

ENTEROBIOSIS EN ADULTOS: ¿UNA INFECCIÓN SUBESTIMADA?

ENTEROBIOSIS IN ADULTS: ¿AN UNDERESTIMATED INFECTION?

DALMIRO CAZORLA-PERFETTI, MARÍA ACOSTA-QUINTERO

Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” (UNEFM), Decanato de Investigaciones, Centro de Investigaciones Biomédicas (CIB), Laboratorio de Entomología, Parasitología y Medicina Tropical (LEPAMET), Coro, Venezuela. E-mail: lutzomyia@hotmail.com

RESUMEN

La enterobiosis es una infección ocasionada por el nematodo intestinal *Enterobius vermicularis*. Su distribución es cosmopolita, siendo más prevalente en niños en edad preescolar (2-5 años) y escolar (6-12 años). Se muestra un caso de enterobiosis poco usual de paciente femenina de 54 años de edad de Coro, estado Falcón, Venezuela, que acude a la consulta de nuestra institución por presentar molestias con dolor intenso en cuello y región bucal. Sin embargo, a la anamnesis y examen físico se detectan síntomas y signos (prurito anal y vaginal, lesiones perianales) relacionados con la entero-helminthiasis. La técnica de la cinta adhesiva de Graham resultó positiva revelando huevos de *E. vermicularis*. La paciente fue tratada con éxito con Albendazol per os y permaneciendo asintomática. Se resalta la necesidad de incluir a los adultos en los estudios epidemiológicos sobre la enterobiosis.

PALABRAS CLAVE: Reporte de caso, oxiuros.

ABSTRACT

Enterobiosis is an infection caused by the intestinal nematode *Enterobius vermicularis*. It has a cosmopolitan distribution and is usually seen in preschool (2-5 years) and primary school (6-12 years) aged children. We report an unusual oxiuriasis case of a 54-year-old female from Coro, Falcon state, Venezuela, who attended our institution with indisposition of a painful swelling in the neck and mouth areas. Nevertheless, anamnesis and physical examination revealed signs and symptoms (anal or vaginal itching, perianal lesions) related with enterobiosis. The Graham test revealed *E. vermicularis* eggs. She was treated with oral albendazole and is well at follow-up. The need for including adults on enterobiosis epidemiological field surveys, is highlighted.

KEY WORDS: Case report, oxiuros.

Sr. Editor

La enterobiosis u oxiuriasis es una infección causada por el entero-nematodo *Enterobius vermicularis*; aunque por lo común se le denomina de una manera coloquial oxiuro, también se le conoce en algunas regiones rurales de Venezuela y otras de América Latina como “guasarapo”, “inmundicia” “pidulle” y “pica pica”, mientras que en inglés como pinworm (gusano alfiler), threadworm o seatworm (gusano de los asientos) (Botero y Restrepo 2003, Maniscalchi *et al.* 2010, Humbria-Heyliger *et al.* 2012). A diferencia de otros nematodos intestinales de interés médico, *E. vermicularis* posee un ciclo de vida muy particular, debido a que la hembra migra fuera del lumen del intestino grueso y ovipone durante la noche sobre la piel de la región perianal/perineal, donde los huevos se vuelven infectivos en pocas horas. Existen dos formas de transmisión: heteroinfección y autoinfección; las cuales ocurren mediante cuatro mecanismos diferentes (“mano-ano-boca”, aerosol, nasal y la retroinfección) (Hugot *et al.* 1999, Botero y Restrepo 2003).

Aprovechamos esta oportunidad para presentar un caso de infección por *E. vermicularis*, en donde se

recuperaron adultos y/o huevos del enterohelmintho en vagina y región anal/perineal. Lo poco usual del caso es que se relaciona con una paciente adulta, ya que la enterobiosis u oxiuriasis generalmente se asocia con niños (Botero y Restrepo 2003). La paciente fue atendida en la Consulta Externa de Medicina Tropical del LEPAMET, UNEFM, Coro, estado Falcón, Venezuela, por presentar “molestias en cuello y boca”, en vez de un “simple” prurito anal y/o vulvar, que son las manifestaciones clínicas más características y llamativas de esta entero-helminthiasis. Se trata de paciente femenino de 54 años edad, proveniente y natural de sector periférico de la ciudad de Coro (Lat. 11°24' N; Long. 69°40' O), capital del estado Falcón, en la región nor-occidental de Venezuela, con una zona de vida bioclimática correspondiente al monte espinoso tropical (MET) (Ewel *et al.* 1976), quien refiere inicio del cuadro clínico con 8 días de evolución, caracterizada por aumento de volumen en región antero-lateral del cuello, parotídea y peribucal; concomitantemente, dolor de fuerte intensidad sin irradiación; asimismo, hipertermia no cuantificada a predominio nocturno, sin sudoración ni escalofrío. Posteriormente, a los 12 días evidencia lesiones ulcerativas en la mucosa orofaríngea con secreción blanquecina, a lo que se agrega

malestar general, hiporexia y astenia; motivo por el cual acude a la consulta. En relación con la sintomatología gastrointestinal y genito-urinario usualmente asociada a la enterobiosis, al interrogatorio refiere prurito anal intenso a predominio nocturno, y tenesmo vesical, ardor, dolor vulvar y prurito genital continuo, con secreción blanco-amarillenta no fétida; mientras que al examen físico se evidenciaron lesiones perianales tipo escoriaciones y fisuras aparentemente no infectadas, y se recuperaron 30 vermes de *E. vermicularis*, resultando la técnica oviscópica de Graham positiva (Botero y Restrepo 2003). A nivel genito-urinario, se evidenció hiperemia de labios menores con múltiples escoriaciones superficiales sin secreción, introito vaginal con signos de flogosis y secreción blanco-amarillenta en moderada cantidad no fétida, detectándose casualmente huevos de *E. vermicularis* en citología vaginal. A los 20 días, después de aplicarse dosis única de Albendazol 200 mg, repetida a los 14 días, la evaluación de la paciente indicó ausencia de síntomas y de los huevos del helminto mediante la técnica de Graham. Es importante destacar que se recomendó a la paciente traer a sus convivientes a la consulta para realizarles la técnica de Graham; sin embargo, desafortunadamente, los mismos no acudieron.

En Venezuela pareciera ser que a la enterobiosis se le considera como una patología desatendida y olvidada, probablemente por el hecho de que por lo general la entero-helmintiasis no es fatal, además de que no es de denuncia obligatoria (Maniscalchi *et al.* 2010). Esto a pesar de su relativamente elevada prevalencia, especialmente en la población infantil (Acosta *et al.* 2002, Requena-Certad *et al.* 2002, Maniscalchi *et al.* 2010, Humbria-Heyliger *et al.* 2012). Clínicamente además del prurito anal puede ocasionar insomnio, cansancio e irritabilidad (Botero y Restrepo 2003), así como también disminución de los niveles de macro y microelementos, cuyas deficiencias por lo común se encuentran asociadas estrechamente al deterioro del crecimiento y desarrollo pondoestatural, a la respuesta inmune y de la capacidad intelectual (Stephenson *et al.* 2000). Con poca frecuencia las migraciones ectópicas de *E. vermicularis* pueden producir apendicitis e inclusive la muerte del individuo por choque séptico, debido a las bacterias entéricas que transporta el helminto (Serpytis y Seinín 2012).

Los estudios sobre enterobiosis especialmente los de tipo epidemiológico, por lo general se realizan en la población infantil, al asociarse con sus conductas antihigiénicas que facilitan su transmisión (“mano-ano-boca”), desestimándose el resto de los grupos de edad,

especialmente la población adulta (Sato *et al.* 2008), lo que pareciera producir un sesgo involuntario durante el diseño de los muestreos; en virtud de ello, son pocos los trabajos de corte epidemiológico hechos en el mundo en adultos (Alver *et al.* 2012), y, hasta donde se ha podido revisar, prácticamente inexistentes en Venezuela. Sin embargo, también debe tomarse en cuenta la renuencia, por cuestiones comprensibles de pudor e incomodidad, para implementarse el examen de la cinta adhesiva de Graham en la región perianal/perineal.

Con la presentación del caso actual, deseamos llamar la atención acerca de la necesidad de que los estudios sobre enterobiosis, con mayor énfasis los de tipo epidemiológico, no deberían enfocarse exclusivamente hacia la población infantil, de manera tal que se pueda comprender la realidad de sus patrones clínicos y epidemiológicos en todos los grupos de edad endémicamente expuestos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA M, CAZORLA D, GARVETT M. 2002. Enterobiasis en escolares de una población rural del Estado Falcón, Venezuela y su relación con el nivel socio-económico. *Invest. Clín.* 43(3):173-181.
- ALVER O, ÖZAKIN C, TÖRE O. 2012. The distribution of intestinal parasites detected in the Uludag University Medical Faculty Hospital between 2009-2010. *Turkiye. Parazitol. Derg.* 36(1):17-22.
- BOTERO D, RESTREPO M. 2003. Oxiuriasis. *En: Parasitosis humanas*. 4ª ed. Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia, pp. 132-138.
- EWEL J, MADRIZ A, TOSI JR. J. 1976. Monte espinoso tropical. *En: Zonas de Vida de Venezuela. Memoria explicativa sobre el mapa ecológico*. 2ª ed. Editorial Sucre, Caracas, Venezuela, pp. 56-65.
- HUGOT J, REINHARD K, GARDNER S, MORAND S. 1999. Human enterobiasis in evolution: origin, specificity and transmission. *Parasite.* 6(3):201-208.
- HUMBRIA-HEYLIGER L, TOYO M, CAZORLA D, MORALES P. 2012. Estudio clínico-epidemiológico de enterobiasis en niños de una comunidad rural del estado Falcón-Venezuela. *Bol. Mal. Salud Amb.* 52(2):211-222.

- MANISCALCHI MT, LEMUS-ESPINOZA D, KIRIAKOS D, PACHECO F, APONTE C, VILLARROEL O, HARB P. 2010. *Enterobius vermicularis* en niños del área rural del estado Anzoátegui, Venezuela. Rev. Soc. Venez. Microbiol. 30(2):128-133.
- REQUENA-CERTAD I, LIZARDI V, MEJÍA LM, CASTILLO H, DEVERA R. 2002. Infección por *Enterobius vermicularis* en niños pre escolares de Ciudad Bolívar, Venezuela. Rev. Biomed. 13(4):231-240.
- SATO M, SANGUANKIAT S, PUBAMPEN S, KUSOLSUK T. 2008. Enterobiasis: a neglected infection in adults. Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health. 39(2):213-216.
- SERPYTIS M, SEININ D. 2012. Fatal case of ectopic enterobiasis: *Enterobius vermicularis* in the kidneys. Scand. J. Urol. Nephrol. 46 (1):70-72.
- STEPHENSON I, LATHAN M, OTTESEN E. 2000. Malnutrition and parasitic helminth infections. Parasitology. 12(Suppl):23-38.