridades de este ciclo de vida, la infección en el hombre es completamente excepcional y aparece después de la ingestión accidental de hormigas parasitadas al comer verduras crudas sin lavar o mal lavadas. Generalmente predomina la forma subclínica, aunque el ataque masivo de los conductos biliares repercute desfavorablemente sobre el estado general causando pérdida de peso y cansancio³. Los parásitos adultos se localizan en la vesícula biliar y colangiolo, pudiendo dar lugar a colangitis crónica y dilatación de los conductos biliares o engrosamiento de sus paredes. En el estado avanzado existe una proliferación adenomatosa de los conductos biliares.



Figura 1. Visualización de huevo de trematodo.

Correspondencia: Dra. M.^aI. Cabeza-Barrera.
E.P. Hospital de Poniente.
Ctra. Almerimar, s/n. 04700 El Ejido. Almería. España.
Correo electrónico: camisa@yahoo.es

Es más frecuente la falsa parasitación debido a la ingesta de huevos o gusanos adultos por comer hígado crudo de animales parasitados⁴.

El diagnóstico de una verdadera infección parasitaria se realiza mediante el examen minucioso de las heces en el laboratorio, tras una dieta exenta de alimentos crudos de animales herbívoros¹. La no observación de dichos huevos tras dieta estricta indicaría que estamos ante una falsa parasitación, mientras que la observación de los huevos indicaría una verdadera infección. Su complejo ciclo biológico hace que el control de los hospedadores intermedios sea casi imposible. El tratamiento en verdadero parasitismo es praziquantel 15 o 25 mg/kg en dosis única o 2 dosis de 7,5 mg en días sucesivos o triclobendazol dosis

única de 10 mg/kg. En caso de falsa parasitación no se recomienda tratamiento, sólo la eliminación en la dieta de vísceras de animales crudos.

Bibliografía

1. Bartolomé RM, Coira A, Roig G, Crespo E, Fernández F. Falso parasitismo por *Dicrocoelium dendriticum*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1987;5:373-4.
2. Karadag B, Bilici A, Doventas A, Kantarci F, Selcuk D, Dincer N, et al. An unusual case of biliary obstruction by *Dicrocoelium dendriticum*. *Scand J Infect Dis*. 2005;37:385-8.
3. Saucas G, Planas N, Pérez JL, Fernández JL. False parasitism by *Dicrocoelium dendriticum*: presentation of 4 cases. *Med Clin (Barc)*. 1989;93:359.
4. Bada JL. Dicroceliasis: a fluke diagnosis or false infection? *JAMA*. 1988;259:2998-9.