

Abdomen Agudo Obstructivo por Ascaris

M.C.Vargas, E. Carmona, E. Sahmkow

Vargas M.C., Carmona E., Sahmkow E. Abdomen Agudo Obstructivo por Ascaris. Centro Médico, 1993; 39:73-74.

Resumen

Se revisan 15 casos con diagnóstico preoperatorio de Abdomen Agudo Obstructivo por Ascaris, durante el lapso de Enero 1988-Diciembre 1991, evaluándose el manejo quirúrgico de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios, la evolución post-operatoria de acuerdo a la técnica empleada y el tratamiento médico coadyuvante. Los autores sugieren la anastomosis primaria en los casos que ameriten resección intestinal.

Abstract

Fifteen cases with preoperative diagnosis of obstructive acute abdomen due to ascaris were reviewed between January 1988 to December 1991. The aspect evaluated was the surgical management according to intraoperative finding, the post operative evolution according to the technique employed, and the coadjuvant medical treatment. The author's study suggest a primary anastomosis in those cases which the intestinal resection is indicated.

Palabras claves

Abdomen Agudo, Obstrucción, Ascasis.

INTRODUCCION

En la actualidad, la evaluación de las condiciones de vida confirma que la parasitosis intestinal es una condición endémica en países en desarrollo, los cuales tienen problemas económicos y sociales de fondo, donde una gran parte de la población presenta mal nutrición y adolece de servicios básicos, salud, educación, vivienda adecuada, recreación.^{1,2}

La gran morbilidad o cambios en la sociedad de hoy, y las migraciones masivas de las poblaciones en búsqueda de mejorar sus formas de vida, han producido un aumento de la incidencia de esta patología en los grandes centros urbanos.^{1,2}

Aproximadamente un billón de personas presentan ascariasis. Un estimado de 20.000 personas mueren anualmente por esta patología, siendo fatal en cada 6 x 100.000 niños.²

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico preoperatorio de Obstrucción Intestinal por Ascaris, durante el lapso de Enero 1988 a Diciembre 1991, en el Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos" (Caracas-Venezuela), encontrándose una incidencia de 15 casos, con una distribución por sexo de predominio masculino en un porcentaje de 86.66%, y un rango de edad de: < 2 años: 20%; 2-6 años: 53.33%; 9-8 años: 26.66%.

Se hizo énfasis en los hallazgos quirúrgicos y el manejo de los mismos, observándose lo siguiente:

Dx.Preoperatorio:

Obstrucción Intestinal por ascaris.

Total de casos: 15 (13 varones y 2 hembras)

Dx.Postoperatorio:

- 1) Ovillos ascaridianos: 6 casos (5 y 1) (40% del total)
 - sin compromiso vascular: 5 casos
 - con compromiso vascular: 1 caso
 - perforación intestinal: 0 casos
- 2) Vólvulos Intestinales por ovillos ascaridianos: (40%) 6 casos (5 y 1)
 - sin compromiso vascular: 2 casos
 - con compromiso vascular: 4 casos
 - perforación intestinal: 2 casos
- 3) Divertículo de Meckel: 1 caso, perforado y con ascaris libres en cavidad. (6.66%)
- 4) Abscesos hepáticos: 2 casos. (1 y 2 años). Ambos eran abscesos hepáticos ascaridianos. Pacientes sépticos y fallecen en UTI en 1 y 5 días respectivamente (no presentaban obstrucción intestinal). (13.33%).

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos". Caracas. Venezuela.

Responsable del trabajo: Dr. Eduardo Carmona.

Dirección Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos". Servicio de Cirugía Pediátrica. A. Volmer, Urb. San Bernardino. Telf: 574.3511-574.3177-574.3088. Fax: 573.2920

ANALISIS

Del total de pacientes con ovillos ascaridianos sin vólvulo intestinal, 5 se resolvieron realizándose enterotomía y extracción de los ascaris, y 1 ameritó resección intestinal con anastomosis intestinal término-término (T-T-) en 2 planos. Todos estos pacientes evolucionaron satisfactoriamente, con un promedio de hospitalización entre 5 y 8 días, iniciando tránsito intestinal entre el 3er y 4to día post-operatorio, y el uso de la vía oral entre el 4to y 5to día. Solamente 1 paciente presentó como complicación absceso de pared, por lo que se mantuvo hospitalizado por 17 días. La antibiótico-terapia postoperatoria fue igual en todos ellos, utilizando la combinación de amikacina + clindamicina. Se les indicó piperazina a dosis de 150 mgrs/kg de peso. En este grupo de pacientes sólo se realizaron 2 apendicectomías profilácticas.

Del total de pacientes con vólvulo intestinal por ovillo ascaridiano, 1 no presentó compromiso vascular, por lo que fue desvolvulado + enteromía y extracción de los ovillos de ascaris. De los 5 restantes, 3 presentaron clínica de sepsis, de los cuales 1 se encontraba con perforación intestinal, ascaris libres en cavidad y peritonitis (niña de 2 años) falleciendo a los 48 horas postoperatoria en la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP). Los otros dos pacientes sépticos (niños de 1 y 2 años) presentaban compromiso intestinal importante por necrosis de las asas volvuladas y peritonitis, ameritando resecciones intestinales amplias (100 y 70 cms c/u), anastomosis intestinal T-T en un sólo plano. Ingresan en UTIP, donde permanecen hospitalizados por un lapso de 8-10 días respectivamente. El tratamiento médico coadyuvante utilizado en estos casos sépticos fue: cefotaxime, metronidazol, amikacina, imipenen, NPT, dopamina, piperazina, cimetidina, con una permanencia en UTIP de 9-10 días.

Actualmente uno de estos pacientes (el de mayor resección intestinal) presenta Síndrome de intestino corto, en control por el Servicio de Gastroenterología de este centro. El otro paciente ha evolucionado satisfactoriamente.

A los otros 2 pacientes con vólvulo intestinal por ascaris, se les realizó resección intestinal + anastomosis intestinal T-T- en

2 planos; uno de ellos tenía una perforación sellada. Tratamiento médico: amikacina + metronidazol + cefotaxime + piperazina. Evolucionaron satisfactoriamente, con un promedio de hospitalización de 9-10 días.

A todos estos pacientes se les realizó apendicectomía profiláctica. Iniciaron su tránsito intestinal e forma variable:

Anastomosis 1 solo plano	2-3 días (pacientes sépticos, por lo que el inicio de la vía oral > 7 días.
Anastomosis en 2 planos	> 3 días, inicio de la vía oral > 3 días.

El paciente que presentó perforación de Divertículo de Meckel por ascaris ameritó resección intestinal + anastomosis intestinal T-T (2 planos) + apendicectomía profiláctica.

En esta revisión no encontramos una diferencia significativa en cuanto al tipo de anastomosis intestinal usada, no presentado ninguna de las dos complicaciones como estenosis o fuga de las mismas (a pesar de la presencia de los ascaris). Estas anastomosis se realizaron en todos los pacientes sépticos o no, con una evolución postoperatoria satisfactoria en todos los casos, por lo que consideramos que siempre que las condiciones del paciente lo permitan, debe realizarse la anastomosis intestinal, siendo de nuestra predilección la anastomosis en un sólo plano extramucoso.

El manejo ideal de ese tipo de patología es el diagnóstico temprano de la misma, la cual depende de la vigilancia clínica, diagnóstico diferencial de las obstrucciones intestinales parciales por ascaris, con seguimiento radiológico en aquellos pacientes en los cuales falla el tratamiento médico conservador.^{1,2,3}

BIBLIOGRAFIA

- Ochoa B.: Surgical complications of ascariasis. *World J Surg*; 15(2): 222-227. 1991.
- Tietze PDE., Tietze PH: The roundworm, ascaris lumbricoides. *Prim Care*. 18(1): 25-41. 1991.
- Baeza-Herrera C., Franco-Vasquez R., Santos-Mariscal F., Perez-Zamudio B.: Volvulus caused by massive intestinal ascariasis. *Bol Med Hosp. Infant Mex*. 42(2): 131-134. 1985.