

Perforación apendicular por áscaris lumbricoides en zona endémica de Chiapas. Presentación de caso

Appendicular perforation due to Ascaris lumbricoides in an endemic zone of the State of Chiapas, Mexico. Case report

Dr. Rafael Sánchez Guzmán, Dra. Verónica Liliana Patricio Gallegos, Dr. José Antonio Vázquez Roblero

Resumen

Objetivo: Dar a conocer la existencia de ascariasis que requiere intervención quirúrgica en nuestro medio.

Sede: Hospital General de Zona No. 2 IMSS Tuxtla Gtz. Chiapas.

Diseño: Presentación de caso clínico.

Descripción del caso: Femenino de 4 años de edad, 36 horas previas recibió tratamiento farmacológico antihelmíntico de amplio espectro de administración oral. Ingresa con 12 horas de evolución por dolor abdominal intenso, estado nauseoso, vómitos e importante distensión abdominal y con datos de irritación peritoneal. Con estudios de gabinete; placa simple de abdomen con niveles hidroaéreos, edema interasa, dilatación de asas en intestino delgado, coprostasis, borramiento de psoas; pruebas de laboratorio con 25,100 leucocitos y 3% de bandas, más cuadro clínico se traslada a quirófano para intervención quirúrgica con diagnósticos prequirúrgicos: apendicitis aguda/oclusión intestinal/perforación intestinal.

Se realizó laparotomía exploradora encontrando cuerpo de áscaris lumbricoides en movimiento parcialmente fuera de apéndice vermiciforme con perforación de la misma. Se realiza appendicectomía con extracción del parásito, evoluciona favorablemente y egresa sin complicaciones.

Conclusión: La ascariasis puede desarrollar apendicitis aguda.

Palabras clave: Áscaris lumbricoides, perforación apendicular.

Cir Gen 2010;32:58-60

Abstract

Objective: To inform on the presence of ascariasis requiring surgery in our milieu.

Setting: General Hospital No 2, IMSS Tuxtla Gutierrez, Chiapas, Mexico.

Design: Clinical case presentation.

Description of the case: A 4-year-old girl, who had received orally a wide-spectrum antihelmintic pharmacological treatment 36 hours before. She was admitted with a history of 12 h of intense abdominal pain, nausea and vomits, with important abdominal distention and peritoneal irritation data. Imaging studies consisted of abdominal X-rays that revealed free air and free fluids, inter-loop edema, loops dilation in the small intestine, coprostasis, erasing of the psoas. Laboratory tests: 25,100 leukocytes and 3% banded; with these data and based on the clinical symptoms she was taken to the operating room with presumptive pre-surgical diagnoses of acute appendicitis/intestinal occlusion/intestinal perforation. Exploratory laparotomy was performed, finding a moving body of an Ascaris in lumbricoides partially outside of the vermiciform appendix that had a perforation. Appendicectomy was performed and the parasite was extracted. The patient evolved satisfactorily and she was discharged without presenting any complications.

Key words: Ascaris lumbricoides, appendicular perforation.

Cir Gen 2010;32:58-60

Introducción

La infestación por áscaris lumbricoides es la parasitosis más frecuente en los países tropicales.¹ Descrita inicialmente por Hipócrates y producida desde la domesticación de los cerdos. Mundialmente se estiman 1,500 millones de personas con áscaris lumbricoides en su tracto digestivo. Los niños son más susceptibles a la infestación. Agravándose por la desnutrición acompañada de deficiencia inmunológica. Más afectados en el periodo escolar, siendo más frecuentes las complicaciones a esta edad.¹ Las indicaciones quirúrgicas son menores por el uso habitual de antihelmintos. Si bien la complicación quirúrgica que con mayor frecuencia se presenta por áscaris lumbricoides es la obstrucción intestinal se encuentran reportados en la literatura casos de apendicitis pero no descripción de alguna con perforación apendicular. Destaca la elevada incidencia de ascariasis quirúrgicas en niños con molestias abdominales en un área endémica.²

El propósito de esta presentación de caso es describir la presencia y el tratamiento de la perforación apendicular causada por áscaris lumbricoides, un parásito común en climas cálidos que afecta a niños de escasos recursos socioeconómicos. Chiapas es uno de los estados con mayor incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias según el diagnóstico de salud elaborado por la Secretaría de Salud estatal con una incidencia tres veces por arriba de la media nacional.⁷

La geofagia es el principal mecanismo de transmisión involucrado, cuando es intensa se relaciona con infecciones masivas.³

Presentación de caso

Paciente femenino indígena de 4 años de edad, habitante del municipio de Yajalón, Chiapas, nivel socioeconómico bajo, que 36 horas previas a cuadro clínico recibió tratamiento farmacológico antihelmíntico de amplio espectro de administración oral.

Acude al hospital con 12 horas de evolución de cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal intenso, estado

nauseoso y vómitos no cuantificados de contenido gástrico, con importante distensión abdominal. A la exploración física paciente febril, normohidratada, necrológicamente íntegra sin compromiso cardiorrespiratorio aparente, abdomen resistente, doloroso, sin peristalsis, con datos de irritación peritoneal. Valorado por servicio de pediatría se interconsulta a cirujano en turno por impresión diagnóstica de síndrome doloroso abdominal probable apendicitis aguda. Con estudios de gabinete; placa simple de abdomen con niveles hidroaéreos, edema interasa, dilatación de asas en intestino delgado, coprostasis, borramiento de psoas; pruebas de laboratorio con 25,100 leucocitos y 3% de bandas, más cuadro clínico se traslada a quirófano para intervención quirúrgica con diagnósticos prequirúrgicos: apendicitis aguda/oclusión intestinal/perforación intestinal.

Se realizó laparotomía exploradora de forma convencional por planos hasta llegar a cavidad peritoneal, encontrando cuerpo de áscaris lumbricoides en movimiento parcialmente fuera de apéndice vermiforme (**Figura 1**); con perforación de la misma (**Figura 2**), se observa epiplón y asas hiperémicas. Se procede a extracción completa del áscaris (**Figura 3**) con posterior apendicectomía tipo Halsten y envaginación de muñón, se coloca drenaje seguido de cierre de cavidad (**Figura 4**). Se envió pieza quirúrgica a Servicio de Patología con reporte: apéndice vermiforme perforada en fase III. Sin complicaciones en la intervención quirúrgica se egresa a los cuatro días de estancia hospitalaria, manejo con piperacina y antibióticos; con peristalsis, evacuaciones presentes y tolerancia a la vía oral.

Discusión

Generalmente la ascariasis es asintomática o puede presentarse con molestias abdominales vagas.⁴ Siendo muy rara la presentación como perforación intestinal por áscaris lumbricoides, esta es una de las complicaciones que requiere intervención quirúrgica menos frecuente y de éstas la incidencia de perforación apendicular es la



Fig. 1. Cuerpo de áscaris lumbricoides en movimiento parcialmente fuera de apéndice vermiforme.



Fig. 2. Sitio de perforación apendicular, se observa epiplón y asas hiperémicas.



Fig. 3. Extracción completa de áscaris lumbricoides.

menor.⁶ Aunque la áscaris lumbricoides es muy frecuente en países subdesarrollados no existe evidencia de la incidencia de estas complicaciones quirúrgicas a pesar de que en el estado de Chiapas la parasitosis se presenta en un alto índice de la población, principalmente infantil.⁵ Este caso es importante por la presencia de perforación apendicular por el nematodo único sin obstrucción intestinal, con evolución sin complicaciones de ésta.

Referencias

1. Vásquez-Tsuji O, Gutiérrez-Castrellón P, Yamazaki-Nakashimada MA, Arredondo-Suárez JC, Campos Rivera T, Martínez-Barbosa I. Antihelmínticos como factor de riesgo en la obstrucción intestinal por áscaris lumbricoides en niños. *Bol Chil Parasitol* 2000; 55: 3-7.
2. Rahman H, Pandey S, Mishra PC, Sharan R, Srivastava AK, Agarwal VK. Surgical manifestations of ascariasis in childhood. *J Indian Med Assoc* 1992; 90: 37-9.
3. Steinberg R, Davies J, Millar AJ, Brown RA, Rode H. Unusual intestinal sequelae after operations for ascaris lumbricoides infestation. *Pediatr Surg Int* 2003; 19: 85-7.
4. Hefny AF, Saadeldin YA, Abu-Zidan FM. Management algorithm for intestinal obstruction due to ascariasis: a case report and review of the literature. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009; 15: 301-5.
5. Villamizar E, Méndez M, Bonilla E, Varon H, de Onatra S. Ascaris lumbricoides infestation as a cause of intestinal obstruction in children: experience with 87 cases. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 201-4.
6. Pandit SK, Zarger HU. Surgical ascariasis in children in Kashmir. *Trop Doct* 1997; 27: 13-4.
7. Sánchez-Pérez HJ, Vargas-Morales MG, Méndez-Sánchez JD. Bacteriological quality of human drinking water in high-margination zones in Chiapas. *Salud Pública Mex* 2000; 42: 397-406.



Fig. 4. Apendicectomía tipo Halsted y envaginación de muñón.