



P-673 - ANISAKIASIS INTESTINAL COMO MANIFESTACIÓN OBSTRUCTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO INTERVENIDO DE URGENCIA

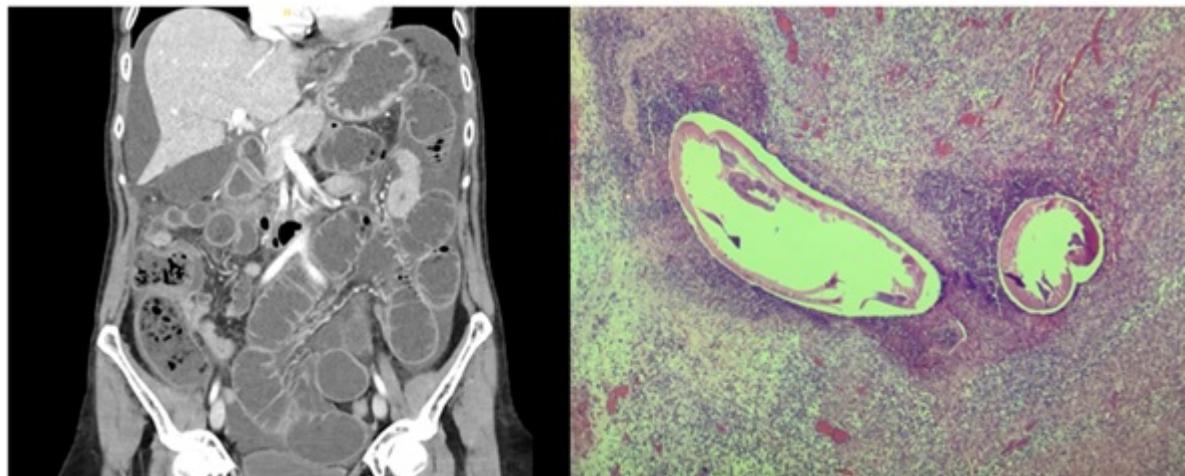
Leal García, Iván; Velayos García, Paula; Ots Gutiérrez, José Ramón; Vicente López, Marta; Lucendo Ramírez, Jesús; Pascual Nadal, Juan José; Ripoll Martín, Roberto; Oliver García, Israel

Hospital Marina Baixa de Villajoyosa, Villajoyosa.

Resumen

Introducción: La anisakiasis es una zoonosis producida por larvas de nemátodos de la familia *Anisakidae*, que se adquiere al ingerir pescado o marisco crudo o poco cocinado infectado. Las larvas se adhieren o penetran la pared digestiva y desencadenan una intensa respuesta inflamatoria y/o alérgica. Existen tres formas de presentación: gástrica (95%), intestinal (5%) y extraintestinales (muy raras). Aunque la mayoría de los casos son autolimitados, pueden presentarse de forma grave con complicaciones digestivas como úlceras, hemorragia, obstrucción intestinal, perforación o reacciones alérgicas. La forma intestinal suele manifestarse días después de la ingesta con dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos y alteración del tránsito intestinal. Aproximadamente en la mitad de los casos se produce obstrucción intestinal, habitualmente limitada, aunque en ocasiones puede evolucionar a oclusión completa y peritonitis por perforación (8% de los casos), lo que requiere cirugía urgente como en nuestro caso.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 65 años con antecedentes médicos de HTA y migraña y antecedentes quirúrgicos de apendicectomía y quiste de ovario que acude a urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución asociado a náuseas, vómitos y ausencia de deposiciones. A la exploración física presenta dolor abdominal en flanco derecho con defensa. Analíticamente destaca una PCR de 3 mg/dL. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que muestra dilatación de asas de intestino delgado con cambio de calibre en flanco derecho, sin identificar causa obstructiva, con asas de íleon medio, distal y marco cílico colapsado con abundante líquido intraabdominal. Ante estos hallazgos se realiza intervención quirúrgica urgente objetivándose abundante líquido seroso en toda la cavidad abdominal y tumoración intraluminal en íleon proximal causante del cuadro oclusivo, con dilatación proximal y colapso distal a este tramo, sin signos de sufrimiento. Se realiza resección de 10 cm de íleon proximal con anastomosis. El estudio anatomopatológico muestra gastroenteritis eosinofílica con nematodos en pared intestinal, compatible con Anisakis. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al sexto día posoperatorio.



Discusión: La anisakiasis intestinal es una causa infrecuente de obstrucción intestinal pero debe incluirse en el diagnóstico diferencial, especialmente en regiones con alto consumo de pescado crudo o poco cocinado. La mayoría de los casos son autolimitados, pero puede desarrollarse una intensa reacción inflamatoria que ocasione un cuadro obstructivo, como en este caso. El diagnóstico preoperatorio es difícil debido a la inespecificidad clínica y radiológica, siendo clave la sospecha clínica. La prueba de imagen puede mostrar signos de oclusión intestinal pero no identifica la causa. El tratamiento definitivo en casos obstrutivos es quirúrgico, con resección del segmento afectado. La confirmación diagnóstica se realiza mediante el estudio anatomopatológico, que evidencia larvas de *Anisakis* en la pared intestinal acompañadas de inflamación eosinofílica. Es fundamental una anamnesis alimentaria detallada y tener en cuenta esta parasitosis como posible causa de obstrucción intestinal, especialmente en pacientes sin antecedentes claros de otras posibles etiologías, para evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos.