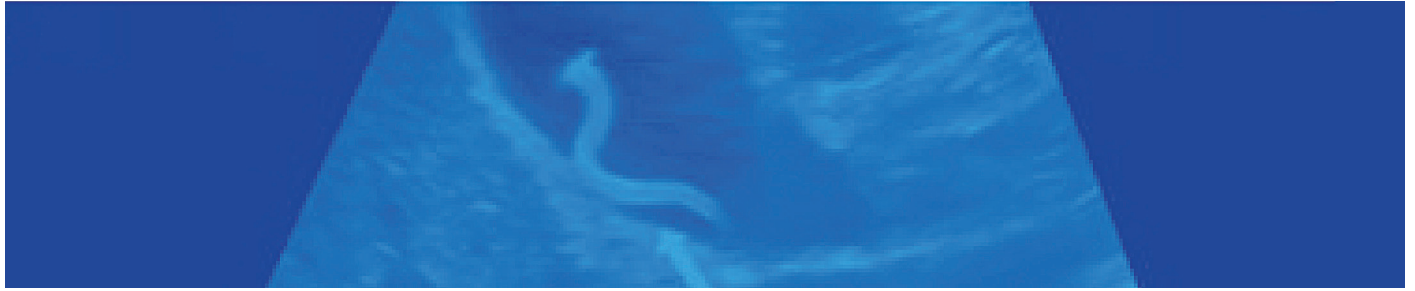


Reporte de caso



Ascariasis biliar como causa de pancreatitis aguda en paciente geriátrica: reporte de caso

Biliary ascariasis as a cause of acute pancreatitis in a geriatric patient: case report

Daniel Alejandro Aldaz ^{1A}; Heidy Doménica Jiménez ^{2B}; Leodan Capia Rodríguez ^{3C}

1, 2, 3 Centro de Salud tipo B de Palanda, Zamora, Ecuador

DOI 10.65183/revind.e17.02

Fecha recepción: 04-03-2026

Fecha aceptación: 24-06-2026

Fecha publicación: 02-07-2026

Resumen

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas cuyo origen más frecuente es la litiasis biliar y el consumo de alcohol; sin embargo, en regiones endémicas las parasitosis helmínticas pueden constituir una etiología infrecuente pero clínicamente relevante. *Ascaris lumbricoides* es el helminto intestinal más común a nivel mundial y puede migrar hacia la vía biliar y el conducto pancreático, produciendo obstrucción mecánica y desencadenando pancreatitis aguda. Se presenta el caso de paciente femenina de 85 años de edad, con dolor abdominal epigástrico intenso, náuseas y vómitos, con elevación marcada de amilasa y lipasa séricas. La ecografía hepatobiliar evidenció estructuras alargadas móviles dentro de vesícula biliar y asas intestinales compatibles con ascariasis, además de cambios inflamatorios pancreáticos con dilatación del conducto de Wirsung y líquido peripancreático. Se estableció el diagnóstico de pancreatitis aguda secundaria a ascariasis biliar.

El reconocimiento oportuno de etiologías no habituales de pancreatitis permite instaurar un manejo adecuado y prevenir complicaciones potencialmente graves, especialmente en pacientes geriátricos.

Palabras clave:

Pancreatitis aguda; Ascariasis biliar; *Ascaris lumbricoides*; Obstrucción biliar; Geriatria

Abstract

Acute pancreatitis is an inflammatory condition of the pancreas, most commonly caused by gallstones and alcohol consumption; however, in endemic regions, helminthic parasitic infections may represent an uncommon but clinically relevant etiology. *Ascaris lumbricoides* is the most prevalent intestinal helminth worldwide and can migrate into the biliary tree and pancreatic duct, causing mechanical obstruction and triggering acute pancreatitis.

We report the case of an 85-year-old female presenting with severe epigastric pain, nausea, and vomiting, with markedly elevated serum amylase and lipase levels. Hepatobiliary ultrasound revealed elongated mobile structures within the gallbladder and intestinal loops compatible with ascariasis, as well as inflammatory pancreatic changes with dilatation of the Wirsung duct and peripancreatic fluid. A diagnosis of acute pancreatitis secondary to biliary ascariasis was established.

Keywords:

Acute pancreatitis; Biliary ascariasis; *Ascaris lumbricoides*; Biliary obstruction; Elderly

^A E-mail: aldazdanielalejandros@gmail.com

 ORCID: 0009-0006-1110-6881

^B  ORCID: 0009-0005-1275-7531

^B  ORCID: 0009-0004-6990-9770

Early recognition of unusual etiologies of pancreatitis allows appropriate management and prevention of potentially severe complications, particularly in elderly patients.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda corresponde a un proceso inflamatorio del páncreas caracterizado por activación intra-pancreática prematura de enzimas digestivas, generando autodigestión del tejido glandular y respuesta inflamatoria sistémica. Las principales etiologías descritas incluyen litiasis biliar y alcohol; no obstante, en países en desarrollo deben considerarse causas infecciosas y parasitarias⁽¹⁾.

Ascaris lumbricoides es un nemátodo intestinal cuya transmisión ocurre por vía fecal-oral. Durante su ciclo biológico puede migrar activamente hacia el duodeno y penetrar la ampolla de Váter, alcanzando la vía biliar o el conducto pancreático. La obstrucción transitoria o persistente ocasiona cólico biliar, colangitis, colecistitis o pancreatitis aguda.

La ascariasis hepatobiliar es más frecuente en población pediátrica; su presentación en adultos mayores es inusual, lo que puede retrasar el diagnóstico al no sospechar inicialmente como causa de abdomen agudo pancreático⁽²⁾.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta Dolor abdominal.

Antecedentes personales

Sin antecedentes patológicos personales de relevancia referidos por familiar. Como factores epidemiológicos de interés, la paciente reside en una zona rural con acceso limitado a agua potable y exposición frecuente a condiciones sanitarias deficientes, factores asociados a mayor riesgo de infección por helmintos intestinales.

Enfermedad actual

Paciente femenina de 85 años de edad es traída por familiar por cuadro clínico de aproximadamente 72 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal localizado en hemiabdomen superior, de predominio epigástrico, tipo urente, irradiado a ambos hipocondrios, intensidad 9/10 según escala EVA. Concomitante al cuadro, desde hace 24 horas previas al ingreso, presenta náuseas y cuatro episodios de vómito de contenido alimentario, en poca cantidad. Niega fiebre y cambios en las deposiciones; refiere eliminación de flatos conservada. Debido a persistencia y aumento de intensidad del dolor es traída por familiar a esta casa de salud de primer nivel, para valoración.

Signos vitales y examen físico

- PA: 174/64 mmHg
- FC: 84 lpm
- FR: 20 rpm
- SatO₂: 96% aire ambiente
- Temperatura: 37.1 °C
- Glasgow: 15/15

Hallazgos relevantes: Abdomen discretamente distendido, ruidos hidroaéreos presentes y disminuidos, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrios, sin signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias

Laboratorios

Parámetro	Valor
Leucocitos	11.7 × 10 ³ /μL
Amilasa	>900 U/L
Lipasa	>900 U/L
Triglicéridos	150 mg/dL
Urea	32 mg/dL
Creatinina	0.8 mg/dL
Glucosa	140 mg/dL
TGO	50 U/L
Bilirrubina total	1.0 mg/dL
Bilirrubina directa	0.1 mg/dL
Proteína C reactiva	Positiva elevada (+++)

Tabla 1. Resultados de laboratorio del paciente.

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica institucional, elaborado por autores.

Ecografía abdominal:

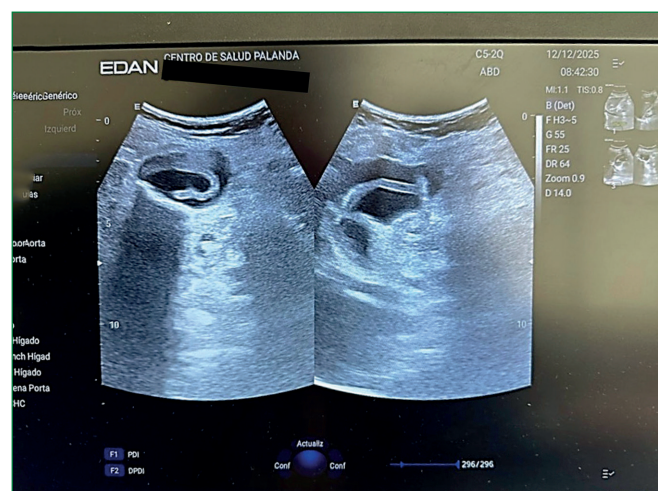


Figura 1. Imágenes ecogénicas alargadas móviles que no generan sombra acústica en relación a (*Ascaris lumbricoides*) en vesícula biliar

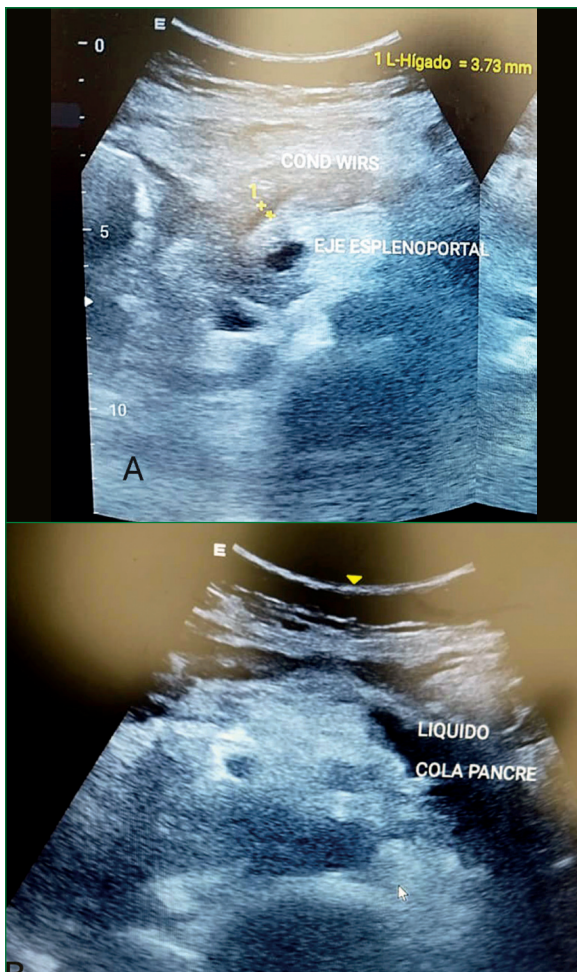


Figura 2. A. Páncreas heterogéneo, conducto de Wirsung dilatado (3.73 mm). B. Presencia de líquido peripancreático posterior a la cola pancreática.

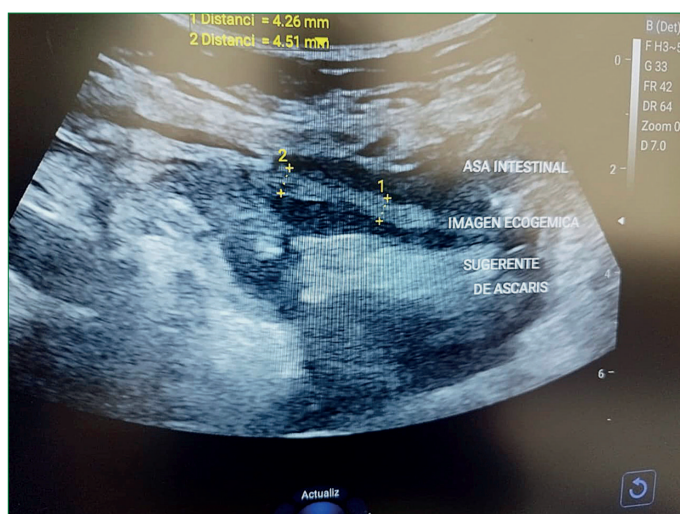


Figura 3. Imagen ecogénica alargada móvil en relación a (*Ascaris Lumbricoides*) en asas intestinales

Informe ecográfico:

1. Hígado de tamaño normal sin lesiones focales.
2. Vesícula biliar distendida, paredes finas, tres imágenes ecogénicas alargadas móviles (aprox. 4 x 0.3 cm) compatibles con *Ascaris lumbricoides*. Sin litiasis ni dilatación de vías biliares.
3. Páncreas heterogéneo, conducto de Wirsung dilatado (3.73 mm). Presencia de líquido peripancreático posterior a la cola pancreática.
4. Imágenes similares en vesícula biliar se encuentran en asas intestinales delgadas.

Clasificación revisada de Atlanta 2012 para pancreatitis aguda

Gravedad	Criterios	Características clínicas
Leve	Sin falla orgánica ni complicaciones locales o sistémicas	Evolución favorable, responde a hidratación y analgesia, estancia corta
Moderadamente grave	Falla orgánica transitoria (< 48 h) y/o complicaciones locales	Puede presentar colecciones peripancreáticas, necrosis estéril, requiere hospitalización prolongada
Grave	Falla orgánica persistente (> 48 h) en uno o más órganos	Alto riesgo de sepsis, necrosis infectada, UCI y mortalidad elevada

Tabla 2. Clasificación revisada de Atlanta 2012 para pancreatitis aguda.

Fuente: adaptado de Banks et al.

Diagnóstico

Pancreatitis aguda leve secundaria a ascariasis biliar.

La paciente cumplió criterios diagnósticos por dolor abdominal compatible, elevación de lipasa mayor de tres veces el límite superior normal y hallazgos ecográficos sugestivos de inflamación pancreática. La valoración pronóstica inicial mostró SIRS 0, qSOFA 0 y BISAP 1 (edad mayor de 60 años), sin evidencia de falla orgánica. De acuerdo con la clasificación revisada de Atlanta 2012⁽⁷⁾, se catalogó como pancreatitis aguda leve. Hipertensión arterial aislada al ingreso.

Manejo y evolución

Se indicó:

- Nada por vía oral hasta nueva orden (NPO)
- Omeprazol 40 mg IV STAT
- Tramadol 100 mg IV
- Ondansetrón 8 mg IV
- Hidratación con solución salina 0.9% 1000ml a 60 ml/h
- Se realizó referencia a hospital de mayor complejidad para manejo integral, valoración por gastroenterología, eventual CPRE terapéutica en caso de obstrucción persistente y posterior tratamiento antihelmíntico.

Discusión

La pancreatitis aguda constituye una de las causas más frecuentes de hospitalización por enfermedades gastrointestinales y representa una entidad clínica de importancia debido a su potencial para desarrollar complicaciones locales y sistémicas. Se caracteriza por la inflamación aguda del páncreas secundaria a la activación prematura de enzimas digestivas dentro del tejido pancreático, lo que genera autodigestión glandular y una respuesta inflamatoria de intensidad variable.

A nivel mundial, las causas más comunes corresponden a la litiasis biliar y al consumo de alcohol, responsables de aproximadamente el 70-80 % de los casos. Sin embargo, otras etiologías menos frecuentes, como la hipertrigliceridemia, fármacos, alteraciones anatómicas, enfermedades autoinmunes e infecciones parasitarias, deben considerarse especialmente en contextos epidemiológicos específicos ⁽⁴⁾.

Dentro de las causas infecciosas, la ascariasis hepatobiliar constituye una entidad relevante en regiones tropicales y subtropicales donde persisten condiciones sanitarias deficientes. *Ascaris lumbricoides* es el helminto intestinal más frecuente en humanos y continúa siendo un importante problema de salud pública en países en desarrollo. Aunque habitualmente permanece en el intestino delgado, posee una marcada capacidad migratoria que le permite desplazarse hacia la ampolla de Vater e ingresar al árbol biliar o al conducto pancreático principal. Esta migración aberrante puede desencadenar diversas complicaciones hepatopancreatobiliares, entre ellas cólico biliar, colecistitis, colangitis y pancreatitis aguda ⁽³⁾.

La fisiopatología de la pancreatitis aguda asociada a ascariasis se relaciona principalmente con la obstrucción mecánica transitoria o persistente del conducto pancreático por el helminto. La alteración del drenaje de las secreciones pancreáticas favorece el aumento de la presión intraductal y la activación prematura de enzimas digestivas, iniciando el proceso inflamatorio característico de la enfermedad. Adicionalmente, la presencia del parásito puede generar edema de la ampolla de Vater e inflamación local, contribuyendo a la perpetuación del fenómeno obstructivo y al desarrollo del daño pancreático ⁽³⁾.

La presentación clínica de la pancreatitis secundaria a ascariasis suele ser similar a la observada en otras etiologías, manifestándose principalmente con dolor abdominal epigástrico intenso, náuseas y vómitos. No obstante, el diagnóstico puede representar un desafío debido a que los síntomas carecen de características específicas que permitan diferenciarla de otras causas de pancreatitis

aguda. En este contexto, la sospecha clínica adquiere especial importancia en pacientes procedentes de zonas rurales o áreas endémicas para helmintiasis, donde la exposición a factores de riesgo ambientales incrementa la probabilidad de infección ⁽²⁾.

El presente caso resulta particularmente relevante debido a la edad avanzada de la paciente. La mayoría de los reportes disponibles en la literatura describen ascariasis hepatobiliar en población pediátrica o en adultos jóvenes, por lo que su presentación en pacientes geriátricos es relativamente infrecuente. Esta situación puede contribuir a retrasos diagnósticos, dado que habitualmente se priorizan etiologías más prevalentes como la litiasis biliar. En nuestra paciente, la procedencia de una zona rural con acceso limitado al agua potable y condiciones sanitarias deficientes constituyó un elemento epidemiológico importante que orientó la sospecha diagnóstica.

La ecografía abdominal desempeñó un papel fundamental en la identificación de la etiología. Este método constituye la herramienta diagnóstica inicial de elección para la evaluación de pacientes con sospecha de compromiso hepatobiliar, debido a su disponibilidad, bajo costo y carácter no invasivo. Los hallazgos ecográficos característicos incluyen estructuras lineales ecogénicas, alargadas y móviles que generalmente no producen sombra acústica posterior. En este caso, la visualización de imágenes compatibles con *Ascaris lumbricoides* en la vesícula biliar y en asas intestinales, asociada a cambios inflamatorios pancreáticos y ausencia de litiasis, permitió establecer una fuerte asociación causal entre la infestación parasitaria y el episodio de pancreatitis aguda ⁽³⁾.

Otro aspecto importante corresponde al diagnóstico diferencial. La ausencia de cálculos biliares, hipertrigliceridemia significativa, antecedentes de consumo de alcohol y otras causas frecuentes de pancreatitis permitió descartar las etiologías más prevalentes y reforzar la hipótesis de una pancreatitis secundaria a ascariasis. Este enfoque sistemático resulta esencial para evitar errores diagnósticos y orientar adecuadamente las decisiones terapéuticas.

Respecto al manejo, el tratamiento inicial de la pancreatitis aguda secundaria a ascariasis no difiere sustancialmente del recomendado para otras etiologías e incluye hidratación intravenosa, analgesia, control de síntomas gastrointestinales y monitorización clínica estrecha. Sin embargo, la identificación de un factor obstructivo potencialmente reversible adquiere especial relevancia, ya que algunos pacientes pueden requerir procedimientos especializados. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ha demostrado ser una herramienta eficaz para la extracción del helminto en casos de obstrucción

persistente de la vía biliar o del conducto pancreático. Asimismo, el tratamiento antihelmíntico suele considerarse una vez superada la fase aguda, con el objetivo de erradicar la infestación intestinal residual y disminuir el riesgo de recurrencia ^(5,6).

Finalmente, este caso pone de manifiesto la necesidad de considerar la ascariasis hepatobiliar dentro del diagnóstico diferencial de pancreatitis aguda en regiones endémicas, incluso en pacientes de edad avanzada. La integración de los antecedentes epidemiológicos, los hallazgos clínicos y la evidencia ecográfica permitió establecer el diagnóstico oportuno y orientar el manejo adecuado. El reconocimiento temprano de esta etiología poco frecuente puede contribuir a reducir complicaciones y optimizar el pronóstico de los pacientes afectados.

Conclusiones

- Este caso evidencia que la ascariasis biliar debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de pancreatitis aguda en pacientes procedentes de zonas endémicas, incluso en grupos etarios poco habituales como la población geriátrica. La edad avanzada no excluye la posibilidad de complicaciones hepatopancreatobiliares secundarias a helmintiasis.
- La integración de los antecedentes epidemiológicos, la exclusión de las causas más frecuentes de pancreatitis aguda y los hallazgos ecográficos característicos de *Ascaris lumbricoides* permitieron establecer oportunamente el diagnóstico etiológico. En este contexto, la ecografía abdominal demostró ser una herramienta diagnóstica fundamental, accesible y de alto rendimiento para la identificación del helminto y de las alteraciones pancreatobiliares asociadas.
- El reconocimiento precoz de la ascariasis biliar como causa de pancreatitis aguda tiene implicaciones terapéuticas directas, ya que permite seleccionar oportunamente a los pacientes que podrían beneficiarse de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Este procedimiento constituye la estrategia de elección en casos con obstrucción persistente de la vía biliar o del conducto pancreático, al posibilitar la extracción del parásito y la resolución del proceso obstructivo.
- Finalmente, el abordaje integral que combina el tratamiento de soporte de la pancreatitis aguda con la erradicación posterior de la infestación parasitaria resulta esencial para disminuir el riesgo de recurrencia y prevenir complicaciones potencialmente graves.

Bibliografías

5. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(9):1400-15. doi:10.1038/ajg.2013.218.
6. Khuroo MS. Ascariasis. *Gastroenterol Clin North Am*. 1996;25(3):553-77. doi:10.1016/S0889-8553(05)70260-8.
7. Khuroo MS, Zargar SA, Mahajan R. Hepatobiliary and pancreatic ascariasis in India. *Lancet*. 1990;335(8704):1503-6. doi:10.1016/0140-6736(90)93037-9.
8. Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute pancreatitis. *Lancet*. 2015;386(9988):85-96. doi:10.1016/S0140-6736(14)60649-8.
9. Sharma M, Rai P, Rameshbabu CS. Endoscopic management of hepatobiliary ascariasis: a long-term study. *Endoscopy*. 2008;40(3):209-13. doi:10.1055/s-2007-995474.
10. Misra SP, Dwivedi M. Clinical features and management of biliary ascariasis in a non-endemic area. *Postgrad Med J*. 2000;76(898):29-32. doi:10.1136/pmj.76.898.29.
11. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102-111. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779.

Como citar el presente artículo:

Aldaz D, Jiménez H, Rodríguez L. Ascariasis biliar como causa de pancreatitis aguda en paciente geriátrica: reporte de caso. *Indexia*. Agosto 2026.