

DOI: 10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.210-216

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1509>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Reporte de caso

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 210-216



Abdomen Agudo Obstrutivo por Áscaris Lumbricoides. A propósito de un caso

Acute Obstructive Abdomen due to Ascaris Lumbricoides. About a case
Abdome Obstrutivo Agudo por Ascaris Lumbricoides. Sobre um caso

**Miguel Fernando Maldonado Espinosa¹; Nataly Andrea Gudiño Villarreal²;
Christian Rodrigo Casañas Nuela³; Ivonne Cristina Yanez Guaita⁴**

RECIBIDO: 15/11/2021 **ACEPTADO:** 05/12/2021 **PUBLICADO:** 30/01/2022

1. Especialista en Cirugía General; Medico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dr.miguelmaldonado@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0075-1272>
2. Médico de la Universidad Central del Ecuador; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; natysguvi@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7137-0936>
3. Médico de la Universidad Técnica de Ambato; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; christiancasa_as@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-1190-4887>
4. Médico de la Universidad Central del Ecuador; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; chay_ivonne@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7823-8823>

CORRESPONDENCIA

Miguel Fernando Maldonado Espinosa
dr.miguelmaldonado@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La *Áscaris Lumbricoides* es una de las patologías más frecuentes que se presentan hasta en un cuarto de la población mundial, como consecuencia de la ingesta en los humanos de los huevos larvados de parásitos, así la ascariasis puede invadir conductos o vías biliares provocando cuadros obstructivos, que pueden conducir a la presentación de un cuadro de abdomen agudo. Se presenta caso clínico de paciente masculino de 54 años de edad, es derivado de red pública de salud (MSP) Hospital Martín Icaza, Babahoyo por presentar cuadro de 24h de evolución de dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad que se inicia en epigastrio y luego se generaliza, causa vómitos acuosos incontrolables y además falta de eliminación de heces niega otra sintomatología. Al momento de la revisión paciente con facies álgica, piel: normal, con mucosas orales semi-secas, tórax: simétrico, campos pulmonares claros y ventilados; abdomen: doloroso a la palpación sobre todo en mesogastrio, semirígido, ruidos hidroaéreos disminuidos, al tacto rectal sin alteraciones, guante limpio, con diagnóstico de abdomen agudo obstructivo a causa de *áscaris lumbricoides* a nivel de todo el intestino delgado. En el presente caso clínico se realizó una laparotomía exploratoria, resección parcial de íleon distal y colon sigmóides, anastomosis ileoascendente, confección de colostomía terminal y ascariasis intestinal a causa de presencia de múltiples *áscaris lumbricoides* adultos a nivel de todo el intestino delgado. El resultado de la intervención quirúrgica logra la total eliminación de los mismos de forma manual e instrumental, una vez eliminado el contenido se realiza anastomosis ileoascendente de forma manual.

Palabras clave: Abdomen, *Áscaris*, Intestino, Quirúrgica, Parásitos.

ABSTRACT

Ascaris Lumbricoides is one of the most frequent pathologies that occurs in up to a quarter of the world's population, as a consequence of the ingestion in humans of the larval eggs of parasites, thus ascariasis can invade ducts or bile ducts causing obstructive conditions, that can lead to the presentation of an acute abdomen. A clinical case of a 54-year-old male patient is presented, he was referred from the public health network (MSP) Martín Icaza Hospital, Babahoyo for presenting a 24-hour history of colic-type abdominal pain of great intensity that begins in the epigastrium and then it generalizes, causes uncontrollable watery vomiting and also lack of elimination of feces denies other symptoms. At the time of the review, patient with algic facies, skin: normal, with semi-dry oral mucosa, chest: symmetrical, clear and ventilated lung fields; abdomen: painful on palpation, especially in the mesogastrium, semi-rigid, diminished air-fluid noises, no alterations on rectal examination, clean glove, with a diagnosis of acute obstructive abdomen due to *ascaris lumbricoides* at the level of the entire small intestine. In the present clinical case, an exploratory laparotomy, partial resection of the distal ileum and sigmoid colon, ileoascending anastomosis, construction of an end colostomy and intestinal ascariasis were performed due to the presence of multiple adult *ascaris lumbricoides* throughout the small intestine. The result of the surgical intervention achieves the total elimination of the same manually and instrumentally, once the content is eliminated, ileoascending anastomosis is performed manually.

Keywords: Abdomen, *Ascaris*, Intestine, Surgical, Parasites.

RESUMO

Ascaris Lumbricoides é uma das patologias mais frequentes que ocorre em até um quarto da população mundial, como consequência da ingestão em humanos de ovos larvais de parasitas, assim a ascariíase pode invadir ductos ou ductos biliares causando condições obstrutivas, que podem levar à apresentação de abdome agudo. Apresenta-se o caso clínico de um paciente do sexo masculino de 54 anos, encaminhado da rede pública de saúde (MSP) Hospital Martín Icaza, Babahoyo por apresentar história de 24 horas de dor abdominal tipo cólica de grande o epigástrico e depois se generaliza, causa vômitos aquosos incontroláveis e também a falta de eliminação das fezes nega outros sintomas. No momento da revisão, paciente com fácies álgica, pele: normal, com mucosa oral semi-seca, tórax: campos pulmonares simétricos, claros e ventilados; abdome: doloroso à palpação, principalmente no mesogástrico, semi-rígido, ruidos hidroaéreos diminuídos, sem alterações ao toque retal, luva limpa, com diagnóstico de abdome agudo obstrutivo por *ascaris lumbricoides* ao nível de todo o intestino delgado. No presente caso clínico, foi realizada laparotomia exploradora, ressecção parcial do íleo distal e cólon sigmóide, anastomose ileoascendente, confecção de colostomia terminal e ascariíase intestinal devido à presença de múltiplos *Ascaris lumbricoides* adultos em todo o intestino delgado. O resultado da intervenção cirúrgica atinge a eliminação total do mesmo manual e instrumentalmente, uma vez que o conteúdo é eliminado, a anastomose ileoascendente é realizada manualmente.

Palavras-chave: Abdome, *Ascaris*, Intestino, Cirúrgico, Parasitas.

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. 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 (Guevara-Almeida, Junco-Bonet, & Salgado-Lezcano, 2019, pág. 509). La presencia de este parásito está en directa relación con la contaminación fecal de los suelos, es proporcional a la mala disposición de excretas, al riego con aguas servidas y a la utilización de heces humanas como fertilizantes (Marmo, Vaccaro, & Kohn, 2016, pág. 34).

La hembra adulta se calcula que puede llegar a producir hasta 200 mil huevos diarios; motivo por el cual, hasta las infecciones de menor cuantía son fácilmente detectadas a través del examen directo de deposiciones. 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 (Betancourt-Reyes & de Jesús Betancourt-Betancourt, 2019).

Cuando la infestación por parásitos adultos es alarmante en el cuerpo humano, muchos de ellos buscan un hábitat en los diferentes compartimentos y órganos internos, así la ascariasis puede invadir conductos o vías biliares provocando cuadros obstructivos, que pueden conducir a la presentación de un cuadro de abdomen agudo inflamatorio

(Ortega Castillo, Piedra Cosíos, & Polit Dueñas, 2018, pág. 65). Así mismo, 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 (Chiappe, Arteaga, Resurrección, Ñavincopa, & Ticona, 2016, pág. 572).

El abdomen agudo denota cualquier trastorno espontáneo cuya manifestación principal es el dolor abdominal. Es una condición que demanda atención y tratamiento urgente en la práctica de la cirugía general. Su etiología es variada y engloba causas como infección, inflamación oclusión vascular y obstrucción. Característicamente se presenta con un cuadro de dolor abdominal gradual o súbito que puede asociarse a náusea y vómito sin una causa conocida al momento de su evaluación (Salcedo Armijos, 2019, págs. 17-18).

En la gran mayoría de los pacientes, el tratamiento es médico, basándose en la utilización del pamoato de pirantel, benzimidazoles y la piperazina, siendo esta última de elección para los casos de obstrucción intestinal o biliar, debido a la parálisis flácida que desencadena en el parásito, facilitando su eliminación. Sin embargo, en ocasiones la resolución con el tratamiento médico no se logra, optando por el manejo quirúrgico de urgencia (Chiappe, Arteaga, Resurrección, Ñavincopa, & Ticona, 2016, pág. 572).

Caso clínico

Paciente masculino de 54 años de edad sin antecedentes patológicos personales, con antecedentes quirúrgicos de fractura en tobillo tratado con osteosíntesis. Es derivado de red pública de salud (MSP) Hospital Martín Icaza, Babahoyo por presentar cuadro de 24h de evolución de dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad que se inicia en epigastrio y luego se generaliza, causa vómitos acuosos incontrolables y además falta

de eliminación de heces niega otra sintomatología. Al momento de la revisión paciente con facies álgica, piel: normal, con mucosas orales semi-secas, tórax: simétrico, campos pulmonares claros y ventilados; abdomen: doloroso a la palpación sobre todo en mesogastrio, semirígido, ruidos hidroaéreos disminuidos, al tacto rectal sin alteraciones, guante limpio.

Diagnóstico inicial: Abdomen Agudo Obstructivo.

Plan: hidratación, exámenes de laboratorios e imágenes, partes operatorios y consentimientos informados.

Al examen físico: cabeza normocráneo, tórax campos pulmonares ventilados, corazón: ruidos cardíacos rítmicos, abdomen: blando, depresible, con apósito seco en herida quirúrgica, colostomía, con dren aspirativo tipo pera con débito de 50cc con contenido serohemático, pelvis con sonda vesical permeable, extremidades simétricas.

Laboratorios de ingreso: Glóbulos blancos 23.600/ul, neutrófilos 11.890/ul (91,4%), linfocitos 0.520/ul (4%), eosinófilos 0.005/ul (0,4%), hemoglobina 9gl/dl, hematocrito 26,8% plaquetas 190000/ul, procalcitonina 3,53 (valores mayores a 2.0ng/ml representan un alto riesgo de sepsis, shock séptico), PCR 69,02, amilasa 69, lipasa 21, bilirrubina total 0,46, Sodio 139 mEq, Potasio 5,1 mEq, Cloro 105 mEq, TGO 29, TGP 13, Urea 37, Ph 7,37 PCO2 26,8, PO2 122,5, HCO3 15,20, ctO2 17,90, BE -8,50, O2sat 98,5%.

Protocolo operatorio:

Bajo efectos de anestesia general en el quirófano, se realiza:

Asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos estériles, se realiza incisión supra infra media umbilical con bisturí, se ingresa por planos a cavidad abdominal evidenciándose líquido peritoneal de aspecto hemático, con olor fétido y de aproximadamente 850cc, asas intestinales distendidas, hernia interna a nivel de raíz de mesenterio

con defecto por donde se estrangulan asas de íleon y de colón sigmoides, los cuales a su vez se encuentran rotadas sobre su eje, isquemia y dilatación de aproximadamente 1,50m de íleo a 7cm de la válvula ileocecal, isquemia y dilatación de aproximadamente 70cm de sigmoides, presencia de múltiples áscaris lumbricoides adultos a nivel de todo el intestino delgado, se procede a tomar muestra de líquido peritoneal y se envía para estudio, se procede a aspirar contenido de cavidad abdominal, se realiza ampliación de defecto de segmento de raíz de mesenterio herniado para desrotar y liberar asas comprometidas, se liberan asas de íleon y sigmoides evidenciando los hallazgos antes mencionados, se procede a realizar resección de asas intestinales de íleon comprometido utilizando doble sutura mecánica lineal de 75mm, se reseca aproximadamente 1,50m de íleo, a 7cm de la válvula ileocecal, se envía muestra a patología, se realiza resección de sigmoides afecto redundante con grapadora lineal de 75mm se envía a patología, se realiza, se deja cabo proximal de colon descendente para posterior confección de colostomía, se observa además apéndice cecal edematoso se procede a disecar y ligar, se realiza punto transfixivo y se realiza apendicectomía, se envía a patología, se toma cabo proximal de íleon resecado y se hace devanamiento de asas intestinales, provocando eliminación de contenido intestinal con heces y múltiples parásitos (áscaris lumbricoides adultos) localizados en todo trayecto de intestino delgado, logrando aparente total eliminación de los mismos de forma manual e instrumental., una vez eliminado el contenido se realiza anastomosis ileoascendente de forma manual.

Diagnostico postoperatorio: laparotomía exploratoria más resección parcial de íleon distal y colon sigmoides, más anastomosis ileoascendente más confección de colostomía terminal más ascaridiasis intestinal.



Imagen 1. Proceso de resección de íleon, devanamiento de asas intestinales y eliminación de heces fecales y parásitos.

Fuente: Los autores.



Imagen 2. Parásitos extraídos manualmente e instrumentalmente de todo trayecto de intestino delgado.

Fuente: Los autores.

Nota post-operatoria: Paciente hemodinámicamente estable, bajo efectos de sedo-analgésia con soporte ventilatorio en modo presión A/C 18, Fr 15 por minuto, Fc 71 por minuto, Pa 138/92 mmHg, Ti 0,9, FiO2 250%, PEEP5, con SATO2 100%.

Notas

Al 5 día paciente se descompensa por parte ventilatoria (mal patrón ventilatorio) encontrándose bajo sedación con midazolam y fentanilo RASS 3, pupilas isocóricas reactivas, reflejos troncales conservados, Respiratorio: con ventilación mecánica invasiva a modo volumen, con buen patrón ventilatorio saturando 98%, hemodinámico: estable, sin necesidad de vasopresores mantiene PAM de 80 -90 mmHg. Abdomen: blando, depresible, con colostomía funcionante, ruidos intestinales presentes, Renal: con función renal y diuresis conservada. Diagnóstico: Distrés Respiratorio, Derrame Pleural a Descartar Síndrome de Loeffler.

Al 9 día, paciente estable, orientado sin focalidades neurológicas, abdomen blando, depresible, con colostomía funcionante, alimentándose por vía oral. Pulmonar: derrame pleural cuantificado de 1800cc derecho y 1900cc de lado izquierdo, con necesidad de oxígeno suplementario por cánula nasal a 3litros por minuto. Drenaje por cirugía de tórax de lado derecho obteniendo 350cc de líquido pleural de características serohemáticas. Eco Pleural: indica base pulmonar derecha con derrame de 1000cc aproximados y base pulmonar izquierda de 500cc aproximados. RX de tórax se evidencia derrame pleural derecho más aparente neumotórax derecho por antecedente de toracocentesis evacuatoria hace 2 días. Por lo que cirugía de tórax procede a realizar colocación de tubo torácico de lado derecho que en controles se encuentra oscilante con débito hemático en poca cantidad.

laboratorios a los 10 días: proteínas totales 5,1, sero-albumina 2,4, sero-globulina 2,72 índice A/G 0,87, LDH 352 U/L, Cultivo de líquido pleural: color amarillo, aspecto tur-

bio, ph 8 leucocitos 83/ul, hematíes 7000/ul, tinción de Wright: polimorfonucleares 65%, mononucleares 35%, glucosa 106.9 mg/dl, proteínas 1,65gr/dl, LDH 196 U/L; Sodio 141, Potasio 3.8, Cloro 111, PCR 24,03, lipasa 75, amilasa 165, bilirrubina total 0,12. Hemocultivos Aerobios y anaerobios solicitados a los 10 días de ingreso negativos.

Resultados de patología: Resección de sigmoides: proceso inflamatorio agudo, necrosis coagulativa y licuefactiva, Intestino delgado: proceso inflamatorio agudo, necrosis coagulativa y licuefactiva, ascaridiasis intestinal. Apéndice: Apendicitis Aguda

Laboratorios alta médica: Glóbulos blancos 10.200/ull, neutrófilos 5.930/ul (58,6%), linfocitos 1.230/ul (12.2%), eosinófilos 2.410/ul (23.8%), hemoglobina 9.9gl/dl, hematocrito 27,3% plaquetas 330.000/ul.

Conclusiones

En el presente caso clínico se realizó una laparotomía exploratoria, resección parcial de íleon distal y colon sigmoides, anastomosis ileoascendente, confección de colostomía terminal y ascaridiasis intestinal a causa de presencia de múltiples áscaris lumbricoides adultos a nivel de todo el intestino delgado a paciente de 54 años por presentar cuadro de 24h de evolución de dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad. El resultado de la intervención quirúrgica logra la total eliminación de los mismos de forma manual e instrumental, una vez eliminado el contenido se realiza anastomosis ileoascendente de forma manual.

Bibliografía

- Betancourt-Reyes, G. L., & de Jesús Betancourt-Betancourt, G. (2019). Oclusión intestinal mecánica por *Áscaris lumbricoides*. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 44(2).
- Chiappe, A., Arteaga, K., Resurrección, C., Návincopa, M., & Ticona, E. (2016). Obstrucción intestinal por *Ascaris lumbricoides* en un adulto mayor. *Revista chilena de infectología*, 33(5), 572-575. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000500014>

Guevara-Almeida, Y., Junco-Bonet, M., & Salgado-Lezcano, A. (2019). Obstrucción intestinal por *Áscaris lumbricoides*. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(4), 508-514.

Marmo, G., Vaccaro, C., & Kohn, G. (2016). *Ascaris lumbricoides*: una causa de pancreatitis aguda. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(1), 33-37.

Ortega Castillo, H. F., Piedra Cosíos, J., & Polit Dueñas, R. (2018). Pancreatitis aguda por *Ascaris Lumbricoides*: presentación de un caso clínico. *Revista Eugenio Espejo*, 12(1), 64-75. doi:<https://doi.org/10.37135/ee.004.04.07>

Salcedo Armijos, M. A. (2019). Enteritis Eosinofílica. Un caso atípico de abdomen agudo obstructivo.



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Maldonado Espinosa, M. F., Gudiño Villarreal, N. A., Casañas Nuela, C. R., & Yanez Guaita, I. C. (2022). Abdomen Agudo Obstructivo por *Áscaris Lumbricoides*. A propósito de un caso. *RECIMUNDO*, 6(1), 210-216. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(1\).ene.2022.210-216](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.210-216)