

CIRUGIA

OCLUSIÓN INTESTINAL CON PERFORACIÓN INTESTINAL POR ASCARIS (Caso Clínico)

Mariano Jiménez Romero *

Natalia Solano Gunzález **

SUMMARY

Ascariasis is the most prevalent human helminthiasis in the world, the highest rate is in children of preschool or early school age, its transmission is primarily hand-to-mouth. It needs a pulmonary cycle to mature into adult worms. Most individuals have low to moderate worm burdens and are asymptomatic. The clinical presentation is due to pulmonary disease and obstruction of intestinal tract.

INTRODUCCION

La ascariasis constituye la helminthiasis más prevalente en humanos, es más frecuente en las áreas tropicales y se estima que aproximadamente mil millones de

personas están infectadas en el mundo. Es el mayor nematodo intestinal parásito de la especie humana. (3) Casi todas las personas infectadas presentan cantidades pequeñas del gusano y están asintomáticas. La tasa más alta de presentación se da en niños de edad preescolar y escolar temprana. Una complicación poco frecuente es la oclusión intestinal por ascaris, la cual corres-

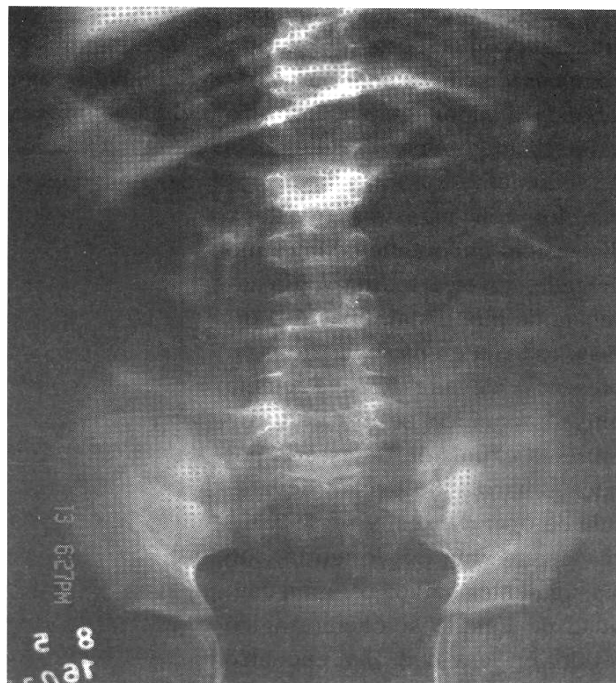


Fig.1 Radiografía abdomen con distensión importante de asas intestinales.

* Médico Cirujano, UCIMED, Hospital Escalante Pradilla C.C.S.S.

** Médico Cirujano, EBAIS de Barú, Pérez Zeledón.

ponde al caso descrito a continuación.

DESCRIPCIÓN DE CASO

Paciente masculino, 5 años de edad, vecino de Corredores de Puntarenas, conocido sano. Ingresó al Hospital Escalante Pradilla el 23-2-06 con historia de dolor abdominal de 16 horas de evolución asociado a fiebre. El examen físico describe mucosa oral seca, abdomen distendido, con resistencia generalizada y rebote positivo. Los laboratorios de ingreso evidencian: Hemoglobina: 11.9 g/dl, Hematocrito: 35.3% Leucocitos: 27 000, 86% segmentados, 12% linfocitos, 1% eosinófilos; gases arteriales con acidosis respiratoria compensada con una alcalosis metabólica e hiponatremia, sin otro hallazgo importante. Radiografía de abdomen: "con imágenes compatibles con parásitos (ovillos), distensión importante de intestino delgado, niveles hidroaéreos, ausencia de aire distal, opacidad difusa, asa fija en mesogastrio y no presencia de aire libre. Paciente muy sintomático, se torna febril y presenta expulsión de ascaris por boca y nariz. Se decide llevar a sala de operaciones, y se le realiza laparatomía exploratoria con los siguientes hallazgos: gran cantidad de líquido serohemorrágico fétido en cavidad, se encontró aproximadamente 1.30 m. de intestino medio y distal con necrosis total por vólvulo agudo con torsión en su base mesentérica, el

mismo producido por gran cantidad de ascaris (en forma masiva) que abarca toda la longitud intestinal. Durante la cirugía presenta bradicardia profunda, hipotensión arterial, desaturación y paro cardíaco, se le inician maniobras de resucitación básica y avanzada y no se logra remontar los signos vitales durante 1 hora por lo que se declara fallecido al paciente. Los diagnósticos postoperatorios fueron: oclusión intestinal por ascaris, vólvulo agudo intestinal, septicemia y shock séptico.

COMENTARIO

Los factores clave que se han relacionado con una prevalencia más alta de infección por este parásito,

consisten en malas condiciones socioeconómicas, empleo de las heces humanas como fertilizantes y geofagia. (5) La transmisión es sobretodo por vía ano-mano-boca y también por la ingesta de fruta y vegetales crudos. (2) Una vez ingeridos los huevos de ascaris, se rompen en el intestino delgado del huésped humano, las larvas son liberadas y penetran en la mucosa de la pared intestinal y migran hasta los pulmones a través de circulación venosa, a este nivel pueden provocar una neumonitis eosinofílica con infiltrados transitorios e intermitentes que desaparecen después de varias semanas (Síndrome de Loeffler).(3) Luego entran en los alveólos y migran por los bronquios y tráquea y son deglutidos retornando a los intesti-



Fig.2 Ascaris adulto

nos, donde maduran dando lugar a gusanos adultos. (4) La presentación clínica depende de la intensidad de la infección y de los órganos afectados. Una de las complicaciones más graves, como sucedió en este niño, se origina cuando un gran conglomerado de gusanos causa una obstrucción intestinal aguda que puede poner en riesgo la vida del paciente. En algunos casos, los gusanos pueden expulsarse con los vómitos o las heces. (1) En ocasiones el gusano migra a través de los conductos biliar o pancreático, donde genera colecistitis o pancreatitis. Los gusanos muertos pueden servir de nidos para la formación de cálculos. El tratamiento empleado en ascaridiasis sin obstrucción corresponde

al albendazol 20 mg/kg/dosis (máx 400 mg) 1 dosis, en caso de suboclusión intestinal el citrato de piperazina 75 mg/kg/día (máx 2.5 g/día) VO por 2 días. En los casos de obstrucción grave es necesaria la intervención quirúrgica. (6).

R E S U M E N

La ascaridiasis es una de las parasitosis mas frecuentes en el mundo, se presenta principalmente en la edad preescolar y escolar, su forma de transmisión es por el mecanismo ano-mano-boca. Presenta un ciclo pulmonar necesario para su maduración a forma adulta. Una gran cantidad de las personas infectadas se presentan en estado

asintomático. La enfermedad clínica surge por hipersensibilidad pulmonar y complicaciones intestinales como lo es la oclusión intestinal.

B I B L I O G R A F Í A

1. Atias Antonio, "Parasitología Clínica", edición 3, Mediterráneo, 1991,163-170.
2. Behrman Richard E et al, "Nelson Tratado de Pediatría", edición 17, Madrid. España, Elsevier, 2005, 1155-1156.
3. Botero David, Restrepo Marcos, "Parasitosis Humanas", Corporación para investigaciones biológicas (CIB), 1990, 69-80.
4. Braunwald Eugene et al, "Harrison Principios de Medicina Interna", edición 14, McGraw Hill Interamericana, 1998.1385-1386.
5. Brooks Geo F. et al, "Microbiología Médica de Jawetz, Melnick, y Adelberg", edición 17, Manual Moderno, 2002, 727-733