



Fig. 2.

Fig. 1.

Mujer de 31 años, que es ingresada por presentar un cuadro de náuseas, vómitos y dolor epigástrico de comienzo brusco. No refiere historia de ingesta alcohólica, drogas, enfermedad litiasica biliar, traumatismo abdominal o cirugía previa. El examen físico muestra dolorimiento intenso epigástrico y descenso del peristaltismo intestinal. Los datos de laboratorio revelaron: amilasa de 502 U/l (referencia: 35-133 U/l); lipasa de 540 U/l (referencia: 7-38 U/l); fosfolipasa A<sub>2</sub> de 580 ng/dl (referencia: 130-400 ng/dl); elastasa-I de 590 ng/dl (referencia: 0-400 ng/dl). El recuento leucocitario era de 16.400 mm<sup>-3</sup> (referencia: 3.200-8.500 mm<sup>-3</sup>); la fosfatasa alcalina de 428 U/l (referencia: 98-279 U/l); la bilirrubina de 4,8/l (referencia: hasta 1 mg/dl). Los valores de BUN, creatinina, LDH y calcio se encontraban dentro de límites normales.

La ultrasonografía abdominal y la tomografía computarizada demostraron aumento difuso homogéneo del páncreas. Una colangiografía mostró numerosos defectos de repleción de la vía biliar principal (fig. 1). Se realizó una colecistectomía y exploración coledociana con extracción de múltiples elementos que correspondieron a infestación por *Fasciola hepatica* (fig. 2). Se trató con triclabendazol en dosis única de 10 mg/kg. La paciente se encuentra libre de enfermedad pasados 5 años.

**Miguel Echenique-Elizondo<sup>a</sup>  
y José Antonio Amondarain-Arratibel<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad del País Vasco. San Sebastián. España. <sup>b</sup>Departamento de Cirugía. Hospital Donostia. San Sebastián. España.