

# Niño de 9 años con dolor abdominal crónico

Gema Gutiérrez<sup>a</sup>, Javier Pemán<sup>b</sup> y Antonio Pereda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sección de Gastroenterología Pediátrica. <sup>b</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

## Caso clínico

Varón de 9 años remitido al hospital para estudio por dolor abdominal infraumbilical de 2 años de evolución que en los últimos meses aparece prácticamente a diario. Refiere también dolor ocasional con la ingesta de leche y sensación nauseosa, sin vómitos; deposiciones normales. Los episodios de dolor interrumpen su actividad habitual, pero nunca le despiertan por la noche. Ha seguido tratamiento con prokinético y antiácido, sin mejoría. La exploración por aparatos es normal, con peso en percentil 90-97 y talla en percentil 75-90 para su edad.

Inicialmente se realizó hemograma con fórmula leucocitaria y bioquímica sanguínea, que fueron normales, estudio parasitológico en heces, que fue negativo, y dieta exenta de lactosa, que no mejoró la sintomatología. Durante el seguimiento se realizaron las siguientes exploraciones: ecografía abdominal, test de C13-urea en aire espirado, tránsito intestinal completo, determinación de sangre oculta en heces, y estudio de porfirinas, que fueron normales. Asimismo se realizó endoscopia digestiva alta, que evidenció una gastritis crónica antral con presencia de *Helicobacter pylori*, por lo que recibió tratamiento con omeprazol, metronidazol y claritromicina, sin mejoría clínica.

Se repitió estudio parasitológico en heces, que mostró cristales de Charcot-Leyden, por lo que recibió tratamiento antiparasitario. Al persistir el dolor abdominal, 10 meses más tarde se repitió la endoscopia, sin demostrarse lesión en la mucosa antral. El paciente fue valorado también por la unidad de psiquiatría, detectándose un trastorno psicosomático leve, que fue tratado, con lo cual mejoraron los síntomas, aunque sin desaparecer por completo.

Finalmente se realizó una laparoscopia que no evidenció hallazgos patológicos. En el mismo acto se practicó una appendicectomía. En el examen anatomo-patológico no se observaron alteraciones de la superficie del apéndice, aunque sí se apreció cierta dilatación de la luz y la presencia de estructuras en su interior (figs. 1 y 2).

## Evolución

Las estructuras observadas en los cortes histológicos correspondían a formas adultas de *Enterobius vermicularis*. El paciente recibió tratamiento con mebendazol.

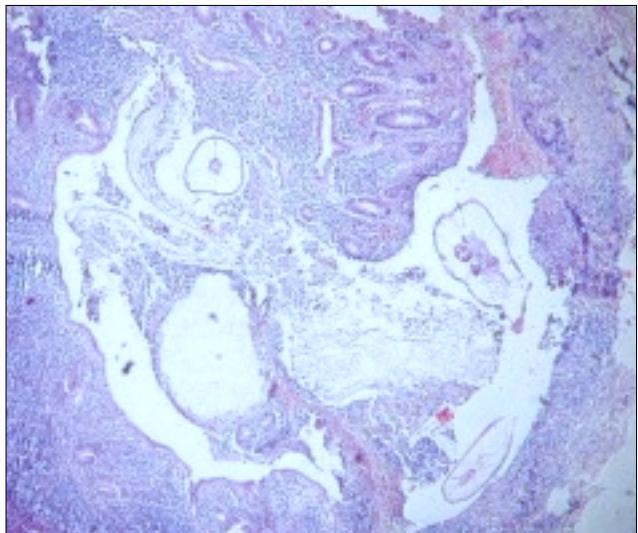


Figura 1. Tinción con hematoxilina-eosina de una sección transversal del apéndice ( $\times 10$ ). En el interior de su luz se aprecian tres estructuras parasitarias.

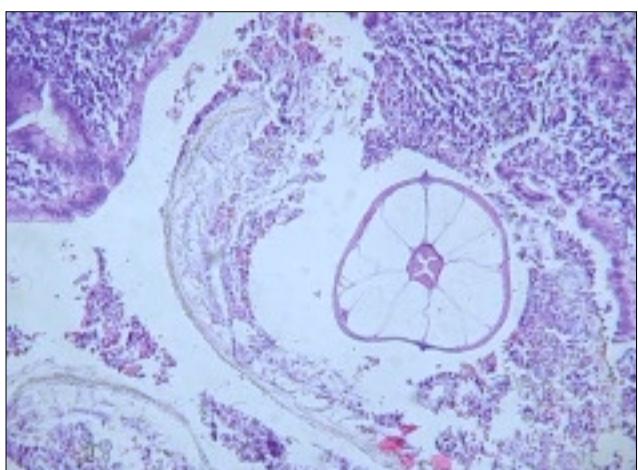


Figura 2. Estructura parasitaria en el interior de la luz apendicular (HE,  $\times 40$ ).

Desde la laparoscopia el paciente ha permanecido totalmente asintomático.

## Comentario

La enterobiasis constituye la causa más frecuente de parasitación por helmintos en países desarrollados. En Estados Unidos afecta al 30% de los niños y al 16% de los adultos.

Correspondencia: Dr. A. Pereda.  
Avda. Campanar, 92, pta. 11. 46015 Valencia. España.  
Correo electrónico: aperedap@medynet.com

Manuscrito recibido el 11-06-2002; aceptado el 26-07-2002.

*E. vermicularis* es un nematodo pequeño, filiforme y de color blanquecino-amarillento. Las hembras adultas ( $8-13 \times 0,3-0,5$  mm) son mayores que los machos ( $2-5 \times 0,1-0,2$  mm). Su extremo anterior carece de cápsula bucal, pero posee tres labios y dos expansiones cefálicas vesiculares (v. fig. 1). Está rodeado por una cutícula externa estriada de 1-5  $\mu\text{m}$  de grosor que contiene dos estrechas alas laterales muy características (v. fig. 2)<sup>1</sup>.

*E. vermicularis* completa su ciclo vital en unas 6 semanas. El hombre es su huésped natural, sin que se conozcan huéspedes intermedios. Los individuos adultos habitan en las porciones distales del intestino delgado, ciego y apéndice. Las hembras grávidas migran hacia el recto para depositar los huevos embrionados en la región perianal y perineal<sup>1</sup>. Los pacientes infectados suelen presentar prurito anal y dermatitis eccematosa producida por la migración de las hembras grávidas a la región perianal y perivaginal. Algunos pacientes refieren insomnio, irritabilidad, inestabilidad emocional, reacciones alérgicas o enuresis<sup>2</sup>.

Los parásitos adultos en el interior de la luz intestinal no producen ninguna sintomatología, pero si se

encuentran cerca del apéndice pueden obstruir la luz apendicular provocando dolor en fosa ilíaca derecha, pudiendo originar un cuadro de dolor abdominal crónico que se encuadraría dentro del diagnóstico de cólico apendicular<sup>3</sup>.

La morfología característica de los huevos y la presencia de aletas laterales en los adultos facilitan la identificación de *E. vermicularis*, tanto en las muestras intestinales como en las lesiones ectópicas<sup>1</sup>.

Para el diagnóstico de enterobiasis es necesario el estudio microscópico de una muestra perianal utilizando la técnica de la cinta adhesiva de Graham, mediante la cual puede observarse fácilmente la presencia de los típicos huevos. Sin embargo, en algunos niños parasitados la presencia de huevos en la región perianal es intermitente, por lo que se recomienda repetir la toma de muestras 3 días alternos, siempre por la mañana y antes de defecar o bañarse.

## Bibliografía

1. García LS, Bruckner DA. Diagnostic Medical Parasitology. 3th ed. Washington: ASM Press, 1997.
2. Comité de Enfermedades Infecciosas de la Academia Americana de Pediatría. Red Book. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 1997.
3. Stevenson RJ. Chronic right-lower-quadrant abdominal pain: Is there a role for elective appendectomy? J Pediatr Surg 1999;34:950-4.

### Respuestas a las preguntas de formación continuada

- |      |       |
|------|-------|
| 1. c | 6. d  |
| 2. a | 7. e  |
| 3. d | 8. d  |
| 4. a | 9. a  |
| 5. b | 10. c |