

1 Servicio de Cirugía General
Hospital J. B. Iturraspe.
2 Cátedra Clínica Quirúrgica,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional del Litoral.

deboraramirez09@gmail.com;
ORCID 0009-0006-8731-5006

florvis_94@gmail.com
ORCID 0009-0007-3374-4777

alejandrorabellino@gmail.com
ORCID 0000-0002-0682-3644

oscarbrosutti@gmail.com
ORCID 0000-0002-1859-9299

SigMe.
Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Recepción: 10/10/2023
Aprobación: 01/10/2024

DOI:
10.14409/sigme.2024.2.e0017



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

Informe de casos

Oxiuriasis: una causa a tener en cuenta de apendicitis aguda

Reportes de casos

Ramirez Debora Mariana¹, Visentin Florencia¹, Rabellino Alejandro², Brosutti Oscar¹⁻².

Resumen

La apendicitis aguda (ApA) es una causa frecuente de abdomen agudo (AA) en nuestro medio y una de las indicaciones más comunes de cirugía de urgencia. La presencia de oxiuros en piezas resecadas de apéndices va desde el 0,6 al 13%. Reportamos 10 casos desde diciembre de 2022 a febrero de 2024 en el Hospital J. B. Iturraspe, a los cuales se les realizó apendicectomía videolaparoscópica por cuadros compatibles con apendicitis aguda y se detectó la presencia de oxiuros durante el acto intraoperatorio y en anatomía patológica. Luego de la cirugía, se les instauró tratamiento antihelmíntico. La apendicectomía no completaría el tratamiento, sería necesario establecer un tratamiento antihelmíntico para tratar la infección parasitaria.

Palabras clave

Abdomen agudo inflamatorio, apendicectomía, parasitosis intestinal.

Abstract

Acute appendicitis (ApA) is a frequent cause of acute abdomen (AA) in our environment and one of the most common indications for emergency surgery. The presence of Pinworms in resected pieces of appendixes ranges from 0.6 to 13%. We reported 10 cases from December 2022 to February 2024 at the J. B. Iturraspe Hospital, who underwent video-laparoscopic appendectomy for conditions compatible with acute appendicitis. Pinworms were detected during the intraoperative procedure and in pathological anatomy. After surgery, an anthelmintic treatment was instituted. The appendectomy would not complete the treatment, it would be necessary to establish an anthelmintic treatment to treat the parasitic infection.

Key words

Acute inflammatory abdomen, appendectomy, intestinal parasitosis.

Introducción

La apendicitis aguda (ApA) es una causa frecuente de abdomen agudo (AA) y una de las indicaciones más comunes de cirugía de urgencia. La obstrucción del apéndice cecal ha sido propuesta como la etiología principal de esta enfermedad, siendo por hiperplasia folicular linfoide en jóvenes: en adultos se pueden encontrar fecalitos o neoplasias. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de pacientes, en los que los síntomas apendiculares están motivados por otras causas diferentes a la obstrucción luminal, es necesario completar el acto quirúrgico con otra terapéutica (Alejandre Villalobos et al., 2018).

La infección por parásitos es una causa infrecuente de ApA. Dentro de estas parasitosis se encontraron *Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia* y *Entamoeba histolytica*. La presencia de oxiuros en piezas resecaadas de apéndices va desde el 0,6 al 13% (Tapia y Muñoz, 2011).

A continuación, se presentan diez casos en los que se pudo evidenciar la presencia de oxiuros durante la apendicectomía y en el resultado de anatomía patológica.

Informe de casos

En el servicio de Cirugía del Hospital J. B. Iturraspe, entre diciembre de 2022 y febrero de 2024, se realizaron 304 apendicectomías tanto convencionales como laparoscópicas. De las cuales, en 10 pacientes (5 femeninos - 5 masculinos) la causa fue de oxiuriasis. Las edades comprendidas fueron entre los 15 y 28 años, excepto un caso de 54 años.

Todos los pacientes se presentaron con cuadros de dolor abdominal localizado en FID (fosa iliaca derecha) de 12 hs a 48 hs de evolución, en 7 casos se asociaron a náuseas, vómitos y equivalentes febriles. En el examen físico presentaron un cuadro de defensa y despegue localizado en FID. En el laboratorio de ingreso

presentaron leucocitosis con neutrofilia sin eosinofilia, sin otra alteración significativa. A tres pacientes se le realizó ecografía preoperatoria (imagen tubular, peristáltica, no compresible de 10 mm de diámetro, con aumento ecogénico del mesenterio) confirmando el diagnóstico de ApA en un solo caso. Los 10 pacientes se sometieron a apendicectomía videolaparoscópica constatando ApA congestiva en siete pacientes, ApA gangrenosa y perforada en uno, y los dos restantes presentaban peritonitis generalizada; uno de ellos presentaba una perforación cecal en la que se realizó cecorrafia videolaparoscópica. En dos de los casos se vieron los parásitos en la sección apendicular, y los restantes se confirmaron por los hallazgos de Anatomía Patológica (Figura 1). En los pacientes que presentaron peritonitis, se tomó cultivo del líquido purulento de la cavidad abdominal donde se desarrollaron los siguientes microorganismos: *Escherichia Coli*, *Proteus Mirabilis* y *Enterococcus Faecium*. Todos los casos fueron tratados con antibióticos (Gentamicina 240 mg/ día y Metronidazol 500 mg cada 8 horas endovenoso (EV), a excepción de los pacientes menores de 16 años se los trató con Ampicilina Sulbactam 1.5 gr cada 6 hs EV). Luego de que los pacientes toleraron la vía oral se les indicó Mebendazol 100 mg vía oral en única dosis, también se recomendó tratar a la familia. Los días de internación fueron entre 3 a 5 días. Solo un caso presentó más días de internación debido a infección por *Escherichia Coli* BLEE, que se trató con antibióticos ajustados por 21 días totales. A todos los pacientes se los controló a los 15 días del alta hospitalaria, ninguno de ellos presentó complicaciones.

Discusión

La infección parasitaria más frecuente a nivel mundial es la producida por *Enterobius vermicularis*, afectando alrededor de 1.000 millones de personas, principalmente niños y jóvenes. Su distribución es universal, afecta a todos los grupos etarios y niveles

socioeconómicos, siendo de mayor prevalencia en países en desarrollo y tropicales. En los casos en que el parásito produce obstrucción del lumen apendicular, esto se asocia a irritación de la mucosa, inflamación y sobrecrecimiento bacteriano, lo cual desencadenaría apendicitis aguda. El mecanismo fisiopatológico exacto sigue siendo controversial (Juárez y Rajala, 2013; Escudero- Sepulveda et al., 2024).

La parasitosis asociada a un cuadro de ApA es una etiología poco frecuente dentro de la patología quirúrgica, motivo por el cual, el índice de sospecha en la exploración clínica debe ser alto, sobre todo en pacientes que consultan en urgencias por dolor abdominal con localización en fosa ilíaca derecha, asociado a diarrea y que los mismos presenten nexo epidemiológico (Echazarreta Gallego et al., 2016).

En las piezas estudiadas de apendicitis aguda por oxiuriasis es más frecuente encontrar apéndices con histología normal. Debido a estos hallazgos histológicos, el papel de la infección por *E. Vermicularis* como causa de ApA es muy controvertido aún en la actualidad (Tapia y Muñoz, 2011). En nuestra serie de casos la anatomía patológica de las piezas estudiadas informó apendicitis aguda incipiente en 6 casos, apendicitis aguda exudativa en 2 casos y los 2 restantes apendicitis aguda supurativa con

periapendicitis; en todos acompañado de oxiuriasis.

Existen determinados mecanismos fisiopatológicos que producen esta clínica: uno es la inflamación de la mucosa por la simple presencia de los parásitos; y otro por obstrucción del apéndice. La obstrucción por oxiuros es similar a la producida por fecalitos y produce dolor en FID, pero pocas veces lleva a la inflamación del mismo (Criado et al., 2012).

Además, la apendicectomía por sí sola no completaría el tratamiento, sería necesario establecer un tratamiento antihelmíntico adecuado al paciente, para evitar la progresión o tratar la infección parasitaria.

En nuestro reporte, los pacientes presentaron una buena evolución clínica postoperatoria y correcta tolerancia al tratamiento médico antibiótico/antihelmíntico. La duración de estadía hospitalaria fue aceptable y los controles luego del alta han sido satisfactorios, con recuperación *ad integrum* de los pacientes. Con base en los datos obtenidos, creemos fuertemente en la necesidad de adjuntar un tratamiento antihelmíntico complementario al tratamiento quirúrgico. Los casos de apendicitis aguda asociados a infestación por *E. Vermicularis* rondan un 2% de todos los casos. El tratamiento de la patología asocia la

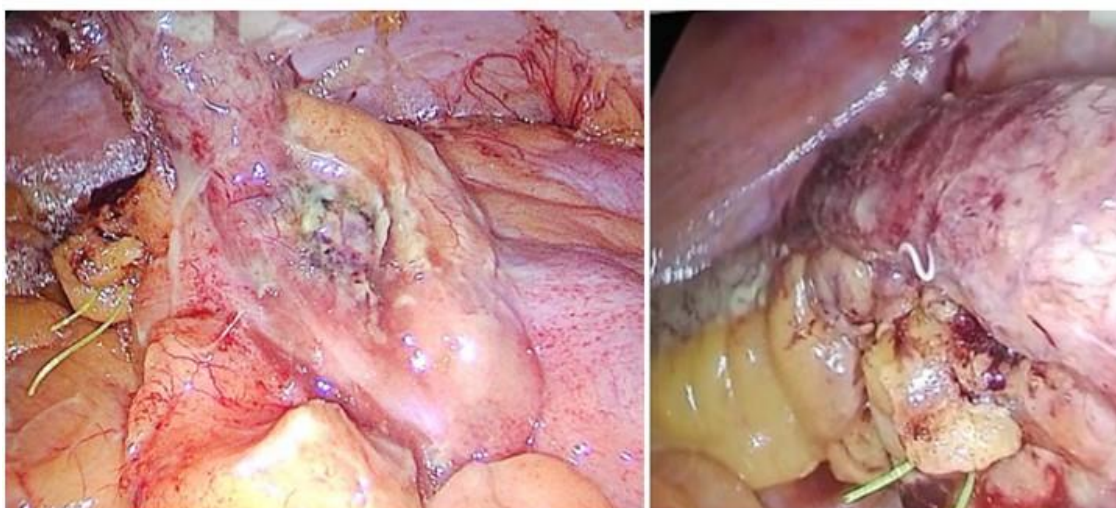


Figura 1. Foto intra quirúrgica donde se visualiza a péndice gangrenosa perforado. Presencia de oxiuros en base apendicular.

apendicectomía al tratamiento con antiparasitarios y requiere del manejo tanto del paciente, como del núcleo familiar para prevenir las reinfecciones (Escudero - Sepulveda et al., 2024).

En nuestro nosocomio, la etiología presenta una frecuencia inferior al 1%, formando parte de las causas poco frecuentes para dicha patología. Sin embargo, hacen falta mayor número de estudios referidos al tema para lograr establecer la prevalencia y frecuencia de cirugías asociadas a este patógeno.

Agradecimientos

Mención especial a los cirujanos de Planta del Servicio de Cirugía General y cirujanos del Servicio de Guardia Central del Hospital J. B. Iturraspe por la participación en los procedimientos quirúrgicos y fomentar el estudio de dichos pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflictos de interés.

Consideraciones bioéticas

Todos los pacientes poseen consentimiento informado para realizar dicho reporte de casos.

Referencias bibliográficas

Alejandre Villalobos, C., Fernández-SanMillán, D., López-Tomassetti Fernández, E. y Hernández Hernández, J. R. (2018). Apendicitis Aguda por parasitosis. *Cirugía Española (English Edition)*, 96(5), 306–308. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.09.007>

Criado, Y., Millan López, A., Galán, N. y Asensio, J.C. (2012). Apendicitis aguda por *Enterobius vermicularis*, una etiología inusual en niños. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 10(7) <https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082012000700016>

Echazarreta-Gallego, E., Córdoba-Díaz de Laspra, E., Mejía-Urbaz, E., Hernández-Arzo, A., Sánchez-Blasco, L. y Elía-Guedea, M. (2016). Apendicitis y parásitos: a propósito de 2 casos. *Revista chilena de cirugía*, 68(5), 373–375. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.003>

Escudero-Sepúlveda, A.F., Alzuri, E.; Campos, S. y Lapertosa, L.B. (2024) Parasitosis por *Enterobius Vermicularis* como causa de Apendicitis Aguda. *Revista Argentina de Coloproctología*, 35(2). <https://doi.org/10.46768/racp.v35i2.148>

Juárez, M. M. y Rajala, V. B. (2013). Parasitosis intestinales en Argentina: principales agentes causales encontrados en la población y en el ambiente. *Revista Argentina de microbiología*, 45(3), 191–204. [https://doi.org/10.1016/s0325-7541\(13\)70024-5](https://doi.org/10.1016/s0325-7541(13)70024-5)

Tapia, E. O. y Muñoz C, C. (2011). Oxiuriasis apendicular: estudio de prevalencia y descripción clínico-morfológica. *Rev. Chilena de Cirugía*, 63(6), 599-603. <https://doi.org/10.4067/s0718-40262011000600009>