Semergen. 2016;42(Espec Congr 9):33

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

199/98 - PANCREATITIS AGUDA POR PARÁSITOS

M. Rico Rangel[a], M. Muñoz Ayllón[b], D. Gómez Prieto[a], A. Díaz Romero[c], J. León Tercero[d] y B. Rodríguez Montado[e]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria; [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]Médico de Familia. CS Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 18 años, natural de Perú, sin AP de interés, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal en epigastrio de carácter intenso asociado a náuseas y vómitos alimenticios en varias ocasiones de un día de evolución. Estreñimiento habitual. No fiebre, no otra sintomatología. Durante su estancia en el servicio de urgencias expulsión de lombrices por la boca junto a los vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física destaca dolor abdominal generalizado, más acentuado en hemiabdomen superior sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca leucocitos con eosinofilia, aumento de amilasa y lipasa, con transaminasas, enzimas de colestasis y bilirrubina normales. En ecografía abdominal se detecta aumento de volumen y de la ecogenicidad pancreática y presencia de imágenes tubulares sin sombra posterior, sugestivas de vermes en vesícula biliar.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda por ascaris lumbricoides. Ante este hallazgo, se administra albendazol y se realiza una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) 24 horas después para extraer el parásito.

Diagnóstico diferencial: Habría que hacerlo con otras entidades que cursen con dolor abdominal agudo, entre las que destacan: colecistitis o colangitis, gastroenteritis, síndrome oclusivo intestinal, apendicitis.

Comentario final: La migración de los parásitos intestinales al árbol biliar puede producir cuadros de obstrucción biliar, colangitis o pancreatitis. Las manifestaciones clínicas varían en severidad según el número de parásitos o si permanecen en los conductos o regresan al intestino, predominando el dolor abdominal, náuseas y vómitos. Las pruebas de imagen abdominal son útiles en el diagnóstico de sospecha, siendo infrecuente recurrir a la cirugía. El tratamiento con albendazol, junto a la extracción endoscópica mediante CPRE, es curativo en el 90% de los casos, reservándose la cirugía si existe sepsis incontrolada, colangitis supurada o fallo en el tratamiento médico. La pancreatitis por parásitos es extremadamente rara en Europa por lo que el diagnóstico puede ser difícil por un bajo índice de sospecha, pero hay que tener en cuenta la procedencia del paciente ya que la mortalidad en áreas endémicas es de hasta el 5%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rana SS, Bhasin DK, Nanda M, Singh K. Parasitic infestations of the biliary tract. Curr Gastroenterol Rep. 2007;9:156-64.

2. Mohammad A, Abdul M, Mohammad B, et al. Biliary ascariasis: the value of ultrasound in the diagnosis and management. Ann Asaudi Med. 2007;27:161-5.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.