Revista
Gaceta Médica JBG

JUNTA DE BENEFICENCIA

# Hemorragia ileocecal masiva asociada a *Enterobius vermicularis* con compromiso hemodinámico: reporte de un caso

## Massive ileocecal hemorrhage associated with *Enterobius vermicularis* with hemodynamic compromise: a case report

Miguel Soria-Alcívar[1, 2*], María Betancourt Ruiz[1], Julio Cevallos Quiroz[2]

1. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Guayaquil, Ecuador.
2. Hospital Clínica San Francisco, Servicio de Gastroenterología, Guayaquil, Ecuador.

**Correspondencia:** Miguel Soria-Alcívar. Ciudadela Universitaria, ubicada entre la Av. Delta y la Av. Kennedy. Código postal: 090510. Teléfono: +593 99 474 2655. Guayaquil-Ecuador. miguel.soriaa@ug.edu.ec

**Artículo recibido:** 1 de junio del 2026
**Artículo aceptado:** 29 de julio del 2026
https://doi.org/10.61708/np7zmv70

**Resumen:**

*Enterobius vermicularis* es uno de los parásitos intestinales más extendidos en la población humana, aunque raramente se lo asocia con sangrado digestivo bajo de repercusión hemodinámica. Presentamos el caso de un varón de 30 años, procedente de zona rural, que acudió a urgencias por dolor abdominal cólico y dos episodios de enterorragia, acompañados de mareo y lipotimia. Al ingreso presentaba hipotensión, taquicardia y anemia severa, por lo que se inició estabilización con fluidoterapia intravenosa y transfusión de dos unidades de concentrado de glóbulos rojos antes de proceder con el estudio endoscópico.

Tras lograr compensación hemodinámica, la endoscopia digestiva alta evidenció una gastropatía erosiva antral sin sangrado activo y biopsia negativa para *Helicobacter pylori*. La colonoscopia mostró mucosa ileal eritematosa y, en la región ileocecal, un helminto blanquecino de entre 5 y 7 mm con su extremo parcialmente introducido en la mucosa, en íntima relación con un punto de sangrado activo. El parásito fue extraído endoscópicamente mediante pinza de biopsia en el mismo procedimiento.

El análisis histopatológico confirmó un nematodo adulto compatible con *Enterobius vermicularis*, colitis eosinofílica parasitaria e hiperplasia linfoide reactiva ileal. Se prescribió albendazol 400 mg en dosis única con repetición a los 14 días, incluyendo el tratamiento de los contactos domiciliarios. La evolución fue satisfactoria, sin recurrencia del sangrado a seis meses del alta.

Este caso invita a replantear la imagen clásica de un parásito considerado inofensivo: ante una hemorragia digestiva baja sin causa aparente, *Enterobius vermicularis merece* un lugar en el diagnóstico diferencial.

**Palabras clave:** Hemorragia gastrointestinal; colonoscopia; válvula ileocecal; colon; Enterobius vermicularis.

Acceso Abierto: Este es un artículo de acceso abierto bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite el uso, el intercambio, la adaptación, la distribución y la reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se cite adecuadamente al autor o autores originales y la fuente, se proporcione un enlace a la licencia Creative Commons y se indique si se han realizado cambios. Para ver una copia de esta licencia, visite http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.

**Abstract:**

*Enterobius vermicularis* is one of the most widespread intestinal parasites in the human population, although it is rarely associated with lower gastrointestinal bleeding with hemodynamic compromise. We present the case of a 30-year-old man from a rural area who presented to the emergency department with colicky abdominal pain and two episodes of enterorrhagia, accompanied by dizziness and syncope. Upon admission, he presented with hypotension, tachycardia, and severe anemia. Stabilization was initiated with intravenous fluid therapy and a transfusion of two units of packed red blood cells before proceeding with the endoscopic examination.

After achieving hemodynamic stabilization, upper gastrointestinal endoscopy revealed antral erosive gastropathy without active bleeding and a negative biopsy for *Helicobacter pylori*. Colonoscopy showed erythematous ileal mucosa and, in the ileocecal region, a whitish helminth measuring between 5 and 7 mm with its end partially embedded in the mucosa, in close proximity to a point of active bleeding. The parasite was extracted endoscopically using biopsy forceps during the same procedure.

Histopathological analysis confirmed an adult nematode consistent with *Enterobius vermicularis,* parasitic eosinophilic colitis, and reactive lymphoid hyperplasia of the ileum. Albendazole 400 mg was prescribed as a single dose, to be repeated after 14 days, including treatment of household contacts. The patient's recovery was satisfactory, with no recurrence of bleeding six months after discharge.

This case prompts a re-evaluation of the traditional view of this parasite as harmless: in cases of lower gastrointestinal bleeding with no apparent cause, Enterobius vermicularis deserves a place in the *differential diagnosis*.

**Keywords:** *Enterobius vermicularis*; gastrointestinal hemorrhage; colonoscopy; ileocecal valve; colon.

## Introducción

*Enterobius vermicularis* (*E. vermicularis*) es probablemente, el helminto intestinal de distribución más amplia en la especie humana. Su transmisión sigue la vía fecal-oral y se ve favorecida por el hacinamiento, la reinfección frecuente, el contacto con fómites contaminados y las condiciones higiénicas precarias [1]. La prevalencia varía considerablemente según la región geográfica, el grupo etario estudiado y el método diagnóstico empleado, aunque los datos disponibles confirman su vigencia como problema de salud pública [2]. Publicaciones recientes, procedentes en su mayoría de países asiáticos, documentan la persistencia de la infección en distintos contextos epidemiológicos, incluidas comunidades con exposición ambiental sostenida [3,4,5].

El cuadro clínico habitual comprende prurito anal nocturno, irritabilidad, alteraciones del sueño y dolor abdominal de escasa intensidad; no es infrecuente que la infección curse de forma completamente asintomática. En adultos, la enterobiasis suele reconocerse de manera incidental o a través de manifestaciones atípicas. Se han descrito localizaciones poco habituales, entre ellas el compromiso cecal aislado [6], la afectación ocular [7] y formas ectópicas de diversa índole. A diferencia de otros helmintos con mayor capacidad invasiva de la mucosa intestinal como *Trichuris trichiura* [8] o de aquellos con presentaciones ginecológicas ectópicas [9], *E. vermicularis* rara vez origina lesiones mucosas macroscópicas con repercusión clínica significativa.

Presentamos un caso de enterorragia aguda con compromiso hemodinámico, asociada a lesión mucosa hemorrágica ileocecal por *E. vermicularis*, con documentación endoscópica e histopatológica completa.

## Descripción del Caso

Se trata de un paciente masculino de 30 años, oriundo de zona rural de Ecuador, con antecedente quirúrgico de varicocelectomía y sin otros antecedentes patológicos de relevancia. Negó alergias medicamentosas y descartó el consumo previo de antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulantes u otros fármacos con potencial lesivo sobre la mucosa digestiva.

Consultó al servicio de urgencias por dolor abdominal de tipo cólico, localizado en mesogastrio, con tres días de evolución. El cuadro se acompañó de hematoquecia y enterorragia, con dos episodios previos al ingreso, además de mareo y lipotimia. El paciente negó fiebre, pérdida ponderal involuntaria y síndrome diarreico.

Al examen físico se encontraba consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, afebril. Los signos vitales mostraban presión arterial de 80/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 116 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, temperatura de 37 °C y saturación de oxígeno de 96 %. Llamaba la atención la palidez cutaneomucosa generalizada. El abdomen era blando y depresible, con dolor a la palpación superficial y profunda en el mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal. El tacto rectal evidenció restos hemáticos frescos, sin lesiones perianales visibles.

Los resultados de laboratorio obtenidos al ingreso se presentan en la Tabla 1. En la valoración inicial, el equipo clínico consideró que el paciente cursaba con hemorragia digestiva baja aguda con repercusión hemodinámica, sustentada por hipotensión arterial, taquicardia, palidez cutaneomucosa, restos hemáticos frescos al tacto rectal y anemia severa. En este contexto, considerando la edad del paciente y el entorno

epidemiológico local, se plantearon como diagnósticos diferenciales: ileocolitis infecciosa (por enterobacterias, amebiasis, tuberculosis intestinal o uncinariasis), enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis), divertículo de Meckel, lesión ulcerada ileocecal idiopática, neoplasias o lesiones polipoides, isquemia intestinal y vasculitis.

La prioridad inicial fue estabilizar al paciente antes de realizar procedimientos endoscópicos, debido a la anemia severa y a los signos de hipoperfusión. Durante las primeras 48 horas se colocó una vía venosa central, se administraron cristaloides intravenosos, principalmente lactato de Ringer, y se transfundieron dos unidades de concentrado de glóbulos rojos. El paciente permaneció en monitorización estrecha hasta alcanzar estabilidad hemodinámica suficiente para continuar el abordaje diagnóstico, sin nuevos episodios de sangrado digestivo activo.

**Tabla 1.** Resultados de laboratorio al ingreso del paciente.

| Parámetro | Resultado | Unidad | Valores referenciales |
|---|---|---|---|
| Glucosa | 140,00 | mg/dL | 74,00–106,00 |
| Urea sérica | 43,20 | mg/dL | 0,00–49,00 |
| Nitrógeno ureico en sangre / BUN | 20,20 | mg/dL | 6,00–20,00 |
| Creatinina | 0,73 | mg/dL | 0,50–1,30 |
| AST / TGO | 18,80 | U/L | 0,00–38,00 |
| ALT / TGP | 40 | U/L | 0,00–41,00 |
| Bilirrubina total | 0,26 | mg/dL | 0,00–1,20 |
| Bilirrubina directa | 0,15 | mg/dL | 0,00–0,20 |
| Bilirrubina indirecta | 0,11 | mg/dL | 0,00–0,70 |
| Proteínas totales | 5,34 | g/dL | 6,50–8,00 |
| Albúmina | 3,79 | g/dL | 3,50–5,00 |
| Globulina | 1,55 | g/dL | 1,50–3,00 |
| PCR cuantitativa | 0,72 | mg/L | 0,00–5,00 |
| Glóbulos blancos | 10,570 | x10³/µL | 4,40–10,00 |
| Neutrófilos | 79,6 | % | 50,00–70,00 |
| Linfocitos | 15,5 | % | 25,00–40,00 |
| Monocitos | 4,6 | % | 2,00–10,00 |
| Eosinófilos | 0,1 | % | 1,00–4,50 |
| Basófilos | 0,2 | % | 0,00–1,00 |
| Recuento de glóbulos rojos | 2,25 | M/µL | 4,50–6,50 |
| Hemoglobina | 6,4 | g/dL | 13,50–17,30 |
| Hematocrito | 18,4 | % | 40,00–52,00 |
| VCM | 81,8 | fL | 80,00–100,00 |
| HCM | 28,4 | pg | 28,00–33,00 |
| Plaquetas | 235 | x10³/µL | 150,00–450,00 |
| Grupo sanguíneo | O | – | – |
| Factor Rh(D) | Positivo | – | – |
| TP | 10,1 | seg | 9,10–12,10 |
| INR | 0,84 | – | – |
| TTP | 24,9 | seg | 25,00–45,00 |
| Sodio | 136 | mEq/L | 135-145 |
| Potasio | 3,76 | mEq/L | 3,5-5 |
| Cloro | 97 | mEq/L | 95-105 |

Nota: Los valores referenciales corresponden a los rangos reportados por el laboratorio institucional. Abreviaturas: BUN: nitrógeno ureico en sangre; AST/TGO: aspartato aminotransferasa/transaminasa glutámico-oxalacética; ALT/TGP: alanina aminotransferasa/transaminasa glutámico-pirúvica; PCR: proteína C reactiva; VCM: volumen corpuscular medio; HCM: hemoglobina corpuscular media; Rh(D): factor Rhesus D; TP: tiempo de protrombina; INR: índice internacional normalizado; TTP: tiempo parcial de tromboplastina.

Con la reposición volumétrica y la transfusión sanguínea, el paciente mostró mejoría progresiva: recuperó la estabilidad hemodinámica, cedieron los síntomas atribuibles a la hipoperfusión y el control hematológico posterior evidenció respuesta transfusional, con una hemoglobina de 8 g/dL y un hematocrito de 22,5 %. Estos hallazgos permitieron avanzar con el estudio endoscópico.

Una vez alcanzada la estabilidad clínica, se inició preparación intestinal con polietilenglicol durante la noche del segundo día de hospitalización y, al tercer día, se realizaron endoscopia digestiva alta y colonoscopia. La endoscopia alta se indicó para descartar una fuente proximal de sangrado con tránsito rápido, posibilidad relevante en un paciente con enterorragia, anemia severa y compromiso hemodinámico. La colonoscopia se justificó por la presencia de hematoquecia, restos hemáticos frescos al tacto rectal, ausencia de lesiones perianales evidentes y necesidad de evaluar directamente el colon y el íleon como posibles sitios de sangrado.

La endoscopia digestiva alta mostró mucosa antral eritematosa con erosiones superficiales, sin úlcera ni sangrado activo (Imagen 1A). Se realizó biopsia, que reportó gastritis crónica erosiva severa con actividad inflamatoria moderada, negativa para bacilos de *Helicobacter pylori* (Imagen 2A).

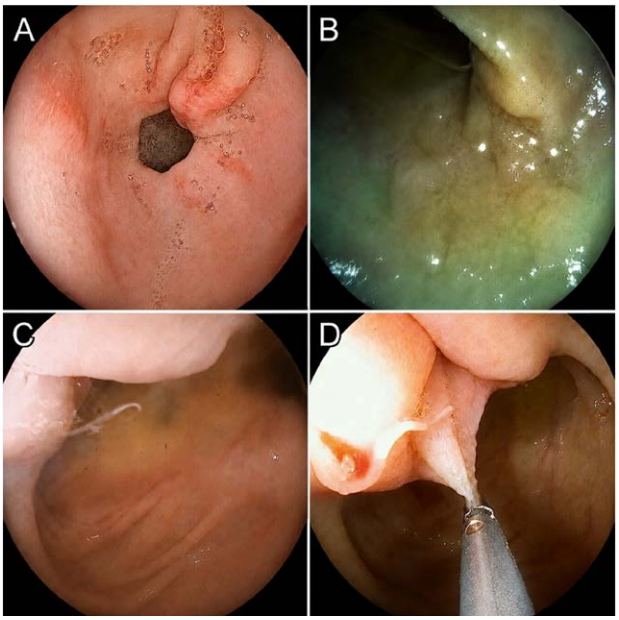


**Figura 1.** Hallazgos endoscópicos de compromiso gástrico e ileocecal con identificación del origen de sangrado y extracción del helminto intestinal. (A) Mucosa antral eritematosa con erosiones superficiales y pliegue engrosado, sin úlcera ni sangrado activo. (B) Íleon terminal con mucosa eritematosa; toma de biopsia. (C) Región ileocecal con helminto blanquecino de aproximadamente 5–7 mm en contacto estrecho con la mucosa. (D) Válvula ileocecal con extremo del parásito parcialmente introducido en la mucosa, asociado a un punto de sangrado; extracción endoscópica con pinza de biopsia.

A continuación, se realizó colonoscopia con avance hasta íleon terminal. La limpieza colónica fue óptima en todos los segmentos (Escala de Boston 9/9, puntuación 3-3-3). Se observó mucosa ileal eritematosa, de la que se tomó biopsia (Imagen 1B). En la región ileocecal se identificó un helminto blanquecino de entre 5 y 7 milímetros, en íntima relación con la mucosa (Imagen 1C). A nivel de la válvula ileocecal, uno de los parásitos presentaba su extremo parcialmente introducido en la mucosa, con un punto de salida de sangre claramente visible (Imagen 1D). El parásito fue extraído endoscópicamente mediante pinza de biopsia, en dos fragmentos, y remitido a anatomía patológica.

La biopsia de íleon mostró inflamación crónica erosiva moderada e hiperplasia linfoide reactiva (Imagen 2B). La biopsia de válvula ileocecal reportó ileítis crónica activa con edema de mucosa y submucosa, neutrófilos polimorfonucleares y abundantes eosinófilos, compatible con colitis eosinofílica parasitaria (Imagen 2C). Adicionalmente, se identificó un nematodo adulto seccionado, de morfología alargada, con cutícula gruesa de estriaciones transversales, musculatura hipodérmica prominente y estructuras internas compatibles con tubo digestivo y aparato reproductor; hallazgos morfológicos consistentes con *E. vermicularis* (Imagen 2D).

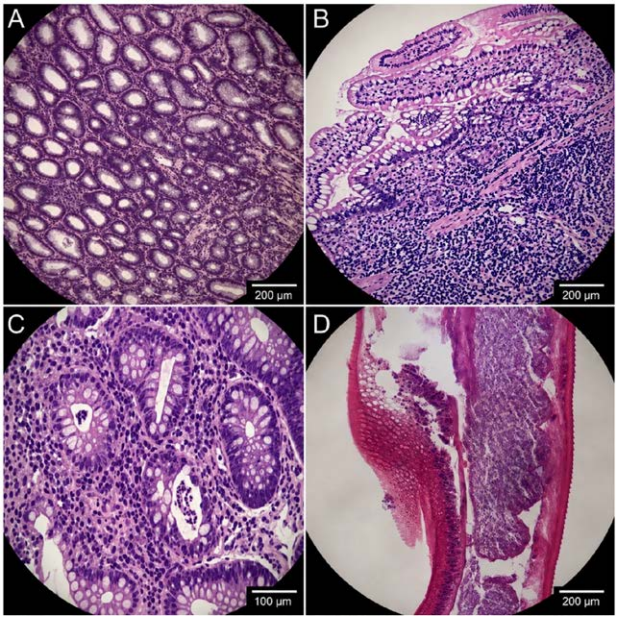


**Figura 2.** Correlación histopatológica de gastritis crónica, ileítis erosiva y colitis eosinofílica parasitaria asociada a nematodo adulto compatible con *E. vermicularis*. (A) Biopsia gástrica: gastritis crónica erosiva severa con infiltrado linfoplasmocitario, negativa para *Helicobacter pylori*; H&E, barra de escala 200 µm. (B) Biopsia de íleon: inflamación crónica erosiva moderada e hiperplasia linfoide reactiva; H&E, barra de escala 200 µm. (C) Biopsia de válvula ileocecal: colitis eosinofílica parasitaria con neutrófilos y abundantes eosinófilos; H&E, barra de escala 100 µm. (D) Nematodo adulto seccionado con cutícula estriada, musculatura hipodérmica y estructuras internas compatibles con tubo digestivo y aparato reproductor; H&E, barra de escala 200 µm.

Con base en la correlación clínica, endoscópica e histopatológica, se estableció el diagnóstico de colitis eosinofílica parasitaria ileocecal por E. vermicularis, asociada a lesión mucosa hemorrágica. No se identificaron barreras económicas, lingüísticas, culturales o logísticas que limitaran el abordaje diagnóstico. El principal desafío clínico fue establecer la causa de una hemorragia digestiva baja aguda en un paciente joven, sin antecedentes farmacológicos ni comorbilidades que explicaran inicialmente el sangrado. Finalmente, se prescribió albendazol 400 mg vía oral en dosis única, con repetición a los 14 días, junto con medidas higiénicas y tratamiento simultáneo de los contactos domiciliarios. El paciente refirió haber cumplido el esquema antiparasitario indicado, incluida la repetición de la dosis a los 14 días. Durante el seguimiento no comunicó efectos adversos relacionados con el medicamento y toleró adecuadamente la intervención terapéutica. La evolución fue favorable, sin recurrencia hemorrágica durante el seguimiento ambulatorio hasta seis meses después del alta. No se registraron acontecimientos adversos ni eventos imprevistos durante la hospitalización, el procedimiento endoscópico, la extracción del helminto ni el tratamiento antiparasitario posterior. Finalmente, el pronóstico inicial estuvo condicionado por la anemia severa y el compromiso hemodinámico inicial; sin embargo, tras la estabilización, la extracción endoscópica del parásito y el tratamiento antiparasitario, la evolución fue favorable. El paciente refirió sentirse tranquilo y aliviado al conocer la causa del sangrado.

## Discusión

Este caso nos permite analizar una situación poco habitual: la coexistencia de *E. vermicularis* con una lesión hemorrágica focal en la región ileocecal de un adulto joven. El hallazgo no debe interpretarse de manera automática como prueba absoluta de causalidad, pero tampoco como un hallazgo incidental sin valor clínico. La relación anatómica entre el helminto y el punto de sangrado, la inflamación eosinofílica en la biopsia y la ausencia de otra fuente hemorrágica evidente hacen razonable plantear una asociación clínicamente plausible. El principal aporte del caso está en la correlación entre endoscopia, histopatología y evolución clínica.

La enterobiasis se describe con mayor frecuencia en población pediátrica, donde la transmisión fecal-oral, la autoinoculación y la convivencia estrecha facilitan la persistencia del parásito. Mao et al. evaluaron centros preescolares de China y documentaron un descenso de la infección por oxiuros entre 2019 y 2024, de 1,22 % a 0,11 %, lo que confirma que su principal escenario epidemiológico sigue siendo la infancia [10]. Por ello, encontrar *E. vermicularis* en un adulto con enterorragia aguda, anemia severa y compromiso hemodinámico obliga a revisar el caso con cautela.

En América Latina, Rivero et al. reportaron en Argentina una prevalencia global de enterobiasis de 29,8 %, con 30,7 % en comunidades rurales [11]. En Ecuador, Tapia-Veloz et al. estudiaron 372 escolares de 3 a 11 años de Chimborazo y Guayas, y encontraron parasitosis intestinal en 63,2 % de los participantes. En ese trabajo, *E. vermicularis* fue el helminto

más frecuente, con una prevalencia de 16,7 %, y se asoció con municipio de origen, hacinamiento, saneamiento deficiente y hábitos inadecuados de higiene personal [12]. Estos datos ofrecen contexto local, dado que el paciente procedía de una zona rural. Sin embargo, la exposición probable al parásito no explica por sí sola la magnitud del sangrado, lo que mantiene el carácter excepcional de esta presentación.

El antecedente clínico más cercano es la serie de Rossi et al., quienes describieron tres adultos con oxiuriasis inicialmente interpretada como enfermedad gastrointestinal eosinofílica primaria. Uno fue estudiado por rectorragia, otro por sangre oculta fecal con sospecha de ileítis y otro por diarrea crónica [13]. Nuestro caso comparte con esa serie la localización ileocolónica y el patrón eosinofílico; sin embargo, se diferencia por la intensidad del cuadro: enterorragia aguda, repercusión hemodinámica, lesión hemorrágica visible, extracción endoscópica y confirmación histopatológica del nematodo.

El manejo inicial se organizó como una hemorragia digestiva baja aguda y no como una parasitosis ya establecida. La guía estadounidense recomienda estratificar el riesgo y corregir la inestabilidad hemodinámica antes de definir la estrategia diagnóstica [14]. De manera similar, la guía europea señala que el momento de la colonoscopia debe individualizarse según la estabilidad clínica y la calidad de la preparación intestinal [15]. En este paciente, la anemia severa y los signos de hipoperfusión justificaron priorizar fluidoterapia, transfusión y monitorización antes del estudio endoscópico.

La decisión de no realizar una colonoscopia inmediata también tiene sustento en la evidencia. Lahat et al. observaron que la colonoscopia temprana puede aportar información en pacientes seleccionados, pero su rendimiento depende del contexto clínico [16]. Long y Gottlieb destacan que el abordaje inicial debe guiarse por la gravedad del sangrado [17]. Además, revisiones recientes de la evidencia coinciden en que la realización rutinaria de la colonoscopia dentro de las primeras 24 horas no ha demostrado mejorar de forma consistente desenlaces clínicamente relevantes, como el resangrado o la mortalidad intrahospitalaria, por lo que la estabilización hemodinámica continúa siendo una prioridad antes del estudio endoscópico [18]. Por tanto, estabilizar al paciente, preparar el colon y luego realizar la colonoscopia fue una conducta prudente.

El razonamiento diagnóstico incluyó causas frecuentes de sangrado digestivo bajo en adultos jóvenes, como lesiones anorrectales, colitis infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal, lesiones vasculares, divertículos y neoplasias. La ausencia de lesiones perianales visibles, fiebre, diarrea y elevación significativa de marcadores inflamatorios redujo la probabilidad de algunas de estas entidades, aunque no las descartó. Hong y Baek señalan que la enfermedad inflamatoria intestinal debe diagnosticarse integrando clínica, biomarcadores, endoscopia, histología e imágenes, y no a partir de un único hallazgo [19].

La colonoscopia fue el punto decisivo, al mostrar una lesión ileocecal focal con el helminto parcialmente introducido en la mucosa y asociado a un punto de sangrado. La biopsia confirmó inflamación activa con abundantes eosinófilos y un nematodo adulto compatible con *E. vermicularis*. Como la eosinofilia tisular puede observarse en enfermedades inflamatorias, trastornos eosinofílicos primarios, reacciones medicamentosas o infecciones, la correlación endoscópica e histológica fue esencial para orientar el diagnóstico hacia una etiología parasitaria secundaria.

La extracción endoscópica permitió retirar el parásito relacionado con la lesión y obtener material para confirmación, pero no reemplazó el tratamiento antiparasitario. Un ensayo clínico aleatorizado comparó albendazol, mebendazol y pamoato de pirantel, encontrando eficacia clínica sin diferencias estadísticamente significativas entre los fármacos; además, la adherencia a medidas higiénicas se asoció con menor recurrencia [20]. Aunque fue un estudio pediátrico, respalda el uso de albendazol, la repetición de la dosis y las medidas familiares de prevención. La principal fortaleza del caso es la correlación clínica, endoscópica e histopatológica; su principal limitación es que, al tratarse de un caso único, no permite estimar frecuencia ni demostrar causalidad definitiva.

## Conclusión

La enterorragia aguda con repercusión hemodinámica asociada a *E. vermicularis* representa una presentación excepcional. La colonoscopia permitió identificar el sitio probable de sangrado, extraer el parásito y confirmar el diagnóstico mediante correlación histopatológica. Este caso recuerda la importancia de considerar etiologías parasitarias ante lesiones hemorrágicas ileocecales inusuales en contextos epidemiológicos compatibles.

## Contribución de los autores

Miguel Soria-Alcívar: conceptualización; investigación; atención clínica directa del paciente; realización de procedimientos endoscópicos; redacción del borrador original; revisión y edición.

María Betancourt Ruiz: investigación; curación de datos; revisión crítica del manuscrito; revisión y edición. Ambos autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Julio Cevallos Quiroz: análisis e interpretación histopatológica; validación diagnóstica; adquisición e interpretación de imágenes histológicas; revisión crítica del contenido científico; redacción - revisión y edición

## Declaración ética

Sujetos del estudio: Este manuscrito incluye información correspondiente a un caso clínico en seres humanos. El presente reporte se elaboró conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y sus modificaciones posteriores. Corresponde a un reporte de caso clínico observacional y se obtuvo el consentimiento informado del paciente para su publicación.

## Declaración de disponibilidad de datos

No aplica, ya que no se generaron ni analizaron conjuntos de datos durante el estudio.

## Declaración del uso de inteligencia artificial generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de escritura.

Durante la preparación de este trabajo se utilizó Google Translate como apoyo puntual en la traducción de algunos términos bibliográficos y herramientas digitales para la esquematización de imágenes como ChatGPT. Tras su uso, los autores revisaron el contenido de las figuras, según fue necesario y asumen plena responsabilidad por el contenido de la publicación.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado con este manuscrito.

## Financiamiento

Este trabajo no recibió financiamiento de fuentes externas.

## Referencias

1. Leung AKC, Lam JM, Barankin B, Wong AHC, Leong KF, Hon KL. Pinworm (Enterobius vermicularis) infestation: an updated review. Curr Pediatr Rev. 2025;21(4):333-347. doi: https://doi.org/10.2174/0115733963283507240115112552.

2. Lashaki EK, Mizani A, Hosseini SA, Habibi B, Taherkhani K, Javadi A, et al. Global prevalence of enterobiasis in young children over the past 20 years: a systematic review and meta-analysis. Osong Public Health Res Perspect. 2023;14(6):441-450. doi: https://doi.org/10.24171/j.phrp.2023.0204.

3. Shin HE, Lee SM, Cho MS, Lee MR, Ju JW, Eom KS, et al. Enterobius vermicularis infection among preschool children: a 12-year survey in Korea. Korean J Parasitol. 2021;59(4):421-426. doi: https://doi.org/10.3347/kjp.2021.59.4.421.

4. Socan M, Stromajer E, Ravnik M, Mrzel M, Grilc E, Grmek Kosnik I. Enterobius vermicularis infection: a cross-sectional study in preschool and school children in the North-Western part of Slovenia. Helminthologia. 2022;59(4):357-363. doi: https://doi.org/10.2478/helm-2022-0040.

5. Jin J, Ruan W, Xu W, Zhang X, Yu K, Chen H, et al. Enterobius vermicularis infection and its risk factors among rural schoolchildren in Zhejiang Province: a cross-sectional study. Parasitol Res. 2025;124(7):81. doi: https://doi.org/10.1007/s00436-025-08525-w.

6. Alwafi H, Samannodi MS, Almatrafi M, Miyajan K, Bishara A, Salawati EM, et al. Chronic vomiting and weight loss due to cecal pinworm infestation: a case report and brief literature review. Cureus. 2021;13(11):e19319. doi: https://doi.org/10.7759/cureus.19319.

7. Bose S, Mondal T, Das SK, Chakraborty A, Ghosh S, Pramanik N, et al. Rare presentations of ocular enterobiasis - case reports. Trop Parasitol. 2022;12(2):126-129. doi: https://doi.org/10.4103/tp.tp_27_21.

8. Kanya R, Gopinathan A, Arumugam SL, Feliciana JH, Leela KV, Balaji D, et al. Atypical manifestation of Enterobius vermicularis infestation in adults: a report of a rare case. Cureus. 2024;16(10):e72074. doi: https://doi.org/10.7759/cureus.72074.

9. Takac I, Kavalar R, Lovrec MR, Gavric Lovrec V. Concomitant ectopic Enterobius vermicularis infection in uterine cervical cancer. BMC Womens Health. 2024;24(1):265. doi: https://doi.org/10.1186/s12905-024-03073-4.

10. Mao F, Li X, Ye S, Tang F, Ni B, Zhang Q, et al. Understanding the trends, clustering, and risk factors of pinworm infection in preschool settings: a repeated cross-sectional multi-center study between 2019 and 2024. PLoS Negl Trop Dis. 2025;19(12):e0013800. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0013800.

11. Rivero MR, De Angelo C, Feliziani C, Liang S, Tiranti K, Salas MM, et al. Enterobiasis and its risk factors in urban, rural and indigenous children of subtropical Argentina. Parasitology. 2022;149(3):396-406. doi: https://doi.org/10.1017/S0031182021001955.

12. Tapia-Veloz E, Gozalbo M, Guillén M, Dashti A, Bailo B, Köster PC, et al. Prevalence and associated risk factors of intestinal parasites among schoolchildren in Ecuador, with emphasis on the molecular diversity of Giardia duodenalis, Blastocystis sp. and Enterocytozoon bieneusi. PLoS Negl Trop Dis. 2023;17(5):e0011339. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011339.

13. Rossi CM, Lenti MV, Lo Bello A, Merli S, Vanoli A, Anderloni A, et al. Pinworm infection misdiagnosed with primary eosinophilic colitis: a case series. ACG Case Rep J. 2024;11(11):e01547. doi: https://doi.org/10.14309/crj.0000000000001547.

14. Sengupta N, Feuerstein JD, Jairath V, Shergill AK, Strate LL, Wong R, et al. Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding: an updated ACG guideline. Am J Gastroenterol. 2023;118(2):208-231. doi: 10.14309/ajg.0000000000002130.

15. Triantafyllou K, Gkolfakis P, Gralnek IM, Oakland K, Manes G, Radaelli F, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy. 2021;53(8):850-868. doi: https://doi.org/10.1055/a-1496-8969.

16. Lahat A, Klang E, Rahman N, Halabi N, Avidan B, Barda N. Utility of early colonoscopy for acute lower gastrointestinal bleeding: a retrospective cohort study. Ther Adv Gastroenterol. 2023;16:17562848221147757. doi: https://doi.org/10.1177/17562848221147757.

17. Long B, Gottlieb M. Emergency medicine updates: lower gastrointestinal bleeding. Am J Emerg Med. 2024;81:62-68. doi: https://doi.org/10.1016/j.ajem.2024.04.022.

18. Elimeleh Y, Gralnek IM. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding. Curr Opin Gastroenterol. 2024;40(1):34-42. doi: https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000984.

19. Hong SM, Baek DH. Diagnostic procedures for inflammatory bowel disease: laboratory, endoscopy, pathology, imaging, and beyond. Diagnostics (Basel). 2024;14(13):1384. doi: https://doi.org/10.3390/diagnostics14131384.

20. Renuka Devi AV, Selvaraj V, Venkat BS, Kandasamy V. Comparison of efficacy of albendazole, mebendazole and pyrantel pamoate in achieving remission and preventing recurrence of Enterobius vermicularis infestation in children: a randomized controlled trial. Indian Pediatr. 2026;63(7):501-506. doi: https://doi.org/10.1007/s13312-026-00303-w.