

ASCARIASIS INTRAPERITONEAL

* Dr. Héctor Otero Cruz
 ** Dr. Jaime Bidó
 *** Dra. Lucía de los Santos

RESUMEN:

Se revisaron los casos de Ascariasis intraperitoneal intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Dr. Robert Reid Cabral de Santo Domingo desde 1980 hasta 1987. Un total de 8 casos son reportados. La edad osciló entre 6 meses y 4 años. Murieron 5 pacientes para una mortalidad de 62.5%.

Ascariasis intraperitoneal

ABSTRACT:

We reviewed the cases of intraperitoneal ascariasis surgically operated at Dr. Robert Reid Cabral Hospital in Santo Domingo from 1980 to 1987. A total of 8 cases are reported. The age of the patients was between 6 months and 4 years. Five patients died for a 62.5% mortality.

Intraperitoneal ascariasis

INTRODUCCION

La ascariasis es una helmintiasis ampliamente diseminada, pues se ha calculado que aproximadamente una cuarta parte de la población mundial la padece.¹⁻² La transmisión usual de *Ascaris lumbricoides* es por ingestión de alimentos contaminados por materia fecal. Este no se multiplica en el hombre y el padecimiento generalmente se relaciona a la intensidad de la infestación; ésta es asintomática en la mayoría de los casos; sin embargo, es capaz de producir complicaciones graves e, incluso, fatales.³⁻⁸ Una de estas complicaciones es la invasión peritoneal del ascaris a través de una perforación intestinal.⁹⁻¹⁰ El objeto del presente trabajo es transmitir la experiencia de la unidad quirúrgica de este hospital en los últimos 7 años en relación a esta agresión parasitaria.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan los casos de ascariasis intraperitoneal en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el período com-

prendido entre 1980-1987 en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, de Santo Domingo. Las variables analizadas son fundamentalmente las relativas a edad, sexo, presentación clínica, manejo y evolución. El total de pacientes es de ocho. Se trata de un trabajo retrospectivo.

RESULTADOS

Del total de pacientes analizados, cinco (62.5%) fueron del sexo femenino y tres (37.5%) masculino. Todos

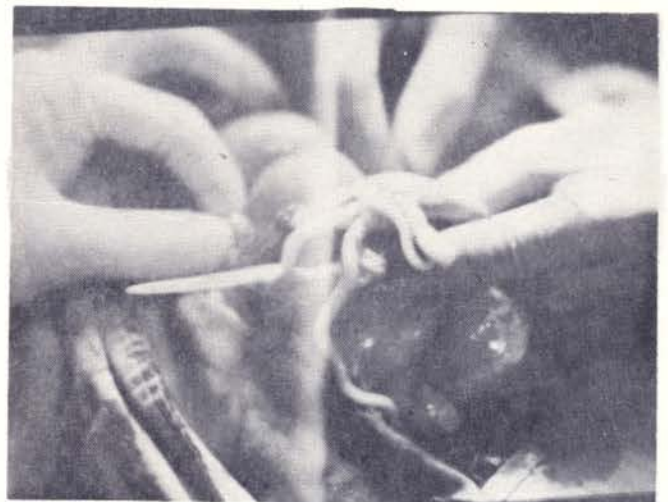


FIGURA No. 1. Perforación ileal observándose áscaris libre en el abdomen.

- (*) Cirujano Pediatra. Servicio de cirugía general, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, R.D. Profesor de cirugía pediátrica, Universidad Eugenio María de Hostos, Santo Domingo, R.D.
 (***) Residente de cirugía general.
 (***) Médico general, Santo Domingo, R.D.

los afectados fueron menores de 4 años, resultando el más joven de seis meses de edad.

Todos los niños tenían más de cinco días de evolución al momento de su ingreso; lucían agudamente enfermos y en mal estado general, presentando un cuadro clínico radiológico de obstrucción intestinal aguda con evidencias de peritonitis, por lo que se decidió su intervención quirúrgica antes de las 48 horas de su admisión al hospital.

Siete pacientes (87%) tenían antecedentes de expulsión de áscaris y uno de rectorragia.

El cuadro No.1 desglosa el diagnóstico preoperatorio observándose una correcta orientación diagnóstica en la mayoría de los casos.

El abordaje quirúrgico fue a través de una incisión media supra e infraumbilical. Al descubrir la cavidad abdominal se encontró abundante material purulento y fibrina interasas con áscaris libres (Fig. 1).

Un paciente tenía una perforación apendicular a través de la cual alcanzaron la cavidad peritoneal más de 20 áscaris. Dos niños presentaban perforación cecal, y la mayoría (cinco infantes) resultaron con perforación ileal. De éstos, uno de ellos presentaba una invaginación intestinal (Fig. 2) y otro un divertículo de Meckel. Ambos estaban perforados.

Los procedimientos quirúrgicos practicados se detallan en el cuadro No.2, destacándose la resección intestinal con anastomosis terminoterminal en cuatro niños (50%). La mortalidad alcanzó al 62.5% de los afectados (5 niños).

DISCUSION

Los áscaris adultos normalmente viven en el intestino delgado humano, donde las hembras fertilizadas ponen aproximadamente dos millones de huevecillos por día. Pueden vivir 5,000 gusanos en el interior del intestino sin causar daños aparentes; no obstante pueden observarse



FIGURA No. 2. Salida de áscaris a través de la cabeza de una invaginación intestinal perforada.

complicaciones graves debidas al ansia de vagar de los parásitos y su natural tendencia a explorar orificios, conductos y cavidades.¹

Del intestino delgado, el yeyuno es el lugar de residencia del parásito, aunque las lesiones que se le atribuyen se describen en el ileon terminal y el ciego,¹⁰⁻¹¹ como las observamos en nuestro estudio. De todas las complicaciones, sin duda alguna la obstrucción intestinal parcial o total por enmadejamiento de los helmintos es con mucho la más frecuente,^{1,12-13} siendo la perforación intestinal con la subsecuente invasión intraperitoneal un evento cuantitativamente reducido. Los trabajos de Ihekwa (3 casos) en Nigeria,⁹ de Rao y col (7 casos) en la India¹⁴ y esta revi-

Cuadro No.1
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Diagnóstico	No. Casos	%
Obstrucción por áscaris	4	50
Perforación intestinal + perforación intestinal por áscaris	3	38
Divertículo de Meckel + obstrucción intestinal	1	12
TOTAL	8	100

Cuadro No.2
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS UTILIZADOS

Procedimiento	No. Casos	%
Resección intestinal y anastomosis término-terminal	4	50
Cierre primario + resección de divertículo de Meckel	1	12
Apendicectomía	1	12
Cecostomía	1	12
Cierre primario	1	12
TOTAL	8	100

sión son una muestra de lo arriba señalado.

El áscaris puede causar perforaciones en enfermedades con úlcera intestinal como la amibiasis, fiebre tifoidea y ulceraciones inespecíficas, y puede también producir necrosis de la pared intestinal cuando están atrapados y/o confinados en un espacio como el apéndice, conducto pancreático, vías biliares o divertículo de Meckel.¹⁰⁻¹⁵

La asociación de ascariasis con apendicitis es bien conocida desde 1824.^{2,16-17}

Se ha señalado que los parásitos excretan alguna sustancia que aunada a los cambios inflamatorios y a la infiltración linfocitaria favorecen la necrosis y la perforación.^{13,18}

Aunque en los casos no complicados de ascariasis las manifestaciones son vagas y poco características,^{1,9} pudiendo solamente observarse inapetencia y palidez, en ocasiones dolor intermitente leve, periumbilical y excepcionalmente vómitos, en situaciones de obstrucción intestinal con grave isquemia y perforación intestinal el cortejo es de instalación dramática, con alteraciones importantes de su estado general. Este fue el comportamiento de nuestros pacientes, lo que explica que hubiera como se presenta en el cuadro No.1 una correcta orientación diagnóstica y una firme decisión quirúrgica.

En nuestra serie el grupo preescolar fue el más afectado, lo que coincide con otros análisis similares.^{12,14,19}

Al igual que otros autores,^{18,20} a la mayoría de los afectados con perforación intestinal y peritonitis se les practicó cierre primario de la perforación o resección intestinal cuando el caso lo requirió, seguido de un abundante lavado peritoneal transoperatorio tratando de eliminar los detritus intestinales y pequeños parásitos que hubiesen salido. Sin embargo, aunque no objetamos totalmente los procedimientos utilizados y detallados en el cuadro No.2, hay que tener presente el riesgo considerable que se corre con estos pacientes en casos de resecciones y anastomosis, por cuanto los vermes pueden acarrear bacterias intestinales a través de las suturas, ocasionando peritonitis;³ de ahí que creemos conveniente optar por la ileostomía o la ileocolostomía cuando el segmento perforado sea muy extenso, con gran edema vecinal o cuando la contaminación sea general, catastrófica,^{1,21} a pesar de la convicción de que la fístula será fuente importante de pérdidas hidroiónicas que llevarán complicaciones adicionales y por ende una elevación de la morbilidad.

Diversos autores^{2,14-15,22} coinciden en afirmar que la mortalidad por ascariasis intraperitoneal es alta; de ahí la necesidad de prevenir esta complicación y de afinar los elementos clínicos, de forma tal que sea hecho el diagnóstico lo más rápido posible. Sin embargo, llama a preocupación el hecho de que nuestra mortalidad (62.5%) de por sí alta, haya experimentado un aumento en comparación a la revelada (50%) en un trabajo nacional publicado en 1981.²³

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Baeza-Herrera C, Franco-Vásquez R, Santos-Mariscal F, Pérez-Zamudo B: Volvulus por ascariasis intestinal masiva. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1985; 42 (2): 131-134.
2. Nagar H: Surgical aspects of parasitic disease in childhood. *J Pediatr Surg* 1987; 22 (4): 325-331.
3. Carrada-Bravo T: Ascariasis infantil como problema de salud pública. *Bol Méd Hosp Infant Mex* 1984; 41 (11): 636-63.
4. Mendoza HR: Crisis de dolor abdominal producido por áscaris en el duodeno. *Arch Dom Ped* 1966; 2 (1): 31-33.
5. Santillan-Doherty P, Juárez de la Cruz, F, Guraieb-Barragan, E, Gallo-Reynoso S, Rosa-Laris C: Parasitosis de vías biliares: *Ascaris lumbricoides*. *Rev Invest Clin (Méx)* 1986; 38: 297-302.
6. Curz-López A, Gil-Barbosa M, Santiago-Emicente A, Quiñones-Ortiz V: Ascariasis errática. Presentación de un caso. *Acta Pediatr Mex* 1986; 7 (3): 106-107.
7. Wiersma R, Hadley CP: Smalla Bowel volvulus complicating intestinal ascariasis in children. *Br J Surg* 1988; 75: 86-87.
8. Jenkins M, Beach MW: Intestinal obstruction due to ascariasis. *Pediatrics* 1954; 3: 419-425.
9. Ihekwa FN: *Ascaris lumbricoides* and perforation of the ileum: a critical review. *Br J Surg* 1979; 66: 132-134.
10. Efem SEE: *Ascaris lumbricoides* and intestinal perforation. *Br J Surg* 1987; 74: 643-644.
11. Piggot J, Hansbarger EA, Neafie RC: Human ascariasis. *Am J Clin Pathol* 1970; 53: 223-224.
12. Blumenthal DS, Schultz MG: Incidence of intestinal obstruction in children infected with *ascaris lumbricoides*. *Am J Trop Med Hyg* 1975; 24: 801-805.
13. Waller CHE, Othersen BH: Ascariasis surgical complications in children. *Am J Surg* 1970; 120: 50-58.
14. Rao PLNG, Satyanarayana G, Venkatesh A: Intraperitoneal ascariasis. *J Pediatr Surg* 1988; 23 (10): 36-38.
15. Louw JH: Abdominal complications of *ascaris lumbricoides* infestation in children. *Br J Surg* 1966; 53: 510-521.
16. Paul M: The movements of the adult *ascaris lumbricoides*. *Br J Surg* 1972; 66: 132-134.
17. Smedresman P: *Ascaris lumbricoides* as an unusual cause of appendicitis in an 8-year-old girl. *Clin Ped* 1977; 16: 17-201.
18. Porrás-Ramírez G: Complicaciones digestivas por ascariasis que requieren cirugía. *Acta Pediatr Mex* 1985; 6 (4): 163-166.
19. Lagunas-Flores A, Javier Reynaga F: Obstrucción intestinal por ascariasis en la infancia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1978; 35 (1): 197-204.
20. Nadkarni KM, Shetty SD, Kagzy RS, Pinto AC, Bhalerao RA: Small-bowel perforations. *Arch Surg* 1981; 116: 53-57.
21. Corrales JC, Otero H, Cohen A, Arrea C: Ostomía en los niños. *Rev Méd Hosp Nal Niños Costa Rica* 1983; 18 (2): 153-170.
22. Baird JK, Mistrey M, Pimsler M, Connor DH: Fatal human

ascariasis secondary massive infection. Am J Trop Med Hyg 1986; 35 (2): 314-318.

23. Díaz F, Sánchez R, Rosario L, Peña L: Obstrucción intestinal por áscaris. Acta Méd Dom 1981; 245-248.