

Addendum. Después de escrito este trabajo, apareció un artículo de Thompson en el Boletín de la Clínica Mayo sobre revisión del tema, en el cual se defiende un término usado en la Clínica desde 1950, "tension myalgia" (mialgia por tensión), y lo propone como una palabra que unifica a fibrositis, fibromialgia y síndromes miofasciales en un grupo. Sostenemos que la fibro-

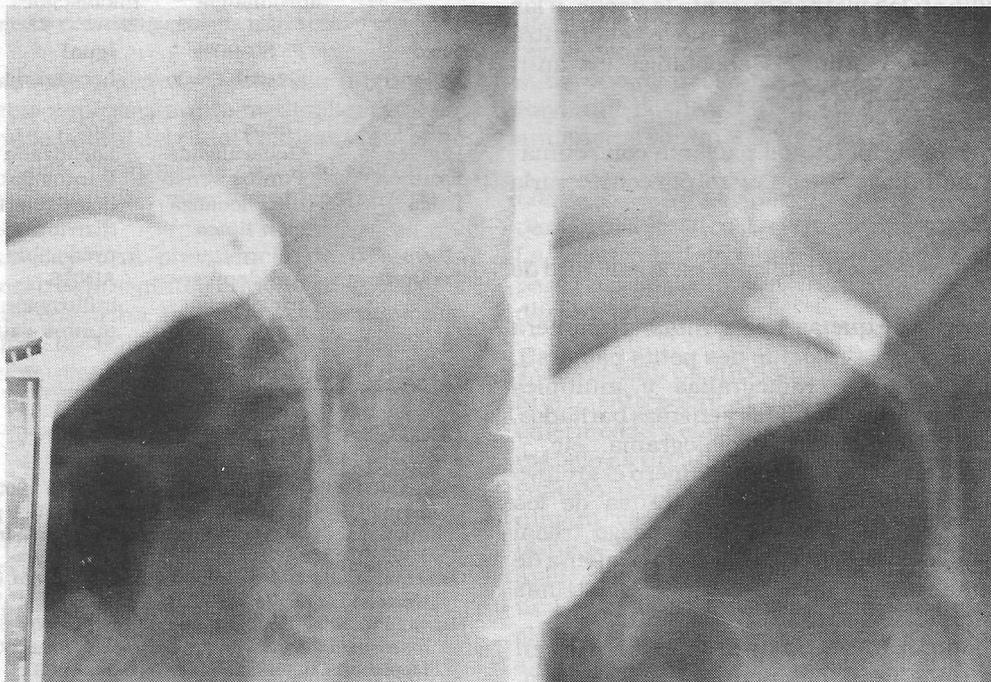
mialgia, término que está reemplazando el de fibrositis, es una entidad muy definida y que como tal tiene muy poco o nada que ver con los síndromes miofasciales.

Thompson, JF. Tension myalgia as a diagnosis at the Mayo Clinic and its relationship to fibrositis, fibromyalgia, and myofascial pain. *Mayo Clin Proc*, 1990, 65: 1237-1248.

Sección: El caso radiológico

El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera, M.D.*



HAGA SU DIAGNOSTICO

Mujer joven que acudió al médico por dolor de tipo cólico en el hipocondrio derecho. El dolor, de varias horas de duración, no cedía con los antiespasmódicos usuales, y apareció en forma de descargas episódicas.

Nunca antes había presentado un dolor semejante, igualmente había vomito bilioso que ni mejoraba ni empeoraba el dolor. El examen físico era normal, sin señales de ictericia. Las pruebas de laboratorio: leucograma, bilirrubinemia, amilasemia, se consideraron dentro de límites normales. Se tuvo la impresión clínica de cálculos biliares. Se ordenó una colangiografía transparietohepática (CTPH).

* Profesor Titular, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Social, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Cálculos biliares.
2. Pancreatitis.
3. Parásitos en las vías biliares.

DESCRIPCION DEL EXAMEN

La CTPH reveló la presencia en el hepatocolédoco y en el conducto hepático izquierdo, de imágenes alargadas, acintadas e inmóviles. La vesícula era normal y en su interior no se observaron cálculos ni otras manifestaciones patológicas. No había obstrucción biliar pues el medio de contraste pasaba libremente hacia el duodeno. El colédoco y la vía biliar intrahepática no mostraban signos de dilatación.

DISCUSION

1. Los cálculos en la vía biliar son una afección muy frecuente en Cali¹. Su diagnóstico se establece mediante la ecografía, la colecistografía oral y aun la radiografía simple de abdomen. Es bueno recordar que los cálculos biliares se calcifican hasta en 30% de los casos. Usualmente cuando hay cálculos en la vía biliar existen también en la vesícula. En el caso que se estudia no había cálculos intravesicales cuyas características en el relleno son defectos ya sea redondos, cuadrangulares, ovalados, etc. Estas mismas sombras se ven dentro del colédoco cuando hay litiasis intracoledociana. Desde el punto de vista clínico la enferma no tenía ictericia y no había antecedentes de dolores de tipo biliar en su historial clínico, hechos de importancia cuando el diagnóstico de coledocolitiasis es una certeza.

2. La pancreatitis aguda cursa con dolor en el epigastrio, distensión abdominal, vómito y el laboratorio clínico se caracteriza por la elevación de las amilasas. La pancreatitis se puede asociar con la litiasis biliar y con la presencia de parásitos como el *Ascaris lumbricoides* cuando este nemátodo logra introducirse por el conducto de Wirsung. La pancreatitis se puede manifestar además con ictericia² que usualmente aparece entre el segundo y el séptimo días. A la palpación hay dolor, pero no una defensa franca, con cuadro de abdomen en tabla. El choque aparece en la pancreatitis hemorrágica por pérdida de sangre, por el

dolor y por las sustancias liberadas a la sangre cuando se produce esta inflamación.

3. El parásito más comúnmente diagnosticado en la vía biliar es el áscaris que asciende al colédoco a través de la papila de Vater y así puede alcanzar el hígado, las venas suprahepáticas, la vena cava inferior y hasta el corazón derecho. Estos parásitos no son inocuos, como se puede pensar. En efecto, son causa de obstrucción intestinal, perforación de víscera hueca con la consiguiente peritonitis y la producción de la forma crónica de esta entidad, llamada peritonitis granulomatosa^{3,4}. En la vía biliar y a los rayos X se aprecian como cuerpos cilíndricos⁵. Si están vivos sus movimientos se ven con ayudas como el intensificador de imagen o el monitor de TV. Otra forma de diagnóstico es el uso de la ecografía; dentro de la vía biliar se observan sombras refringentes y móviles, y si se usa un equipo de betamax se puede registrar la movilidad del parásito.

Hay 3 maneras de tratar los áscaris en la vía biliar. La primera es a base de antiespasmódicos, colagogos y piperazina por vía oral, con control radiográfico o ecográfico. La segunda utiliza la endoscopia de la papila y de la propia vía biliar, y con instrumentos se extrae el gusano. La última, que se hace si las anteriores han fallado, es la cirugía de las vías biliares con la consiguiente extracción del parásito.

DIAGNOSTICO FINAL

Ascaris en la vía biliar intra y extrahepática.

REFERENCIAS

1. González, A, Gómez, F, Botero, M et al. Evaluación del ultrasonido en el diagnóstico de las enfermedades de la vesícula y vías biliares. *Colombia Med*, 1986, 17: 196-199.
2. Braunwald, E & Isselbacher, K.J. *Harrison. Principios de medicina interna*. Pp. 1676-1682. 2a. ed., Interamericana, McGraw Hill, México, Bogotá, Buenos Aires, 1987.
3. Chamorro-Mera, C. El caso radiológico. *Colombia Med*, 1982, 13: 37-38.
4. Reeder, MM & Palmer, PES. *The radiology of tropical diseases with epidemiological, pathological and clinical correlation*. Pp. 411-438. Williams & Wilkins, Baltimore, 1981.
5. Cremin, GJ. Biliary parasites. *Br J Radiol*, 1969, 42: 506-508.
6. Chamorro-Mera, C. El caso radiológico. *Colombia Med*, 1978, 9: 164 y 181.

COLOMBIA MEDICA

Una publicación de la Corporación Editora Médica del Valle
Apartado aéreo 8025, Cali, Colombia