

**Enterobiasis epiploica como causa infrecuente de abdomen agudo**

P. de Vera McMullan<sup>1</sup>, E. López Rubio<sup>1</sup>, L. Jiménez Molina<sup>2</sup>, M.J. Manzano Infante<sup>3</sup>, G. Jiménez<sup>4</sup>, A. Millán Jiménez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MIR Pediatría y Neonatología. <sup>2</sup>MIR Anatomía Patológica. <sup>3</sup>FEA Pediatría y Neonatología.

<sup>4</sup>FEA Cirugía General. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

**Resumen**

La enterobiasis es la infección helmíntica más frecuente en nuestro medio. Suele limitarse al tracto gastrointestinal, pero se han descrito casos en otras localizaciones, aunque poco frecuentes. Presentamos el caso de una paciente de 11 años de edad con enterobiasis epiploica, diagnosticada tras ser intervenida mediante laparoscopia por sospecha de apendicitis aguda.

**Palabras clave:** Enterobiasis, oxiuriasis, peritoneo, epiplón.

**Abstract**

*Title:* Epiploic enterobiasis as a frequent cause of acute abdomen

Enterobiasis infestation is the most common helminthic infestation in our environment. It is usually limited to the gastrointestinal tract but other less frequent extra-intestinal locations have been described. We present the case of 11 year old patient with epiploic enterobiasis diagnosed after laparoscopy due to a suspicion of acute appendicitis.

**Keywords:** Enterobiasis, oxiuriasis, peritoneum, epiplon.

**Introducción**

La enterobiasis, u oxiuriasis, es la infección helmíntica más frecuente en nuestro medio, y es más prevalente durante la edad escolar. El pico de incidencia se encuentra entre los 5 y los 10 años de edad<sup>1,4</sup>.

Puede cursar de manera asintomática, aunque el prurito anal nocturno es el síntoma más frecuente. Cuando la carga de oxiuros es elevada, puede llegar a provocar dolor abdominal, náuseas y vómitos, entre otros síntomas<sup>1,3,5</sup>.

Fecha de recepción: 23/10/15. Fecha de aceptación: 20/11/15.

**Correspondencia:** P. de Vera McMullan. Hospital Universitario de Valme. Crtra. de Cádiz, s/n. 41014 Sevilla. Correo electrónico: paula.devera@gmail.com

**Cómo citar este artículo:** De Vera McMullan P, López Rubio E, Jiménez Molina L, Manzano Infante MJ, Jiménez G, Millán Jiménez A. Enterobiasis epiploica como causa infrecuente de abdomen agudo. Acta Pediatr Esp. 2016; 74(5): e97-e101.

Normalmente la infección se limita al tracto gastrointestinal, aunque se han descrito casos de enterobiasis extraluminal en el tracto genital femenino, el peritoneo, el hígado y el pulmón<sup>2,3,6,7</sup>.

Estas localizaciones son poco frecuentes, con una prevalencia estimada del 4,2%<sup>3,5</sup>.

Describimos el caso de una paciente de 11 años de edad con enterobiasis epiploica.

### **Caso clínico**

Mujer con obesidad mórbida (peso 84 kg [ $>p99$ ] + 6,82 de desviación estándar [DE]; talla 153 cm [ $p63$ ] +0,62 DE; índice de masa corporal 35,46 [ $>p98$ ] +8,21 DE) que acude al servicio de urgencias por presentar un dolor abdominal localizado en el hipogastrio y la fosa iliaca derecha de 72 horas de evolución.

Se encontraba afebril, con buen estado general, sin vómitos asociados, alteraciones en el hábito intestinal o miccional ni otra sintomatología acompañante.

La exploración abdominal era dificultosa dadas las características de la paciente; presentaba un abdomen globuloso, doloroso a la palpación en la fosa iliaca derecha, y dudosos signos de irritación peritoneal. El resto de la exploración física por aparatos resultó irrelevante.

Se solicitó la realización de pruebas complementarias. En los resultados del hemograma se constató una ligera leucocitosis, con fórmula normal (sin eosinofilia), y en la ecografía abdominal no se apreciaron signos claros de apendicitis aguda.

Ante la sospecha de abdomen agudo quirúrgico, se intervino a la paciente mediante laparoscopia.

Durante el procedimiento se observó un apéndice con aspecto flemonoso y líquido libre seroso turbio, y en el epiplón una zona inflamatoria adherida a la pared abdominal.

Se resecaron ambas lesiones y se enviaron al servicio de anatomía patológica. En su estudio no se observan lesiones inflamatorias apendiculares, pero en la pieza epiploica se apreció una reacción eosinofílica asociada a huevos y formas adultas de *Enterobius vermicularis* (figuras 1 y 2).

Tras los resultados se volvió a interrogar a la familia, y la madre refirió que durante la semana previa a la cirugía, tanto ella como la paciente presentaban clínica de prurito perianal y vaginal. En el caso de la madre sí se visualizaron oxiuros en heces, pero en la paciente no. Ambas habían tomado una dosis única de mebendazol oral.

Se realizó el test de Graham y un cultivo de exudado vaginal en la paciente, ambos con resultado negativo para formas adultas y huevos de enterobiasis.

Se completó una segunda dosis de mebendazol oral tanto en la madre como en la hija, y se realizó una profilaxis del resto de los convivientes.

## Discusión

El agente causal de la enterobiasis es el nematodo *E. vermicularis*. Se trata de un parásito obligado y el ser humano es el único hospedador natural<sup>1-5</sup>.

Su transmisión es fecal-oral, con autoinfección o transmisión a otras personas mediante manos contaminadas directa o indirectamente a través de agua, comida, ropa, etc.<sup>1-4</sup>.

Las formas adultas parasitan frecuentemente la región cecoapendicular y el colon descendente, y se reproducen en la zona cecal<sup>6</sup>.

La hembra gravídica migra (principalmente durante la noche) a través del espacio luminal para depositar unos 10.000 huevos inmaduros en la región perianal. Éstos maduran en cuestión de horas y eclosionan posteriormente en larvas que migran y maduran por completo dentro del intestino<sup>1-6</sup>.

Este ciclo vital dura aproximadamente 1 mes, y los gusanos adultos sobreviven durante unos 2 meses<sup>5,6,8,9</sup>.

La migración de las larvas y de la hembra adulta es muy pruriginosa. El rascado conlleva la autoinoculación, ya sea por vía fecal-oral o, menos frecuentemente, a través de las lesiones de rascado<sup>2,5,7</sup>, produciendo a menudo una vulvitis o una vulvaginitis inespecífica<sup>8</sup>.

Las localizaciones ectópicas son raras, y la más frecuente es el aparato genital femenino, donde lo habitual será la presencia de salpingitis<sup>4,9</sup>.

Su patogenia es aún fuente de discusión. Según la mayoría de los autores, los oxiuros hembras migran a través del periné, introduciéndose a través de la vulva, avanzan por el aparato genital femenino y pueden alcanzar la cavidad peritoneal, produciendo en esta zona una reacción inflamatoria (peritonitis, salpingitis, etc.)<sup>1-8</sup>.

Esta teoría se basa en la presencia de larvas, huevos o de la propia reacción inflamatoria exclusivamente en el peritoneo y el aparato genital femenino, respetando el tracto gastrointestinal, pues en el caso de que la vía de acceso a la cavidad peritoneal fuese el aparato digestivo debería existir una reacción inflamatoria en esta localización, además de una pérdida de integridad de la pared intestinal o del apéndice que la justificase<sup>4</sup>.

En ocasiones, su descubrimiento en estas zonas se produce de manera fortuita en un acto quirúrgico, como en el caso de esta paciente, pues su presencia ectópica no se plasma normalmente en una sintomatología franca y florida<sup>6</sup>. De hecho, en ocasiones puede dar a lugar a una sintomatología que simule otras patologías, en este caso una apendicitis aguda en el contexto de un abdomen agudo<sup>3</sup>.

El diagnóstico de oxiuriasis implica la demostración de huevos en el test de Graham o la visualización directa de gusanos en el margen perianal<sup>2,3</sup>.

El estudio de gusanos y huevos en las heces es poco rentable<sup>1,3</sup>.

La presencia de eosinofilia en sangre es variable, y también es raro el aumento de IgE sérica<sup>6</sup>.

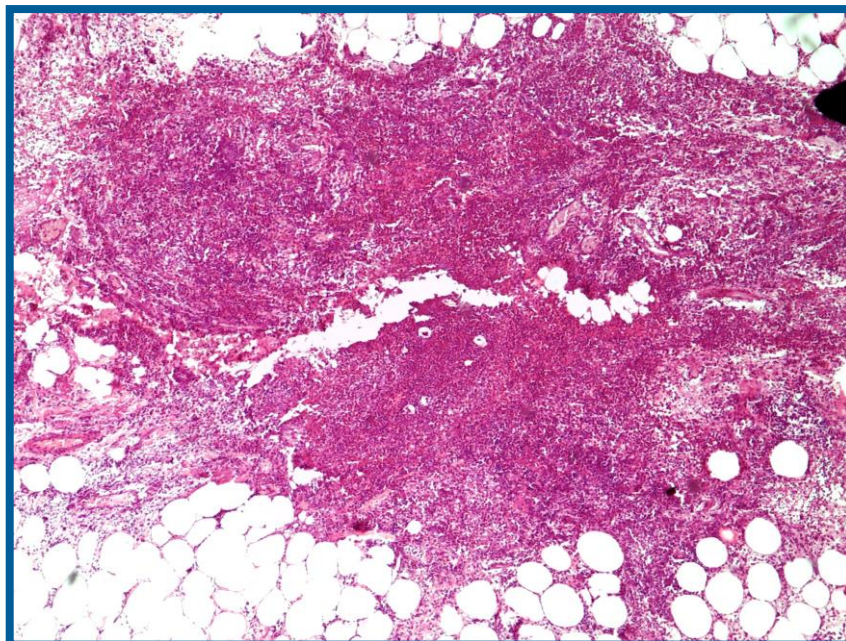
En el caso de las localizaciones ectópicas será la anatomía patológica de la biopsia o de la zona reseca la prueba que concluya el diagnóstico mediante la visualización de una infiltración eosinofílica, la presencia de huevos o larvas y, en caso más avanzados, de granulomas<sup>8</sup>.

En el tratamiento se emplea el mebendazol en toma única de 100 mg. Es preciso tener en cuenta que el mebendazol no es activo sobre los huevos y que el ciclo de *E. vermicularis* se caracteriza por una autoinfección. Por ello, se recomienda repetir el tratamiento a las 2-3 semanas de la primera dosis<sup>1,3,6,8,9</sup>.

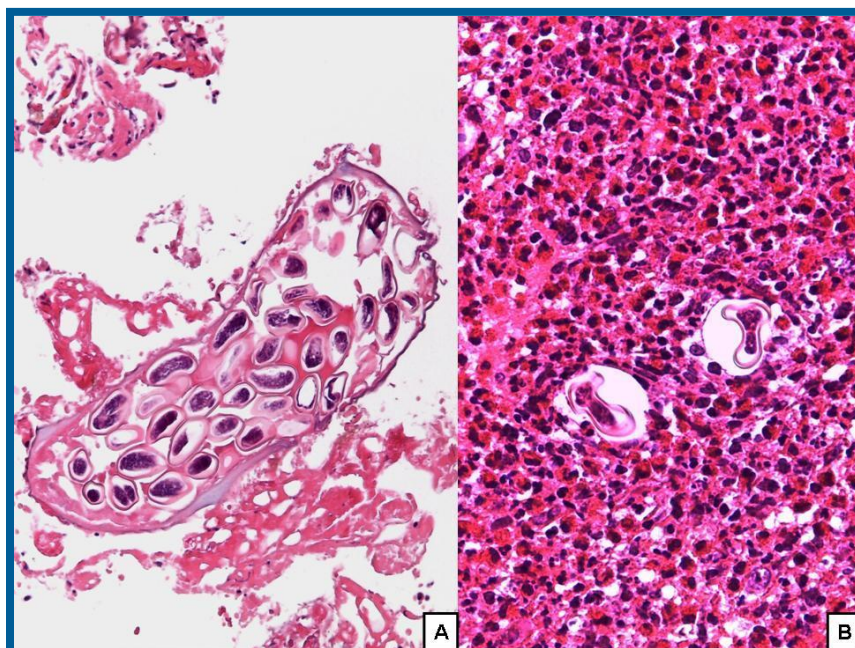
Como terapia alternativa se puede utilizar albendazol en toma única de 400 mg (repetiendo la dosis 2 semanas después) o pamoato de pirantel, en dosis de 11 mg/kg en dosis única (dosis máxima de 1 g), que también precisará una segunda dosis a las 2 semanas. Este último es el fármaco recomendado en caso de embarazo, dada la teratogenicidad del mebendazol y el albendazol<sup>1,3,6,8</sup>.

## Bibliografía

1. Cano Timón I, Piñero Sáez C, Sánchez Tejero EA, Navarro Martínez A. Geohelmintiasis y nematodosis tisulares. Med Programa FMC Acreditado. 2014; 11(53): 3.142-3.151.
2. Pampiglione S, Rivasi F. Enterobiasis in ectopic locations mimicking tumor-like lesions. Int J Microbiol. 2009; 2009: 642.481.
3. Ondič O, Neubauer L, Sosna B. Extraintestinal oxyuriasis report of three cases and review of literature. Cesk Patol. 2014; 50(3): 152-154.
4. Young C, Tataryn I, Kowalewska-Grochowska K, Balachandra B. Enterobius vermicularis infection of the fallopian tube in an infertile female. Pathol Res Pract. 2010; 206(6): 405-407.
5. Khabir A, Makni S, Khmiri H, Gheriani M, Rekik S, Boudawara TS. Entérobiase pelvi-génitale. À propos de trois cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005; 34: 162-165.
6. García Robles RM, Sánchez Sánchez MM, Leiva A, Teijelo AI, Corredera F, Tejerizo García A, et al. Salpingitis bilateral por Enterobius vermicularis. Clin Invest Ginecol Obstet. 2001; 28: 3.
7. Smolyakov R, Talalay B, Yanai-Inbar I, Pak I, Alkan M. Enterobius vermicularis infection of female genital tract: a report of three cases and review of literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003; 107(2): 220-222.
8. López-Olmosa J, Gasullb J. Enterobius vermicularis (oxiuros) en la práctica ginecológica: clínica y citología. Experiencia de 3 casos. Clin Invest Ginecol Obstet. 2011; 38(5): 197-201.
9. Worley MJ, Slomovitz BM, Pirog EC, Caputo TA, Ledger WJ. Enterobius vermicularis infestation of a hysterectomy specimen in a patient with a colonic reservoir. Am J Obstet Gynecol. 2009; 200(6): e6-7.



**Figura 1.** Epipión. Tejido adiposo de epipión con zona abscesificada, de necrosis y con intensa infiltración por leucocitos neutrófilos y eosinófilos (HE 4x)



**Figura 2.** Epipión. A) Sección transversal de extremo anterior de Enterobius vermicularis hembra gravídica, con una gruesa cutícula externa y numerosos huevos en su interior (HE 40x). B) Huevos de E. vermicularis en un área de intensa necrosis e infiltración por leucocitos neutrófilos y eosinófilos (HE 10x)