

Ascariasis

Diagnóstico final

Ascariasis

Hallazgos radiológicos

Presencia de estructura tubular hipodensa en el intestino delgado rodeada de Gastrografín® con contenido denso lineal en su interior que corresponde a Gastrografín® ingerido, compatible con parásito endoluminal.

Comentario

El *Ascaris lumbricoides* es un parásito de la familia de los nematodos que puede llegar a medir más de 35 cm de largo. Al año el 25% de la población mundial, predominantemente en el Sudeste asiático y África, presentan una infección por *Ascaris lumbricoides*¹.

Ascariasis es el término utilizado para nombrar la infección intestinal por *Ascaris lumbricoides*. La vía de transmisión es la ingesta de alimentos o agua contaminados con heces humanas que contienen huevos de *Ascaris*; éstos dan lugar a larvas que atraviesan la mucosa intestinal, y por vía hemática se dirigen al pulmón, donde pasan a la vía aérea desembocando en los bronquios y la tráquea, y al pasar a la faringe el paciente las traga ya como parásito adulto y se fijan a la mucosa intestinal, donde puede permanecer durante 6 meses a un año, en el caso de que sea hembra. Un paciente puede llegar a presentar 1.000 parásitos en su tubo digestivo¹.

El cuadro clínico que acompaña la ascariasis puede ser muy inespecífico (dolor abdominal, náuseas, vómitos, anorexia y pérdida de peso) y en la mayoría de los casos el paciente está asintomático. En el caso de presentar complicaciones las más comunes son la malnutrición y obstrucción intestinal mecánica. También puede provocar vólvulo o invaginación¹. Además de ascariasis este parásito puede provocar pancreatitis, colecistitis, abscesos hepáticos e incluso taponamiento cardíaco u obstrucción respiratoria².

En la analítica se presenta característicamente con eosinofilia, pero cabe decir que su ausencia no descarta la infección por *Ascaris*.

El diagnóstico radiológico suele ser incidental. Mediante tomografía computarizada de abdomen con contraste oral se observa un defecto de repleción cilíndrico en el tracto digestivo, en cuyo interior en ocasiones podemos encontrar una imagen lineal de contraste que representa la ingesta por parte del nematodo de contraste³. El defecto de repleción puede ser cilíndrico si visualizamos el parásito de forma longitudinal, o esférico (signo del "ojo de buey") si lo visualizamos en su eje transversal³.

Otra técnica de imagen útil para el diagnóstico es la ecografía abdominal, campo diagnóstico donde se han descrito varios signos característicos de la ascariasis: signo del "doble tubo", del "ojo de buey", del *spaghetti-like* o de la "masa de gusanos"⁴.

Además de visualizarse el parásito se pueden presentar signos indirectos de la infección, como son la hepatoesplenomegalia.

El diagnóstico de certeza se realiza mediante la detección de huevos en las heces, como ocurrió en nuestro caso.

El tratamiento consiste en 100 mg de mebendazol oral durante tres días o albendazol 400 mg vía oral dosis única¹; a nuestra paciente se le administró esta segunda terapia obteniéndose un buen resultado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez EJ, Gama MA, Orstein SM, Anderson WD. Ascariasis causing small Bowel volvulus. Radiographics. 2003;23:1291-5.
2. Valentine CC, Hoffner RJ, Henderson SO. Three common presentations of ascariasis infection in an urban emergency department. J Emerg Med. 2001;20:135-9.
3. Sherman SC, Weber JM. The CT diagnosis of ascariasis. J Emerg Med. 2005;28:471-5.
4. Joyce YH, Hui P, Woo CY, et al. Ultrasonographic features of pseudotumorous form of ascariasis. Eur J Radiol. 2001;39:188-93.

Correspondencia:

Carmen Sebastià Cerqueda.
IDI TC-Body.
Hospital General Universitari Vall d'Hebron.
Pg Vall d'Hebron, 119-129.
08015 Barcelona. España.