



DEL INTESTINO A LA VÍA BILIAR, UN MIGRANTE SILENCIOSO: ÁSCARIASIS BILIAR

FROM THE INTESTINE TO THE BILE DUCT, A SILENT MIGRANT: BILIARY ASCARIASIS

Javier Ara Peche^{1*}, María Eugenia Quiñonez² and Clara Esquivel³

¹ Departamento de Cirugía General, Hospital de San Benito, Petén, Guatemala. Estudiante de medicina, sexto año, Universidad de San Carlos de Guatemala; javierarapeche@gmail.com

² Departamento de Cirugía General, Hospital de San Benito, Petén, Guatemala. Médico cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala; eu.md1216@gmail.com

³ Departamento de Infectología, Hospital de San Benito, Petén, Guatemala. Infectóloga pediátrica, Universidad de San Carlos de Guatemala;

* Correspondence: javierarapeche@gmail.com; Tel.: +502 4220-5283

Resumen

Los parásitos han convivido con el ser humano a lo largo del tiempo. *Áscaris lumbricoides* es el helminto más frecuente del tracto gastrointestinal. Aunque los gusanos adultos suelen localizarse en el yeyuno, pero pueden migrar a los conductos biliar y pancreático, causando obstrucción biliar, colangitis, pancreatitis o abscesos hepáticos. Solo alrededor del 0.45% de los adultos infectados desarrolla esta forma complicada, y se observa mayor afectación en mujeres, posiblemente por influencia hormonal en el músculo liso biliar.

Se presenta el caso de una paciente de 24 años con dolor en el cuadrante superior derecho, específicamente en el hipocondrio derecho. En el Hospital de San Benito, Petén, la ecografía mostró dilatación vesicular y patrón obstructivo. En la CPRE se evidenciaron múltiples *áscaris* en estómago, duodeno y vía biliar. Tras tratamiento antihelmíntico, se realizó colecistectomía sin complicaciones. Este caso clínico aporta información novedosa al describir una presentación poco frecuente de ascariasis biliar en una paciente en periodo posparto, una condición escasamente reportada en la literatura. Asimismo, pone de manifiesto el posible papel de los cambios hormonales en la migración del parásito hacia la vía biliar, lo que subraya la importancia de considerar causas parasitarias dentro del diagnóstico diferencial de la colangitis en regiones endémicas, con el fin de optimizar el abordaje diagnóstico y terapéutico.

Palabras Clave: *Áscaris lumbricoide*; Ascariasis biliar; Vía biliar; Colangitis.

Abstract

Parasites have coexisted with humans throughout history. *Ascaris lumbricoides* is the most common helminth in the gastrointestinal tract. Although adult worms are usually found in the jejunum, they can migrate to the bile and pancreatic ducts, causing biliary obstruction, cholangitis, pancreatitis, or liver abscesses. Only about 0.45% of infected adults develop this complicated form, and it is more common in women, possibly due to hormonal influence on the biliary smooth muscle. We present the case of a 24-year-old female patient with pain in the right upper quadrant, specifically in the right hypochondrium. At the Hospital de San Benito, Petén, ultrasound showed vesicular dilatation and an obstructive pattern. ERCP revealed multiple ascarids in the stomach, duodenum, and bile duct. After antihelminthic treatment, cholecystectomy was performed without complications. This clinical case provides novel information by describing a rare presentation of biliary ascariasis in a postpartum patient, a condition rarely reported in the literature. It also highlights the possible role of hormonal changes in the migration of the parasite to the bile duct, underscoring the importance of considering parasitic causes in the differential diagnosis of cholangitis in endemic regions in order to optimize the diagnostic and therapeutic approach.

Copyright: This journal publishes free access articles that are available for anyone to share.

Keywords: *Ascaris Lumbricoides*; Biliary ascariasis; Gallbladder; Cholangitis

Introducción

La ascariasis es una de las enfermedades tropicales desatendidas más importantes del mundo. *Áscaris Lumbricoides*, un nematodo que se transmite a través del suelo, es el helminto más frecuente del tracto gastrointestinal. Los gusanos adultos suelen localizarse en el yeyuno, pero pueden migrar a los conductos biliar y pancreático, causando obstrucción biliar, colangitis, pancreatitis o abscesos hepáticos¹. En adultos, la prevalencia general de infección se sitúa alrededor del 8–9%, pero solo cerca del 0.45% desarrolla esta forma complicada^{2, 3}. Se ha observado una mayor afectación en mujeres, con una proporción aproximada de 7 a 3 frente a los hombres, posiblemente debido a la influencia hormonal sobre el músculo liso⁴. Entre los factores de riesgo destacan los antecedentes de cirugía biliar y el embarazo, probablemente por los efectos hormonales sobre la región ampular⁵.

Caso clínico

Paciente femenina de 24 años, originaria de Las Cruces, Petén; quien consulta por dolor en hipocondrio derecho, intenso, tipo cólico, que irradia a región escapular derecha, asociado a náuseas, vómitos y fiebre subjetiva. Cabe destacar que la paciente tenía antecedentes de un parto vaginal normal tres días antes de la consulta. Al examen físico, presión arterial 110/70 mmHg; frecuencia cardiaca 114 lpm, frecuencia respiratoria 22 rpm, temperatura 39°C. Paciente consciente, quejumbrosa, ictericia generalizada, escleras icteréricas, abdomen ruidos gastrointestinales con buen tono y frecuencia, matidez en hipocondrio derecho, doloroso a la palpación superficial en hipocondrio derecho, se palpa hepatomegalia.

De los exámenes de gabinete se destaca, leucocitosis 17,000/mm³, neutrófilos 86.0 %, eosinófilos 3.90 %, hemoglobina 13.0g/dl, plaquetas 350 /mm³, TGP 200.0U/L, TGO 295.0U/L, fosfatasa alcalina 483 U/L, bilirrubina directa 2.72 mg/dl, bilirrubina total 3.84mg/dl. El ultrasonido realizado al ingreso mostró vía intra y extrahepática dilatada sin observar sitio de obstrucción, conducto biliar 10.7mm, hidrops vesicular, múltiples imágenes hiperecogénicas de forma redonda que proyecta sombra acústica posterior,

correspondientes a cálculos. La vesícula biliar mide 11.4 x 6.3 x 4.7 cm (Figura 1). Hígado y bazo aumentado de tamaño.

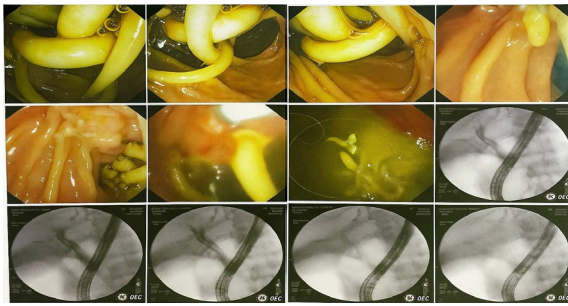
Se le realiza Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) en la cual se reporta presencia de abundantes áscaris lumbricoides en cámara gástrica y duodenal, conducto colédoco obstruido por 2 áscaris, se procede a papilotomía para extracción de las mismas, de igual manera se instila albendazol en lumen gástrico, duodenal y colédoco (Figura 2).

Tras la evaluación clínica, estudios de laboratorio y de imagen, se llega al diagnóstico de Colangitis aguda debido a obstrucción de vía biliar por áscaris lumbricoides, por lo que se realiza manejo clínico integral con antihelmínticos (albendazol 400 miligramos cada día por un día, pamoato de pirantel 10 miligramos por kilogramo de peso), antibioterapia intravenosa (ampicilina/sulbactam 1.5 gramos intravenoso cada 6 horas) y analgesia (clonixinato de lisina/propinoxato 115 miligramos intravenoso cada 8 horas). Posteriormente tres semanas al manejo clínico, disminuye ictericia en piel y escleras, alivio del dolor, por lo que se programa colecistectomía debido al hidrops vesicular, egresando del centro hospitalario sin complicaciones postquirúrgicas.



Fuente: Expediente clínico.

Figura 1. Ultrasonido hepático, la cual se observa vesícula biliar aumentada de tamaño e imágenes hiperecogénicas de forma redonda que proyecta sombra acústica posterior.



Fuente: Expediente clínico.

Figura 2. Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE) evidenciando múltiples áscaris lumbricoides en cámara gástrica y duodenal.

Discusión

La ascariasis constituye una de las enfermedades parasitarias más comunes en regiones tropicales, subtropicales y en países de ingresos bajos y medios. Su transmisión ocurre por la ingestión de larvas infectantes. Aunque el parásito se aloja principalmente en el yeyuno, puede desplazarse a otros órganos como el hígado, el corazón, los pulmones y la vía biliar. En adultos, la prevalencia general se estima entre 8 y 9%; sin embargo, solo alrededor del 0.45% desarrolla complicaciones biliares^{2,3}. Guatemala es un país endémico de infecciones parasitarias, se estima que el 20-30% de la población están infectados, siendo estos con nivel educativo bajo, sin embargo, en población estudiada un 11% se encuentra infectada; el 18-19% se tratan de infección por áscaris lumbricoides y menos 1% presentan complicaciones⁶. La afectación del árbol biliar es poco frecuente, en parte debido a las barreras anatómicas que ofrece el conducto cístico, el cual es estrecho y de trayecto sinuoso⁷. El ciclo de vida del áscaris comienza tras la ingestión de los huevos. Las larvas atraviesan la pared intestinal a nivel del ciego, ingresan al sistema portal y posteriormente se desplazan por los vasos linfáticos hacia el hígado, pasando luego a las cavidades cardíacas derechas y a la arteria pulmonar hasta llegar al parénquima pulmonar. Allí penetran los alvéolos, ascienden por la tráquea y el esófago, y regresan finalmente al intestino entre dos y tres meses después de la infección inicial, donde alcanzan la madurez y comienzan la producción de huevos⁵.

Cuando los gusanos adultos migran hacia la vía biliar, la irritación producida por el parásito o sus productos metabólicos puede desencadenar cólico biliar y espasmo del esfínter de Oddi, generando obstrucción. En la mayoría de los casos de ascariasis biliar, uno o varios helmintos ingresan al sistema biliar. Se ha observado una mayor incidencia en mujeres, con una relación aproximada de 7:3 respecto a los hombres, posiblemente debido a la acción de hormonas que relajan el músculo liso⁴. Entre los factores de riesgo se incluyen antecedentes de cirugía biliar (colecistectomía,coledocolitotomía, esfinteroplastia, esfinterotomía o procedimientos de CPRE) y el embarazo, relacionado probablemente con cambios hormonales que afectan la región ampular⁵.

El cuadro clínico suele manifestarse con expulsión de parásitos por las heces o por la boca, además de náuseas, vómitos y dolor abdominal localizado en el hipocondrio derecho o epigastrio. Si aparece colangitis, pancreatitis o abscesos hepáticos, los síntomas propios de estas complicaciones se hacen evidentes. En la exploración física pueden encontrarse signos de desnutrición, postración, distensión abdominal, hepatomegalia e ictericia. La fiebre es común en los casos complicados⁸.

En los estudios de laboratorio es frecuente hallar leucocitosis con eosinofilia y elevación de bilirrubinas, especialmente durante la migración larvaria o cuando los huevos quedan depositados en el tejido hepático. En los cuadros de colangitis también se observan aumentos de la fosfatasa alcalina y la alanina aminotransferasa. El método diagnóstico más empleado es la identificación microscópica de huevos en heces⁵. El conteo de gusanos adultos tras su expulsión posterior al tratamiento se considera el estándar más preciso para estimar la intensidad de la infección.

La ecografía es la herramienta diagnóstica de mayor utilidad por ser rápida, inocua y no invasiva. Permite visualizar los áscaris en el intestino, el colédoco, el árbol biliar o el páncreas, además de evaluar el estado de las vías biliares y detectar complicaciones como abscesos hepáticos o pancreatitis. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica no solo es valiosa para confirmar el diagnóstico en casos sospechosos de afectación biliar, sino que también ofrece opciones terapéuticas como la extracción de

parásitos, la descompresión de la vía biliar y la administración intraductal de antihelmínticos⁹.

El manejo inicial suele ser conservador, basado en la administración de antihelmínticos. Si existe colangitis, se añaden antibióticos de amplio espectro y analgésicos. Cuando el tratamiento médico no es suficiente o aparecen complicaciones, se recurre a la extracción mediante CPRE o, en algunos casos, a la colecistectomía laparoscópica.

La ascariasis es una parasitosis frecuente en países tropicales endémicos como Guatemala, causada por *Ascaris lumbricoides*, que habitualmente se localiza en el intestino, pero que en raras ocasiones puede migrar a la vía biliar y provocar complicaciones graves. Aunque la infección en adultos es relativamente común, solo un pequeño porcentaje desarrolla afectación biliar, la cual ocurre con mayor frecuencia en mujeres, especialmente en contextos como el embarazo o cambios hormonales.

Se debe considerar la etiología parasitaria dentro del diagnóstico diferencial de patología biliar aguda en regiones endémicas, incluso en adultos y en el contexto obstétrico.

Referencias bibliográficas

- 1.- Shahid Y, Emman B, Abid S. Liver parasites: A global endemic and journey from infestation to intervention. *World J Gastroenterol* 2025; 31(1): 101360
- 2.- Holland C, Sepidarkish M, Deslyper G, Abdollahi A, Valizadeh S, Mollalo A, Mahjour S, Ghodsian S, Ardekani A, Behniafar H, Gasser RB, Rostami A. Global prevalence of *Ascaris* infection in humans (2010-2021): a systematic review and meta-analysis. *Infect Dis Poverty*. 2022 Nov 18;11(1):113.
- 3.- Reddy, S., Bloor, A., & Thomas, N. (2024). An interesting case of cholangitis. *Cureus*, 16(5), e60537. <https://doi.org/10.7759/cureus.60537>
- 4.- Dra. Lorena Gonzales, Dra. M^a Eugenia Hernández; Ascariasis de la Vía Biliar; Depto. Clínico de Imagenología. Hospital de Clínicas; 2018.
- 5.- Cabrera, J., Torres, C., & Peña, S. (2017). Incidencia de áscaris en vía biliar y factores asociados. *Revista de Medicina, Universidad de Cuenca*, 35(2), 48-54.
- 6.- Mazariegos Coti, M. A. A. (2025). Evaluación y clasificación de infección parasitaria en la población que asiste al Centro de Atención Permanente (CAP) Quetzaltenango,

Guatemala, durante el período de enero a marzo del año 2021 (Trabajo de graduación). Universidad Galileo, Guatemala.

7.-Agrawal, H., Tanwar, H., Rohitaj, R., & Singh, N. (2025). A Rare Intruder of the Biliary Tract: Gallbladder Ascariasis. *Asian Journal of Case Reports in Surgery*, 8(1), 114–118. <https://doi.org/10.9734/ajcrs/2025/v8i1608>

8.- Subramanian, S. K. A., Jayaraman, C. A. M., Thangasamy, S., & Sathyanesan, J. (2023). Hepato Biliary Pancreatic Ascariasis: A Rare Case Report. *International Surgery Journal*, 10(9), 1537–1540. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20232648>

9.- de la Fuente-Lira, M., Molotla-Xolalpa, C., Rocha-Guevara, E. R. (2006). Ascariasis biliar: informe de un caso y revisión de la literatura. *Cirugía y Cirujanos*.