Revista MEDICA Hondureña

CASO CLÍNICO

Síndrome ictérico obstructivo secundario a ascaridiasis biliar: reporte de caso

Obstructive jaundice syndrome secondary to biliary ascariasis: case report

Marco Aurelio Raquel Restrepo[1] https://orcid.org/0009-0006-1806-6536, **Alejandro Andrés Fernández Garcia**[2] https://orcid.org/0009-0006-0411-658X, **Andrea Alejandra Fernández Garcia**[2] https://orcid.org/0009-0002-9353-0707, **Leslie Marianne Rojas Menjivar**[3] https://orcid.org/0009-0002-3310-0537, **Allan Guillermo Hernández González**[1,4] https://orcid.org/0009-0005-1970-8847, **Juan José Mejía Claros**[3-5] https://orcid.org/0009-0001-2593-4745.

[1]Universidad Nacional Autónoma de Honduras de Cortés (UNAH-CORTÉS), Facultad de Ciencias de la Salud; San Pedro Sula, Honduras.
[2]Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC), Departamento de Investigación, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.
[3]Universidad Católica de Honduras Campus San Pedro y San Pablo (UNICAH San Pedro y San Pablo), Facultad de Ciencias de la Salud, San Pedro Sula, Honduras.
[4]Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Cirugía General, San Pedro Sula, Honduras.
[5]Hospital del Valle, Departamento de Cirugía General y Cirugía Laparoscópica, San Pedro Sula, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La ascaridiasis biliar es una complicación poco frecuente de la parasitosis intestinal causada por *Ascaris lumbricoides*, con mayor prevalencia en zonas tropicales y comunidades con saneamiento deficiente. La migración del parásito hacia la vía biliar puede ocasionar cuadros obstructivos como colecistitis, colangitis y pancreatitis, cuya detección temprana y manejo oportuno son fundamentales para evitar complicaciones graves. **Descripción del caso:** Mujer de 39 años, procedente de un departamento de la zona norte de Honduras (Atlántida), con historia de dolor abdominal en hipocondrio derecho de cinco días de evolución, asimismo fiebre, ictericia y coluria. Al examen físico se encontró ictericia generalizada y signo de Murphy presente. Estudios de laboratorio evidenciaron hiperbilirrubinemia (bilirrubina total: 1.17mg/dL y directa: 0.73 mg/dL), eosinofilia (8.3%), y enzimas hepáticas elevadas (TGP: 87U/L, TGO: 64U/L), ultrasonografía abdominal sugirió parasitosis biliar. Recibió terapia con piperazina por 2 días, seguido de albendazol por 3 días. Con base a la correlación clínica, laboratorial y radiológica se intervino quirúrgicamente. Se realizó una colecistectomía abierta con colangiografía transoperatoria, identificando múltiples ejemplares de *Ascaris lumbricoides* muertos en vía biliar. La evolución posoperatoria fue favorable, sin complicaciones inmediatas, con resolución completa del cuadro de obstrucción biliar. **Conclusión:** La ascaridiasis biliar constituye una entidad poco común pero relevante en regiones endémicas. El abordaje diagnóstico debe integrar clínica, estudios de laboratorio e imagen para establecer un plan terapéutico adecuado. El tratamiento médico con antihelmínticos constituye la primera línea, sin embargo, en casos de obstrucción biliar, el manejo quirúrgico resulta indispensable.

Palabras clave: *Ascaris lumbricoides*, Colangiografía, Colecistectomía.

INTRODUCCIÓN

Ascaris lumbricoides es una lombriz redonda, nematodo parásito que se encuentra frecuentemente en países en vías de desarrollo, principalmente en zonas tropicales con pocos hábitos higiénicos, sanidad inadecuada y bajo nivel socioeconómico. La transmisión es fecal-oral a través de la ingestión de huevos infecciosos.[1-5] La obstrucción biliar por *Ascaris lumbricoides* es una complicación poco frecuente de la infección por el parásito en el adulto.[2,6] Se presenta en la vesícula como una colecistitis aguda alitiásica. Es raro que el parásito migre hacia la vía biliar por ser ésta estrecha, frágil y tortuosa; la estructura anatómica del conducto cístico dificulta la migración cuando la infestación es baja. Un alto volumen de lombrices en el intestino puede influir en su desplazamiento a través del estrecho conducto cístico hacia la vesícula biliar a través del orificio ampular desde el duodeno.[1,3,7] Esta obstrucción predispone a la formación de cálculos en la vía biliar.[6] Entre los factores que predisponen la migración de la lombriz hacia la vesícula biliar se incluyen el sexo, la edad del huésped, la cantidad de parásitos en el intestino y su tamaño. El sexo más frecuentemente afectado es el femenino, con una edad promedio en torno a los 30 años.[1,8]

El diagnóstico se basa en medidas clínicas en conjunto con exámenes complementarios, siendo la ecografía el de mayor efectividad.[2,6] El cuadro clínico comprende dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, fiebre, ictericia, vómitos y eliminación de gusanos por las heces. Asimismo, se puede presentar con pérdida de peso, linfadenopatía, fatiga y síntomas pulmonares.[1,5,6,8] Los hallazgos de laboratorio incluyen leucoci-

Recibido: 06-10-2025 Aceptado: 09-09-2026 Primera vez publicado en línea: 19-11-2026
Dirigir correspondencia a: *Alejandro Andrés Fernández García*
Correo electrónico: *alejandroferzeis@gmail.com*

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: *Ninguna.*

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: *Ninguna.*

Forma de citar: Raquel-Restrepo MA, Fernández-García AA, Fernández-García AnA, Rojas-Menjivar LM, Hernández-Conzález AG, Mejía-Claros JJ. Síndrome ictérico obstructivo secundario a ascaridiasis biliar: reporte de caso. Rev Méd Hondur. 2026; 94(Supl.3). xx. DOI: https://doi.org/10.5377/rmh.v94iSupl.3.23991

© 2026 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es

tosis, enzimas hepáticas elevadas, proteína C reactiva elevada, bilirrubina elevada, eosinofilia, y elevación de fosfatasa alcalina y Gamma-Glutamil Transferasa(GGT).[1]

En cuanto a los hallazgos por imagen, el diagnóstico estándar no invasivo se realiza por medio de la ultrasonografía, ya que, a diferencia de la resonancia magnética o la tomografía computarizada, permite observar el movimiento de la lombriz, por lo que se considera un método específico y seguro. Una radiografía simple de abdomen puede revelar una acumulación de gusanos que contrastan con el intestino, conocido como "efecto remolino", y un estudio con bario puede mostrar defectos de llenado alargados en el intestino delgado.[8,9] Entre los métodos invasivos se encuentra la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que puede ser asimismo terapéutica.[1,8]

El tratamiento inicial es conservador, manteniendo al paciente en ayunas, con administración de antibióticos y antiespasmódicos. Este abordaje logra la resolución completa de los síntomas en el 68-80% de los pacientes. El tratamiento con un antihelmíntico, como albendazol, mebendazol o pamoato de pirantel, es crucial en presencia de gusanos vivos. Las técnicas endoscópicas y las intervenciones quirúrgicas abiertas son las más apropiadas en los casos en que el tratamiento conservador no es efectivo. Se considera el tratamiento quirúrgico para los casos con un gusano muerto dentro de la vesícula biliar, vesícula con cálculos y gusanos, y falta de expulsión espontánea de los parásitos de la vesícula biliar. [1-3,5,9]

En Honduras, la ascaridiasis intestinal sigue siendo un problema de salud pública debido a las condiciones sociales y sanitarias prevalentes en zonas rurales; sin embargo, la obstrucción biliar por Ascaris lumbricoides es una complicación infrecuente que rara vez se documenta en la literatura nacional. La inespecificidad de sus manifestaciones clínicas dificulta el diagnóstico oportuno, lo que puede conllevar complicaciones graves. Este reporte tiene como objetivo describir el manejo quirúrgico de una paciente hondureña con síndrome ictérico obstructivo secundario a ascaridiasis biliar, destacando la importancia de considerar esta etiología en el diagnóstico diferencial de la obstrucción biliar en nuestro medio y contrastando nuestra experiencia con lo reportado en la literatura internacional.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 39 años, procedente y originaria de área rural de un departamento de la zona norte de Honduras (Atlántida). Estado civil en unión libre, con escolaridad primaria incompleta (básica), católica, raza mestiza. Pertenecía a un nivel socioeconómico bajo, con inadecuados hábitos alimenticios.

Sin antecedentes patológicos de importancia. Acudió al Hospital Mario Catarino Rivas por un cuadro de cinco días de evolución caracterizado por dolor en hipocondrio derecho, tipo cólico, de intensidad 10/10 en escala subjetiva, intermitente, sin irradiación ni factores atenuantes, que se exacerba con el movimiento. El dolor se acompañó de ictericia generalizada, no cuantificada y coluria. Se descartó colangitis. La paciente negó náuseas o vómitos.

Al examen físico se evidenció mala higiene personal y bucal, con pérdida parcial de piezas dentarias y caries, además de ictericia en piel y escleras. Los signos vitales fueron: temperatura 36.7°C, frecuencia cardíaca 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, presión arterial 100/60 mmHg. La auscultación cardiopulmonar reveló ruidos cardíacos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados. El abdomen se encontró plano, sin distensión, con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo; no se palparon masas. La percusión evidenció hepatomegalia leve a moderada y los ruidos hidroaéreos se encontraron dentro de límites normales.

Los exámenes de laboratorio al ingreso mostraron eosinofilia (8.3%), elevación de enzimas hepáticas (TGP 87.15 U/L, Transaminasa glutámico oxalacética (TGO) 64.2 U/L), bilirrubina total de 1.17 mg/dL con predominio directo (0.73 mg/dL) y fosfatasa alcalina elevada 475 U/L (65-300) (**Cuadro 1**). La ultrasonografía abdominal total reportó vesícula biliar en repleción, con paredes engrosadas (5.9 mm) y, en su porción alta, formaciones múltiples de aspecto polilobulado, de baja ecogenicidad, que ocupaban parcialmente la luz y no emitían sombra acústica posterior, sin evidencia de imágenes litiásicas. Se observaron además pequeñas bandas de líquido perivesicular. Ante estos hallazgos, se realizó colangioresonancia magnética que identificó múltiples defectos de llenado de morfología lineal en el conducto hepático común, vías biliares intrahepáticas derechas y vesícula biliar, hallazgos sugestivos de parasitosis (**Figura 1**).

La paciente ingresó al Servicio de Cirugía Femenino y se inició manejo con dieta hipograsa, analgesia, antipiréticos y tratamiento antihelmíntico secuencial: piperazina 3.5 g vía oral por dos días, seguido de albendazol 400 mg vía oral por tres días. Se añadió antibioticoterapia profiláctica con ampicilina/sulbactam 1.5 g intravenoso cada 6 horas.

Dada la correlación clínica, laboratorial y radiológica, se decidió intervención quirúrgica. Se realizó colecistectomía abierta con colangiografía transoperatoria, encontrando vesícula biliar de paredes delgadas, sin signos inflamatorios marcados y con un pólipo único en el fondo. El conducto cístico presentaba un

Cuadro 1. Exámenes laboratoriales de ingreso.

Leucocitos Totales	5.82 × 10^9/L (4.6-10.2)
Eosinófilos	8.3% (1-4%)
Hemoglobina	13.10 gr/dL (12-16)
Plaquetas	272.00x 10^3/mm^3(150.00-500.00)
Transaminasa glutámico pirúvica (TGP)	87.15 U/L (0.00-31.00)
Transaminasa glutámico oxalacética (TGO)	64.2 U/L (0.00-32.00)
Bilirrubina Total	1.17 mg/dL (0.2-1.0)
Bilirrubina Indirecta	0.44 mg/dL (0.0-0.8)
Bilirrubina Directa	0.73 mg/dL (0.0-0.2)
Fosfatasa Alcalina	475 U/L (65-300)

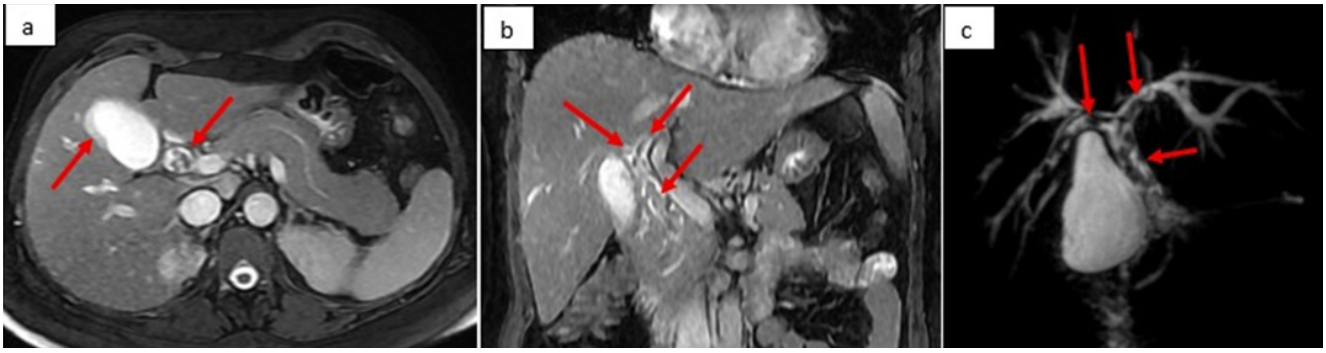


Figura 1. a. Imagen de Resonancia Magnética (RM) ponderada en plano axial secuencia T2 FIESTA muestra múltiples defectos de llenados hipointensos y bien definidos en la luz del colédoco. Adicionalmente, existe engrosamiento focal de la pared de la vesícula biliar. b y c. Imagen de RM ponderada en plano coronal secuencia T2 FIESTA y reconstrucción 3D de colangioresonancia muestran múltiples defectos de llenados hipointensos, tubulares, de trayecto serpentiginoso y bien definidos en la luz de los conductos hepático derecho, hepático izquierdo, hepático común y colédoco.

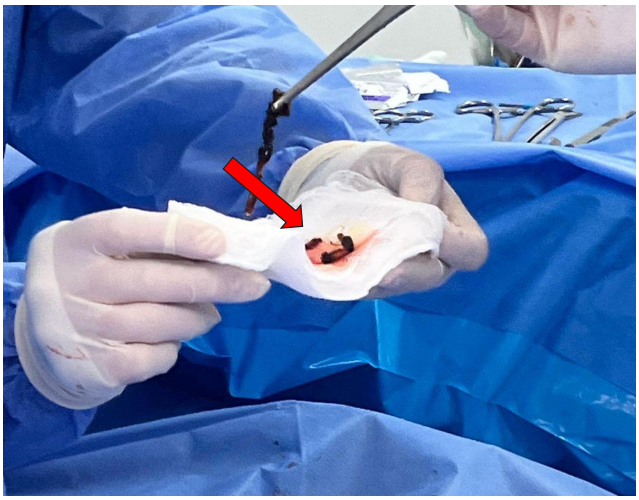


Figura 2. Imagen quirúrgica donde se observa un parásito extraído, identificado como *Ascaris lumbricoides*.



Figura 3. La imagen muestra dos gasas quirúrgicas colocadas sobre una superficie estéril de campo azul. En ambas se observan restos de tejido y material biológico con forma alargada y oscura, compatibles con parásitos extraídos, *Ascaris lumbricoides*.

calibre aproximado de 4 mm, mientras que el colédoco se encontraba dilatado (12 mm de diámetro), sugiriendo obstrucción biliar previa. Se realiza coledocotomía, en el cual se procede a realizar exploración de la vía biliar colocando medio de contraste, se observan las imágenes tubulares de los parásitos ya mencionados, los cuales se extraen con pinzas Randall. Se extrajeron 2 parásitos completos, de una longitud de 10cm, y 3mm de diámetro y 2 parásitos fragmentados, de 3-5 cm de longitud, de 3 mm de diámetro. Dicho material se envió al Laboratorio Anatomo-histopatológico del Hospital Mario Catarino Rivas, que confirmó que se trataba de Ascaris lumbricoides.

En el lumen del colédoco se visualizaron múltiples parásitos muertos, compatibles con *Ascaris lumbricoides*, identificados como la causa del cuadro obstructivo (**Figuras 2 y 3**). La evolución posoperatoria transcurrió sin incidencias, sin registro de complicaciones inmediatas. Se mantuvo un dreno durante 24 horas, con resolución completa del proceso clínico. El alta hospitalaria se produjo a las 48 horas de la intervención, evidenciando una recuperación clínica satisfactoria.

DISCUSIÓN

A nivel mundial, se estima que 2 millones de personas presentan infección por *Ascaris lumbricoides*.[5] Según la literatura el promedio de edad es de 30 años en un rango de 27 -38 años, presentando años similar al caso que se reporta 39 años.[1]

Las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen dolor abdominal de tipo cólico en hipocondrio derecho, ictericia generalizada, coluria y fiebre. Similar a lo reportado en estudios en Ecuador, México, Etiopía, China.[4,8-10] Honduras también documentó un caso con dolor abdominal, fiebre, y expulsión de gusanos por el vómito.[11] Otro hallazgo posible es la excreción de lombrices en las heces, como presentó el caso de Husin et al.[12] .Se evidenciaron casos similares causados por otros patógenos, incluyendo la fascioliasis humana, que se presentó con dolor abdominal en hipocondrio derecho y fiebre.[13,14] Otro patógeno causal, *Schistosoma*, presentó un cuadro similar a la colecistitis aguda.[15]

Respecto a los antecedentes, los de pacientes en México y Malasia, describieron colecistectomía previa, la cual se documentó en la literatura como un factor predisponente para la obstrucción biliar por *Ascaris lumbricoides.*[10,12]

El género Schistosoma son helmintiasis prevalentes en regiones tropicales asociada a deficiente saneamiento; la infección ocurre por penetración cutánea posteriormente migran a la circulación portal o vesical. La patogenia se debe a la respuesta inmunitaria frente a los huevos retenidos, generando inflamación granulomatosa crónica y fibrosis, responsables de manifestaciones intestinales, hepatoesplénicas o genitourinarias. En raras ocasiones, puede presentarse afectación ectópica de la vesícula biliar, simulando colecistitis alitiásica o litiásica, cuyo diagnóstico suele ser incidental mediante histopatología tras colecistectomía. El tratamiento de elección es el praziquantel.[15]

La fasciola hepática es un trematodo hepatobiliar causante de fascioliasis, habitualmente localizado en los conductos biliares; no obstante, puede presentarse de forma atípica como parasitosis intravesicular, generalmente detectada de manera incidental durante cirugía o en el estudio histopatológico. Tras la ingestión de metacercarias, las larvas migran al hígado y al árbol biliar, pudiendo excepcionalmente alojarse en la vesícula biliar, donde inducen inflamación crónica con cambios fibroinflamatorios y engrosamiento parietal, simulando clínicamente colelitiasis o colecistitis crónica. Esta localización puede asociarse a complicaciones como obstrucción biliar, colangitis o síndrome ictérico obstructivo, lo que subraya la importancia de incluir esta parasitosis en el diagnóstico diferencial en pacientes de áreas endémicas. El tratamiento de elección es el triclabendazol, aunque en casos obstructivos puede requerirse manejo intervencionista o quirúrgico.[13,14]

En el examen físico, el hallazgo más común entre los casos investigados fue dolor a la palpación en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. Esto fue observado no sólo en el caso presente, sino también en los casos reportados en Ecuador, Etiopía, Malasia y China.[2,4,6,8,9,12] Asimismo, el hallazgo de ictericia ya sea escleral o generalizada, fue frecuente. De igual modo, se puede observar que la obstrucción biliar por *Schistosoma* y *Fasciola hepática* es similar, manifestándose con dolor a la palpación en el cuadrante superior derecho, signo de Murphy positivo e ictericia generalizada.[14,15]

En la revisión de la literatura se observaron una variabilidad en los hallazgos laboratoriales reportados. En el caso descrito por Marín et al., la paciente presentó eosinofilia y elevación leve de las enzimas hepáticas transaminasa glutámico pirúvica (TGP) y transaminasa glutámico oxalacética (TGO), así como bilirrubina total elevada, reflejando un compromiso hepatobiliar asociado a la parasitosis.[12] Por su parte, Mohamud et al. reportaron un hallazgo inesperado de *Ascaris Lumbricoides* durante una extracción endoscópica de cálculos biliares; aunque no se detallan los resultados de laboratorio, la presencia del parásito en la vía biliar sugiere un posible patrón de alteraciones hepáticas y colestásicas.[7] La revisión sistemática de Inyang et al. resalta que los casos de ascariasis biliar frecuentemente muestran eosinofilia, elevación de transaminasas y bilirrubina directa aumentada.[6]

Otros reportes, como Asfaw et al. y Fanta et al., documentaron alteraciones bioquímicas típicas, aunque los valores específicos no se reportan.[4,8] Estudios como Husin et al. indican que la migración del parásito al árbol biliar puede desencadenar colangitis, elevación de transaminasas y bilirrubina, mientras que los reportes de Wang et al. y Murillo et al. enfatizan la correlación entre hallazgos clínicos de cólico biliar y compromiso hepatobiliar.[3,9,12] Casos como los descritos por Mohamud et al., Zayas et al., Kyejo et al. y Geldres et al. mostraron la presencia de parásitos en vesícula o conductos biliares, sugiriendo indirectamente la existencia de alteraciones bioquímicas similares a las mencionadas previamente.[7,13-15] En conjunto, estos estudios respaldan que la eosinofilia, elevación de transaminasas y bilirrubina directa, junto con signos clínicos como dolor en hipocondrio derecho e ictericia, son hallazgos frecuentes en la colecistitis parasitaria, destacando la importancia de considerar la parasitosis biliar en el diagnóstico diferencial de compromiso hepatobiliar, especialmente en regiones endémicas.

Al comparar los hallazgos de imagen de nuestro caso con la literatura, se observó una clara concordancia en la descripción de estructuras lineales o tubulares dentro del lumen biliar, interpretadas como *Ascaris lumbricoides*. Marin et al., e Inyang et al. reportaron estas estructuras tanto en ultrasonido como en colangiografía, evidenciando la utilidad de estas técnicas para la identificación de parásitos en las vías biliares.[1,6] Gómez et al. documentaron la visualización directa de *Ascaris* mediante una extracción endoscópica de cálculos, mientras que Asfaw et al. y Wang et al. destacaron hallazgos de dilatación biliar con estructuras lineales móviles, característicos de la migración del gusano, lo que coincide con la morfología tubular observada en nuestra paciente.[8-10] Murillo et al. enfatizó que la correlación entre ultrasonido y colangiografía fue especialmente útil para la detección de parásitos.[3]

Otros reportes, como los de Che Husin et al. y Fanta et al., destacaron que la dilatación de las vías biliares y la presencia de defectos lineales son hallazgos frecuentes.[4,12] Mohamud et al. y Zayas et al. describieron hallazgos similares en la vesícula biliar, mientras que Kyejo et al. y Geldres et al. ampliaron la discusión a otras parasitosis que pueden simular un patrón de obstrucción biliar, reforzando la importancia de considerar un diagnóstico diferencial amplio en regiones endémicas.[7,13-15] La integración de ultrasonido y colangioresonancia magnética, junto con la interpretación clínica, se confirmó como una estrategia diagnóstica de alto valor.

Con relación al manejo clínico, la literatura reporta que el tratamiento en la ascaridiasis biliar es inicialmente conservador, basado en medidas de soporte como analgesia, hidratación y ayuno, seguido de la administración de antihelmínticos, principalmente albendazol o mebendazol; reservándose la intervención quirúrgica para los casos complicados o refractarios. En el caso descrito, la paciente fue manejada inicialmente con dieta hipograsa, analgesia, antipiréticos y tratamiento antihelmíntico con piperazina por vía oral durante dos días, seguido de albendazol por tres días, además de antibioticoterapia profiláctica con ampicilina y sulbactam intravenoso. Sin embargo, debido a los hallazgos clínicos, laboratoriales y radiológicos, se decidió

manejo quirúrgico mediante colecistectomía abierta con colangiografía transoperatoria.[16]

En cuanto al manejo integral, en el artículo presentado por Gómez et al., se reportó el uso de ampicilina con sulbactam ante la sospecha clínica de colangitis. Posteriormente, durante una litotricia por colangiopancreatografia retrograda endoscópico (CPRE) se identificó un ejemplar adulto de *Ascaris lumbricoides*, motivo por el cual se instauró tratamiento antihelmíntico con albendazol en dosis única de 400 mg. Al comparar este manejo con nuestro caso, se observó coincidencia en la utilización de albendazol. Sin embargo, difirió en la posología, ya que en el caso referido se administró una dosis única, mientras que en nuestro paciente se indicó un esquema diario durante tres días. Asimismo, en ambos escenarios se contempló la administración de ampicilina-sulbactam, teniendo como diferencia su empleo ante la sospecha de colangitis en el caso de Gómez et al., mientras que en nuestro caso se indicó con fines profilácticos.[10]

En el artículo presentado por Che Husin et al., se reportó el caso de una paciente con antecedente de expulsar lombrices en las heces, que recibió tratamiento con albendazol donde se observó una clara concordancia en la indicación y posología del albendazol. Sin embargo, se evidenció una diferencia relevante en cuanto al manejo antibiótico, dado que en nuestro paciente se administró cobertura profiláctica con ampicilina-sulbactam, estrategia que no fue contemplada en el caso reportado por Che Husin et al.[12]

Con relación al manejo quirúrgico, se han reportado casos con evidencia de cálculos. En el caso reportado por Bhattacharya et al.,[2] se describió un paciente de 52 años, sometido a colecistectomía en la que se evidenció la coexistencia de múltiples cálculos pigmentarios junto con *Ascaris lumbricoides* muertos en la vesícula biliar. El manejo quirúrgico fue complementado con un ciclo completo de mebendazol oral. En este caso, coincide la indicación de tratamiento antihelmíntico, aunque el fármaco utilizado difirió: albendazol frente a mebendazol. Además, se añadió cobertura antibiótica profiláctica con ampicilina-sulbactam 1.5 g, intervención no detallada en el caso de Bhattacharya et al.[2] el Hospital cuenta con unidad de laparoscópica limitada, sin contar con servicio de CPRE, por lo que debido a limitación de cupos y de un proceso agudo se realizó colecistectomía abierta.

En los hallazgos quirúrgicos reportados por Ahmed et al., se requirió intervención quirúrgica por la persistencia de síntomas a pesar del manejo conservador con antibióticos y antihelmínticos, compartiendo similitudes con el caso expuesto. Ambos casos presentaron persistencia de sintomatología a pesar del manejo conservador por lo que requirieron intervención quirúrgica. Los dos casos mostraron hallazgos intraoperatorios de parásitos muertos en el lumen biliar. Sin embargo, mientras en el caso publicado el gusano estuvo localizado únicamente en la vesícula biliar con leve dilatación del conducto biliar común de 7 mm, en nuestro paciente se evidenció compromiso más extenso, con múltiples parásitos muertos en el colédoco y dilatación significativa del conducto. La vesícula biliar, inflamada en el caso publicado, presentó paredes delgadas en nuestro paciente y un pólipo. A pesar de estas diferencias, ambos casos compartieron la indicación quirúrgica y el uso posterior de albendazol.[7]

La ascaridiasis biliar constituye una complicación infrecuente que debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial del síndrome ictérico obstructivo. Su presentación clínica puede ser inespecífica y simular otras patologías hepatobiliares, por lo que la integración de los hallazgos clínicos, laboratoriales y de imagen resulta fundamental para establecer un diagnóstico oportuno. El tratamiento debe individualizarse según la evolución y la presencia de complicaciones, priorizando inicialmente el manejo médico y reservando la intervención quirúrgica para casos persistentes, complicados o con obstrucción significativa. En nuestro caso, las limitaciones en la disponibilidad de laparoscopia y la ausencia de CPRE condicionaron la realización de colecistectomía abierta con colangiografía transoperatoria, permitiendo resolver la obstrucción y extraer los parásitos de la vía biliar.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores contribuyeron al desarrollo de este estudio y del artículo de acuerdo con los criterios de autoría. MR, AF, AF, LR, AH, JM participaron en el diseño del estudio, recolección y análisis de los datos. Todos los autores revisaron la redacción y aprobación del manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Hospital Mario Catarino Rivas por su aportación del material investigado.

DETALLES DE AUTORES

Marco Aurelio Raquel Restrepo, estudiante de séptimo año de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras; marcoraquel234@gmail.com
Alejandro Andrés Fernández García, médico general; alejandroferzeis@gmail.com
Andrea Alejandra Fernández García, médica general; andreaferz1724@gmail.com
Leslie Marianne Rojas Menjivar, estudiante de quinto año de la carrera de Medicina en la Universidad Católica de Honduras, Campus San Pedro y San Pablo; lesliemarojas@gmail.com
Allan Guillermo Hernández González, cirujano general; allanghgonzalez@gmail.com
Juan José Mejía Claros, cirujano general, cirujano laparoscópico; drjuanjosemejiaclaros@gmail.com

REFERENCIAS

1. Inyang B, Koshy FS, George K, Poudel P, Chalasani R, Goonathilake MR, et al. An overview of ascariasis involvement in gallbladder disease: a systematic review of case reports. Cureus. 2022[Consultado 9 septiembre 2026];14(12): e32545. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9840414/pdf/cureus-0014-00000032545.pdf
2. Sabrina B, Priyal T, Sanjay T, Vish B. Common bile duct obstruction due to ascariasis. Biomed J Sci Tech Res. 2020[Consultado 9 septiembre 2026];28(2):21388-21392. Disponible en: https://biomedres.us/pdfs/BJSTR.MS.ID.004616.pdf
3. Murillo-Ortiz JP. Laparoscopic extraction of ascaris lumbricoides from the biliary tract in pediatric patients. Adv Pediatr Surg. 2025[Consultado 9 septiembre 2026];31(2):77-80. Disponible en: https://aps-journal.org/upload/pdf/aps-2025-31-2-77.pdf
4. Fanta EG, Chew ASH. Successful management of biliary ascariasis: case of obstructive jaundice in endemic region - case report. IDCases. 2025[Consultado 9 septiembre 2026];41:e02320. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12283551/pdf/main.pdf
5. de Lima Corvino DF, Carmona S, Tobin EH, Horrall S. Ascariasis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls; 2026. [Consultado 9 septiembre 2026]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430796/?report=reader
6. Marín Castro PX, Núñez Moreno J, Zuñiga Bohórquez J. Ascaridiasis hepatobiliar en una adulta joven. 2020[Consultado 9 septiembre 2026];24(6):1228–1236. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2020/mds206n.pdf
7. Mohamud AA, Dhif ZD, Jubur AA, Fiidow OA, Bashir AM. Helminthic invasion of the gallbladder: a rare presentation of ascariasis-induced cholecystitis — a case repor. Int J Surg Case Rep. 2025[Consultado 9 septiembre 2026]; 133:111668. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12275849/pdf/main.pdf
8. Asfaw YA, Asrat GT, Uddo TB, Asfaw BA, Anand A, Huang H. et al. Successful management of biliary ascariasis in a high-endemic zone and low-resource setting in Ethiopia. Infect Dis. 2022[Consultado 9 septiembre 2026]; 2022:8201398 Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9733989/pdf/CRIID2022-8201398.pdf
9. Wang X, Lv YL, Cui SN, Zhu CH, Li Y, Pan YZ. Endoscopic management of biliary ascariasis: a case report. World J Clin Cases. 2021[Consultado 9 septiembre 2026];9(20):5695–5700. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8281397/pdf/WJCC-9-5695.pdf
10. Gómez-Jordan S, Sepúlveda A, Montes A, Forti-Sosa N. Encuentro inesperado con Ascaris lumbricoides durante extracción endoscópica de cálculos del conducto biliar: un reporte de caso. Rev Gastroenterol Mex. 2025[Consultado 9 septiembre 2026];90(3):479–480. Disponible en: https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S0375090625000849
11. Urquía-Osorio H, Ochoa-Sánchez T, Elvir N, Rodríguez-Morales AJ. Invasión masiva de la vía biliar por Áscaris lumbricoides: reporte de un caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2015[Consultado 9 septiembre 2026];1(2). Disponible en: https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/66/29
12. Che Husin N, Mohamad IS, Ho KY, Soh JY, Syed Aziz SH. Biliary ascariasis: a vicious cycle. Malays Fam Physician. 2021[Consultado 9 septiembre 2026];16(2):83–85. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8346760/pdf/MFP-16-83.pdf
13. Zayas Bórquez R. Parasitosis intravesicular como hallazgo transquirúrgico, caso clínico poco frecuente. Ocronos. 2021[Consultado 9 septiembre 2026];4(6). Disponible en: https://revistamedica.com/parasitosis-intravesicular-hallazgo-transquirurgico/
14. Geldres A, Romero J, García L, Alcántara C. Fascioliasis: una causa infrecuente de obstrucción de vía biliar. Reporte de un caso. Acta Gastroenterol Latinoam. 2021[Consultado 9 septiembre 2026];51(3):347–352. Disponible en: https://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2021/Vol-51-N3/Vol51N3-PDF18.pdf
15. Kyejo W, Panjwani S, Ismail A, Mathew B, Ngimba C. Mwanga A. Gall bladder schistosomiasis diagnosed incidentally post laparoscopic cholecystectomy: a case report. Int J Surg Case Rep. 2023[Consultado 9 septiembre 2026];110:108787. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261223009161
16. Thapa S, Gautam K, Chand S, Khadka A, Neupane R. Successful conservative management of uncomplicated gallbladder ascariasis. Cureus. 2021[Consultado 9 septiembre 2026];13(8):e17160. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8435240/pdf/cureus-0013-00000017160.pdf

ABSTRACT. Introduction: Biliary ascariasis is a rare complication of intestinal parasitosis caused by *Ascaris lumbricoides*, with a higher prevalence in tropical regions and communities with poor sanitation. The migration of the parasite into the biliary tract can lead to obstructive conditions such as cholecystitis, cholangitis, and pancreatitis, for which early detection and timely management are essential to prevent severe complications. **Case description:** A 39-year-old woman from a rural area in a department in northern Honduras (Atlántida), presented with a five-day history of right upper quadrant abdominal pain, along with fever, jaundice, and dark urine. Physical examination revealed generalized jaundice and a present Murphy's sign. Laboratory tests showed hyperbilirubinemia (total bilirubin: 1.17 mg/dL; indirect bilirubin: 0.44 mg/dL), eosinophilia (8.3%), and elevated liver enzymes (ALT: 87 U/L, AST: 64 U/L). Abdominal ultrasonography suggested biliary parasitosis. She received therapy with piperazine for 2 days, followed by albendazole for 3 days. Based on the clinical, laboratory, and radiological correlation, surgical intervention was performed. An open cholecystectomy with intraoperative cholangiography was carried out, identifying multiple dead *Ascaris lumbricoides* worms in the bile duct. The postoperative evolution was favorable, with no immediate complications and complete resolution of the biliary obstruction. **Conclusion:** Biliary ascariasis is a rare but clinically significant entity in endemic regions. The diagnostic approach must integrate clinical presentation, laboratory findings, and imaging to establish an appropriate therapeutic plan. Medical treatment with anthelmintics constitutes the first line of therapy; however, in cases of biliary obstruction, surgical management becomes indispensable.

Keywords: *Ascaris lumbricoides,* Cholangiography, Cholecystectomy.