

Ascariasis de resolución quirúrgica

Ascariasis, surgical resolution

Dr. Guillermo Padrón Arredondo, Dr. Pablo Reyes Sierra

Antecedentes. Las enfermedades parasitarias continúan flagelando a las poblaciones de países con índices elevados de pobreza extrema, como México, con deficiencias en infraestructura sanitaria, falta de educación higiénica y desnutrición.^{1,2}

Presentación del caso e imágenes. Se presenta el caso de una niña de 6 años de edad, quien ingresa en el Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal de 24 horas de evolución, se sospecha clínicamente

de padecer apendicitis aguda. Se toman radiografías simples de abdomen de pie y decúbito (Figura 1). Se valora por el cirujano de guardia, encontrando un abdomen distendido, timpánico, aperistáltico, y con un plastrón en fosa iliaca derecha y flanco derecho, por lo que se decide realizar intervención quirúrgica por probable apendicitis perforada. Se realiza incisión tipo McBurney, disecando hasta cavidad abdominal, encontrando líquido libre en cavidad de color cetrino y se

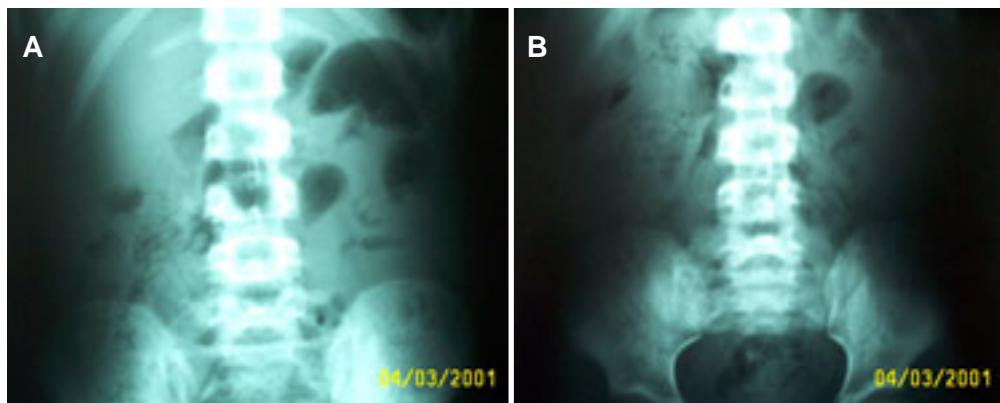


Fig. 1. Placa simple de abdomen de pie (A) y en decúbito dorsal (B) con imagen “bizarra” en flanco y fosa iliaca derechos.



Fig. 2. Íleon con ovo-ilo a tensión de *Ascaris lumbricoides*.

Hospital Integral Playa del Carmen, QR, SeSa.
Recibido para publicación: 5 de diciembre de 2005.
Aceptado para publicación: 20 de marzo de 2006.

Correspondencia: Dr. Guillermo Padrón Arredondo. 30 Av. entre calles 30 y 32 Altos Ent. B. Colonia Gonzalo Guerrero. 77710 Playa del Carmen, QR. Tel. y Fax: 01-984-8733347. Cel. 01-984-8762267. Mail: gmopadron@salud.gob.mx



Fig. 3. *Ascaris lumbricoides* de uno de los ovillos en intestino delgado.

palpa una masa amorfa que se extrae a través de la herida quirúrgica, correspondiendo a un ovillo de *Ascaris lumbricoides* impactado a 50 cm de la válvula ileocecal. Se trata de realizar taxis pero el ovillo no lo permite y se realiza enterotomía, se retiran los áscaris; se explora el íleon terminal, encontrando otro ovillo de las mismas características y se retiran los parásitos con pinza de anillos a través de la misma enterotomía. La raíz del mesenterio se observa con intenso puntillleo hemorrágico e inflamación, pero sin compromiso vascular severo (**Figura 2**); se realiza apendicectomía incidental. Se cierra la enterotomía dando por terminado el evento quirúrgico, hospitalizando a la paciente en el Servicio de Pediatría. Al día siguiente al pasar visita la paciente se encuentra con facies dolorosa y llorosa, distensión abdominal, timpánica, sonda nasogástrica sin drenar y se decide reintervenir a través de la misma incisión encontrando nuevamente líquido libre con dehiscencia parcial de la enterotomía debido a áscaris a través de la misma. Se procede a revisión total de intestino encontrando dos ovillos más en yeyuno, los cuales se retiran completamente a través de la misma enterotomía y taxis de parásitos aislados en todo el intestino delgado hasta el ciego. En total, fueron retirados cuatro ovillos de aproximadamente 200 áscaris, en varias fases de su desarrollo y con hembras grávidas (**Figura 3**). El postoperatorio fue favorable y la paciente actualmente se encuentra curada.

Discusión

En Quintana Roo, respecto a los casos nuevos de enfermedades, registrados en el año 2003 en el rubro de otras helmintiasis, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ocupó el 4º lugar con 12,494 casos; en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la ascariasis ocupó el 7º lugar con 1,274 casos y, en los Servicios Estatales de Salud (SeSa), la ascariasis ocupó el 8º lugar con 4,636 casos para dar un total de 18,445 casos, inclu-

yendo a los servicios médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) con 10 casos y la Secretaría de Marina (SM) con 31 casos.³

En cuanto a egresos hospitalarios por parasitosis en todo el Sector Salud se presentaron 805 casos en total; 455 el IMSS, ISSSTE sin reporte, SEDENA con 85, SM con 8 y SeSa con 257 casos en el CIE-10 (A00-B99), 1.2% del total de egresos. En el sector privado se registraron 1,013 casos.³

Por defunciones hospitalarias, en el mismo periodo, se presentaron 50 casos en total; 32 del IMSS, ISSSTE 0, SM 3 y SeSa 15, SEDENA no reportó, ocupando el 8º lugar en el CIE-10 (A00-B99), ocupando 7.4% del total de defunciones.³

Guevara y cols.⁴ en su estudio en el estado de Nayarit encontraron solamente 6.9% de casos de ascariasis muy por debajo del 59.8% para *Entamoeba histolytica*, siendo también ésta una región endémica para parasitosis, aunque en una población distinta (indígenas y mestizos).

Nuestro caso coincide con lo publicado por Huacachi-Trejo y cols. acerca de la relación entre entero-parasitosis y desnutrición, puesto que nuestra paciente evidentemente se encontraba desnutrida y con hábitos notorios de descuido social.⁵ Entre los factores de riesgo para la suboclusión o la oclusión intestinal como fue nuestro caso, Rodríguez-García y cols. encontraron que la eosinofilia de 3% o más sugiere fuertemente suboclusión u oclusión intestinal, así mismo, ellos encontraron que ni el estado nutricional, ni el sitio de defecación son factores de riesgo. Sin embargo, el pamoato de pirantel sí precipita la oclusión por provocar parálisis espástica de los áscaris; en cambio, el citrato de piperazina produce una parálisis flácida, lo cual la evita.⁶

El tratamiento de la ascariasis puede ser médico o quirúrgico dependiendo de las circunstancias, tiempo de evolución del padecimiento, cuadro clínico y cantidad de parásitos. Yilmaz y cols. resolvieron dos casos con tratamiento médico con buenos resultados pero evidentemente su resolución no requería cirugía.⁷

En nuestro caso, la paciente había recibido una semana previa a su cuadro clínico mebendazol, lo cual precipitó la oclusión intestinal porque tiene el mismo efecto que el pirantel. Vásquez-Tsuji y cols.⁸ encontraron que un factor que puede detonar este evento es haber recibido tratamiento antihelmíntico con productos que producen parálisis espástica de los parásitos y alertan contra la posibilidad de reconsiderar las estrategias de desparasitación masiva en escuelas o a la población abierta porque la ascariasis produce del 5 al 35% de las oclusiones intestinales en regiones endémicas, lo cual crea una paradoja pues es en donde se requieren los programas de desparasitación masiva periódica.

Un estado *sine qua non* para que haya oclusión es la cantidad de áscaris, tal como lo informan Wasadikar y cols.⁹ al atender 92 pacientes con oclusión intestinal y en donde el ultrasonido fue definitivo para el diagnóstico; nuestra paciente no recibió

este beneficio debido a que el caso se presentó en fin de semana y no se disponía de este recurso en ese turno.

Conclusiones

1. Las imágenes radiológicas “compuestas” pueden confundir con plastrones y es necesario explorar quirúrgicamente a los pacientes en caso de observarlos en malas condiciones. 2. Al encontrar ovillos impactados deberá revisarse de primera intención todo el intestino, a fin de evitar una segunda intervención. 3. El antecedente de ingesta de antiparasitarios, que producen parálisis espástica de los parásitos, deben hacer sospechar la posibilidad de oclusión o suboclusión intestinal debido a este hecho.

Referencias

1. Rodríguez-Guzmán LM, Hernández-Jerónimo EJ, Rodríguez-García R. Parasitosis intestinal en niños seleccionados en una consulta ambulatoria de un hospital. *Rev Mex Ped* 2000; 67: 117-122.
2. Vázquez-Tsuji O, Martínez-Barbabosa I, Campos-Rivera T. Ascariasis. Review of the literature. *Acta Pediatr Méx* 2003; 24: 100-107.
3. INEGI. Estadísticas de Salud. 2004.
4. Guevara Y, De Haro I, Cabrera M, García de la Torre G, Salazar-Schettino PM. Enteroparasitosis en poblaciones indígenas y mestizas de la Sierra de Nayarit, México. *Parasitol Latinoam* 2003; 58: 30-4.
5. Huacachi-Trejo H, Huamani-Egochea R. Enteroparasitosis y estado nutricional en la población de 4 a 14 años de la comunidad de Cano-Provincia de Ayacucho, periodo 2001. *Acta Med Peruana* 2002; 19: 50-52 (abstract-Internet) http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/acta_medica/Vol19_N4/prevalencia.htm
6. Rodríguez-García AJ, Beldares-Taboada J, Hernández-Sie-rra JF. Factores de riesgo para oclusión y suboclusión intestinal por *Ascaris lumbricoides*. *Cir Cir* 2004; 72: 37-40.
7. Yilmaz N, Uzunköy, Akinci OF, CoŞkun A, Eren Z. Two cases of ascariasis with different presenting symptoms. *Arch Hellen Med* 1999; 16: 07-8.
8. Vásquez-Tsuji O, Gutiérrez-Castrellón P, Yamazaki -Nakashimada MA, Arredondo-Suárez JC, Campos-Rivera T, Martínez-Barbabosa I. Antihelmínticos como factor de riesgo en la obstrucción intestinal por *Ascaris lumbricoides* en niños. *Bol Chil Parasitol* 2000; 55: 3-7.
9. Wasadikar PP, Kulkarni AB. Intestinal obstruction due to ascariasis. *Br J Surg* 1997; 84: 410-12.

