

Perforación intestinal por áscaris lumbricoides. Reporte de un caso

Gustavo Esteban Beauregard-Ponce,⁽¹⁾ José Lisandro Castaneda- Flores,⁽²⁾ Alejandro Rafael Cárdenas del Olmo,⁽³⁾ Ricardo Aranda Piedrasanta⁽⁴⁾

gustavoesteban739@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La ascariasis es una infección helmíntica de distribución mundial, que afecta aproximadamente un billón de personas en el mundo.¹

Según la UNAM (2/V/2014), existen alrededor de 7,072,164,006 personas en el planeta, de acuerdo a la proyección realizada por The U.S. Census Bureau (03/14/13) y alrededor de 1/6 de esta población se encuentra infectada por geohelminths, nematodos intestinales cuyos huevos no embrionados son eliminados en el ambiente y requieren de aproximadamente 2 semanas en suelos adecuados para el desarrollo de las formas infectantes: Huevos embrionados o larvas filariformes (L3). Estos nematodos son: Áscaris lumbricoides, uncinarias (*Necator americanus*, *Ancylostoma duodenale*), *Trichuris trichiura* y *Strongyloides stercoralis*.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud reconoce 17 enfermedades tropicales menospreciadas (NTDs - por sus siglas en inglés), que incluyen a varias enfermedades gastrointestinales causadas por helmintos, entre las cuales se consideran, de manera muy importante, las geohelmintiasis, es decir, las helmintiasis transmitidas por el suelo: Ascariasis, trichuriasis, infecciones causadas por *Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale* (uncinariasis), y la estromboloidiasis.²

En relación a las complicaciones más frecuentes tenemos la obstrucción intestinal, obstrucción de la vía biliar principal,^{3,4} absceso hepático y perforación intestinal, la cual es muy poco frecuente.^{4,5,6}

Por ser extremadamente raro, presentamos un caso de perforación intestinal por áscaris lumbricoides.

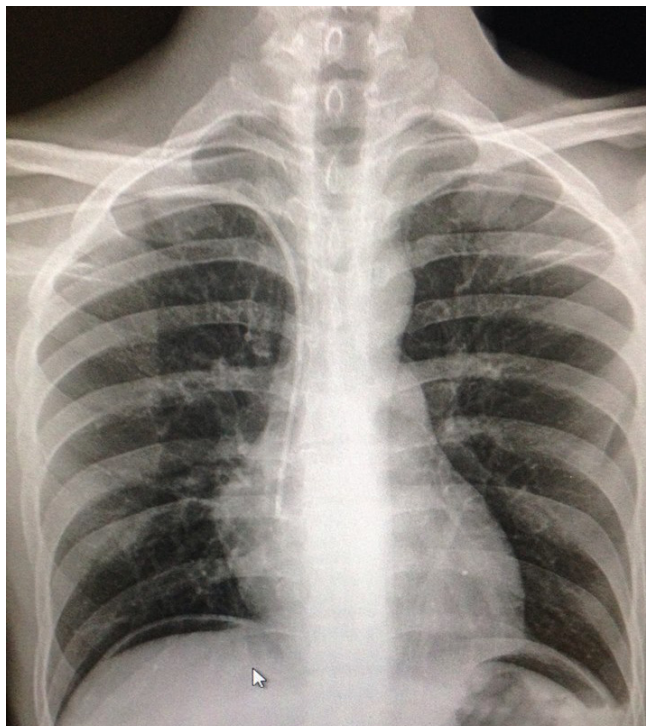
DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente del sexo masculino de 20 años de edad, ingresa a

nuestra unidad hospitalaria referido del hospital regional de Yajalon, Chiapas con diagnósticos de abdomen agudo, absceso pélvico residual y postoperado de apendicectomía 10 días antes de su ingreso.

Valorado en el servicio de urgencias, en malas condiciones generales, palidez generalizada, mucosa oral seca, cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen plano, blando, depresible, con dolor a la palpación media y profunda en todo

Fotografía 1. Telerradiografía de tórax con aire libre subdiafragmático y catéter central.



⁽¹⁾ Profesor investigador, División de Ciencias de la Salud UJAT. Médico adscrito al Servicio de Cirugía General del Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús. Villahermosa, Tabasco, México.

⁽²⁾ Jefe de Cirugía General, Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús. Villahermosa, Tabasco, México.

⁽³⁾ Adscrito al Servicio de Cirugía General, Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús. Villahermosa, Tabasco, México.

⁽⁴⁾ Residente del segundo año de la especialidad en Cirugía General. Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús. Villahermosa, Tabasco, México.

el abdomen, con resistencia muscular involuntaria, signo de rebote positivo y peristalsis ausente.

La biometría hemática de ingreso: hemoglobina de 10.7, hematocrito de 32.2, neutrófilos segmentados del 96%.

La telerradiografía del tórax muestra aire libre subdiafragmático. (Fotografía 1)

El ultrasonido abdominal solo reporta colección en hueco pélvico. (Fotografía 2)

Por los datos encontrados en la tele de tórax, la exploración física, la neutrofilia y la colección pélvica, se decide Laparotomía exploradora.

Los hallazgos encontrados son:

Abundante líquido de tipo intestinal libre en cavidad abdominal, perforación intestinal a 100 cm de la válvula ileocecal, por la cual se observa salida de un áscaris lumbricoides el cual se extrae. (Fotografía 3,4,5).

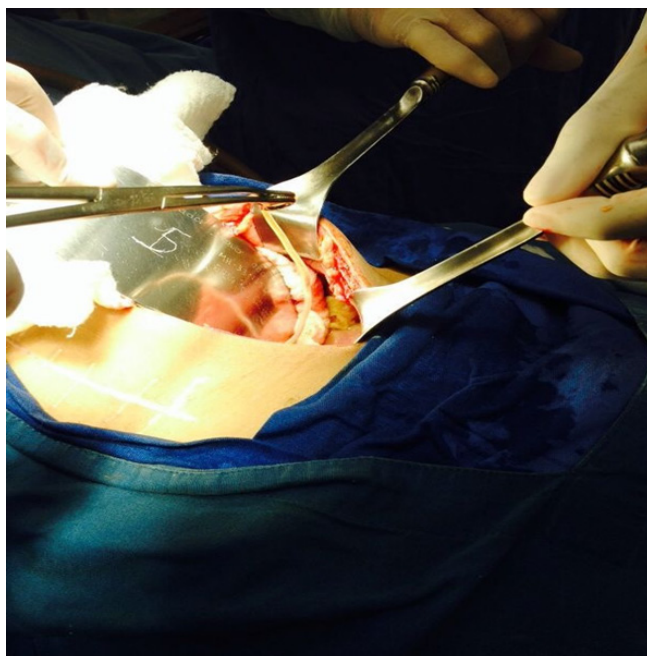
Fotografía 2. Ultrasonido abdominal con líquido libre en hueco pélvico.



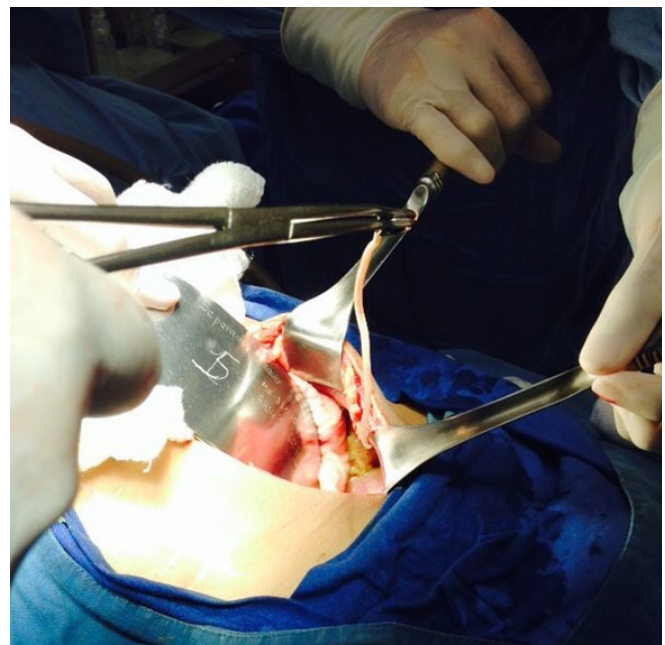
Fotografía 3 Ultrasonido abdominal con colección en hueco pélvico.



Fotografía 4. Ascaris lumbricoides extraído del yeyuno.



Fotografía 5 Mismo áscaris lumbricoides y la perforación intestinal.



CASO CLÍNICO

Posteriormente se lava cavidad abdominal y se cierra la perforación en dos planos sin ningún accidente ni incidentes. Se revisan resto de órganos intraabdominales y no se encuentra ninguna alteración.

El paciente permanece en ayuno durante 5 días y se inicia dieta la cual la tolera y es dado de alta al sexto día de su internamiento por evolución satisfactoria.

El tratamiento médico en el hospital fue a base de Albendazol en las dosis recomendadas.

DISCUSIÓN

Generalmente la ascariasis es asintomática o puede presentarse con molestias abdominales vagas,^{7,8} como las que presentó nuestro paciente.

Las infestaciones comunes producen dolor abdominal difuso, anorexia, meteorismo, diarrea, distensión abdominal y vómitos con pérdida de peso, sin embargo es posible que no se presenten síntomas.⁹

Cuando se presentan las complicaciones abdominales, la sintomatología cambia dependiendo si se trata de obstrucción intestinal o de perforación de intestino, como es el caso que presentamos que se caracterizó por presentar francos signos de abdomen agudo o invasión de la vía biliar por áscaris en donde el paciente cursa con ictericia de tipo obstructivo.

En un estudio realizado en la universidad de Medellín, Colombia, durante 25 años encontraron 145 complicaciones abdominales producidas por áscaris lumbricoides de las cuales la obstrucción intestinal se presentó en 107 casos, la perforación del apéndice 10 casos y áscaris en la vía biliar o en la cavidad peritoneal 28 casos.⁹

En el estudio anterior solo se presentaron las complicaciones en pacientes pediátricos y no se estudio a ningún adulto.

Llama la atención que en la bibliografía no se encontraron artículos que se refieran a pacientes adultos con complicaciones por áscaris, esto es debido a que la perforación intestinal producida por áscaris lumbricoides, aunque es rara en nuestro medio, debe tenerse en cuenta en pacientes procedentes de áreas endémicas.¹¹

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso de perforación intestinal por áscaris

lumbricoides, caso extremadamente raro pero que debemos de tomar en cuenta ya que nuestro Estado se encuentra dentro de un área endémica .

La perforación intestinal y la peritonitis secundaria causada por áscaris lumbricoides, tiene una morbilidad y mortalidad muy alta sino se realiza el tratamiento quirúrgico de urgencia. En nuestro caso, el paciente llegó con datos francos de abdomen agudo y conjuntado con el aire libre subdiafragmático en la tele de tórax, el tratamiento quirúrgico se llevó a cabo en forma temprana, teniendo como consecuencia la evolución clínica satisfactoria de nuestro paciente, siendo egresado de la unidad hospitalaria al sexto día de su internamiento.

REFERENCIAS

1. Crompton, D.W. 1988. The prevalence of Ascaris. *Parasitol. Today* 4:162-168.
2. Teresa Uribarren Berrueta. Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM.
3. Beauregard Ponce G.E. Pavón del Rivero F.J. Castaneda Flores J.L. Invasión masiva de la vía biliar. Reporte de un caso. *Revista Salud en Tabasco Tabasco* 2004 Volumen 10, número 2, enero-agosto 2004. Pág. 259-261.
4. Aristazabal H: infestación masiva de la vía biliar por áscaris lumbricoides. *Rev. Colombiana de Gastroenterol, Medellin, Colombia* 6 1: 163-173. 2003.
5. khuroo MS: Biliary Ascariasis. *Gastroenterol. Clin. North Am. Boston* 25 77 : 553,1999.
6. Lown JH: Abdominal complications of ascaris lumbricoides infestación in children. *Brit. J Surg* 53:510,1999.
7. Hefny AF, Saadeldin YA, Abu-Zidan FM. Management algorithm for intestinal obstruction due ascariasis: A case report and review of the literatura. *Ulus Trauma Acil Cerrahi Derg* 200915: 301-5.
8. Rafael Sánchez Guzmán, Dra. Verónica Liliana Patricio Gallegos, Dr. José Antonio Vázquez Robledo. Perforación apendicular por áscaris lumbricoides en zona endémica de Chiapas. Presentación de un caso. *Rev. Cirujano General* Vol. 32 Núm. 1- 2010.
9. Bernardo Ochoa M.D. Surgical complications of ascaris. *World Journal of Surgery*. 15, 222-227. 1991.
10. López Iniesta, E. Giangraspo Corradi, F. Gómez Sáez. *Acta pediátrica Esp.* 2010; 68 (5): 263-265.