

La Ascaridiosis como factor ecológico de la obstrucción intestinal en los niños

Por el Dr. José Gómez-Márquez Girones

No es el objeto de este trabajo presentar nada novedoso en el campo de nuestra patología; tampoco la descripción de ninguna técnica quirúrgica **original**. Nos ha animado el publicar estas líneas el hecho de haber observado **últimamente** unos casos de obstrucción intestinal producida por ascaris lumbricoides en los cuales el cuadro sintomatológico ofreció algunas peculiaridades, que nos parecen dignas de ser tomadas en cuenta por parte de nuestros compañeros cirujanos.

Como acabamos de decir, el factor etiológico del Ascaris lumbricoide en la obstrucción intestinal, y muy especialmente en los niños, es algo que ha sido señalado desde hace mucho tiempo por los autores, especialmente aquellos que se dedican a Medicina **Trop. cal. Manson-Bahr**, en su tratado habla de ello y el Prof. P. Kouri, en su obra "Parasitología y Medicina **Tropical**", hace referencia a este problema., reportando la experiencia en este asunto de cirujanos cubanos dedicados a niños, como los Dres. Enrique Fortún, Amador Guerra, Carbonell Salazar y Salas Panicello.

Nosotros hasta la fecha, no habíamos tenido nunca ocasión de observar tales casos, ni como estudiantes ni posteriormente como médicos, a pesar de que desde nuestra salida de las Aulas Universitarias, hemos ocupado puestos de Médico Interno, encargados por tanto de las urgencias quirúrgicas, primero en el Hospital General y más tarde en La Policlínica.

El primer caso lo observamos en el mes de Noviembre próximo pasado. Se trataba de un niño de 3 años de edad, que nos había sido referido por nuestro colega, el Dr. Joaquín Reyes Soto, con el diagnóstico de probable obstrucción intestinal. Los familiares del enfermito, manifestaban que el niño había estado en perfectas condiciones de salud hasta el día anterior, en que se habían empezado a presentar dolores abdominales bastante intensos, que sobrevenían por accesos durante los cuales el niño se retorció. Le administraron un purgante, que fue vomitado y entonces se decidió consultar con el colega anteriormente mencionado, quien hizo el diagnóstico y aconsejó su internamiento inmediato en un Hospital para ser operado. Cuando observamos por primera vez al paciente, nos sorprendió el estado general francamente bueno. Había habido una evacuación hacia algunas horas de materias endurecidas; posteriormente habían aparecido los vómitos alimenticios. El abdomen estaba moderadamente meteorizado; no había una reacción peritoneal franca, siendo la pared bastante depresible; sin embargo llamaba la atención una masa, situada cerca del ombligo, hacia el lado izquierdo, dura, del tamaño de un limón, aproximadamente, sumamente movable. La temperatura era de 37,8° y el pulso de 110 por minuto. Un recuento globular, nos arrojó

21.400 glóbulos blancos, 58% neutrófilos, 33% eosinófilos y 27% linfocitos. El cuadro clínico nos parecía bastante confuso, pero el cuadro hemático tan alarmante y el dolor violento, nos inclinaron a operar, si bien sin una convicción absoluta. Al no más abrir el peritoneo, nos "saltó", por así decir, un asa de intestino delgado, enormemente dilatada, 'de color azul oscuro, que a lo largo de unos 20 cms. presentaba en su interior una densa masa irregular", dura que rápidamente **identificamos** como un apelotonamiento de **áscaris** lumbricoides. Ante la imposibilidad de movilizarlos y tras de aislar el campo lo más perfectamente posible, hicimos una incisión longitudinal en el intestino de unos 8 cms. y extrajimos los ascarides, de diverso tamaño, en su mayor parte bastante voluminosas. Acto continuo, sutura de la herida intestinal se espolvoreó la supescie con sulfas y penicilina y se cerró la pared. El curso post-operatorio fue magnífico y el niño abandonó el Hospital a los 8 días completamente restableció.

El segundo caso, se presentó dos meses después, el 14 de Enero. Esta, vez se trataba de un niño de 18 meses. La madre había observado desde el día anterior, que el niño tenía retortijones y que no había tenido evacuaciones. Al examen, asimismo, buen estado general, abdomen blando, no doloroso, muy poco meteorismo. Sin embargo, igual que en el caso anterior, se palpaba difícilmente una masa, de las mismas características, que las anteriormente mencionadas, esta vez situada por debajo del reborde costal derecho. Temperatura y pulso normales. El recuento globular dio 6 700 blancos, y la fórmula 53% de neutrofilos, 42% de linfocitos; no se encontraron eosinófilos. A pesar de que la masa hallada, por lo reciente del caso anterior, nos hizo pensar en un cuadro análogo, optamos por la observación, dado lo benigno del cuadro clínico y la ausencia de reacción hemática. Se ordenó simplemente un enema evacuante. Al día siguiente, el dolor abdominal espontáneo era más intenso, presentándose como en el caso anterior, en forma de crisis, el abdomen estaba más meteorizado, el enema no había dado lugar a la salida de excremento, la temperatura había subido hasta 38 grados. Un nuevo recuento globular, arrojó 8.000 glóbulos blancos, es decir, un aumento de 1.300 sobre el del día anterior, permaneciendo la fórmula prácticamente igual; la ausencia de neutrofilia y eosinofilia persistían. Ante una **situación** tan poco clara, recurrimos a la cooperación del radiólogo, Dr. Cornelio Corrales, cuya contribución fue de un valor inestimable en este caso. Una primera radiografía (flat abdominal) horizontal que figura en el fotograbado número 1, dió un cuadro típico de obstrucción intestinal; la segunda fue **tomada** con el niño en posición vertical, que permitió poner de manifiesto los niveles líquidos de las asas correspondientes. En vista de estos nuevos datos, se decidió la intervención inmediatamente. Los hallazgos operatorios fueron exactamente los mismos que en el primer caso relatado; se trató ahora de un paquete de parásitos en número de 87 que fueron extraídos por la misma vía (enterotomía). En el primer caso el intestino pareció algo comprometido pero reaccio-

nó con la aplicación de compresas de suero caliente; en el segundo caso el aspecto del intestino no ofrecía ningún cuidado. En este asimismo, tuvimos un post-operatorio muy feliz.

La presentación de estos dos casos nos sugieren los siguientes comentarios:

1. Los cuadros clínicos de obstrucción intestinal fueron sumamente borrosos y de impresión benigna.

2. En ambos se palpó claramente una masa tumor al dura, movable y poco dolorosa.

3. El cuadro hemático fue desconcertante por lo que el segundo paciente se refiere, ya que no hubo hasta el momento de la operación ni leucocitosis ni **eosinofilia**, lo cual una vez más nos debe hacer recapacitar en la conveniencia de no basar nuestros diagnósticos en un solo elemento por muy valioso que éste sea. En este caso, por ejemplo, fue el curso seguido por el enfermito durante las 24 horas de observar y los hallazgos radiológicos los que nos decidieron a intervenir quirúrgicamente a pesar de que el recuento globular y la fórmula leucocitaria parecían estar en contra de un abdomen agudo.

4. El examen radiológico en estos casos, no está de más insistir sobre ello, de un valor muy grande.

5. Debe llamarnos la atención el hecho de que se hayan observado en el lapso de dos meses dos casos de obstrucción intestinal infantil, por ascárides en un hospital pequeño y si bien es cierto que ello puede ser una aparición puramente casual, no por ello hay menos derecho a pensar, que en nuestro medio, donde los niños de las clases pobres suelen estar tan intensamente parasitados, es muy posible, que muchos de los niños que mueren sin asistencia médica adecuada, con cuadros abdominales oscuros, los cuales son bautizados popularmente con los nombres más diversos, no sean en muchas ocasiones, sino obstrucciones intestinales por paquetes de *Ascaris Lumbricoides*.

Abril de 1952.