

Ascaridiasis errática en convivencia silenciosa: a propósito de un caso

DOI:10.5281/zenodo.17281044

SANUM 2025, 9(4) 116-124

Cómo citar este artículo

Rosales-Cardenas A, Vázquez-Sarandeses JE, Lobaina-Rosales OM, Fonseca Valdes D, Arias Barthelemy Y.

Ascaridiasis errática en convivencia silenciosa: a propósito de un caso.

SANUM 2025, 9(4) 116-124

DOI: 10.5281/zenodo.17281044

© Los autores. Publicado por SANUM: Revista Científico-Sanitaria bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



AUTORES

Alejandro Rosales Cardenas.
Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Facultad N 2. Carretera del Caney s/n Reparto Pastorita. Santiago de Cuba. Cuba. <https://orcid.org/0009-0000-7045-8306>

José Enrique Vázquez Sarandeses. Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Facultad N 2. Santiago de Cuba. Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-7019-6454>

Osiel Mauricio Lobaina Rosales. Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Facultad N 2. Santiago de Cuba. Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-6437-6213>

Dianelys Fonseca Valdes. Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Facultad N 2. Santiago de Cuba. Cuba. <https://orcid.org/0009-0005-3113-0830>

Yordanis Arias Barthelemy. Universidad de Ciencias Médicas en Santiago de Cuba. Cuba. <https://orcid.org/0000-0003-4178-7121>

Resumen

La parasitosis es uno de los grandes problemas de salud pública; estrechamente ligada a la pobreza y la inadecuada higiene personal y de la manipulación de los alimentos. Se presenta el caso clínico único de una paciente que ingresa al servicio de Medicina Interna del Hospital Juan Bruno Zayas Alfonso, Cuba. Con decaimiento marcado no relacionado a los esfuerzos físicos y epigastralgia ocasional. Teniendo en cuenta los aspectos clínicos y sociales se le realizó un programa de estudio en busca de las posibles causas etiológicas de dicho cuadro. Se confirmó que, a pesar de estudios de heces fecales negativas, los estudios imagenológicos condujeron en una primera instancia al diagnóstico de ascariasis errática. Evidenciándose que las determinantes sociales juegan un papel importante en el diagnóstico de enfermedades, a pesar de los estudios de laboratorio que no dejan de tener valor en el mismo.

Palabras clave:

Áscaris lumbricoides;
Ascariasis;
Salud Pública;
Determinantes Sociales de la Salud.

Erratic ascariasis in asymptomatic coexistence: a case report

DOI:10.5281/zenodo.17281044

SANUM 2025, 9(4) 116-124

How to cite this article

Rosales-Cardenas A, Vázquez-Sarandeses JE, Lobaina-Rosales OM, Fonseca Valdes D, Arias Barthelemy Y.
Erratic ascariasis in asymptomatic coexistence: a case report.

SANUM 2025, 9(4) 116-124

DOI: 10.5281/zenodo.17281044

© The authors. Published by SANUM: Revista Científico-Sanitaria under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Abstract

Parasitosis is one of the major public health problems, closely linked to poverty and inadequate personal and food hygiene. We present the unique clinical case of a patient admitted to the Internal Medicine Department of the Juan Bruno Zayas Alfonso Hospital, Cuba. She presented marked weakness unrelated to physical exertion and occasional epigastric pain. Taking into account the clinical and social aspects, a study program was carried out to search for possible etiological causes of this condition. It was confirmed that, despite negative stool studies, imaging studies initially led to the diagnosis of ascariasis errata. This demonstrates that social determinants play an important role in the diagnosis of diseases, despite laboratory studies, which are still valuable.

Key words:

Ascaris lumbricoides;

Public Health;

Ascariasis;

Social Determinants of Health.

Autor de correspondencia:

José Enrique Vázquez Sarandeses

 josevazquez@infomed.sld.cu

Tipo de artículo:

Caso clínico.

Sección:

Medicina Interna.
Enfermedades infecciosas.

F. recepción: 25-08-2025

F. aceptación: 29-09-2025

F. publicación: 31-10-2025

Introducción

La parasitosis es uno de los grandes problemas de salud pública considerándose una de las principales causas de morbilidad; estrechamente ligada a la pobreza y relacionada con la inadecuada higiene personal y de los alimentos crudos, ausencia de servicios sanitarios, falta de provisión de agua potable y contaminación fecal de ambiente, infecta a todas las personas de todas las edades, por diferentes tipos de parásitos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que más de la tercera parte de la población mundial está infectada por uno o más parásitos y que alrededor de 155 000 personas mueren cada año por complicaciones asociadas a esta patología. La ascariasis es la parasitosis de mayor prevalencia en el mundo y la más cosmopolita de todas las helmintiasis humanas, y se ha reportado en poblaciones nativas de muchas localidades del mundo, con aproximadamente 664 millones de personas infestadas, siendo causa de alrededor de 20 000 muertes anuales; además, es una enfermedad prevalente en la población pediátrica, niños de países tropicales y en vías de desarrollo, donde la contaminación de la tierra por heces humanas y el uso de heces no tratadas como fertilizantes la perpetúan, por ser transmitidos por vía digestiva, fecal-oral (1-3).

La *Áscaris lumbricoides* es conocido como lombriz intestinal y fue descrito por primera vez en 1758 por el zoólogo sueco Carlos Linneo. Se conoce desde la antigüedad; los griegos la denominaban *Elnus strongyle*. Hipócrates lo menciona como parásito de lactantes, y los romanos lo llamaron *Lumbricus teres*, ya que no lo distinguían de la lombriz de tierra. En momias coreanas del reino de Joseon, siglo XV, se encontraron huevos de *Áscaris lumbricoides* en regular estado. No obstante ser conocido desde tiempos remotos, recién en 1916 Stewart demuestra en experimentos en roedores el ciclo pulmonar de la parasitosis. Posteriormente, en 1922, los hermanos Koino confirmaron el ciclo vital en humanos, a través de autoinfecciones, y la presencia de larva en el esputo. Existen evidencias de la enfermedad desde la antigüedad. Se han encontrado momias del antiguo Egipto infectadas con este parásito, así como también huevo de *áscaris lumbricoides* en coprolitos humanos en Perú que datan aproximadamente del año 2277 a. C. Dado el gran tamaño de este gusano, su existencia debe haber sido bastante obvia, y existen muchos escritos antiguos que hacen referencia a esta infección.

El papiro Ebers, del Siglo XV a.C., comenta su existencia y su tratamiento, y tanto Hipócrates como médicos chinos, árabes y romanos escribieron en su momento al respecto. Para 1915, Stewart describió el ciclo vital del helminto, incluyendo su paso por

los pulmones, y en 1922, Koino en Japón ingirió experimentalmente 2000 huevos de *áscaris lumbricoides*, 11 días después encontró larvas en su esputo, y días después eliminó 667 gusanos por las deposiciones al administrarse un antihelmíntico, estableciendo el ciclo completo (1). Dentro de los países con mayor frecuencia de helmintiasis encontramos a Brasil, Colombia, México, Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana. En Bolivia se le conoce como los más prevalentes, con los estudios realizados en el altiplano que le adjudican una prevalencia del 1,4 %, en los valles de 5 % a 83 % y en las zonas tropicales, del 15,0 % al 96 %. (1)

En Cuba constituye una causa exótica de ictericia obstructiva con pocos casos reportados. La mayor parte de ascariasis sigue un curso benigno y asintomático, sin embargo, los parásitos adultos pueden invadir los conductos biliares o pancreáticos y causar obstrucción con desarrollo de colecistitis, colangitis, pancreatitis, pile flebitis y abscesos hepáticos (4). El **objetivo** del presente caso clínico es describir el manejo diagnóstico y terapéutico de una mujer con ascariasis de localización errática.

Presentación del caso

Género: Femenino

Residencia: Rural

Color de la piel: Blanca

Peso: 46 Kg

Edad: 42 años

Vivienda: Piso de Tierra, techo de zinc y paredes de madera. Baño exterior: Letrina

Motivo de ingreso: Decaimiento general

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente femenina de 41 años de edad con antecedentes de gastritis crónica, para la cual no lleva tratamiento específico en este momento. Acude al servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas por referir desde hace $\pm$ 15 días decaimiento marcado no relacionado a la realización de esfuerzos físicos, el cual se fue intensificando de forma paulatina al inicio a grandes caminatas y posteriormente a las pequeñas, lo que le fue imposibilitando realizar las actividades cotidianas de su hogar; siete días después comienza con falta de aire de ligera intensidad a los ligeros esfuerzos como subir los escalones al piso superior; acompañado de palpitations de moderada intensidad no relacionado a la realización de esfuerzos físicos; aumento

de volumen en miembros inferiores que no guarda relación con los horarios del día; dolor abdominal en región del epigastrio en ocasiones de aparición repentina, que se irradia a hipocondrio derecho, mantenido, de moderada intensidad, que aparecía horas después de la ingestión de alimentos y que mejoraba sin la administración de medicamentos; y tos no productiva en horas de la noche, ocasional, no relacionada con el decúbito ni los cambios de posición. Niega sangrado vaginal, ciclos menstruales irregulares, sangrado rectal, heces oscuras o negras, vómitos con sangre, cambios en los hábitos intestinales u otra sintomatología. Con este cuadro se decidió su ingreso para mejor estudio y tratamiento.

Antecedentes patológicos personales: lo referido en la historia de la enfermedad actual.

Antecedentes patológicos familiares: Madre (Viva) Hipertensión Arterial

Reacción alérgica a medicamentos: No refiere

Traumatismos: No refiere

Operaciones: No refiere

Transfusiones: No refiere

Hábitos tóxicos: No refiere

DATOS AL EXAMEN FÍSICO

Mucosa: Hipocoloreadas y húmedas

Tejido celular subcutáneo: no infiltrado por edema mixedema enfisema.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular disminuido en tercio medio de ambos campos pulmonares, no se precisan estertores.

Frecuencia Respiratoria: 22 x min; PO₂ (sin oxígeno): 97%

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles, no se auscultan soplos

Tensión Arterial: 110/70 mmHg; Frecuencia Cardíaca: 98 lat. x min

Abdomen: Plano que sigue movimientos respiratorios, depresible, no doloroso a la palpación superficial, doloroso a la palpación profunda en epigastrio. No se palpa tumoración ni visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes normales en intensidad y frecuencia.

Sistema nervioso central: Consciente orientada en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos, no déficit motor no focalización neurológica.

Estudios de Complementarios Realizados

Hemoglobina: 60 g/L	Fósforo sérico: 1,38 mmol/L
Leucos: 6.8 x 10 ⁹ /L	Proteínas totales: 65 g/L
Polimorfonucleares: 032	Albúmina: 47 g/L
Linfocitos: 038	Globulina: 18 g/L
Eosinófilos: 002	Amilasa: 52
Coagulograma: TS: 1 TC: 7	PCR: 0.3 mg/L
Plaquetas: 200 x 10 ⁹ /L	Transferrina: 1.46 g/L
Glucemia: 4.2 mmol/L	Ferritina: 412 ng/L
Creatinina: 76 µmol/L	FE sérico: 23.0 mmol/L
Colesterol: 2.81 mmol/L	IGG: 7.81
Triglicéridos: 1.58 mmol/L	IGA: 2.28
	IGM: 1,81
LDL-C: 1.9 mmol/L	Complemento C3: 0.79
	Complemento C4: 0.18
VLDL-C: 0.7 mmol/L	Factor Reumatoideo: 8.5
HDL-C: 1.7 mmol/L	Conteo de reticulocitos: 26 x 10 ⁻³
FAL: 93 U/L	CHCM: 294.9
TGO: 97 U/L	VIH: negativo
TGP: 57 U/L	Conteo de Addis
	Leucos: 2000 x 10 ⁶ /L
	Hematíes: 0
	Cilindros: 0
	Proteínas: no contiene

Calcio sérico: 2.4 mmol/L	Lamina periférica: Hipocromía xx Anisocitosis Poiquilocitosis, ovalocitosis Leucos y Plaquetas normales
Antígeno de superficie: negativo	Electrocardiograma: Taquicardia sinusal, no otro elemento patológico a señalar.
Anticuerpos virus C: Negativo	Medulograma: Periferia Doble población de hematíes Hipocromía (+++) Anisocitosis (+) Hematíes en diana (+) Leucos y Plaquetas Normales Sistema megacariopoyetico Hiperplásico Sistema Granulopoyetico Integro Sistema Eritropoyetico Integro Azul de Prusia negativo Celularidad (+++) NO células ajenas al parénquima medular No blastos Conclusión: Anemia por déficit de hierro

(Fuente propia)

Ultrasonido Abdominal:

Hígado de tamaño normal, eco estructura homogénea, vías biliares no dilatadas, vesícula de tamaño normal con múltiples elementos alargados en su interior que impresionan parasitismo, conducto cístico tortuoso y dilatado hasta su unión con el hepático común páncreas normal. Riñón izquierdo y derecho, ambos de tamaño y posición normal. Aorta y área de las suprarrenales normales, quiste en el ovario izquierdo sin repercusión.

Ultrasonido de Hemiabdomen superior (Confirmatorio):

Similar a la anterior, vesícula 78 x 19 x 20 mm con paredes normales y elementos ecogénicos alargados en suspensión que recuerda un parasitismo intestinal (Ver Figura 1, 2).



Figura 1



Figura 2

(Fuente propia de los autores)

RX de tórax Pósterio–Anterior

No alteraciones en los huesos de la caja torácica, área cardíaca normal, signos de hiperinsuflación pulmonar.

Endoscopia Oral:

Se explora con video endoscopio, Olympus hasta la segunda porción del duodeno con mucosa de color rosado, finamente granular con pliegues circulares de kerking que persisten y no se borran con la insuflación. Área de la papila de Váter normal.

Escasa secreción biliar. Luz, distensibilidad, peristaltismo y patrón vascular conservados. Bulbo duodenal en forma de cono, contraído que abre rítmicamente a la insuflación, plano, sin pliegues, permeable, con mucosa rosada, finamente granular. Luz distensibilidad, peristaltismo y patrón vascular conservado. Escasa secreción blanquecina.

Estomago:

Píloro céntrico, simétrico, permeable al paso del equipo, antro y cuerpo: mucosa con presencia de eritema parcheado de moderada intensidad y erosiones de más menos 5 mm, aisladas. Luz, distensibilidad, peristaltismo, patrón vascular y pliegues longitudinales conservados. A la retroflexión mucosa del fundus y cardias de características normales. Lago

gástrico: escasa secreción blanquecina. Línea Z irregular en zig-zag a los 40 cm de la arcada dentaria que coincide con el hiato esofágico del diafragma.

Esófago:

Aplanado en sentido antero-posterior, cónico, hendidura elíptica, se mueve espontáneamente con el peristaltismo, los movimientos, los movimientos cardiacos y respiratorios. Mucosa de color rosado, lisa y brillante. Escasa secreción salival. Luz, distensibilidad, peristaltismo, patrón vascular y pliegues longitudinales delgados, conservados. EEG; EEL: impresionan competentes.

Conclusiones:

Pangastritis eritemato-erosiva moderada.

Biopsia de estudio Endoscópico:

Compatible con *Helicobacter Pylori*

Heces fecales:

No se observan helmintos ni protozoarios. (Cinco semanas después del tratamiento)

Manejo y evolución del caso

Se implementaron una serie de medidas durante el ingreso y el alta hospitalaria a seguir estrictamente:

- 1.- Medidas Higiénicas Esenciales
- 2.- Lavado de manos con jabón
- 3.- Lavado de alimentos
- 4.- Agua segura
- 5.- Higiene doméstica
- 6.- Recomendaciones Dietéticas
- 7.- Evitar alimentos de riesgo
- 8.- No consumir vegetales crudos sin desinfectar, tierra (geofagia) o agua no potable.
- 9.- Reforzar nutrición:
- 10.- Educación Comunitaria:

Tratamiento médico

Mebendazol (tabletas 100 mg) 1 tableta c/12 h por 7 días. Descansar 7 días

Metronidazol (tabletas 250 mg) 1 tableta c/12 h por 10 días. Descansar 7 días

Secnidazol (tabletas 500 mg) 2 gramos dosis única.

Respuesta terapéutica y evolución satisfactoria:

Tras implementar el tratamiento antiparasitario secuencial, junto con medidas higiénico-dietéticas rigurosas, la paciente evolucionó favorablemente:

Mejoró clínicamente en 5 días (desaparecieron de síntomas digestivos, recuperación del apetito). Sin reinfección gracias al lavado de manos, desinfección de agua/alimentos y tratamiento de convivientes.

Discusión

La ascariasis puede invadir el tracto biliar y dar origen a enfermedad del hígado y del sistema biliar con una sintomatología que corresponde a un síndrome de obstrucción biliar semejante al originado por cálculos biliares. El hábitat normal de los gusanos adultos es la luz del intestino delgado en donde se alimentan al succionar las sustancias nutritivas que hay en los líquidos intestinales. En la mayoría de los casos el curso clínico de esta entidad es asintomático y presenta buena respuesta a tratamiento médico, sin embargo, en ocasiones puede presentar cuadros complicados por parasitismo errático como por ejemplo invasión de la vía biliar y conducto pancreático o ambos, con complicaciones como colecistitis aguda, colangitis aguda, pancreatitis aguda, cólico biliar persistente. En el estadio adulto, una vez completado el ciclo de infección (huevos larvas migración pulmonar – hígado – circulación portal), el áscar habita frecuentemente en el yeyuno y por ende con fácil acceso al duodeno - papila mayor (2).

La localización hepatobiliar de la ascariasis en niños es poco común, con mayor incidencia en adultos del sexo femenino (relación 7:3 respecto a los hombres), probablemente con relación a hormonas con actividad relajante del músculo liso. La edad media de presentación es de 35 años. Dicha localización representa el 2,1% de las localizaciones extraintestinales (4, 5). Con la migración de los gusanos adultos a la vía biliar, la irritación causada por el helminto o sus excretas puede resultar en cólico biliar y espasmo del esfínter de Oddi, con obstrucción biliar parcial. La presencia de áscaris lumbricoides o sus residuos, junto con infecciones bacterianas (*Escherichia coli*, *Klebsiella* sp. y *Pseudomonas aeruginosa*).

En el caso de Solarana-Ortiz. et al. (4) describen como el áscar obstruyó la vía biliar del paciente y le provocó una ictericia obstructiva, sin embargo, en el caso el cuadro clínico coincidió más por dolor abdominal (2, 4). En el caso de Vargas Gallego. et al. (1), de una paciente de 22 años de edad que su diagnóstico fue de ascariasis errática,

coincidieron muchos aspectos semiológicos con el actual estudio dados por cuadro de malestar general, palidez cutánea, dolor abdominal, decaimiento, en ocasiones tos seca y escasa con empeoramiento de los síntomas en los últimos días.

En el caso presentado por Robles. et al. (2) es de importancia la presentación clínica ya que inició con pancreatitis secundaria a ascariasis biliar. Los casos que se presentan con clínica de pancreatitis secundaria a la ocupación de un áscaris en la luz del conducto pancreático principal o al nivel del esfínter de Oddi van del 4-30% en la literatura.

El ultrasonido es el método diagnóstico más útil debido a su rapidez y seguridad, además de no ser invasivo; puede identificar áscaris en asas intestinales, colédoco, árbol biliar o páncreas, y describe el estado de las vías biliares intra y extra-hepáticas y, en caso de existir complicaciones hepáticas como abscesos o pancreatitis, es de gran utilidad en el estudio de los órganos afectados. Asimismo, el ultrasonido puede repetirse para determinar la migración de los parásitos dentro de la vía biliar y su posible eliminación espontánea. Por otra parte, la colangiografía retrógrada endoscópica es una alternativa diagnóstica y terapéutica en ascariasis biliar y pancreática (4).

Es llamativo en el caso que se presenta, los estudios de laboratorios en contraste con estudios de Solarana-Ortiz. et al. (4), Vargas-gallego. et al. (1), Bello-Suarez. et al. (3), Reyes-Vera, Brunet-Machado, Clemades-Méndez. et al. (5) y Castillo-Ayala. et al. (6) no hubo leucocitosis, eosinofilia y/o elevación de la fosfatasa alcalina, resultados que tienen en común estos casos presentados anteriormente.

A pesar de esto, si presentó aspectos clínicos epidemiológicos similares. Robles. et al. (2) no reflejaron alteraciones de laboratorio a excepción de discreta elevación de la bilirrubina; sin embargo, el paciente tuvo que ser intervenido por empiema vesicular secundario a ascariasis biliar. La ascariasis biliar no complicada debe ser tratada con antihelmínticos para la eliminación de áscaris lumbricoides en un 80% de los casos. La cirugía está indicada cuando falla el tratamiento médico o la colangiografía retrógrada endoscópica, o cuando se presenta deterioro clínico, aumento del volumen vesicular o colecciones peris vesiculares secundarias a colecistitis aguda (4).

La terapia antihelmíntica generalmente no se administra durante la fase pulmonar porque la eficacia de los fármacos contra las larvas en los pulmones es incierta. El uso de albendazol fue indicado como terapia complementaria por su

excreción principalmente biliar; tanto en este caso como en otros pacientes como aparece informado en artículos médicos (5, 7). En el caso de Vargas-gallego. et al. (1) mostraron la importancia del estudio ecográfico para el diagnóstico de ascariasis errática hepato-biliar, presentándose formas ecográficas como el signo de ojo de buey que implica enrollamiento del parásito, el signo de la raya que es por una delgada raya sin tubo interno, y como en nuestro caso el signo del espagueti, cuando hay superposición longitudinal de parásitos en la vía biliar debido al enrollamiento de uno o varios áscaris.

Discussion

Ascariasis can invade the biliary tract and cause disease of the liver and biliary system with symptoms that correspond to a biliary obstruction syndrome similar to that caused by gallstones. The normal habitat of adult worms is the lumen of the small intestine, where they feed by sucking nutrients from intestinal fluids. In most cases, the clinical course of this entity is asymptomatic and responds well to medical treatment. However, occasionally it can present complicated symptoms due to erratic parasitism, such as invasion of the bile duct and pancreatic duct, or both, with complications such as acute cholecystitis, acute cholangitis, acute pancreatitis, persistent biliary colic. In the adult stage, once the infection cycle is complete (eggs, larvae, pulmonary migration, liver, and portal circulation), the roundworm frequently lives in the jejunum and therefore has easy access to the duodenum and major papilla. (2) Hepatobiliary ascariasis is uncommon in children, with a higher incidence in adult females (ratio 7:3 compared to men), probably related to hormones with smooth muscle relaxing activity. The average age at presentation is 35 years. This location represents 2.1% of extraintestinal locations (4, 5). With the migration of adult worms to the biliary tract, irritation caused by the helminth or its excreta may result in biliary colic and spasm of the sphincter of Oddi, with partial biliary obstruction. The presence of lumbricoides ascaris or their residues, together with bacterial infections (Escherichia coli, Klebsiella sp. and Pseudomonas aeruginosa).

In the case of Solarana-Ortiz. et al. (4) describe how the roundworm obstructed the patient's biliary tract and caused obstructive jaundice, however, in their case the clinical picture was more consistent with abdominal pain (2, 4). In the case of Vargas Gallego. et al. (1), of a 22-year-old patient who was diagnosed with erratic ascariasis, many semiological aspects coincided with the current study given

by a picture of general malaise, skin pallor, abdominal pain, weakness, sometimes a dry and scarce cough with worsening of symptoms in recent days. In the case presented by Robles. et al. (2) the clinical presentation is important since it began with pancreatitis secondary to biliary ascariasis. Cases that present with symptoms of pancreatitis secondary to the occupation of an ascarid in the lumen of the main pancreatic duct or at the level of the sphincter of Oddi range from 4-30% in the literature. Ultrasound is the most useful diagnostic method due to its speed and safety, in addition to being noninvasive. It can identify roundworms in intestinal loops, the common bile duct, the biliary tree, or the pancreas, and describes the status of the intra- and extrahepatic bile ducts. In the case of liver complications such as abscesses or pancreatitis, it is very useful in the study of the affected organs. Furthermore, ultrasound can be repeated to determine the migration of parasites within the bile duct and their possible spontaneous elimination. Furthermore, endoscopic retrograde cholangiography is a diagnostic and therapeutic alternative for biliary and pancreatic ascariasis. (4)

It is striking in the case presented, the laboratory studies in contrast to studies by Solarana-Ortiz. et al. (4), Vargas-Gallego. et al. (1), Bello-Suarez. et al. (3), Reyes-Vera, Brunet-Machado, Clemades-Méndez. et al. (5) and Castillo-Ayala. et al. (6) there was no leukocytosis, eosinophilia and/or elevated alkaline phosphatase, results that these cases presented previously have in common. Despite this, it did present similar clinical epidemiological aspects. Robles. et al. (2) did not reflect laboratory alterations except for a slight elevation of bilirubin; however, the patient had to be operated on for gallbladder empyema secondary to biliary ascariasis. Uncomplicated biliary ascariasis should be treated with anthelmintics to eliminate *lumbrioides* roundworms in 80% of cases. Surgery is indicated when medical treatment or endoscopic retrograde cholangiography fails, or when clinical deterioration, increased gallbladder volume, or perigallbladder collections secondary to acute cholecystitis occur. (4) Anthelmintic therapy is generally not administered during the pulmonary phase because the efficacy of drugs against larvae in the lungs is uncertain. The use of albendazole was indicated as complementary therapy due to its mainly biliary excretion; both in this case and in other patients as reported in medical articles (5, 7). In the case of Vargas-Gallego. et al. (1) showed the importance of ultrasound study for the diagnosis of erratic hepatobiliary ascariasis, presenting ultrasound forms such as the bull's-eye sign that implies coiling of the parasite, the stripe sign that is a thin stripe without an internal tube, and as in

our case the spaghetti sign, when there is longitudinal superposition of parasites in the biliary tract due to the coiling of one or more ascarids.

Conclusiones

Cada día las determinantes socio-ambientales juegan un papel importante en el diagnóstico de enfermedades, a pesar de los estudios de laboratorio que no dejan de tener valor en el mismo.

La realización de estudios ecográficos es el método de elección para el diagnóstico de ascariasis errática tanto en adultos como en poblaciones pediátricas.

Conclusions

Socio-environmental determinants play an important role in disease diagnosis every day, although laboratory studies are still valuable.

Ultrasound studies are the method of choice for diagnosing erratic ascariasis in both adults and pediatric populations.

Declaración de transparencia

El autor principal (defensor del manuscrito) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del caso.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente para acceso a historia clínica e información.

Financiación

Los autores declaran que no recibieron apoyo financiero para la realización de la investigación ni para la publicación de este artículo.

Conflictos de interés

Los autores manifiestan no tener relaciones comerciales o financieras que pudieran constituir un potencial conflicto de interés.

Uso de IA generativa

Los autores afirman que no se utilizó inteligencia artificial generativa en la elaboración de este manuscrito.

Contribución de los autores

ARC: Conceptualización.

JEVS: Redacción, revisión bibliográfica.

OMLR: Software.

DFV: Metodología.

YAB: Validación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas-Gallego I. et al. Usefulness of ultrasound in the diagnosis of lumbricoid ascaris. Case Report and Literature Review. Rev Multidisciplinar [Internet]. 2024. (citado el 15 de Junio de 2025); 2: 99. Disponible en: <https://doi.org/10.62486/agmu202499>
2. Robles D, Mier, Terán J, Valiente LD. Empiema vesicular secundario a ascariasis biliar resuelto por laparoscopia: reporte de un caso. SALUD EN TABASCO [Internet]. 2024. (citado el 15 de Junio de 2025). 30(1). Disponible en: <https://tabasco.gob.mx/revista-salud-en-tabasco>
3. Bello-Suárez A, González-Valencia G, Sosa L, Sarmiento-Wilches P. Ascariasis hepatobiliar en una lactante con desnutrición severa: reporte de caso. MÉD.UIS [Internet]. 2020; [citado el 15 de Junio de 2025]. 33(1): 67-72. Disponible en: <https://doi.org/10.18273/revmed.v33n1-2020008>
4. Solarana-Ortiz JA, Martínez Rosales O, Lorenzo Díaz JG, Santiesteban Collado N, Perez Pupo A. Ascariasis errática biliar como causa exótica de ictericia obstructiva. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2022. [citado el 15 de Junio de 2025]; 61(2): e_1084. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S0034-74932022000200010&Ing=es&nrm=iso
5. Reyes-Vera. et al. Síndrome de Löeffler y ascariasis en la vía biliar. Informe de caso. Acta Médica del Centro [Internet]. 2024. [citado el 15 de Junio de 2025]; 18(4): e2005. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v18n4/2709-7927-amdc-18-04-e2005.pdf>
6. Castillo-Ayala DA. et al. Ascariasis en conducto de Wirsung favorecida por el embarazo. Revista de Ciencias de Salud Mas Vita [Internet]. 2024; [citado el 15 de Junio de 2025]. 6(1): e_0150. Disponible en: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0223>
7. Molla YD, Beza AD, Tadesse AK, Answar IO. Ascaris lumbricoides a rare cause ileal perforation, a case report. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2023. [citado el 15 de Junio de 2025]; 105: 2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37015161/>
8. Leung AKC, Leung AAM, Wong AHC, Hon KL. Human Ascariasis: An Updated Review. Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov [Internet]. 2020. [citado el 15 de Junio de 2025]. 14(2): 3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32628606/>
9. Afreen M. et al. Ascaris induced acute pancreatitis in paediatric population - a case series. J Pak Med Assoc [Internet]. 2022. [citado el 15 de Junio de 2025]; 72(10): 2. Disponible en: <https://doi.org/10.47391/jpma.3692>
10. De Oliveira D, Castillo Y, Lombardo G, Vilera MF. Ascariasis biliar con coledocolitiasis: una resolución con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Reporte de un caso. Endoscopia [Internet]. 2020. [citado el 15 de Junio de 2025]; 32(3): 4. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/end.20000045>