



P-436 - APENDICITIS Y ENTEROCOLITIS ASOCIADA A INFESTACIÓN POR *ENTEROBIUS VERMICULARIS*: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Argüeso, Arsenio¹; Fidalgo Martínez, Celia¹; Soto Gómez, Ricardo¹; Ducas Torrubiana, Alejandro¹; Cea Soriano, Matías¹; Pueyo Rabanal, Alberto¹; Orihuela, Pilar²; Fernández Rodríguez, Manuel¹

¹Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda; ²Hospital Ernest Lluch de Calatayud, Calatayud.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda es una de las afecciones quirúrgicas más comunes, tratada principalmente mediante apendicectomía laparoscópica. Sus causas más frecuentes incluyen infecciones bacterianas, aunque existen etiologías menos comunes como tumores apendiculares e infecciones parasitarias. *Enterobius vermicularis*, un parásito intestinal de la familia de los nematodos, afecta principalmente a niños, especialmente en países con menores recursos. Aunque muchos portadores son asintomáticos, su presentación más frecuente es el prurito anal nocturno. El vínculo entre *E. vermicularis* y apendicitis aguda o ileocolitis sigue siendo un tema debatido, lo que convierte su diagnóstico en un reto clínico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 18 años que ingresó a urgencias con fiebre baja y dolor en la fosa ilíaca derecha de tres días de evolución. Los análisis de sangre mostraron leucocitosis (17.000/ μ L), PCR elevada (56 mg/L) y coagulopatía leve (actividad de protrombina del 61%). Sin antecedentes de trastornos gastrointestinales. La ecografía abdominal mostró un apéndice de tamaño aumentado (6-7 mm) y engrosamiento del ciego, lo que sugería inflamación cecal por contigüidad. Ante la sospecha de apendicitis aguda, se realizó apendicectomía laparoscópica, donde se observó un apéndice mínimamente inflamado en la punta, sin signos de colitis ni afectación ileocecal. El posoperatorio fue sin complicaciones y el paciente fue dado de alta a las 24 horas. Sin embargo, 48 horas después reingresó con nuevos síntomas: dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea. La tomografía computarizada (TC) mostró un engrosamiento difuso del marco cólico e íleon terminal, sugerente de ileocolitis inespecífica. Se inició tratamiento empírico con ciprofloxacino intravenoso. Los coprocultivos y pruebas para *Clostridium difficile* resultaron negativos. Debido a la reciente apendicectomía, no se realizó colonoscopia. A pesar de la mejoría parcial, los síntomas persistieron. Al séptimo día posoperatorio, el análisis anatomo-patológico del apéndice reveló la presencia abrumadora de *Enterobius vermicularis*, confirmando la apendicitis aguda secundaria a enterobiasis. Se suspendió el antibiótico y se comenzó tratamiento con albendazol 400 mg por vía oral para el tratamiento de la ileocolitis. En 48 horas, el paciente mostró una mejoría clínica notable, con la desaparición de la diarrea y el dolor abdominal. En el seguimiento posterior, el paciente no solo seguía asintomático, sino que también reportó una mejora significativa en su tolerancia gastrointestinal y una ganancia de peso. Esto sugiere que la infestación por *E. vermicularis* pudo haber afectado de manera subclínica su calidad de vida antes de la intervención.

Discusión: La presencia de *Enterobius vermicularis* en apendicectomías es rara, encontrándose en entre el 0,3% y el 4% de los casos. Aunque se ha documentado la relación entre este parásito y la apendicitis, el mecanismo exacto de inducción de inflamación apendicular aún no está completamente claro. Este caso resalta la importancia de incluir *E. vermicularis* en el diagnóstico diferencial de apendicitis aguda e ileocolitis, sobre todo cuando la evolución clínica es atípica o el tratamiento antibiótico no mejora el cuadro. El diagnóstico temprano y el tratamiento con antiparasitarios pueden resultar en una resolución rápida y significativa de los síntomas, como se evidenció en este caso.