

Diagnóstico de la infestación por *Anisakis*. Experiencia en nuestro medio

E. Navarro Cantarero, B. Carro Alonso, C. Castillo Lario y J.A. Fernández Gómez

Servicio de Radiodiagnóstico, HCU Lozano Blesa, Zaragoza, Spain.

RESUMEN

Objetivo: Mostrar los hallazgos radiológicos más frecuentemente encontrados en la anisakiasis intestinal.

Material y métodos: Se revisan retrospectivamente las historias de 14 pacientes diagnosticados de anisakiasis intestinal entre los años 2000-2003 en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Hemos valorado las pruebas de imagen y las pruebas inmunológicas de laboratorio practicadas a estos pacientes.

Resultados: El motivo más frecuente de consulta fue el dolor en fosa iliaca derecha. Se encontraron signos radiológicos de proceso inflamatorio intestinal en el 60 % de los casos. El antecedente de ingesta de pescado crudo o insuficientemente cocinado y la presencia de eosinofilia se encontraba en el 75 % de los pacientes; la IgE específica frente a *Anisakis* estaba elevada en el 80 % de ellos.

Conclusiones: La incidencia de la anisakiasis está aumentando en los últimos tiempos, por lo que resulta importante conocer sus manifestaciones más características, tanto clínicas como radiológicas y de laboratorio. El segmento del tubo digestivo afectado con mayor frecuencia, es el íleon. Muchos pacientes presentan clínica de abdomen agudo, simulando una apendicitis o peritonitis. Se trata de un proceso auto-limitado que suele resolverse en 1-2 semanas, por lo

que se debe mantener una actitud conservadora, evitando al paciente una cirugía innecesaria.

Palabras clave: Abdomen agudo. Anisakiasis intestinal. IgE.

Diagnosis of *Anisakis* infestation: experience in our environment

ABSTRACT

Objectives: To characterize the most frequently found radiological findings in intestinal anisakiasis.

Material and methods: The medical records of 14 patients diagnosed with intestinal anisakiasis between 2000 and 2003 in the Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa in Zaragoza (Spain) were retrospectively reviewed. The imaging tests and immunological laboratory tests performed in these patients were evaluated.

Results: The most frequent reason for seeking medical assistance was right iliac fossa pain. Radiological findings of an inflammatory intestinal process were observed in 60 % of the patients. Seventy-five percent of the patients had eaten raw or insufficiently cooked fish and had eosinophilia; of these 80 % had elevated specific IgE levels.

Conclusions: The incidence of anisakiasis is increasing and consequently knowledge of its most characteristic clinical, radiological and laboratory manifestations is important. The most frequently affected segment of the digestive tract is the ileum. Many patients have symptoms of acute abdomen, mimicking appendicitis or peritonitis. Anisakiasis is a self-limiting process that usually resolves in 1-2 weeks.

Correspondencia:

B. Carro Alonso
HCU Lozano Blesa. Servicio de Radiodiagnóstico
50009 Zaragoza. Spain

Consequently, a conservative attitude is advisable to avoid unnecessary surgery.

Key words: Acute abdomen. Intestinal anisakiasis. IgE.

INTRODUCCIÓN

La anisakiasis es una zoonosis parasitaria en la que el hombre se convierte en huésped accidental al consumir pescado insuficientemente cocinado o crudo. La incidencia de esta entidad está aumentando, aunque hoy todavía se considera una enfermedad infra-diagnosticada. La anisakiasis intestinal puede presentarse como un cuadro de abdomen agudo u originando un proceso de íleo mixto por estenosis secundaria a la inflamación del segmento afectado. Las manifestaciones clínicas son variadas, desde pacientes asintomáticos a otros con síntomas digestivos o alérgicos. En muchos de estos pacientes, lo que destaca son las manifestaciones hiperérgicas secundarias a la infestación.



Figura 1.—Obstrucción de ID proximal, apreciando distensión de asas yeyunales.

ESTUDIO CLÍNICO

Se revisan las historias de 14 pacientes, con edades comprendidas entre 10-89 años, diagnosticados de anisakiasis intestinal entre los años 2000-2003 en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza. El cuadro clínico predominante fue: dolor en fosa iliaca derecha (FID) (6 casos), obstrucción intestinal (3 casos), dolor abdominal difuso con vómitos (3 casos), dolor epigástrico (1 caso) y rectorragia (1 caso). Uno de los pacientes presentó una reacción alérgica, en forma de eritema papuloso, asociada a la clínica digestiva. Algunos enfermos habían tenido varios ingresos previos al diagnóstico definitivo.

El antecedente de ingesta de pescado crudo o poco cocinado y la presencia de eosinofilia se encontró en el 75 % de los casos, la IgE específica frente a anisakis estaba elevada en el 80 % y había leucocitosis en el 40 % de ellos.

ESTUDIO RADIOLÓGICO

Se encontraron signos radiológicos sugestivos de proceso inflamatorio intestinal en el 60 % de los casos.

Radiografía simple de abdomen: se apreciaron signos de obstrucción intestinal (fig. 1), engrosamiento parietal (fig. 2) y asa centinela en FID.

Ecografía: mostró un engrosamiento parietal y asas distendidas, indicando oclusión, en 6 casos (figs. 3 y 4).

Tránsito intestinal: realizado a 4 de estos pacientes, observando signos de ileítis inespecífica (figs. 5 y 6).

Se siguió una actitud conservadora en 12 pacientes, siendo sometidos los 2 restantes a intervención quirúrgica por cuadro de abdomen agudo ante la sospecha de apendicitis.



Figura 2.—Engrosamiento mucoso en huella dactilar.



Figura 3.—Engrosamiento parietal del segmento afecto.



Figura 4.—Edema de los pliegues de Kerckring.

DISCUSIÓN

La anisakiasis es una zoonosis parasitaria producida por larvas de nematodos de la familia "Anisikidae", que tiene como huésped definitivo a los grandes mamíferos marinos. El hombre se considera un huésped accidental al consumir pescado insuficientemente cocinado o crudo en salazón, ahumado o en vinagre¹.

España es el segundo país consumidor de pescado por habitante en el mundo, a pesar de ello la incidencia reconocida de anisakiasis es baja, aunque podría ser mayor, por lo que se considera una enfermedad infradiagnosticada².

Las manifestaciones clínicas son variadas, fundamentalmente de tipo alérgico y/o digestivo, y se deben a 2 mecanismos:

1. Reacciones de hipersensibilidad inmediata mediada por IgE. Los pacientes desarrollan cuadros alérgicos

como urticaria y angioedema pocas horas después de la ingesta de pescado.

2. Acción local del parásito. La sintomatología depende del tamaño del inóculo y del lugar de penetración del parásito en la mucosa del tubo digestivo. En este caso los síntomas tardan de 12 a 48 horas en aparecer³.

Se diferencian 3 formas de presentación del proceso: gástrica, intestinal y colónica (5 %). El segmento del tubo digestivo más frecuentemente afectado, es el íleon⁴. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos. En la ecografía destaca la presencia de: engrosamiento parietal de 5-15 mm del segmento afecto, edema de los pliegues de Kerckring, disminución del peristaltismo y pequeña cantidad de líquido libre peritoneal entre asas. En los estudios baritados se observan signos de íleítis inespecífica, edema de pliegues con engrosamiento en huella

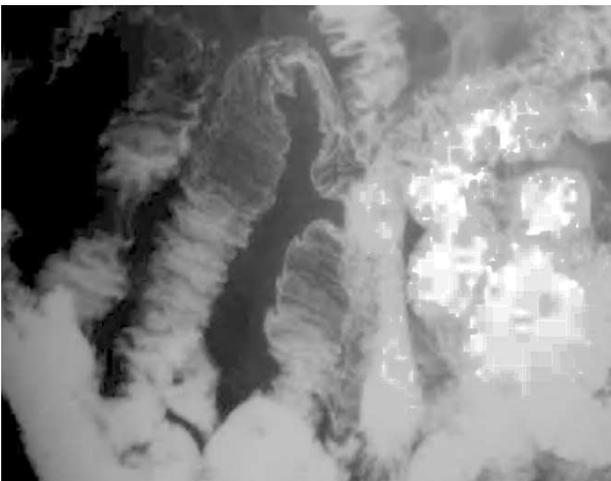


Figura 5.—Signos inflamatorios intestinales.

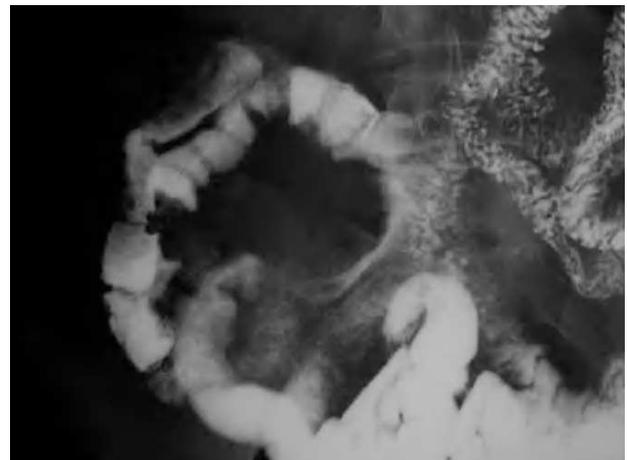


Figura 6.—Estenosis extrínseca del segmento ileal debido a cuadro inflamatorio de meso.

dactilar, escasa adherencia del bario y cambios de calibre por espasmos.

Estas alteraciones radiológicas se corresponden con los hallazgos anatómo-patológicos: edema, infiltración por eosinófilos y formación de granulomas⁵.

La demostración de la larva del anisakis confirma la sospecha diagnóstica, sin embargo, esto es infrecuente, por lo que el diagnóstico definitivo de anisakiasis se suele hacer por métodos inmunológicos. Se utiliza la determinación en el suero de IgE frente al parásito o, de forma más específica, la de antígenos mediante anticuerpos monoclonales.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con numerosos procesos como la enteritis eosinófila, apendicitis, diverticulitis, enfermedad de Crohn, isquemia, tuberculosis y neoplasias⁶.

Se trata de una enfermedad autolimitada mejorando los síntomas en 1-2 semanas, por lo que debe tenerse presente para hacer el diagnóstico adecuado, mantener una actitud conservadora y evitar al paciente una cirugía innecesaria.

Las pruebas radiológicas descritas son inespecíficas, pero en un paciente con clínica abdominal aguda

e ingesta reciente de pescado crudo o poco cocinado y presencia de signos inflamatorios intestinales debemos incluir la anisakiasis intestinal entre las posibles etiologías del proceso dada su creciente incidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valls A, Pascual CY, Martín Esteban M. Anisakis y anisakiosis. *Allergol et Immunopathol* 2003;31:348-55.
2. López Resano MC, Moreno-Ancillo A, Alonso Gómez A, Daschner A. Patología por Anisakis en el año 2000. *Rev Esp Enf Digest* 2000;92:127-31.
3. Esteve C, Resano A, Díaz-Tejeiro P, Fernández-Benitez M. Eosinophilic gastritis due to Anisakiasis: a case report. *Allergol et Immunopathol* 2000;28:21-3.
4. Matsumoto T, Iida M, Kimura Y, Tanaka K, Kitada T, Fujishima M. Anisakiasis of the colon: Radiologic and endoscopic features in six patients. *Radiology* 1985;183:97-9.
5. Shirahama M, Koga T, Ishibashi H, Uchida S, Ohta Y, Shimoda Y. Intestinal anisakiasis: US in diagnosis. *Radiology* 1992;185:789-93.
6. Matsui T, Iida M, Murakami M, Kimura Y, Fujishima M, Yao T, Tsiuji M. Intestinal anisakiasis: clinical and radiologic features. *Radiology* 1985;157:299-302.