



Ascariasis y antihelmínticos

En casos de ascariasis intestinal no complicada y que se sospecha de ascariasis masiva (antecedente de geofagia intensa, expulsión espontánea de helmintos por recto y boca o abdomen voluminoso) o en pacientes que se confirme la masividad con exámenes de laboratorio cuantitativos ($\geq 50,000$ huevos de *Ascaris lumbricoides* por gramo o mililitro de heces) se prefiere el esquema de tratamiento con piperazina. Lo anterior, debido al mecanismo de acción de este antihelmíntico que produce parálisis flácida en los helmintos y permite que sean expulsados por la peristalsis del paciente.

En el Instituto Nacional de Pediatría se realizaron estudios que demostraron que la administración de antihelmínticos que producen muerte espástica del helmito se pueden asociar con cuadros de suboclusión y oclusión intestinal con mayor frecuencia que en los pacientes que no recibieron antihelmínticos de uno a tres días previos al inicio del cuadro de oclusión intestinal. En pacientes embarazadas no se recomienda administrar imidazoles, en estos casos es preferible administrar pamoato de pirantel como dosis única.

En las zonas geográficas que tienen tasas altas de reinfección y existe una gran cantidad de pacientes con ascariasis masiva y en pacientes en los que se sospeche o se confirme por laboratorio una infección masiva, el tratamiento de elección es la piperazina. La piperazina bloquea la placa neuromuscular del parásito para que no responda a la acetilcolina. La hiperpolarización de la membrana, ocasiona parálisis flácida del helmito. Cuando no existe la sospecha de infección masiva se pueden usar otros antiparasitarios con seguridad.

En todos los casos deberá realizarse examen coproparasitoscópico seriado en 3 muestras, 2 a 3 semanas después de concluir el tratamiento para verificar la cura parasitológica. En los casos con antecedente de cuadro respiratorio con fiebre o febrícula en las cuatro semanas previas, deberá solicitarse un examen coproparasitoscópico de concentración-flotación, seis semanas después, para descartar ascariasis en fase migratoria al momento de iniciar el tratamiento.

En los casos de ascariasis intestinal complicada y el proceso obstructivo es de reciente aparición, si el paciente se encuentra en buen estado general, se tiene como opción el tratamiento conservador antes de la cirugía, que incluye

control hidroelectrolítico adecuado por vía intravenosa, succión nasogástrica por 12 a 24 horas, antibióticos y tratamiento antihelmíntico con piperazina administrada de forma repetida a través de la sonda nasogástrica.

El inicio del tratamiento médico inmediato en estos casos es con la introducción de una sonda de Miller-Abbott, comenzar con aspiración y después aplicar a través de la sonda piperazina a dosis de 100 a 150 mg/kg con 15 a 30 mL de aceite mineral o vaselina líquida. Para iniciar este tratamiento, el paciente debe ser medicado con antimicrobianos y antipiréticos, puesto que horas después de que termina el efecto del antihelmíntico puede haber migraciones retrógradas estimuladas por la fiebre con la consecuente asfixia por obstrucción de vías respiratorias altas que puede ser fatal. Después, se suspende la aspiración de una a dos horas. Si después de algunas horas, el paciente no muestra una resolución de la obstrucción, se indica el tratamiento quirúrgico. La intervención quirúrgica debe realizarse inmediatamente cuando exista evidencia clínica o radiológica de obstrucción completa, con signos de abdomen agudo o datos de perforación, volvulus o infarto intestinal.

El tratamiento convencional con antihelmínticos cada dos meses es necesario en regiones hiperendémicas donde las tasas de reinfección son muy altas para asegurar que el tubo gastrointestinal está libre de helmintos y es necesario realizar cps antes de iniciar el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Vásquez O. Antihelmínticos como factor de riesgo en la obstrucción intestinal por *Ascaris lumbricoides* en niños. Bol Chil Parasitol 2000;55:3-7.
- Coria LJJ, Correa VM, Rosales VRE, Llorenz TF. Ascariosis En: Coria LJJ. Conceptos prácticos en parasitología. México: Intersistemas Editores. 2011:15-25.

Dr. Oscar Vázquez Tsuji*
Dra. Teresita Campos Rivera**

* Jefe del servicio de Parasitología del Instituto Nacional de Pediatría.

** Médico adscrito al servicio de Parasitología del Instituto Nacional de Pediatría.