

## Cartas al Editor

### Parásito biliar (*Ascaris*) como causa de pancreatitis aguda. Diagnóstico ecográfico

---

**Palabras clave:** *Ascaris*. Ecografía. Enfermedades del conducto biliar principal. Parasitología. Pancreatitis.

**Key words:** *Ascaris*. Ultrasonography. Common bile duct diseases. Parasitology. Pancreatitis.

---

Sr. Editor:

*Ascaris lumbricoides* supone la infección mundial más común por helmintos. No obstante, no es un parásito habitual en nuestro país, siendo aún más infrecuente verlo como causa de pancreatitis aguda y el poder diagnosticarlo ecográficamente.

#### Caso clínico

Mujer de 40 años, natural de Filipinas, que había regresado de su país 15 días antes, ingresa por pancreatitis aguda. Presenta leucocitosis con eosinofilia, hipertransaminasemia leve (< 90 mg/dl) y bilirrubina normal. Se realiza una ecografía abdominal en la que se observa una vesícula distendida con paredes engrosadas y, en su interior, una estructura alargada hiperecogénica con movimientos ondulatorios espontáneos (Fig. 1A). Se extendía por el conducto biliar principal desde la vesícula hasta la papila (Fig. 1B). Ante este hallazgo, se administra albendazol y se realiza una colangiopancreatografía retrógrada

endoscópica (CPRE) 24 horas después para extraer el parásito. Sin embargo, la papila estaba rasgada y no se objetivó el mismo. Una nueva ecografía y una colangiorresonancia magnética confirmaron la ausencia de parásito en la vía biliar. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta.

#### Discusión

La infección por *Ascaris lumbricoides* afecta al 25% de la población mundial, especialmente en áreas tropicales, siendo el yeyuno el asiento habitual de los especímenes adultos. La migración al árbol biliar ocasiona el 33% de la patología biliopancreática en países endémicos, aunque la frecuencia en nuestro medio no está especificada. Las intervenciones previas –colecistomía, CPRE– son factores predisponentes. La pancreatitis aguda por esta causa, como sucedió en nuestra paciente, es un hecho poco frecuente (5%), siendo los cólicos biliares de repetición la manifestación más habitual (56%), seguida de colangitis (24%), colelitiasis aguda (2-13%) o incluso abscesos hepáticos (< 1%) (1). En nuestro caso la ecografía permitió el diagnóstico al proporcionar una imagen característica: se visualiza como una estructura de unos 25-30 cm de longitud y 6-8 mm de espesor, compuesta por 2 líneas externas hiperecogénicas, 2 hipoeecogénicas hacia el interior y un centro ecogénico que corresponde al tubo digestivo del parásito (“signo de las 4 líneas”). El diagnóstico diferencial ecográfico con otros parásitos biliares –*Opisthorchis*, *Clonorchis* o *Fasciola*– no suele ofrecer dudas, ya que se visualizan como estructuras ecogénicas lineales u ovoideas de escasos milímetros de longitud, y que a menudo se confunden con litiasis (2). Al tratamiento con albendazol es preciso asociar la CPRE para extraer el parásito migrado que no salga espontáneamente. Durante este procedimiento se debe intentar evitar la esfinterotomía, ya que facilita la migración en futuras reinfecciones y, en la medida de lo posible, no utilizar instrumentación que pueda fragmentar el gusano porque favorece el desarrollo posterior de colangitis de repetición. Si fracasa, está indicada la extracción quirúrgica (3). La tasa de reinfección es del 80% a los 6 meses debido a nueva exposición al parásito.



Fig. 1.

Lucía Tortajada Laureiro, Antonio Olveira Martín,  
Eva Marín Serrano, Gloria Ruiz Fernández,  
Eun Jin Han y José María Segura Cabral

*Unidad de Ecografía. Servicio de Aparato Digestivo.  
Hospital Universitario La Paz. Madrid*

#### **Bibliografía**

1. Khuroo MS, Zargar SA. Biliary ascariasis: A common cause of biliary and pancreatic disease in an endemic area. *Gastroenterology* 1985; 88:418-23.
2. Rana SS, Bhasin DK, Nanda M, Singh K. Parasitic infestations of the biliary tract. *Curr Gastroenterol Rep* 2007;9:156-64.
3. Reddy DN, Sriram PV, Rao GV. Endoscopic diagnosis and management of biliary parasitosis. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2003;13:765-73.