



P-443 - Obstrucción intestinal por anisakis. Presentación de nuestra serie

E. Martínez López, R. Martínez García, N. Estellés Vidagany, J.Á. Díez Ares, A. Martínez Pérez, C. Payá Llorente, S. Santarrufina Martínez y E. Armañanzas Villena

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Objetivos: La anisakiasis es una enfermedad rara cuya presentación como obstrucción intestinal es infrecuente y su diagnóstico requiere alta sospecha. El objetivo es presentar dos casos clínicos y revisar el diagnóstico de esta entidad.

Métodos: Revisión retrospectiva de dos casos clínicos y de la literatura.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 33 años, acude a urgencias por dolor abdominal de 6 horas de evolución en mesogastrio. Náuseas, con tránsito conservado. A la exploración abdomen discretamente distendido, timpánico, doloroso a la palpación de mesogastrio, sin ruidos hidroaéreos. En analítica destaca: PCR: 14,1 mg/dl, leucocitos: 13.000/ml, 87% neutrófilos; Rx abdomen: Asa de intestino delgado dilatada en mesogastrio con aireación distal. Dada la ausencia de antecedentes quirúrgicos se solicita ecografía abdominal, mostrando dilatación de asas de intestino delgado aperistálticas con asa de paredes engrosadas en fosa iliaca derecha, a expensas de muscular de carácter inespecífico. Se inyecta contraste con realce heterogéneo de la pared, descartando enfermedad de Crohn. El paciente ingresa en el servicio de cirugía para estudio del cuadro oclusivo y control evolutivo. En anamnesis dirigida ante sospecha de anisakiasis por la imagen el paciente refiere consumo pescado crudo. En el ingreso se determina IgE total normal con IgE específica para anisakis elevada. Se trata al paciente de forma conservadora con reposo digestivo y aspiración nasogástrica, administrándose mebendazol por esta vía. Evolución favorable. Al alta, estudio de alergias con pruebas cutáneas positivas para anisakis. Caso 2: varón de 35 años, acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución localizado en mesogastrio e irradiado a fosa iliaca derecha. Presenta vómitos alimentarios. Reconoce ingesta de pescado crudo el día previo. A la exploración, abdomen distendido, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha. Peristaltismo disminuido. Analítica: destaca PCR: 99,8 mg/dl y 16.500 leucocitos, 91% neutrófilos. Se solicita ecografía y TC observando dilatación de asas de intestino delgado, paréticas, con cambio de calibre en íleon, que presenta tramo corto de paredes engrosadas. Los hallazgos de imagen y el antecedente de ingesta sugerían pseudoobstrucción intestinal por anisakis. Se ingresó con tratamiento conservador, resolviéndose el cuadro. Presentó IgE normal e IgE frente anisakis elevada. Al alta, pruebas cutáneas positivas para anisakis.

Discusión: El anisakis es un nematodo que puede provocar enfermedad por hipersensibilidad inmediata por IgE (más frecuente) y efecto local en pared del tubo digestivo (la que nos ocupa). La afectación gástrica (60-70%) ocasiona cuadros inespecíficos o de hemorragia digestiva, la endoscopia es diagnóstica y terapéutica por permitir extracción del parásito. En el intestino delgado los síntomas aparecen 12-24 horas pos-ingesta de pescado crudo, ocasionando dolor abdominal inespecífico, aunque puede dar cuadros oclusivos, invaginación

intestinal e incluso perforación. Radiológicamente se puede sospechar por ecografía observando líquido libre y engrosamiento de la pared intestinal con edema de pliegues mucosos. En la forma obstructiva se recomienda tratamiento conservador, sin demostrar eficacia los antihelmínticos. Los corticoides pueden reducir el edema parietal. El diagnóstico diferencial debe hacerse con E. de Crohn, por similitud radiológica y por presentarse en pacientes jóvenes sin antecedentes quirúrgicos, debiendo tener una alta sospecha.