

**M. Cerrillo<sup>a</sup>**  
**P. García<sup>b</sup>**  
**M. del Valle<sup>a</sup>**  
**A. Navarro<sup>b</sup>**  
**A. Amezcua<sup>a</sup>**  
**G. González de Merlo<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario de Albacete. Albacete. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Albacete. Albacete. España.

**Correspondencia:**

Dra. M. Cerrillo Martínez.  
Batalla del Salado, 11. 02002 Albacete. España.

Fecha de recepción: 13/5/04

Aceptado para su publicación: 20/4/05

---

***Ascaris lumbricoides* como  
causa de vómitos  
incoercibles en una gestante  
de 13 semanas**

457

*Ascaris lumbricoides as a cause  
of incoercible vomiting in 13-  
week pregnant woman*

**RESUMEN**

*Ascaris lumbricoides* es el mayor nematodo intestinal, parásito de la especie humana, y llega a alcanzar 40 cm. *Ascaris lumbricoides* se encuentra ampliamente distribuido por las regiones tropicales y subtropicales, y se calcula que en el mundo están infectadas hasta 1.000 millones de personas. Casi todas las personas infectadas presentan cantidades pequeñas de gusanos y están asintomáticas. La enfermedad clínica surge por hipersensibilidad pulmonar y complicaciones intestinales.

La presencia de parasitosis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cuadros de vómitos y otros síntomas digestivos, especialmente en gestantes procedentes de áreas endémicas. Así, nosotros presentamos un caso clínico de una gestante de 13 semanas, natural de Ecuador y residente en España desde hacía 3 meses, que presentó un cuadro de vómitos incoercibles que resultó deberse a una infección por *Ascaris lumbricoides*. Se instauró tratamiento para erradicar esta infección.

**PALABRAS CLAVE**

Embarazo. *Ascaris lumbricoides*. Vómitos.  
Parasitosis.

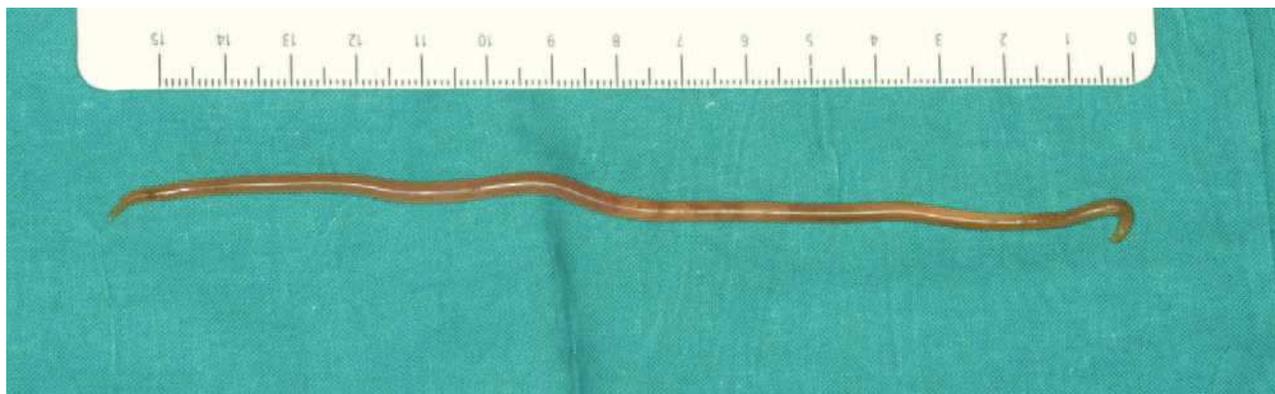
**ABSTRACT**

*Ascaris lumbricoides* is the largest intestinal nematode and can reach up to 40 cm. It is a human parasite. *A lumbricoides* is widespread in tropical and subtropical regions with an estimated worldwide prevalence of over one thousand million people. Nearly all infected individuals present few worms and are asymptomatic. Symptoms occur when pulmonary hypersensitivity or intestinal complications appear.

The presence of parasitosis should be considered in the differential diagnosis of cases of incoercible vomiting and other gastrointestinal symptoms, especially in pregnant women from endemic areas. We present a case of *A lumbricoides* in a 13-week pregnant woman from Ecuador who had been resident in Spain for 3 months and who presented incoercible vomiting. She received antiparasitic therapy with favorable outcome.

**KEY WORDS**

Pregnancy. *Ascaris lumbricoides*. Vomiting.  
Parasitosis.



**Figura 1.** *Ascaris lumbricoides* como causa de vómitos incoercibles en una gestante de 13 semanas.

## INTRODUCCION

*Ascaris lumbricoides* es el mayor nematodo parásito de la especie humana, y puede llegar a alcanzar 40 cm. Se encuentra distribuido en regiones tropicales y subtropicales, y se calcula que en el mundo están infectadas unas 1.000 millones de personas.

Presentamos un caso clínico de una gestante de 13 semanas que comenzó con un cuadro de vómitos incoercibles y a la que se diagnosticó una infección por *Ascaris lumbricoides*.

El aumento de la inmigración nos obliga a pensar en la posibilidad de encontrarnos una parasitosis en gestantes procedentes de áreas endémicas que acuden por vómitos al inicio de la gestación como diagnóstico diferencial de hiperemesis gravídica y de otros cuadros digestivos que se producen durante el embarazo.

## CASO CLÍNICO

Gestante de 13 semanas, natural de Ecuador, residente en España desde hace 3 meses, que acude al servicio de urgencias por presentar un cuadro de vómitos incoercibles de 1 semana de evolución, que no ceden a pesar del tratamiento médico con antieméticos. La paciente tiene un cuadro de debilidad y mareo acompañante, y no refiere cambios en el hábito intestinal.

No tiene antecedentes medicoquirúrgicos de interés, y sus antecedentes ginecoobstétricos son: me-

narquía a los 12 años y menstruaciones cada 28 días; es primigesta.

En la exploración física, las constantes son normales, presenta una ligera sequedad de mucosas y no tiene focalidad neurológica.

En la exploración ginecológica muestra unos genitales externos y una vagina normales, un cérvix cerrado y formado, y un útero en anteversión aumentado de tamaño correspondiente a amenorrea. El abdomen es blando, depresible y no es doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias y no presenta signos de irritación peritoneal. El signo de Murphy es negativo.

En la analítica destaca, en el hemograma: hemoglobina (Hb), 11,5 g/dl; hematocrito, 30,9%; plaquetas, 219.000/l; leucocitos, 7.000/l (eosinófilos normales). La coagulación es normal. Bioquímica: K<sup>+</sup> 3,3 mEq/l, con el resto de parámetros analizados normales.

La ecografía obstétrica muestra una gestación evolutiva de 13 semanas, con placenta y líquido amniótico normal.

En el ingreso se inició tratamiento con sueroterapia y metoclopropamida por vía intravenosa, sospechando una hiperemesis gravídica. A las 8 h del ingreso recibimos un aviso por expulsión con el vómito de un nematodo, de aproximadamente 15 cm (fig. 1).

Se consulta con el servicio de medicina interna y, ante la sospecha de ascariasis, se decide pautar tratamiento con pamoato de pirantel en dosis única (11 mg/kg).

Se decide pedir una serie de pruebas complementarias que muestran los siguientes resultados:

- Ecografía abdominal: normal.
- Examen parasitológico en heces: se observan cristales de Charcot-Leyden (eosinofilia). No se observan huevos de *Ascaris*.
- Examen parasitológico del nematodo: *Ascaris lumbricoides*, adulto, macho.

Tras instaurar el tratamiento, la paciente mejora y tras varios días asintomática, y con el diagnóstico de una parasitosis por *Ascaris lumbricoides*, se procede al alta, con control ambulatorio por su tocólogo. El embarazo cursa con normalidad, salvo por 2 ingresos por pielonefritis aguda; en ambos se realiza una ecografía renal que muestra una dilatación pielocalicial en el riñón derecho, con urocultivo positivo para *Klebsiella pneumoniae* que negativizan con un tratamiento antibiótico. En la semana 35 es diagnosticada de epilepsia tras presentar varias crisis parciales simples.

En la semana 37 ingresa en nuestro servicio en fase activa de parto; la gestación se finaliza mediante un parto eutócico y monitorizado con anestesia epidural, teniendo un recién nacido sano de 2.660 g. La placenta microscópicamente es de aspecto normal, y el recién nacido se encuentra sano.

## DISCUSIÓN

La parasitosis intestinal supone un problema importante de salud pública en países en vías de desarrollo, particularmente en regiones tropicales<sup>1</sup>. Las mujeres embarazadas no escapan al problema de la parasitosis intestinal. En áreas endémicas, la prevalencia de parasitosis intestinal en gestantes oscila entre el 38 y el 90%<sup>2</sup>.

La parasitosis durante el embarazo puede suponer un grave peligro para la salud de la madre y la gestación. La embarazada no posee susceptibilidad aumentada frente a las infecciones parasitarias y puede presentar las mismas manifestaciones clínicas (diarrea, disentería, flatulencia, prurito anal, anemia, vómitos...) y complicaciones (obstrucción hepatobiliar, intestinal<sup>3</sup> y pancreática; también una deficiente absorción de grasas, proteínas, vitamina A, y lactosa), que en otros períodos de la vida<sup>4</sup>. Estos episo-

dios durante el embarazo pueden disminuir el aporte de nutrientes en la madre y, como consecuencia de ello, en el feto. Se realizaron 2 estudios en Guatemala donde encontraron asociación entre estas infecciones parasitarias y fetos CIR<sup>5</sup>, y en otros se ha relacionado con prematuridad y transmisión placentaria de *Ascaris lumbricoides*<sup>2</sup>.

*Ascaris lumbricoides*, en su forma adulta, mide 20-40 cm de largo, 5 mm de grosor, es cilíndrico, de color blanco o rosado, musculoso y móvil (fig. 1). Vive fundamentalmente en el yeyuno, sin adherirse a la pared. El origen de este tipo de infestación es la ingesta de vegetales crudos abonados con deyecciones humanas contaminadas. Cuando los huevos embrionados llegan al estómago el jugo gástrico hace que pierdan su cubierta y las larvas quedan en libertad. A continuación, atraviesan la pared intestinal, entran en la vena porta y a través de ésta llegan al pulmón. Desde éste, por la tráquea, vuelven a alcanzar el tubo digestivo. Unos 2 meses después de la contaminación aparecen los primeros huevos en las heces. Casi todas las personas infectadas están asintomáticas, pero pueden surgir complicaciones, tanto pulmonares (neumonitis por hipersensibilidad), como intestinales (dolor abdominal, vómitos, obstrucción intestinal y enfermedad biliar)<sup>6</sup>.

La ascariasis ha de tratarse siempre para prevenir complicaciones potencialmente graves, como las antes mencionadas. Dálauro<sup>7</sup> y McLeod et al<sup>8</sup> proponen que el tratamiento de la parasitosis intestinal durante el embarazo debe considerarse sólo cuando el parásito cause síntomas clínicos, o pueda causar problemas de salud pública, y sugieren que las pacientes han de ser tratadas después del parto en caso de estar asintomáticas. Los benzimidazoles (mabendazol, albendazol) y el pamoato de pirantel son los agentes más usados en el tratamiento de la ascariasis. Los 2 primeros poseen una biodisponibilidad reducida debido a la absorción eficiente y al fenómeno del primer paso en el hígado; la dosis a la que suelen ser eficaces es de 100 mg/12 h durante 3 días; pero son embriotóxicos y teratogénicos en estudios en animales, por lo que están contraindicados en el embarazo. El pamoato de pirantel es un análogo m-oxiferol de pirantel, eficaz como tratamiento en una sola dosis de 11 mg/kg de peso. Se absorbe en poca cantidad en las vías gastrointestinales, de manera que tiene una acción selectiva en los nematodos que habitan en estas vías. Se puede

460 administrar en el embarazo puesto que no posee la capacidad teratogénica de los benzimidazoles<sup>9</sup>.

El aumento de la inmigración en España obliga a pensar en la posibilidad de encontrarnos una parasitosis en gestantes procedentes de áreas endémicas que acuden por vómitos al inicio de la gestación como diagnóstico diferencial de hiperemesis gravídica

y de otros trastornos gastrointestinales que se pueden producir durante el embarazo.

Sería recomendable realizar la búsqueda de parásitos en heces en los controles de las gestantes procedentes de áreas endémicas, dado que el tratamiento de estas parasitosis podría prevenir potenciales complicaciones durante la gestación.

### BIBLIOGRAFÍA

1. StGeorgiev. Pharmacotherapy of ascariasis. *Expert Opin Pharmacoter.* 2001;2:223-3.
2. Rodríguez-García R. Prevalence and risk factors associated with intestinal parasitoses in pregnant women and their relation to the infant's birth weight. *Ginecol Obstet Mex.* 2002;70:338-43.
3. Méndez Roman A. Intestinal obstruction caused by ascaris in pregnancy. Report of a case. *Gynecol Obstet Mex.* Feb 1999; 67:50-2.
4. Constantine G. Helminth infestations in Asian women attending an antenatal clinic in England. *British Journal of Obstet and Gynecol.* 1998;95:493-6.
5. Villar J. The effect on fetal growth of protozoan and helminthic infection during the pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1989; 74:915-20.
6. Farreras P, Rozman C, editores. *Medicina interna.* 13.<sup>a</sup> ed. Madrid: McGraw-Hill; 1995. p. 2474-5.
7. Dálauro F. Intestinal parasites and pregnancy. *Obstet Gynaecol.* 1985;66:639-43.
8. MacLeod C, Lee R. Parasitic complications. En: Burrow GN, Ferris T, editors. *Medical complications during pregnancy.* Philadelphia: WB Saunders; 1988. p. 425-47.
9. Goodman & Gilman. *Las bases farmacológicas de la terapéutica.* McGraw Hill. Vol. II. 9.<sup>a</sup> ed. p. 1073-901.