

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

ASCARIDIASIS ERRATICA

*Dra. Ania Emilia Fernández Moreno¹, Dr. Yoel A. Fernández Moreno²,
Dr. Erick Milán Dinza³, Dr. Pedro Luis González Rondón⁴, Dra. María
Viamonte Tapia⁵, Dr. Felipe Saíz Machado.⁵*

RESUMEN

La ascaridiasis es una de las parasitosis intestinales más comunes del hombre, afecta por igual a ambos sexos especialmente en la niñez. La forma más común de presentación es la infestación crónica del aparato gastrointestinal. Es excepcional la localización errática del parásito adulto. Las localizaciones más comunes fuera del intestino delgado son: vías biliares, apéndice e hígado. Se presenta el caso de un adulto diabético sin evidencias clínicas ni humorales de infestación por áscaris, que después de una cirugía mayor de tórax se comprobó la presencia de este parásito adulto en el líquido pleural.

Palabras clave: ASCARIDIASIS/diagnóstico, ASCARIDIASIS/epidemiología, DERRAME PLEURAL/etiología

INTRODUCCION

La ascaridiasis es una de las parasitosis más comunes del hombre y se calcula que más de un cuarto de la población mundial está infectada. Se encuentra íntimamente relacionada con la desnutrición. Su prevalencia es más alta en los países en vías de desarrollo del área tropical y subtropical. En los países pobres persiste como un problema de salud pública. Puede ocurrir a cualquier edad, es más frecuente en los niños escolares, persistiendo en la adultez.

¹ *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Neumología. Instructor.*

² *Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Militar “Joaquín Castillo Duany” Santiago de Cuba.*

³ *Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Militar “Joaquín Castillo Duany”*

⁴ *Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital Militar “Joaquín Castillo Duany”*

⁵ *Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. Hospital Militar “Joaquín Castillo Duany”*

Afecta por igual a ambos sexos. Se disemina por contaminación fecal del suelo y se trasmite por contacto mano - boca.¹

La forma de presentación más frecuente es la infección crónica. La localización errática en otros órganos como parásito adulto es infrecuente. Los áscaris lumbricoides adultos que tienen su hábitat normal en el intestino delgado pueden presentar migración errática, sobre todo a las vías biliares, el apéndice y el hígado; en estas localizaciones las complicaciones, aunque inusuales, pueden ser devastadoras.²

Es raro el derrame pleural por áscaris; cuando se produce se atribuye a una reacción de hipersensibilidad en el momento del paso de los huevos por los pulmones durante su ciclo vital. El áscaris adulto solo se encuentra en el líquido pleural por la migración errática desde el intestino delgado hasta la pleura, hecho muy infrecuente.³ De lo anterior se infiere el interés en la presentación de este caso, donde se constató el parásito adulto en líquido extraído de la pleura por un sistema de aspiración pleural continua después de toracotomía como parte del tratamiento de un empiema crónico con elevado índice de sospecha de tuberculosis.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 45 años de edad, diabético hace 6 años que lleva tratamiento regular con glibenclamida, acude a consulta por presentar desde hace 2 meses fiebre vespertina de 38 °C, con carácter intermitente, sin escalofríos y con sudoración nocturna, acompañada de tos seca. Refirió que dos semanas anteriores al ingreso apareció dolor torácico derecho y disnea de esfuerzo, además de astenia y pérdida de peso. Se confirma la presencia de un derrame pleural derecho de mediana cuantía.

Se confirma en un exudado predominio de neutrófilos y se decide administrar antibióticos del tipo de las cefalosporinas de tercera generación; 21 días después hay mejoría clínica con disminución del volumen del derrame, por ello, se egresa con la sospecha de etiología bacteriana.

Un mes después reingresa por reaparición de la fiebre e incremento de la disnea de esfuerzo y dolor torácico. Se confirma a través de radiografía de tórax y tomografía axial computarizada presencia de un gran casquete pleural que atrapa todo el pulmón derecho colapsando el lóbulo medio e inferior. En ultrasonido de tórax escasa cantidad de líquido pleural en la base pulmonar.

Se realiza toracotomía con decorticación lográndose la expansión del pulmón y se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos, se deja sonda para aspiración continua por la que se extraen varios parásitos adultos con características compatibles con áscaris lumbricoides. La evolución es satisfactoria y posteriormente se egresa cumpliendo tratamiento antituberculoso completo. Después de siete meses el paciente se considera curado con excelente estado físico y función pulmonar.

Examen físico:

Peso: 64 kg

Talla: 178 cm

Panículo adiposo muy disminuido.

Aparato respiratorio: Retracción del hemitórax derecho, expansibilidad torácica disminuida, vibraciones vocales muy disminuidas, matidez percutoria y murmullo vesicular abolido en el tercio medio de ese hemitórax. Frecuencia respiratoria 28 respiraciones por minuto.

Complementarios:

Hemograma completo:

Hemoglobina: 118 g/L

Leucocitos: $10 \times 10^9/L$. Diferencial normal.

Eritrosedimentación: 72 mm/h.

Glicemia: 6.7 mmol/L

Proteínas totales: 79 g/L

VIH: Negativo

Prueba de tuberculina: 5 mm.

Espustos BAAR I - V: Codificación 0

Espustos citológicos I - V: Negativos

Ultrasonido de tórax: Escasa cantidad de líquido pleural en la base pulmonar con múltiples tabiques en su interior y elementos en suspensión.

Radiografía de tórax PA: Opacidad homogénea de contornos mal definidos que ocupa lóbulo medio e inferior del pulmón que impresiona engrosamiento pleural y atelectasia (Figuras 1).

Tomografía axial computarizada: Imagen hiperdensa de 15 UH, con aspecto de derrame pleural derecho tabicado, colapso del pulmón ipsilateral.

Biopsia de pleura: Fragmento de tejido colagenizado con infiltrado inflamatorio linfocitario y algunas células gigantes con depósito de hemosiderina, Ziehl-Neelsen negativo.

Cultivo de tejido en medio Löwenstein - Jensen: Negativo

DISCUSION DEL CASO

La infestación por *áscaris lumbricoides* en el hombre guarda una estrecha relación con las condiciones sanitarias del medio en que vive la persona. La contaminación es favorecida por la contaminación, por las malas condiciones socio-económicas, pobreza extrema y las condiciones climáticas de calor y humedad que favorecen la vida y el crecimiento de los parásitos en sus diferentes etapas: huevos, larvas, y adultos.⁴

La infección se adquiere mediante la ingesta de huevos de *áscaris* presentes en otros seres humanos o en alimentos, agua o en tierra. Los huevos alcanzan el intestino delgado, liberando larvas que atraviesan la pared intestinal para, por vía hemática o linfática, alcanzar los pulmones. Una vez en el interior de los alveolos migran de forma ascendente por el árbol traqueobronquial hasta alcanzar la laringe y ser deglutido. En el tracto digestivo completan su maduración a gusano adulto. Si la infestación es intensa pueden formar abscesos o fístulas, pudiendo pasar de esta manera a la cavidad pleural o pasar a través de los capilares pulmonares al corazón izquierdo y, de allí, a la circulación sistémica, fenómeno conocido como migración errática. Esta situación se ve favorecida por múltiples factores como: fiebre, desnutrición, estrés, diarreas, anestesia, entre otros.⁵

En el aparato respiratorio los helmintos dan lugar a las manifestaciones clínicas por tres mecanismos principales:

- a) Por lesión mecánica debido a la presencia del parásito adulto.
- b) Por respuesta inmunológica al parásito o a elementos de éste.
- c) Secundariamente, tras la infección de otro órgano.

La más frecuente y sintomática es la producida por reacción de hipersensibilidad durante su ciclo vital, siendo excepcional el derrame pleural por los *áscaris lumbricoides*, y su asociación con eosinofilia periférica es un dato casi constante.⁶

El grado de afectación respiratoria dependerá del número de parásitos (o el grado de infestación) y de la respuesta inmunológica del huésped, por ello las parasitosis son una causa rara de enfermedad pulmonar significativa en pacientes con inmunidad conservada. La enfermedad clínica está limitada a sujetos con alta carga de verme adulto.⁷

La leucocitosis eosinofílica es usualmente notoria durante la fase migratoria larvaria y la migración errática del parásito adulto, pero tiende a disminuir y, a veces, a desaparecer durante la fase intestinal crónica de la infección.⁸

Los hallazgos patológicos de los pacientes con ascaridiasis errática están íntimamente relacionados con el proceso inflamatorio durante la migración errática; microscópicamente se puede observar tejido fibroso bien delimitado, semejando una tuberculosis. El hallazgo histopatológico consiste en un proceso inflamatorio granulomatoso con reacción fibroblástica.⁹

Para el diagnóstico es necesaria la presencia del parásito en cualquiera de sus formas en tejidos, material fecal u otro tipo de muestra. El diagnóstico diferencial se debe hacer con otros parásitos como el enterobius vermiculares, esquistosomiasis y paragonimiasis.

El tratamiento es principalmente farmacológico, siendo los más utilizados el mebendazol y albendazol, ambos con igual efectividad, sin olvidar las orientaciones educacionales para prevenir las recaídas o extensión a convivientes. La educación sanitaria, la mejora en las condiciones higiénicas, el acceso al agua potable y baños adecuados, han tenido un impacto en el control de la enfermedad.

La aparición de áscaris adultos en el líquido extraído de la pleura hizo considerar la posibilidad de la etiología parasitaria como causa del derrame crónico, sin embargo, no se encontró en la literatura consultada ningún caso con estas características clínicas donde el parásito adulto migrara al espacio pleural previamente sano y ocasionara el derrame crónico, con extensa paquipleuritis, que se encontró en este paciente.

Este adulto joven, con enfermedad inmunosupresora, pleuresía en la que predominan linfocitos en el líquido pleural e infiltrado inflamatorio linfocitario y algunas células gigantes con depósito de hemosiderina, a pesar de no demostrarse el bacilo tuberculoso, el diagnóstico más probable que presenta es el de tuberculosis pleural; entonces, el parasitismo errático sería un elemento

sobreañadido. La evolución clínica es un elemento más que apoya el diagnóstico planteado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Botero D, Restrepo M. Parasitosis Humanas.3ªed. Medellín: Corporación para la investigación biológica; 1998.p.293-333.
2. Corredor A, Arciniegas E, Hernández CA. Parasitismo intestinal. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2004.p.23.
3. Pérez-Arrellano JG, Andrade MA, López J, Carranza C, Muro A. Helmintos y aparato respiratorio. Arch Bronconeumología. 2006; 42:2.
4. Anzures B. Absceso hepático ascaridiano en pediatría. Reporte de tres casos y revisión de la literatura. Rev Enf Infec Pediat. 2004; 17 (67): 71- 79.
5. Valderrama J, Arias V, Parra E. Haga usted el diagnóstico. Biomédica. 2005; 25(1).
6. Muñoz C, Pérez JL. Características generales de las Enfermedades parasitarias. En: Ausina V, Moreno GS, editores. Tratado SEIMC de Enfermedades infecciosas y Microbiología clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
7. Martinez S, Restrepo SC, Carrillo JA, Betancourt SL. Thoracic Manifestations of Tropical Parasitic Infections: A Pictorial review. Radiographic. 2005; 25: 135-155.
8. Zumla AL, James DG. Immunologic aspects of tropical lung disease. Clin Chest Med. 2002; 23: 283-303
9. Marcial RA. Pathology of protozoad and helmintic disease with clinical correlation. 2ªed. Baltimore: Williard and Wilkins; 1999. p.769.



Figura 1. Radiografía de tórax PA.