

**ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO
DE LA FASCIOLIASIS HEPÁTICA EN LA
PROVINCIA DE CIEGO AVILA. CUBA**

**CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF LIVER
FASCIOLIASIS IN CIEGO DE AVILA PROVINCE. CUBA**

*J. Camacho**; *M. Suárez***; *R. Peláez****; *J. Artiga*****;
*J. Pérez***** y K. Felipe******

RESUMEN

Se estudiaron 14 casos con diagnósticos de fascioliasis hepática, con el objetivo de conocer el comportamiento clínico-epidemiológico de esta zoonosis en nuestra provincia. La enfermedad afectó a personas de cualquier sexo o edad, con mayor incidencia en personas vinculadas a la actividad de la ganadería bovina. La ingestión de vegetales acuáticos constituyó la principal fuente de infes-

- * Gastroenterólogo. Departamento de Gastroenterología del Hospital Provincial Docente "Antonio Luaces". Ciego de Avila. Cuba.
** Especialista en Epizootiología. Jefe del Programa de Zoonosis. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Ciego de Avila.
*** Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico. Ciego de Avila.
**** Administrador en Salud. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Prof. de la Fac. de Cs. Médica. Ciego de Avila.
***** Médico Internista. Hospital Provincial Docente "Antonio Luaces". Ciego de Avila.
***** Estudiante de la Facultad de Cs. Médicas. Ciego de Avila.

Recibido: 02-4-94
Aceptado: 28-6-95

Received: 4-02-94
Accepted: 06-28-95

tación. Clínicamente, la enfermedad presenta un espectro amplio que motiva que el diagnóstico inicial no se realiza con frecuencia.

Palabras claves: Estudio Clínico Epidemiológico de Fascioliasis Hepática.

ABSTRACT

Fourteen cases were studied with the diagnosis of liver fascioliasis with the objective of knowing the clinical and epidemiologic behavior of this zoonoses in our province. The illness affected people of either sex or age, with greater incidence in persons engaged in bovine cattle. The ingestion of aquatic vegetables constituted the main source of infection clinically. The illness presents a wide spread spectrum that motivates the initial diagnoses is not carried out with frequency.

Key words: Clinical-epidemiological studied of liver fascioliasis.

INTRODUCCIÓN

La Fascioliasis es una parasitosis, cada vez más frecuente y mejor conocida en todo el mundo¹⁰, su agente etiológico es *Fasciola hepática*.

El parásito responsable de la enfermedad es un Plelminto de la clase Tremátoda, familia Fasciolidae, que por presentar dos ventosas recibe el nombre de Distoma. Tiene su habitat natural en el árbol biliar del ganado ovino, bovino y caprino. En la fase reproductora sus huevos son eliminados con las heces de estos animales, completando su ciclo evolutivo en medio acuático a expensas de un huésped intermediario, un molusco de agua dulce del género *Lymnea*, hasta que ya fuera de él, en fase enquistada de metacercaria, se convierte en forma infestante para algunos animales y para

el hombre, al ser ingerida con el agua o con vegetales acuáticos, fundamentalmente los berros. En el hombre, la larva metacercaria tras perder su cápsula, por la acción del jugo gástrico, atraviesa la pared del intestino delgado pasando a la cavidad peritoneal y posteriormente a través de la cápsula de Glisson llega al hígado, donde tras producir pequeños focos necróticos penetra en vías biliares, aquí madura comenzando la eliminación de los huevos.^{16,3}

La enfermedad ha sido registrada en diferentes países; datos recientes de Puerto Rico han señalado que los casos clínicamente manifiestos son más frecuentes que los reportados y que se está detectando un número cada vez mayor de infestaciones asintomáticas en el hombre.^{19,1,9}

El primer reporte en Cuba de distomatosis hepática por *Fasciola hepática* fue presentado por Kourí y Arenas en 1931. Ya en 1944 nuestro país se situaba entre los primeros con mayor incidencia de esta parasitosis en el hombre¹¹. En el año 1983 se produjo un brote epidémico en las provincias centrales del país, resultando positivas 625 personas de los 1177 casos estudiados.^{6,12}

Es evidente que la fascioliasis hepática es de importancia actual en nuestro país y en especial en la región central, de la que forma parte la provincia de Ciego de Avila. El presente trabajo constituye el primer estudio clínico-epidemiológico que se realiza en nuestra provincia sobre esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se estudian 14 casos diagnosticados de fascioliasis hepática en el período comprendido de 1984 a 1991, en la provincia de Ciego de Avila, de la República de Cuba. El diagnóstico positivo se efectuó por intubación duodenal y examen de heces por copa cónica.

Un sistema de registro (encuesta) fue confeccionado con el propósito de obtener los datos de los pacientes que incluyen edad,

sexo, manifestaciones clínicas, ocupación. Los resultados obtenidos se expresaron en Cuadros.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se puede apreciar como la incidencia de la fascioliasis es baja en nuestra provincia en el período evaluado. Los primeros casos se notificaron en el año 1984 (8 casos) a partir de un brote que se produjo en una unidad pecuaria por el consumo de berros, en lo adelante la presentación de los casos ha sido en forma aislada. Consideramos que debido al polimorfismo clínico de la fascioliasis hepática no siempre a todos los casos con cuadro clínico sugestivo de la enfermedad se le indican drenajes biliares diagnósticos y análisis de heces por el método de copa cónica. Si a ello añadimos que en nuestra provincia existe un alto índice de infestación en el ganado bovino y que en las investigaciones de pesquaje serológico con el método de ELISA realizadas en trabajadores agropecuarios se ha detectado un número significativo de personas con anticuerpos para *Fasciola hepática*, podemos llegar a la conclusión de que en nuestra provincia existe un subregistro de la enfermedad.

En el Cuadro 2 se refleja la distribución de los casos según la edad y sexo. Se observa un predominio evidente del sexo femenino y la aparición de tres casos en pacientes menores de 14 años.

Al analizar la distribución de los casos según su ocupación (Cuadro 3), se puede apreciar como a pesar de que los enfermos tenían variadas ocupaciones, 6 pacientes (42%) se encontraban vinculados directamente a la actividad de la ganadería bovina.

En el Cuadro 4 se analizan las manifestaciones sindrómicas de los casos confirmados de fascioliasis, no se sospechó inicialmente el diagnóstico de la enfermedad en ninguno de los pacientes, si bien existían elementos epidemiológicos que de tenerlos en cuenta, podrían haber ayudado en tal sentido.

Cuadro 1**Casos de Fascioliasis Hepática en la Provincia de Ciego de Avila, Cuba, en el período 1984 a 1991.**

Año	No. de casos	Forma de presentación	
		Aislados	Brotos
1984	8	2	6
1985	2	2	-
1990	1	1	-
1991	3	3	-
Total	14	8	6

Fuente: Departamento Provincial de Epidemiología.

Cuadro 2**Fascioliasis Hepática. Distribución por grupos de edad y sexo**

Grupos de Edades	Sexo	
	Masculino	Femenino
Menores de 14 años	-	3
15-24 años	-	3
25-34 años	1	3
35-44 años	2	1
45-54 años	1	-
Total	4	10

Fuente: Departamento Provincial de Epidemiología.

Cuadro 3**Ocupación de los casos confirmados de Fascioliasis Hepática.**

Ocupación	No. de casos	%
Obreros pecuarios	5	35,7
Estudiantes	3	21,4
Administrativos	2	14,2
Militar	1	7,1
Técnico Veterinario	1	7,1
Profesional	1	7,1
Auxiliar de cocina	1	7,1
Total	14	100

Fuente: Departamento Provincial de Epidemiología.

Cuadro 4**Fascioliasis Hepática. Manifestaciones sindrómicas de presentación**

Diagnóstico sindromático	No. de casos
Síndrome febril prolongado	5
Síndrome digestivo (dispepsia no orgánica o funcional)	4
Síndrome general (astenia, anorexia y pérdida de peso)	2
Síndrome doloroso abdominal recurrente	1
Síndrome de disfunción hepática	1
Síndrome alérgico urticariano	1
Total	14

Fuente: Historias Clínicas

En el Cuadro 5 se demuestra como la principal fuente de infección para la adquisición de esta parasitosis, la constituye la ingestión de berros (11 casos).

Un conjunto heterogéneo de síntomas y signos presentaron los pacientes enfermos (Cuadro 6), aunque vale destacar que la mayor parte de ellos están referidos al aparato digestivo.

Cuadro 5

Fascioliasis Hepática. Fuentes de infestación.

Fuentes de infestación	No. de casos
Consumo de berro de unidad pecuaria	6
Consumo de berro de áreas agrícolas	3
Consumo de agua de río	3
Consumo de berro silvestre	2
Total	14

Fuente: Departamento Provincial de Epidemiología.

Cuadro 6

Síntomas y signos de los pacientes con Fascioliasis Hepática

Síntomas y signos	No. de casos
Anorexia	12
Astenia	11
Dolor hipocondrio derecho	8
Pérdida de peso	7
Fiebre	7
Náuseas y vómitos	6
Diarreas	6
Dispepsia	5
Cefalea	5
Hepatomegalia	4
Prurito	3
Urticaria	3
Sub-íctero	2
Esplenomegalia	1

Fuente: Departamento Provincial de Epidemiología.

DISCUSIÓN

Se presentan 14 pacientes con diagnósticos de distomatosis por *Fasciola hepática*, de los cuales 8 se diagnosticaron en forma aislada y 6 en un brote ocurrido en el año 1984. De ellos, 10 pertenecen al sexo femenino y 4 al masculino, con tres pacientes menores de 14 años. La notificación de casos comprendidos en edad pediátrica ocurre a partir del año 1991, lo cual creemos se debe a que se ha logrado un mejor conocimiento de la enfermedad por parte del personal médico y de laboratorio; así como se ha perfeccionado la vigilancia epidemiológica. En el Congreso Panamericano de Pediatría efectuado en la ciudad de La Habana se reportaron 40 niños con fascioliasis en las provincias centrales del país⁴. La mayor incorporación de la mujer al trabajo vinculado a la actividad agropecuaria, en las regiones de nuestra provincia con una alta focalidad animal de esta parasitosis, pensamos que puede justificar de cierta manera el predominio del sexo femenino en nuestra casuística.

La ocupación laboral de los casos notificados fue muy variable, la mayor incidencia ocurre en personas vinculadas directamente a la actividad de la ganadería bovina coincidiendo con los reportes de otros autores.^{13,7,18}

El diagnóstico inicial de esta enfermedad se sospecha con poca frecuencia dado el polimorfismo clínico de esta parasitosis. La mayoría de las infestaciones se presentan sin una sintomatología evidente y se descubren después de realizar múltiples investigaciones, que pueden incluso llegar a la exploración radiológica o quirúrgica de la vía biliar^{8,17,14}. Con elevada frecuencia se impone realizar el diagnóstico diferencial ante un paciente que consulta o ingresa por: un síndrome febril prolongado, un síndrome general o alteraciones digestivas de tipo dispéptico. Apoyándose en estas consideraciones, somos del criterio de que los factores epidemiológicos (ocupación, zona de procedencia, hábitos y costumbres alimentarias, etc.) son de utilidad para establecer el diagnóstico presuntivo de fascioliasis.

En la clínica humana de la fascioliasis hay que diferenciar dos períodos bien definidos: el primero es la fase aguda generalmente muy característica, pero al mismo tiempo compleja por su amplitud clínica, ya que en algunas ocasiones puede acompañarse de trastornos pulmonares, cardíacos y del sistema nervioso central junto a posibles localizaciones ectópicas parasitarias. La segunda fase, más tardía, suele aparecer unos tres meses después del comienzo del período agudo, caracterizada por un cuadro clínico muy variable que puede ser confundido con angiocolitis, colecistitis y litiasis biliar y en la cual, tras la sintomatología florida aguda, el paciente mejora su estado general de forma espontánea, desaparece la fiebre y la eosinofilia va decreciendo progresivamente aunque sin llegar a desaparecer.^{10,2,15}

Caracterizan la fase aguda la triada de dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia y fiebre. Además, el enfermo presenta anorexia, astenia y pérdida de peso variable. En nuestro estudio se constatan estas manifestaciones clínicas, sin embargo, el diagnóstico no se realizó en ninguno de los casos en la fase aguda. Durante esta fase hay que tener presente que el parásito no se encuentra todavía en forma adulta en las vías biliares, por lo que no puede reproducirse y por tanto la búsqueda de huevos en las heces del paciente o en el contenido duodenal obtenido por aspiración dará sistemáticamente resultados negativos. En esta fase el diagnóstico deberá basarse en métodos serológicos (contrainmunolectroforesis, inmunodifusión radial, inmunolectroforesis e inmunofluorescencia, ELISA, u otros).⁵

CONCLUSIONES

1. En el período analizado la fascioliasis hepática ha tenido baja frecuencia, con un predominio de los casos aislados sobre los brotes.
2. Se reportaron más enfermos en adultos que en niños.

3. Se detectaron variadas ocupaciones, la de mayor frecuencia fueron los obreros pecuarios.

4. Al 100% de los enfermos no se les planteó inicialmente el diagnóstico de la fascioliasis, lo cual demuestra el subregistro que existe de esta parasitosis.

5. Los síntomas y signos más frecuentes fueron la anorexia, astenia y dolor en hipocondrio derecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASSIOUNY, H.K.; SOLIMAN, N.K.; ELDALY, S.M.; BADR, M.M. Human fascioliasis in Egypt effect of infection and efficacy of Bithional treatment. **J. Trop. Med. Hyg.** 1991; 94: 333-337.

2. BECHTEL, V.; FEUCHT, H. E.; HELD, E.; VOGL, T.; NOTHDURFT, H.D. Fasciola hepática infection in a family diagnosis and therapy. **Dtsch. Med. Noehensch.** 1992; 117: 978-982.

3. COSME, A.; ALZATE, L.; ORIVE, V.; RECASENS, M.; TORRADO, J.; RUÍZ, J.; ARENAS, J. Laparoscopic findings in liver fasciolosis, study of 13 cases. **Rev. Esp. Enferm. Dig.** 1990; 78 : 359-362.

4. DÍAZ, J.; PINO, B.; y PÉREZ, O. Fasciola hepática, estudios en niños durante un brote epidémico. **Congreso de Pediatría XIV Panamericano, VII Latinoamericano y Nacional:** 37, 12 al 16 de Octubre, 1986, Habana.

5. ESPINO, A.M.; MARCET, R.; and Finlay, C.M. Detection of circulating excretory secretory antigens in human fascioliiasis by sandwich enzymelinked immunosorbent assay. **J. Clin. Microb.** 1990; 28: 2637-2640.

6. FAJARDO, I.; LASTRE, M.; OLIVER, A. Síndrome de larva migrans visceral y Fasciola hepática. **III Congreso Nacional de Microbiología:** 502, 21 al 24 de octubre, 1986, Habana.

7. GENTILINI, M.; and NOZAIS, J. P. Epidemiology and prevention of distomatosis in France. **Rev. Prat.** 1990; 40: 225-228.

8. GOLDBERG, H.I.; and GORDON, R. Diagnostic and interventional procedures for the biliary tract. **Curr. Opin. Radiol.** 1991; 3: 453-462.

9. HILLYER, G.V. Fasciolosis en Puerto Rico. **Bol. Asoc. Med. Pr.** 1981; 73: 94-101.

10. KAYABALI, I.; GOKCORA, I.H.; YERDEL, M.A.; ORMECI, N. Hepatic fascioliasis and biliary surgery. **Int. Surg.** 1992; 77: 154-157.

11. KOURI, P. **Helmintología humana.** Primera edición. Revolucionaria Editorial, Habana 1963; pp: 570-616.

12. LASTRE, M.; PÉREZ, O.; GONZÁLEZ, R.; BRITO, E.; JACOMINO, J.; PEREZ, B.; y DIAZ, M. Fascioliasis humana epidémica, diagnóstico serológico. **III Congreso Nacional de Microbiología y Parasitología: 504**, 21 al 24 de Octubre, 1986, Habana.
13. MELERO, M.; RIGOU, R.C.; LLOVERAS, J.; GENNARO, O. Hepatic fasciolosis uncommon cause of prolonged febrile syndrome with hypereosinophilia and hypodense images on computed tomography of the liver. **Medicina. B. Aires. 1991; 51: 244-248.**
14. PANDOLFO, I.; ZIMBARO, G.; BARTIMORO, G.; GENITORI, A.; TACONE, M.; GAETA, M.; IOLI, A.; GIUDICA, L.L. Ultrasonographic and cholecystographic findings in a case of fascioliasis in the gallbladder. **JCu. J. Clinic. Ultrasound. 1991; 19: 505-507.**
15. PULPEIRO, J.R.; ARMESTO, V.; VARELA, J.; CORREDOIRA, J. Fascioliasis: findings in 15 patients. **Br. J. Radiol. 1991; 64: 798-801.**
16. REINHARD, G.H.; GRAJ, V.; AUGUSTIN, H. J. Chronic fascioliasis with destructive cholangitis. **Fortschr. Med. 1991; 109: 737-738.**
17. RUÍZ, M.L.; BASAGOITI, M.K.; BUSTAMANTE, F.; MARCE, L.; DEL CASTILLO, J.; DELGADO, E. Echography in the diagnosis of fascioliasis (letter). **Rev. Esp. Enferm. Dig. 1991; 79: 297-298.**
18. SHAZLY, A.M.; DESOKY, I.; FEKY, A. A case of ectopic fascioliasis in a farmer from Mansoura City, Dakahlia, Egypt. **J. Egypt. Soc. Paras. 1991; 21: 333-335.**
19. SCHAZLY, A.M.; HANDOUSA, A.E.; YOUSSEF, M.E.; RISK, H.; HAMAOUDA, M.M. Human fascioliasis a parasitic health problem in Dakahlia Governorate, Egypt. **J. Egypt. Soc. Paras. 1991; 21: 553-559.**