

**Cómo citar este artículo:**

Avalos-García R; Kindelán-Fortuné E; Iglesias-Serrano YL; Hernández-Hernández DM. Ascariasis masiva complicada con mediastinitis aguda supurada: reporte de un caso. MedEst. [Internet]. 2026 [citado acceso fecha]; 6:e505. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/505>

Palabras Clave:

Ascariasis; Mediastinitis; Disfagia; Infecciones Parasitarias; Complicaciones Atípicas; Discapacidad Intelectual.

Keywords: Ascariasis; Mediastinitis; Dysphagia; Parasitic Infections; Atypical Complications; Intellectual Disability.

Autor para correspondencia:

roxanaavalosgarcia@gmail.com

Recibido: 27/11/2025

Aprobado: 15/02/2026

Editor(es) a cargo:

DrC. Deyanira Medelin Fausto

Traductor:

MSc. Maritza Núñez Arévalo

Maquetador:

Carlos Luis Vinageras Hidalgo

Ascariasis masiva complicada con mediastinitis aguda supurada: reporte de un caso

Massive ascariasis complicated by acute suppurative mediastinitis: a case report

Roxana Avalos García ^{1*} , Elizabeth Kindelán Fortuné ²

Yilian Lázara Iglesias Serrano ¹ , Diana Maité Hernández Hernández ¹

¹ Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico-Docente "Faustino Pérez". Matanzas, Cuba.

² Hospital Militar de Ejército "Dr. Mario Muñoz Monroy". Centro de Hospitalización. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La ascariasis masiva complicada con mediastinitis aguda supurada constituye una presentación clínica excepcionalmente rara y letal, no previamente reportada en la literatura médica cubana. El *Ascaris lumbricoides* puede migrar aberrantemente hacia la orofaringe, desencadenando complicaciones sistémicas catastróficas en pacientes vulnerables. **Objetivo:** Reportar un caso de ascariasis masiva con mediastinitis aguda supurada en un adulto con discapacidad intelectual, enfatizando las dificultades diagnósticas y los factores determinantes del desenlace fatal.

Presentación del caso: Paciente masculino de 56 años con discapacidad intelectual severa, esquizofrenia y condición de desamparo, quien ingresó por disfagia aguda. Inicialmente se sospechó cuerpo extraño esofágico, pero la endoscopia reveló secreciones purulentas nasofaríngeas. En las siguientes 24 horas desarrolló fiebre, aumento de volumen cervical izquierdo con crepitación, y expulsión de más de 16 lombrices por vía oral. Se confirmó ascariasis masiva con ausencia de eosinofilia. A pesar del tratamiento con albendazol, ceftriaxona y metronidazol, falleció súbitamente por parada cardiorrespiratoria al séptimo día. La necropsia reveló infestación masiva del tracto gastrointestinal, mediastinitis aguda supurada con infiltración de tráquea y epiglotis, traqueítis y bronconeumonía multifocal. **Conclusiones:** La ascariasis masiva puede evolucionar de forma catastrófica mediante migración aberrante hacia la orofaringe, desencadenando mediastinitis necrosante descendente fatal en pacientes con diagnóstico tardío y factores de vulnerabilidad. La ausencia de eosinofilia y el uso empírico de corticosteroides pueden enmascarar la gravedad de la infección. La prevención comunitaria, el tamizaje en instituciones psiquiátricas y la sospecha clínica oportuna en poblaciones de riesgo constituyen estrategias esenciales para evitar desenlaces fatales por esta parasitosis prevenible.

ABSTRACT

Introduction: Massive ascariasis complicated by acute suppurative mediastinitis constitutes an exceptionally rare and lethal clinical presentation, not previously reported in the Cuban medical literature. *Ascaris lumbricoides* may migrate aberrantly toward the oropharynx, triggering catastrophic systemic complications in vulnerable patients. **Objective:** To report a case of massive ascariasis with acute suppurative mediastinitis in an adult with intellectual disability, emphasizing diagnostic difficulties and determinants of the fatal outcome. **Case Presentation:** A 56-year-old male patient with severe intellectual disability, schizophrenia, and homeless condition was admitted due to acute dysphagia. Initially, esophageal foreign body was suspected, but endoscopy revealed purulent nasopharyngeal secretions. Within 24 hours, he developed fever, left cervical swelling with crepitus, and expulsion of more than 16 worms through the oral route. Massive ascariasis was confirmed with absence of eosinophilia. Despite treatment with albendazole, ceftriaxone, and metronidazole, he died suddenly from cardiorespiratory arrest on day seven. Autopsy revealed massive gastrointestinal infestation, acute suppurative mediastinitis with infiltration of trachea and epiglottis, tracheitis, and multifocal bronchopneumonia. **Conclusions:** Massive ascariasis may evolve catastrophically through aberrant migration toward the oropharynx, triggering fatal descending necrotizing mediastinitis in patients with delayed diagnosis and vulnerability factors. Absence of eosinophilia and empirical corticosteroid use may mask infection severity. Community prevention, screening in psychiatric institutions, and timely clinical suspicion in at-risk populations constitute essential strategies to prevent fatal outcomes from this preventable parasitosis.

INTRODUCCIÓN

La ascariasis, causada por el nematodo *Ascaris lumbricoides*, constituye una de las parasitosis intestinales más prevalentes a nivel mundial, afectando a más de 800 millones de personas, especialmente en comunidades con acceso limitado a saneamiento básico, agua potable y educación sanitaria⁽¹⁾. Aunque la Organización Mundial de la Salud ha impulsado programas de desparasitación masiva, la infección persiste en zonas rurales y en grupos marginados, incluyendo adultos con discapacidad intelectual o trastornos psiquiátricos⁽²⁾.

En Cuba, Machado Cazorla et al.,⁽²⁾ demostraron tasas elevadas de parasitosis intestinal en pacientes institucionalizados en hospitales psiquiátricos, lo que refleja el impacto del entorno y la higiene en la transmisión fecal-oral. A pesar de los avances sanitarios, la ascariasis no debe considerarse eliminada, sino olvidada por la baja sospecha clínica en adultos, como señalan Álvarez y de Armas Prado⁽³⁾. Esta situación es particularmente preocupante en individuos con discapacidad intelectual y condición de desamparo, quienes presentan mayor vulnerabilidad debido a déficits en higiene personal y acceso asistencial⁽⁴⁾.

La mayoría de las infecciones por *A. lumbricoides* son asintomáticas; sin embargo, en casos de sobrecarga parasitaria, los gusanos pueden migrar a órganos ectópicos, provocando obstrucción biliar, pancreatitis, perforación intestinal o compromiso respiratorio⁽⁵⁻⁷⁾. Recientemente, Singh et al.,⁽⁸⁾ y Kidan et al.,⁽⁹⁾ han descrito casos de obstrucción aérea fatal por *Ascaris*, subrayando su capacidad de invadir vías respiratorias superiores.

Una de las complicaciones más graves, aunque excepcional, es la mediastinitis necrosante descendente, una infección polimicrobiana del mediastino que se origina en focos orofaríngeos y se disemina a través de los planos fasciales cervicales. Reuter et al.,⁽¹⁰⁾ y Chaulk et al.,⁽¹¹⁾ enfatizan que el retraso en el diagnóstico y el drenaje quirúrgico incrementa la mortalidad a más del 40 %. La asociación entre ascariasis masiva y mediastinitis aguda supurada constituye una manifestación clínica extremadamente rara que, a nuestro conocimiento, no ha sido reportada previamente en la literatura médica cubana ni latinoamericana.

El presente caso describe la evolución fatal de un paciente adulto con discapacidad intelectual severa y condición de desamparo, quien desarrolló mediastinitis aguda supurada como complicación de ascariasis masiva, con migración retrógrada de parásitos hacia la orofaringe. Este reporte ilustra una manifestación clínica poco

frecuente de una parasitosis considerada eliminada en muchos contextos, resaltando la importancia de mantener un alto índice de sospecha en poblaciones vulnerables y la necesidad de estrategias diagnósticas y preventivas oportunas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, mestizo, de 56 años, con antecedentes de trastorno del desarrollo intelectual secundario a meningoencefalitis en la infancia, esquizofrenia de larga evolución y condición de desamparo por abandono familiar, fue ingresado en el Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente "Faustino Pérez" de Matanzas, Cuba, por disfagia de aproximadamente cuatro días de evolución. Según información proporcionada por su familiar cuidador, los síntomas iniciaron tras la ingestión de pollo, con progresión hasta la imposibilidad de deglutar alimentos líquidos.

El paciente fue remitido al servicio de Otorrinolaringología, donde el examen físico reveló secreciones purulentas en orofaringe. La laringoscopia indirecta evidenció abundante saliva en senos piriformes, espacio glótico conservado y ausencia de masas. Ante la sospecha de cuerpo extraño esofágico con edema obstructivo secundario, se indicó endoscopia digestiva superior (EDS) de urgencia, la cual mostró mucosa hipofaríngea edematosa que impidió el avance hacia el esófago a través del esfínter esofágico superior. Se inició antibioticoterapia empírica con ceftriaxona 1 g intravenoso cada 12 horas y prednisona 60 mg intravenoso cada 8 horas. Los exámenes complementarios de urgencia evidenciaron hematocrito de 0,35, leucocitos de $21,5 \times 10^9/L$ (leucocitosis marcada) y glucemia de 3,5 mmol/L.

Durante el segundo día de hospitalización, el paciente presentó dos episodios febres de $38^{\circ}C$ con escalofríos, que cedieron con antipiréticos. Se observaron secreciones nasales blanquecinas, fétidas, junto con aumento de volumen del cuello en región lateral izquierda. Se repitió la laringoscopia indirecta con signo de Jackson negativo. Se intentó repetir la EDS, resultando imposible por sialorrea intensa, tos productiva, aumento de volumen submandibular izquierdo y falta de cooperación del paciente. El ultrasonido de partes blandas informó infiltración edematosa infraclavicular bilateral. Se amplió la cobertura antibiótica con metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas para cobertura de anaerobios.

En el tercer día, tras disminución del aumento de volumen de hemicara y cuello, se realizó nueva EDS por persistencia de disfagia a alimentos sólidos. No se observaron alteraciones en la mucosa esofágica, lesiones ocupantes ni cuerpo extraño. Durante el estudio

se evidenció abundante secreción amarillenta, purulenta y fétida que descendía desde la cavidad nasofaríngea, concluyéndose como esofagoscopia normal. Ese mismo día, el especialista de Medicina Interna solicitó interconsulta a Gastroenterología reportando la expulsión de más de 16 lombrices por vía oral, la mayor de aproximadamente 20 cm de longitud. Se consideró el diagnóstico diferencial de miasis nasofaríngea dada la condición de desamparo del paciente, o parasitosis por *Ascaris lumbricoides* con posible síndrome de Loeffler. La radiografía de tórax no mostró alteraciones. Se indicó tratamiento con albendazol 400 mg en dosis única. Las lombrices expulsadas fueron recolectadas en frascos estériles y el diagnóstico parasitológico de ascariasis fue confirmado en el laboratorio de Bacteriología.

El cuarto día de evolución, el paciente mantuvo disfagia, secreción nasal fétida e inició aumento de volumen en ambos miembros inferiores. Se decidió traslado a sala de cuidados intensivos con colocación de sonda nasogástrica para alimentación enteral.

En el sexto día, el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, consciente pero poco cooperador, con ventilación espontánea y continuaba expulsando lombrices por vía oral. El examen físico reveló mucosas ligeramente secas e hipocoloreadas, tejido celular subcutáneo infiltrado hasta los maléolos, murmullo vesicular rudo sin estertores, y saturación periférica de oxígeno del 97%. La gasometría arterial mostró pH 7,42, presión parcial de dióxido de carbono de 32 mmHg, presión parcial de oxígeno de 105 mmHg, bicarbonato de 20 mmol/L y exceso de bases de -3,5, con acidosis metabólica leve. Los electrolitos evidenciaron potasio de 3,2 mmol/L (hipopotasemia leve). Se mantuvo manejo de ascariasis masiva con soporte hidroelectrolítico.

El séptimo día, el paciente permaneció clínicamente estable durante la mañana, pero presentó saturación de oxígeno de 90%. La gasometría arterial evidenció hipoxemia grave e hipopotasemia severa en el ionograma. Se inició oxigenoterapia por catéter nasal. Durante la noche, presentó disnea súbita progresiva hasta parada cardiorrespiratoria. Durante la maniobra de reanimación cardiopulmonar se constató abundante secreción obstructora de la vía aérea. Tras 40 minutos de reanimación avanzada sin retorno de circulación espontánea, se declaró el fallecimiento.

Los hallazgos de la necropsia, realizada 24 horas después del deceso, establecieron como causa básica de muerte la infestación masiva por *Ascaris lumbricoides* (desde estómago hasta ano, Figura 2), causa directa de muerte la mediastinitis aguda supurada (Figura 3.A), y condición intermedia la desnutrición proteico-energética severa. Los

hallazgos anatomopatológicos adicionales incluyeron: mediastino con inflamación supurada y abscesos que infiltraban tráquea y epiglotis, traqueítis aguda, bronconeumonía multifocal a predominio izquierdo, paquipleuritis crónica agudizada, atelectasia, gastritis aguda (Figura 3.B), esteatosis hepática leve, ateromatosis coronaria grado II e hipertrofia ventricular izquierda.



Figura 1: Lombrices expulsadas por vía oral (*Ascaris lumbricoides*). Se observan múltiples ejemplares adultos de color rosado pálido, con morfología característica de nematodos intestinales, la mayor de aproximadamente 20 cm de longitud.



Figura 2: Pieza anatómica de intestino grueso. Se evidencia infestación masiva por *Ascaris lumbricoides* en lumen intestinal, con múltiples ejemplares adultos que ocupaban desde el estómago hasta el ano.



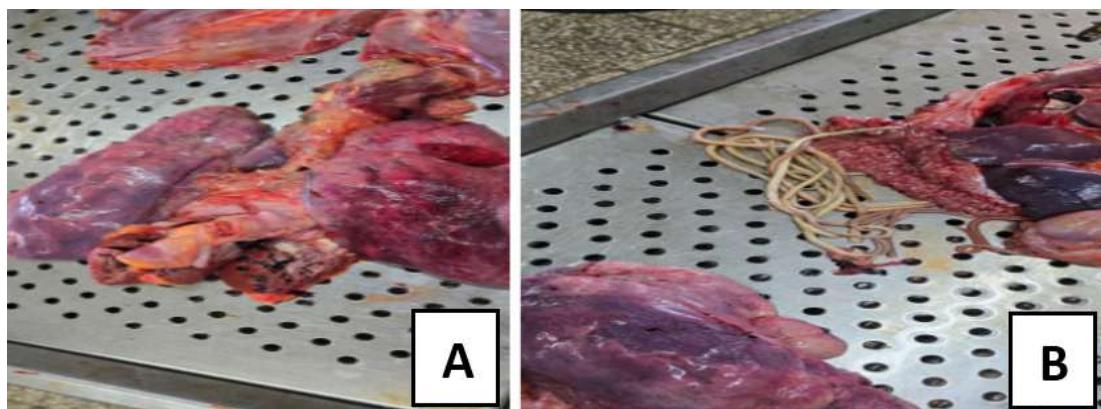


Figura 3: Hallazgos de necropsia. **A.** Pieza anatómica que incluye pulmones, mediastino, tráquea y epiglotis. Se observa mediastinitis aguda supurada con inflamación y abscesos que infiltran la tráquea y epiglotis. **B.** Pieza anatómica de estómago con presencia de lombrices de gran tamaño y gastritis aguda asociada.

Consentimiento informado: Se obtuvo consentimiento informado escrito del tutor legal del paciente para la publicación de este caso clínico, garantizando la protección de la identidad y el cumplimiento de los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki.

DISCUSIÓN

El paciente presentaba múltiples factores de vulnerabilidad para desarrollar parasitosis masiva: discapacidad intelectual severa secundaria a meningoencefalitis infantil, esquizofrenia de larga evolución, abandono familiar y condición de desamparo. Machado Cazorla et al.,⁽¹⁾ y Durán Pincay et al.,⁽²⁾ han documentado que estos grupos poblacionales presentan mayor exposición a condiciones higiénicas deficientes y menor acceso a controles médicos, lo que favorece la parasitosis crónica y masiva. La incapacidad del paciente para comunicar síntomas específicos llevó a un enfoque diagnóstico inicial centrado en un cuerpo extraño esofágico, retrasando la sospecha parasitaria hasta la expulsión visible de los helmintos, momento en el cual ya estaban establecidas complicaciones graves.

La migración retrógrada del *Ascaris lumbricoides* hacia la orofaringe ha sido descrita en casos de obstrucción intestinal masiva o durante el tratamiento antihelmíntico^(3,4). El trauma mucoso producido por la migración de los parásitos facilitó la invasión bacteriana polimicrobiana, y las secreciones purulentas observadas desde el segundo día de hospitalización indicaban la presencia de una infección orofaríngea secundaria que actuó como foco de origen. Esta infección se diseminó al mediastino a través de los planos fasciales retrofaríngeos y esofágicos, generando una mediastinitis necrosante descendente. Reuter et al.,⁽⁵⁾ y Chaulk et al.,⁽⁶⁾ enfatizan que esta entidad, aunque rara, presenta mortalidad superior al 40 % cuando existe retraso en el diagnóstico y el drenaje quirúrgico.

En el caso que se presenta, la ausencia de tomografía computarizada de cuello y tórax —estándar de oro para el diagnóstico y la evaluación de la extensión de la enfermedad⁽⁷⁾— limitó el reconocimiento temprano de la diseminación mediastínica y la planificación de un abordaje quirúrgico agresivo, constituyendo una limitación importante en el manejo.

Llama la atención la ausencia de eosinofilia en la evaluación inicial del paciente, a pesar de la infestación masiva documentada. Si bien la ascariasis típicamente se asocia con eosinofilia, especialmente durante la fase de migración larvaria pulmonar, en infestaciones crónicas masivas de adultos con desnutrición severa y compromiso inmunitario, la respuesta eosinofílica puede estar atenuada o ausente⁽⁸⁾. La desnutrición proteico-energética severa confirmada en la necropsia, junto con la esquizofrenia y la discapacidad intelectual como factores de compromiso inmunológico, explicarían esta paraclinica inesperada. La ausencia de eosinofilia contribuyó al retraso en el enfoque parasitológico inicial, reforzando la necesidad de mantener alta sospecha clínica independientemente de los resultados de laboratorio.

El uso empírico de corticosteroides sistémicos (prednisona 60 mg intravenoso cada 8 horas) en ausencia de confirmación de angioedema o compromiso alérgico constituyó una decisión terapéutica subóptima. Si bien los corticoides pueden indicarse en la fase de migración pulmonar de la ascariasis (síndrome de Loeffler) para controlar la respuesta inflamatoria, en el contexto de una infección orofaríngea con signos de sepsis, su uso puede enmascarar la gravedad de la infección subyacente y favorecer la diseminación⁽⁹⁾. Acosta et al.,⁽¹⁰⁾ señalan que el uso de corticoides en infecciones parasitarias no diagnosticadas puede precipitar complicaciones graves, incluyendo migración aberrante de parásitos.

El tratamiento con albendazol 400 mg en dosis única fue indicado oportunamente una vez confirmado el diagnóstico parasitológico; sin embargo, en infestaciones masivas este fármaco puede provocar migración refleja de gusanos hacia vías respiratorias superiores por alteración motora inducida^(11,12). Esta migración iatrogénica, sumada al edema laringeo preexistente y la mediastinitis en evolución, contribuyó probablemente al compromiso agudo de la vía aérea y la parada cardiorrespiratoria final. La evidencia actual sugiere que en infestaciones masivas podría considerarse manejo en unidades de cuidados intensivos con preparación para manejo avanzado de la vía aérea previo a la administración de antihelmínticos.



Este caso ilustra la persistencia de las parasitosis intestinales como "emergencias olvidadas" en adultos, particularmente en contextos de pobreza, abandono e institucionalización^(13,14). La desnutrición proteico-energética severa documentada en la necropsia confirma el impacto sistémico crónico de la parasitosis no tratada, así como la falta de acceso a atención médica preventiva. La ascariasis masiva puede manifestarse con presentaciones atípicas como disfagia aguda en adultos con discapacidad neurológica, simulando patologías mecánicas como cuerpos extraños⁽¹⁵⁾.

El diagnóstico diferencial inicial de miasis nasofaríngea, aunque no confirmado, fue razonable dada la condición de desamparo del paciente y la presentación con secreciones nasales fétidas y expulsión de múltiples larvas/material biológico. La miasis nasofaríngea comparte factores de riesgo similares (higiene deficiente, debilidad intelectual, demencia) y constituye una entidad que debe descartarse en este contexto⁽¹⁶⁾. No obstante, el diagnóstico parasitológico definitivo debe siempre confirmarse mediante identificación morfológica o molecular⁽¹⁷⁾.

La mortalidad en la mediastinitis necrosante descendente se asocia principalmente con la presencia de choque séptico, demora diagnóstica-terapéutica superior a 72 horas, comorbilidad diabetes mellitus, número insuficiente de intervenciones quirúrgicas y lateralidad izquierda de la infección^(18,19). En este caso, aunque no se documentó diabetes mellitus, la desnutrición severa y el compromiso inmunitario funcionaron como equivalentes de comorbilidad. La demora diagnóstica de aproximadamente 72 horas desde el inicio de síntomas hasta el reconocimiento de la ascariasis, sumada a la ausencia de drenaje quirúrgico agresivo del mediastino, determinaron la evolución hacia sepsis irrecuperable y parada cardiorrespiratoria. La mortalidad global reportada en series recientes oscila entre 21-40 %, pero puede reducirse hasta 4,3 % con diagnóstico temprano, tratamiento multidisciplinario y desbridamiento quirúrgico agresivo⁽¹⁸⁾, subrayando la importancia de la sospecha clínica oportuna en poblaciones vulnerables.

CONCLUSIONES

La ascariasis masiva con mediastinitis aguda supurada es una complicación excepcionalmente letal, no reportada previamente en Cuba. En un paciente con desnutrición y discapacidad intelectual, la ausencia de eosinofilia y el uso empírico de corticosteroides enmascararon el diagnóstico, retrasando 72 horas el tratamiento. La falta de imagenología torácica y drenaje quirúrgico determinaron una sepsis con mortalidad del 100%. Se concluye que la prevención primaria —desparasitación masiva en instituciones psiquiátricas y

saneamiento— es la intervención más efectiva. Además, ante disfagia aguda inexplicada en estos pacientes, debe sospecharse ascariasis masiva de inmediato, independientemente de la eosinofilia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Soil-transmitted helminth infections: fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 25/11/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>
2. Machado Cazorla K, Álvarez Suárez A, Álvarez González B, Rodríguez Jiménez P. Parasitosis intestinal en pacientes internados en el Hospital Provincial Psiquiátrico Docente Antonio Guiteras Holmes. Matanzas, Cuba. Rev Med Electrón [Internet]. 2014 [citado 25/11/2025];36(2):139-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000200003&script=sci_arttext&tlang=en
3. Álvarez GÁ, de Armas Prado JI. Parasitismo intestinal: ¿eliminado, olvidado o no diagnosticado? Medicentro Electrón [Internet]. 2023 [citado 25/11/2025];28:e3249. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v28/1029-3043-mdc-28-e3249.pdf>
4. Ali AY, Mohamed Abdi A, Mambet E. Small bowel obstruction caused by massive ascariasis: two case reports. Ann Med Surg [Internet]. 2023; 85(3):524. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2008.00515.x
5. Alemu NS, Metaferia YY, Woldemariam M. Small bowel obstruction caused by massive (>250) ascariasis worms in adult female patient, a case report. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2024;121:109946. DOI: 10.1016/j.ijscr.2024.109946
6. Singh R, Garg C, Vajifdar H. Near fatal respiratory obstruction due to Ascaris lumbricoides [Internet]. ResearchGate; 2025 [citado 25/11/2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/7656041_Near_fatal_respiratory_obstruction_due_to_Ascaris_lumbricoides
7. Kidan MG, Fayisa ST, Hailu SS, Abebe AT. Ascariasis: a common disease with uncommon presentation in a resource limited setting. A case report. Radiol Case Rep [Internet]. 2024; 19(4):1560-4. DOI: 10.1016/j.radcr.2023.11.048
8. Reuter TC, Korell V, Pfeiffer J, Ridder GJ, Ketterer MC, Becker C. Descending necrotizing mediastinitis: etiopathogenesis, diagnosis,

treatment and long-term consequences—a retrospective follow-up study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2023;280(4):1983-90. DOI: 10.1007/s00405-022-07769-x

9. Chaulk RC, Sahai D, Raj L, Nayak R. Etiology, diagnosis and management of descending necrotizing mediastinitis: a narrative review. Mediastinum [Internet]. 2025;9:9. DOI: 10.21037/med-24-29
10. Durán Pincay YE, Pincay Castillo JA, Delgado López SN, Chinga Medina EI. Condiciones ambientales, sintomatología clínica asociada a parasitosis intestinal, a nivel de Latinoamérica. Polo Conoc [Internet]. 2022;7(8):2425-59. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9042835>
11. Mohammed NA, Adam AOE, Osman MAH, et al. Unusual presentation of pleural space ascariasis infection from Eastern Sudan: a case report. Res Rep Trop Med. 2024;15:73-8. DOI: 10.2147/RRTM.S468422
12. Acosta JAH, Zambrano OAA, Cedeño MSM, Macías JEB. Infecciones tropicales parásitarias: una revisión sistemática. Mediciones UTA [Internet]. 2024 [citado 25/11/2025];8(2):21-35. Disponible en: <https://revistasuta.com/index.php/medi/article/view/2426>
13. Saini V, Cherukuri AMK, Bheemavarapu B, Pendurthi G, Khamar A. Presentation of ascariasis as a cause of acute intestinal obstruction. Cureus. 2024;16(6):e62881. DOI: 10.7759/cureus.62881
14. Escalante-Fiallos EV, Vayas-Tobar R, Cevallos-Quintanilla NC, et al. Miasis nasal: informe de un caso. Cambios Rev Med [Internet]. 2023 [citado 25/11/2025];22(1):e880. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/880>
15. Deu Martín M. Factores de riesgo de mortalidad en la mediastinitis aguda [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2008.
16. Deu Martín M, Mestres CA, Pomar JL, et al. Factores de riesgo de mortalidad en la mediastinitis necrosante descendente. Arch Bronconeumol. 2010;46(4):176-81. DOI: 10.1016/j.arbres.2009.09.009

17. Scaglione M, Pinto A, Romano S, et al. Deep neck infections: a constant challenge. *Emerg Radiol.* 2005;11:275-80. DOI: 10.1007/s10140-005-0425-3
18. Kaba M, Abunna F, Mereta ST, et al. Containing emerging and re-emerging infections: a continuing global health challenge. En: Global Health Surveillance—What the 21st Century Holds in Store for Us [Internet]. IntechOpen; 2025 [citado 25/11/2025]. Disponible en: <https://www.intechopen.com/chapters/1216352>

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

RAG: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Redacción del borrador original, Redacción de revisión y edición.

EKF: Curación de datos y análisis formal.

YLIS: Redacción – borrador original, visualización.

DMHH: Recursos, curación de datos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de interés.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se recibió financiamiento externo.