

---

## Obstrucción intestinal por *Áscaris lumbricoides*

### Intestinal obstruction due to *Ascaris lumbricoides* infection

Dr. Yoendry Guevara-Almeida <sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8025-3512>

Dr. Miguel Damián Junco-Bonet <sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1307-0951>

Dr. Alexis Salgado-Lezcano <sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4344-1415>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech. Servicio de Cirugía. Camagüey, Cuba.

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech. Servicio de Terapia Intensiva. Camagüey, Cuba.

\*Autor para la correspondencia (email): [mjbonet.cmw@infomed.sld.cu](mailto:mjbonet.cmw@infomed.sld.cu)

---

#### RESUMEN

**Fundamento:** la parasitosis más frecuente y cosmopolita de todas las helmintiasis humanas es la ocasionada por *Áscaris lumbricoides*. Se estima que, alrededor de un cuarto de la población mundial está infectada y cerca de 60 000 personas fallecen anualmente a consecuencia de ello. El ser humano se infecta al ingerir los huevos larvados del parásito.

**Objetivo:** presentar un caso con el diagnóstico de obstrucción intestinal por *Áscaris lumbricoides*.

**Presentación del caso:** paciente femenina de 19 años de edad, con antecedentes de salud, sin antecedentes quirúrgicos. Acudió al servicio de urgencias por presentar desde hace dos días vómitos, en número de entre cinco y seis diarios, al examen físico se constataron síntomas y signos de deshidratación, con cuadro de abdomen agudo oclusivo.

**Conclusiones:** la oclusión intestinal por *Áscaris lumbricoides* es una enfermedad poco frecuente en adultos y muy rara en Cuba en la actualidad.

**DeCS:** OBSTRUCCIÓN INTESTINAL/diagnóstico; OBSTRUCCIÓN INTESTINAL/complicaciones; OBSTRUCCIÓN INTESTINAL/cirugía; OBSTRUCCIÓN INTESTINAL/etiología; ASCARIS LUMBRICOIDES/patogenicidad.

## ABSTRACT

**Background:** the most frequent and cosmopolitan parasitosis of all human helminthiasis is that caused by *Ascaris lumbricoides*. It is estimated that around a quarter of the world's population is infected and about 60,000 people die annually as a result. The human being becomes infected by ingesting the larvae eggs of the parasite.

**Objective:** to present a case with the diagnosis of intestinal obstruction by *Ascaris lumbricoides*.

**Case report:** a 19-years-old female patient with a health history, with no surgical history. He went to the emergency department for presenting two days vomiting, in number between five and six daily, physical examination was confirmed symptoms and signs of dehydration, with acute abdominal occlusive symptoms.

**Conclusions:** intestinal occlusion by *Ascaris lumbricoides* is a rare disease in adults and very rare in Cuba at present.

**DeCS:** INTESTINAL OBSTRUCTION/diagnosis; INTESTINAL OBSTRUCTION/complications; INTESTINAL OBSTRUCTION/surgery; INTESTINAL OBSTRUCTION/etiology; ASCARIS LUMBRICOIDES/pathogenicity.

---

Recibido: 04/12/2018

Aprobado: 09/05/2019

Ronda: 1

---

## INTRODUCCIÓN

La parasitosis más frecuente y cosmopolita de todas las helmintiasis humanas es la ocasionada por *Áscaris lumbricoides*. Se estima que, alrededor de un cuarto de la población mundial está infectada y cerca de 60 000 personas fallecen anualmente a consecuencia de ello. La ascariasis presenta una mayor prevalencia en niños de países tropicales y subtropicales, de manera especial en las regiones donde abunda la pobreza, el hacinamiento y la mala sanidad ambiental; al ocasionar un retraso en el desarrollo físico e intelectual de los mismos. En regiones selváticas del Perú, en lo particular en el departamento de Loreto se reporta que más del 50 % de la población está afectada. <sup>(1,2)</sup>

El ser humano se infecta al ingerir los huevos larvados del parásito. Luego, tras la liberación de las larvas en el yeyuno, penetrar la mucosa intestinal y realizar el ciclo de Loos, se establecen de forma definitiva como ejemplares adultos en el intestino delgado. Este proceso tarda dos a tres meses en completarse. La hembra adulta mide, en promedio, 20 a 49 cm de longitud y se calcula que puede llegar a producir hasta 200 000 huevos diarios; motivo por el cual, hasta las infecciones de menor cuantía son fáciles de detectar a través del examen directo de heces fecales.

La mayoría de los pacientes son asintomáticos. El diagnóstico se realiza por la combinación de exámenes de sangre, de deposiciones y eventualmente, por los hallazgos radiológicos. <sup>(3,4)</sup>

Las complicaciones suelen ser debidas a la gran cantidad de parásitos adultos en el tubo digestivo, producto de la ingesta de una gran cantidad de huevos larvados; dando lugar a cuadros de obstrucción intestinal, complicación descrita, en conjunto con la obstrucción de la vía biliar, como la más común. <sup>(5,6)</sup>

En la gran mayoría de los pacientes, el tratamiento es médico, se basa en la utilización del pamoato de pirantel, benzimidazoles y la piperazina, esta última de elección para los casos de obstrucción intestinal o biliar, debido a la parálisis flácida que desencadena en el parásito, al facilitar su eliminación. Sin embargo, en ocasiones la resolución con el tratamiento médico no se logra, al seleccionar el manejo quirúrgico de urgencia. <sup>(7,8)</sup>

Se presentó un caso de una paciente con el diagnóstico de oclusión intestinal por *Áscaris lumbricoides* situación muy rara en Cuba.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 19 años de edad con antecedentes patológicos personales de asma bronquial, antecedentes obstétricos de seis embarazos, tres partos normales y tres abortos provocados. Se recoge el antecedente de quince días antes había presentado un aborto provocado. La paciente asistió al cuerpo de guardia por presentar dolor abdominal a tipo cólico de 48 horas de evolución, de intensidad moderada que se hizo más intenso en las últimas horas, se irradiaba a todo el abdomen, no se alivió con los cambios de posición, ni con la administración de metilbromuro de homatropina que ella había ingerido sin indicación médica, no expulsaba heces ni gases en las últimas horas, pero refirió vómitos al inicio con contenido alimenticio que más tarde se hicieron oscuros y se constató la presencia de lo que la paciente describió como gusanos.

Refirió sed y sus orinas eran escasas en número y cantidad, además de ser oscuras, sensación de astenia marcada. Fue atendida por el equipo de cirugía de guardia. Quienes la ingresaron en la sala de observación quirúrgica donde se le coloca sonda nasogástrica y se inicia hidratación parenteral y otras medidas generales como: reposo, aspiración por sonda de levine, vigilancia de sus parámetros vitales, balance hidromineral además de indicarle los estudios analíticos correspondientes tales como: hemoglobina y hematocrito, leucograma, ionograma, creatinina, estudios imaginológicos: radiografía de abdomen simple de pie y acostado, radiografía de tórax en vista posteroanterior, ultrasonido abdominal, así como la evolución en el tiempo de la sintomatología del paciente.

El diagnóstico al ingreso fue de sospecha de abdomen agudo con deshidratación moderada. Seis horas más tarde es reevaluado y se decide después de valorar la evolución clínica y los estudios analíticos, llevar al salón y realizar intervención quirúrgica con el diagnóstico de oclusión intestinal por áscaris.

### Examen físico

Mucosas hipocoloreadas secas.

Sistema respiratorio: movimientos respiratorios polipnéicos, expansibilidad torácica normal. Murmullo

vesicular normal. No presencia de estertores. Frecuencia respiratoria: 32 respiraciones por minuto. Sistema cardiovascular: latido de la punta no visible, no palpable. Ruidos cardíacos taquicárdicos. No soplos. Pulsos periféricos presentes y sincrónicos. Pulso radial 110 latidos por minuto. Tensión arterial 110/70 mm de Hg.

Abdomen: distendido globalmente, no sigue los movimientos respiratorios, ni de la tos, doloroso a la palpación superficial y profunda no presencia de viceromegalias. Doloroso a la descompresión de forma difusa. Ruidos hidroaéreos abolidos.

Tacto rectal: ampolla rectal vacía.

Tacto vaginal: introito vaginal normal. Vagina con temperatura que impresiona normal, útero que impresiona de tamaño normal en retroversión dolor a la movilización del cuello uterino con anejos normales. Presencia de leucorrea grumosa y blanca que se constata en el dedo del guante.

Tejido celular subcutáneo: no infiltrado

Panículo adiposo conservado.

Sistema nervioso central: paciente soñolienta que coopera al interrogatorio con lenguaje normal, orientada en tiempo espacio y persona, motilidad normal, pupilas normales, reflejos de tallo cerebral presentes.

### **Estudios analíticos e imagenológicos**

Hematocrito: 0,33 vol./l

Leucograma: leucocitos:  $6,0 \times 10^9/l$ , polimorfos nucleares: 86 %, linfocitos: 14 %

Glucemia: 6,5 mmol/l

Creatinina: 60 mmol/l

Coagulación: 8 minutos

Sangramiento: 1 minuto

Ionograma: Na: 140 mmol/l, Cl: 110 mmol/l, K: 4 mmol/l

Electrocardiograma: taquicardia sinusal

Amilasa sérica: 74 unidades/litro

Ultrasonido abdominal: se observaron movimientos de elementos alargados de características ecogénica intraasas intestinales, que podían estar en relación con parasitismo intestinal, se constató la presencia de líquido libre hacia la fosa iliaca izquierda, distensión de las asas intestinales de intestino delgado y colon, ausencia de peristaltismo intestinal.

Radiografía de abdomen simple de pie y acostado: se observan asas intestinales distendidas y niveles hidroaéreos. Sugerente de oclusión intestinal (Figura 1).



**Figura 1.** Radiografía de abdomen de pie.

## Evolución postoperatoria por cirugía

Se realizó laparomía exploradora a través de una incisión paramedia derecha supra e infraumbilical, se abre por planos hasta la cavidad abdominal a ese nivel se encontró cerca de 200 mililitros de líquido oscuro que no impresionaba ser purulento. En la exploración intraabdominal se encontró un segmento del íleo terminal de alrededor de diez centímetros con cambios de coloración de tipo isquémica localizado a 70 centímetros de la válvula íleocecal. Se pudo apreciar que todo el intestino delgado desde el ángulo de Treitz hasta la válvula ileocecal estaba ocupado por paquetes de áscaris (Figura 2).

Se realizó resección intestinal del segmento isquémico y se descomprimió el intestino delgado. Los paquetes de áscaris fueron extraídos de forma retrógrada desde la válvula ileocecal al segmento distal. Al finalizar se realizó anastomosis término terminal en dos planos.



**Figura 2.** *Áscaris lumbricoides* extraídas.

## DISCUSIÓN

La mayor incidencia de ascariasis se describe entre los dos y 10 años de edad y declina de forma significativa a partir de los 15 años. Del mismo modo, las complicaciones debidas a este parásito, también predominan en la infancia, debido al pequeño tamaño de sus órganos y a las dimensiones que puede alcanzar un ejemplar adulto.

Se describe un caso clínico de una obstrucción intestinal por múltiples ovillos de *Áscaris lumbricoides* en una persona mayor de 19 años, condición infrecuente en personas adultas y rara en Cuba. <sup>(9)</sup>

La obstrucción intestinal o biliar, colangiohepatitis, absceso hepático, pancreatitis, apendicitis aguda y perforación intestinal son complicaciones que se producen debido al gran número de ejemplares y a los movimientos de migración intraluminal que presentan. <sup>(9,10)</sup>

En un inicio no se consideró dentro del diagnóstico diferencial, la obstrucción por ovillos de *Áscaris lumbricoides*, debido a lo infrecuente de esta enfermedad en Cuba, pero la expulsión en los vómitos de los parásitos y el ultrasonido abdominal aclararon la posible causa del síndrome de oclusión intestinal en esta paciente. El diagnóstico de obstrucción intestinal se realizó en base a las manifestaciones clínicas y a los hallazgos en la radiografía de abdomen simple de pie y acostado.

El manejo de la obstrucción intestinal por *Áscaris lumbricoides* es médico y la conducta quirúrgica debe ser expectante, debido a la elevada morbilidad intraoperatoria y postoperatoria. En la decisión de llevar esta paciente al quirófano influyó el empeoramiento del estado general y desde el punto de

vista clínico el tiempo de evolución de los síntomas, que sumado a las manifestaciones encontradas al examen físico como el signo descompresión dolorosa difusa del abdomen, que tiene una sensibilidad de más del 90 % en el diagnóstico de un síndrome peritoneal que podía haber estado asociado por perforación de asas intestinales con empeoramiento del pronóstico de la paciente si no se llevaba a cabo una intervención quirúrgica de urgencia. En este caso se constató isquemia de un segmento del íleo terminal.

Lo recomendado en la bibliografía médica es que si el tratamiento médico fracasa la cirugía de urgencia es la principal indicación terapéutica. La técnica quirúrgica dependerá de los hallazgos intraoperatorios, que pueden ir desde la resección intestinal, en el caso que exista evidencia de gangrena o infarto intestinal, hasta la enterostomía, cuando se encuentre perforación, o bien una enterotomía si el intestino está indemne y sólo se busca la extracción de los gusanos. Siempre se debe tener la precaución de no liberar los ejemplares adultos o huevos en la cavidad abdominal. <sup>(11,12)</sup>

Se debe tener en consideración, la actual disponibilidad de la endoscopia como posible herramienta terapéutica. Peker K y Kilic K, <sup>(5)</sup> comunicaron el caso de un paciente de 78 años, con obstrucción intestinal por *Áscaris lumbricoides*, en quien se lograron extraer múltiples gusanos adultos mediante esta técnica, siendo tratado posteriormente con mebendazol, con buen resultado. <sup>(5,12)</sup>

## CONCLUSIONES

Se presentó un caso de oclusión intestinal por *Áscaris lumbricoides* condición que es infrecuente en adultos y es muy rara en Cuba en la actualidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chammartin F, Scholte RG, Guimaraes LH, Tanner M, Utzinger J, Vounatsou P. Soil-transmitted helminth infection in South America: a systematic review and geostatistical meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(6):507-18.
2. Marmo G, Vaccaro C, Kohn G. *Ascaris lumbricoides*: una causa de pancreatitis aguda *Arch Pe diatr Urug*. 2016;87(1):33-37.
3. Chiappe A, Arteaga K, Resurrección C, Ñavincopa M, Ticona E. Obstrucción intestinal por *Ascaris lumbricoides* en un adulto mayor. *Rev Chilena Infectol*. 2016;33(5):572-575.
4. Chungara J, Arévalo R. Ascariosis vía biliar intrahepática: informe de caso. *Rev Méd La Paz*. 2011;17:39-45.
5. Peker K, Kilic K. Endoscopic diagnosis in *Ascaris lumbricoides* case with piloric obstruction. *Turkiye Parazitol Derg*. 2011;35(4):210-3.
6. Dall Orso P, Cantou V, Rosano K, De los Santos K, Fernández N, Berazategui R, et al. *Ascaris lumbricoides*. Complicaciones graves en niños hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Archivo de pediatría del Uruguay*. 2014;85(3):149-154.

7. Defagot LM, Pizzi HL, Tomás AF, Pizzi RD, Dib MD. Ascariasis un caso de muerte por asfixia. *Revista de Salud Pública*. 2013;17(4):31-39.
8. Ayestas Moreno GJ. Obstrucción intestinal por *Ascaris Lumbricoides*. *Rev Cient Esc Univ Cienc Salud*. 2017;4(1):4.
9. Moscatellia OG. Ascariasis intestinal. *Archivo argentino de pediatría*. 2015;113(6):4-9.
10. Beauregard Ponce GE, Castaneda Flores JL, Cárdenas del Olmo AR, Aranda Piedrasanta R. Perforación intestinal por áscaris lumbricoides. Reporte de un caso. *Salud Tabasc* [Internet]. 2014 [citado 28 May 2019];20(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/60.pdf>
11. Arulprakash S, Sahu MK, Dutta AK, Joseph A, Chandy GM. Pancreatic ascariasis with periampullary carcinoma. *Trop Parasitol*. 2015;5(1):55-7.
12. Alende-Castro V, Macía-Rodríguez C, García-Villafranca JA, Páez-Guillán E. Tumoración pancreática en paciente con parasitosis por *Ascaris lumbricoides*. *Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI)*. 2016;1(0):70-71.