

Infección por *Anisakis* con presentación atípica: a propósito de un caso



Anisakis infection with atypical presentation: Report of a case

Presentamos el caso de una mujer de 38 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés y de profesión pescadera desde los 17 años. Acude a urgencias por un cuadro de prurito generalizado y lesiones habonosas confluentes por todo el cuerpo, precisando dosis altas de corticoides y antihistamínicos para su cese. Un mes más tarde vuelve a reproducirse idéntica sintomatología, acompañada además en esta ocasión de poliartralgias y rigidez, sobre todo en rodillas y tobillos, con buena respuesta a indometacina. En la anamnesis, la paciente refería consumo ocasional de pescado poco cocinado, sin presentar historia de dolor abdominal. Se realizó analítica con determinación de hemograma, glucosa, función renal, iones, transaminasas, bilirrubinas, PCR, factor reumatoide y estudio de autoinmunidad, todos ellos con valores que se encontraban dentro de la normalidad. El test cutáneo realizado frente a diversos alimentos (lácteos, pescados y frutos secos) resultó negativo, siendo positivo para *Anisakis*, con IgE específica para *Anisakis* de 99,2 UI/ml (valor normal: 0-0,35 UI/ml). Se realizó endoscopia digestiva alta y colonoscopia sin observar hallazgos patológicos reseñables, no visualizándose parásitos en las mismas.

Se recomendó no ingerir ningún tipo de pescado, a pesar de lo cual el cuadro clínico se reproduce cada vez que manipula pescado o incluso la ropa y el material utilizado en la pescadería, mejorando de forma espectacular la sintomatología cuando cesa la exposición. La paciente entró en proceso de incapacidad laboral temporal que pasó finalmente a incapacidad permanente total, sin que haya mostrando ningún nuevo episodio desde que cesara la exposición al pescado.



Figura 2 Detalle de las lesiones de tronco y mano. Lesiones confluentes con vasculitis cutánea (a), incluso con zona central necrótica en algunas de ellas (b).

El *Anisakis simplex* es un nematodo, descrito por primera vez en 1809, que parasita al pescado, siendo el hombre un huésped intermediario, mostrando una distribución mundial. La prevalencia en nuestro país varía según las zonas geográficas estimándose entre el 6% y el 56%¹.

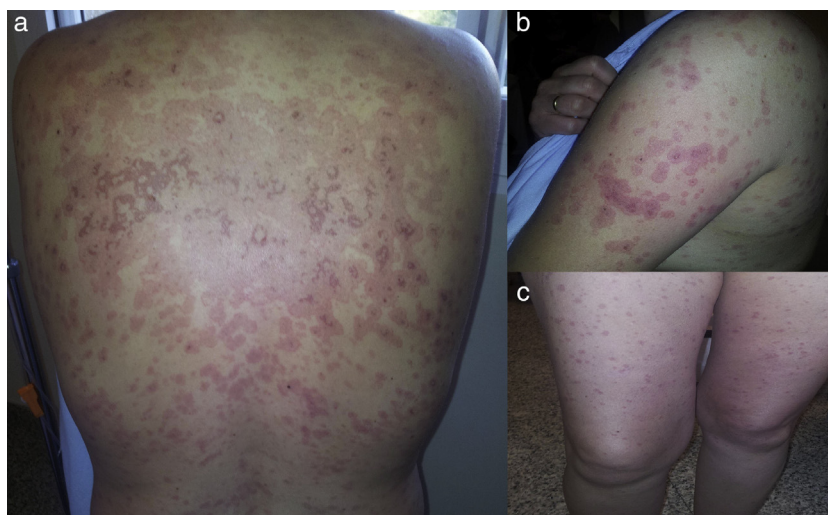


Figura 1 Se muestra la extensa afectación cutánea, más severa en tronco (a) con múltiples lesiones confluentes.

La ingesta del parásito es la vía de contagio más frecuente, dando lugar a distintas presentaciones, siendo la más frecuente la anisakiasis gastroduodenal (72% de los casos), caracterizada por epigastria intensa de tipo cólico acompañada a veces de náuseas y vómitos a las pocas horas de la ingesta del pescado parasitado. Con menos frecuencia, el *Anisakis* puede invadir la mucosa intestinal cursando con dolor abdominal, náuseas, vómitos y alteraciones del ritmo intestinal, dando lugar en caso de cronicación a la formación de abscesos o granulomas que a veces simulan una apendicitis aguda, episodios de enfermedad inflamatoria intestinal o pseudoobstrucción intestinal^{2,3}. Menos frecuentemente la larva puede atravesar el intestino y provocar anisakiasis pulmonar o hepática. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes la anisakiasis es autolimitada, resolviéndose el proceso al expulsar espontáneamente la larva. En ocasiones solo existe adherencia del parásito a la mucosa digestiva cursando de forma asintomática, detectándose las larvas en las heces o el vómito.

La alergia al *Anisakis* es otra forma de presentación de la infección, manifestándose con urticaria, angioedema o anafilaxia inmediatamente posterior a la ingesta del pescado infectado, aunque a veces la ingestión se produce en las horas previas a la reacción, o incluso, excepcionalmente, esta se puede diferir varios días complicando el diagnóstico, mostrando estos casos un aumento de la IgE específica y test cutáneos positivos⁴. Otras manifestaciones poco comunes son la gastroenteritis eosinofílica, dermatitis de contacto y cuadros de artritis⁵.

En el caso que se presenta, la exposición al *Anisakis* se manifestó de una forma atípica, con una severa y extensa afectación cutánea, con lesiones habonosas y vasculíticas (figs. 1 y 2), así como poliartralgias con afectación de rodillas y tobillos, sin que se encontrará relación con la ingesta de pescado, siendo este último aspecto lo que motivó sobre todo el retraso en el diagnóstico. Se han descrito en la literatura casos excepcionales con manifestaciones cutáneas, asma, conjuntivitis y artralgias tras la inhalación de proteínas de *Anisakis* en trabajadores del pescado⁶.

La afectación articular es una manifestación infrecuente, con pocas referencias al respecto en la literatura, encontrándose aproximadamente en el 3% de los casos de infección por *Anisakis*⁷. También fue especialmente significativa la marcada afectación cutánea con el desarrollo de lesiones vasculíticas. Son múltiples las causas de vasculitis cutáneas y, aunque la forma idiopática es la más frecuente, existen casos de vasculitis cutáneas tras procesos infecciosos, sin que estos superen el 10% de los casos según las series consultadas^{8,9}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Puente P, Anadón AM, Rodero M, Romarís F, Ubeira FM, Cuéllar C. *Anisakis simplex*: The high prevalence in Madrid (Spain) and its relation with fish consumption. *Exp Parasitol*. 2008;118:271–4.
2. Domínguez-Ortega J, Cimarra M, Sevilla M, Alonso-Llamazares A, Moneo I, Robledo-Echarren T, et al. *Anisakis simplex*: A cause of intestinal pseudo-obstruction. *Rev Esp Enferm Dig*. 2000;92:132–9.
3. Kojima G, Usuki S, Mizokami K, Tanabe M, Machi J. Intestinal anisakiasis as a rare cause of small bowel obstruction. *Am J Emerg Med*. 2013;31:1422.e1–2.
4. Daschner A, Cuéllar C, Rodero M. The *Anisakis* allergy debate: Does an evolutionary approach help? *Trends Parasitol*. 2012;28:9–15.
5. Audicana MT, Ansotegui IJ, de Corres LF, Kennedy MW. *Anisakis simplex*: Dangerous-dead and alive? *Trends Parasitol*. 2002;18:20–5.
6. Cuende E, Audicana MT, García M, Anda M, Fernández-Corres L, Jiménez C, et al. Rheumatic manifestations in the course of anaphylaxis caused by *Anisakis simplex*. *Clin Exp Rheumatol*. 1998;16:303–4.
7. Audicana MT. *Anisakis*: su papel en la anafilaxia. *Alergol Inmunol Clin*. 2000;15:65–96.
8. López de Maturana D, Amaro P, Segovia L, Balestrini C. Clinical features of 32 patients with cutaneous small vessel vasculitis. *Rev Med Chil*. 2004;132:165–70.
9. Callen JP. Cutaneous vasculitis: What have we learned in the past 20 years? *Arch Dermatol*. 1998;134:355–7.

Francisco Javier Fernández-Delgado^a,
Rubén Martínez-Castillo^{b,*}, Begoña Lasanta-Melero^c,
Carlos Gaitero-Reina^d y Joaquín Francisco
Domínguez-Escobar^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital San Agustín, Sevilla, España

^b Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital San Agustín, Sevilla, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital San Agustín, Sevilla, España

^d Servicio de Cuidados Críticos, Hospital San Agustín, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rubenmaca@gmail.com
(R. Martínez-Castillo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.02.010>