

Por este y otros motivos creemos que sería muy conveniente que la historia clínica del paciente recoja toda la información relacionada con su perfil farmacoterapéutico e incluya las posibles reacciones adversas que haya presentado a lo largo de su trayectoria por los distintos servicios sanitarios<sup>6</sup>. Igualmente, debemos concienciar a la población de que se debe evitar, en la medida de lo posible, la automedicación incluso con los medicamentos que en el argot popular estén considerados como «fármacos protectores» y que este hecho no nos haga bajar la guardia frente a sus efectos adversos que, como hemos visto en este caso, pueden ser muy graves.

## Conflicto de intereses

No existe apoyo financiero para la realización de este trabajo ni conflicto de intereses por parte de ninguno de los componentes del mismo.

## Bibliografía

1. Termanini B, Gibril F, Sutliff VE, Yu F, Venzon DJ, Jensen RT. Effect of long-term gastric acid suppressive therapy on serum vitamin B12 levels in patients with Zollinger-Ellison syndrome. *Am J Med.* 1998;104:422–30.
2. Sobrevía MT, Garcés M, Ferrer L, Segura N, Monzón S, Colás C. Study of cross-reactivity between proton pump inhibitors. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2010;20:157–61.

3. Jiménez Rubio D, Hernández Quevedo C. Differences in self-medication in the adult population in Spain according to country of origin. *Gac Sanit.* 2010;24:116e1–8e.
4. Natsch S, Vinks MH, Voogt AK, Mees EB, Meyboom RH. Anaphylactic reactions to proton-pump inhibitors. *Ann Pharmacother.* 2000;34:474–6.
5. Muela Molinero A, Ballesteros del Río B, Nistal de Paz F, Fernández Pérez E. Immediate anaphylactic shock after the administration of intravenous omeprazol. *Rev Clin Esp.* 2003;203:216–7.
6. González-Rubio F, Calderón-Larrañaga A, Poblador-Plou B, Navarro-Pemán C, López-Cabañas A, Prados-Torres A. Underreporting of recognized adverse drug reactions by primary care physicians: An exploratory study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2011;20:1287–94.

Francisca González-Rubio<sup>a</sup>, Oscar Esteban-Jiménez<sup>b,\*</sup>,  
 Maria del Mar Garcés-Sotillos<sup>c</sup>  
 y Carlos Colás-Sanz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Centro de Salud Gallur, Zaragoza, España

<sup>c</sup> Servicio de Alergología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [oscarej@hotmail.com](mailto:oscarej@hotmail.com)

(O. Esteban-Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.11.002>

0210-5705

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

## Anisakis y pólipo en colon, una asociación infrecuente



### Anisakis and colonic polyp, a rare association

La anisakiasis es una infección parasitaria causada por la ingesta de peces de mar infectada por larvas de nemátodos. Fue diagnosticada por primera vez en Holanda en el año 1960<sup>1</sup>, siendo actualmente Japón el país con mayor incidencia. Se asocia más frecuentemente a afectación de estómago e intestino delgado, y raras veces a colon. El diagnóstico clínico es muy difícil debido a su sintomatología inespecífica.

En la bibliografía, únicamente hay 4 casos descritos de anisakiasis asociado a cáncer de colon<sup>2-5</sup>.

Varón de 73 años sometido a colonoscopia por seguimiento de pólipos, donde se identifica en ciego pólipo plano de extensión lateral LST-G 0-Ila + 0-IIb de la clasificación de París, de unos 4 cm, afectando a 2 pliegues consecutivos, no susceptible de resección endoscópica, del cual se toman biopsias (fig. 1). El estudio anatomopatológico informa de fragmentos de adenoma túbulo-velloso de intestino grueso con displasia epitelial de alto grado/adenocarcinoma *in situ*, no pudiendo establecerse un nivel de Haggitt, al tratarse de varios fragmentos. En pruebas preoperatorias, analíticamente presenta leve eosinofilia y en pruebas de imagen no se visualiza enfermedad tumoral relevante.

El paciente fue sometido a una hemicolectomía derecha laparoscópica sin visualizar alteraciones macroscópicas durante la intervención, con un postoperatorio sin incidencias.

En el estudio anatomopatológico del colon, macroscópicamente se observa en ciego, en la zona donde se realizaron las biopsias del adenoma, la mucosa sobre-elevada y edematosa. Microscópicamente se visualiza una zona de infiltrado inflamatorio de predominio eosinofílico transmural, con formación de microabscesos, en relación con larva de *Anisakis* localizada en capa muscular de ciego, con mucosa suprayacente con displasia de bajo grado (fig. 2), sin lesiones relevantes en 33 ganglios linfáticos aislados.

La afectación por *Anisakis* es menos frecuente en las localizaciones más distales del tubo digestivo y rara su presencia en colon<sup>6,7</sup>. Se han descrito unos 75 casos de anisakiasis colorrectal, la mayoría de ellos en colon derecho<sup>2,8</sup>.

Las formas agudas de anisakiasis pueden presentarse como un dolor abdominal agudo o reacción anafiláctica tras el consumo de productos con presencia de *Anisakis*. Su diagnóstico se basa en la historia clínica refiriendo consumo reciente de pescado, y se puede confirmar con la presencia de anticuerpos específicos para *Anisakis*, además de visualización directa por endoscopia.

La forma crónica, en cambio, es más difícil de diagnosticar, ya que los títulos de anticuerpos pueden disminuir y en la endoscopia puede ser más difícil visualizar la

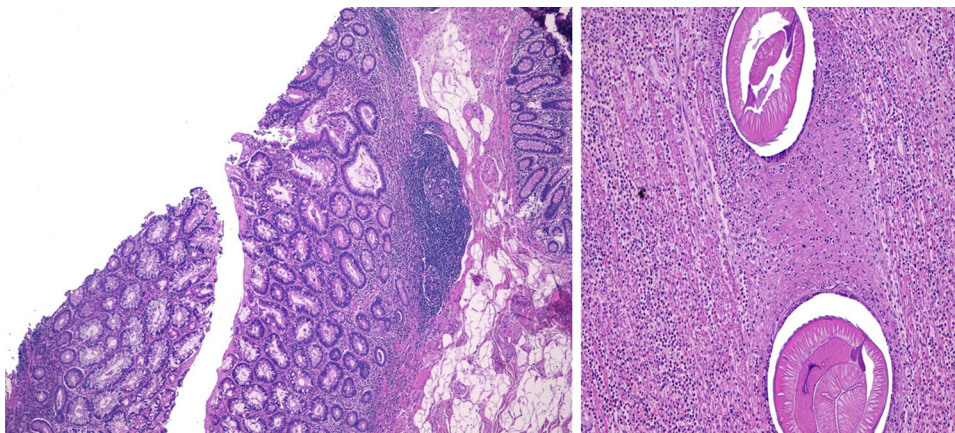


Figura 1 Anatomía patológica con presencia de larvas de *Anisakis*



Figura 2 Pólipo en ciego, sin y con tinción de índigo carmín.

larva ya que puede introducirse en la mucosa. El diagnóstico diferencial incluye apendicitis, enfermedad de Crohn, neoplasia, tuberculosis intestinal... , en algunos casos precisando tratamiento quirúrgico para su diagnóstico. En estadios tempranos puede caracterizarse por la presencia de granuloma eosinofílico y, posteriormente, puede degenerar en tejido abscesificado.

De los 4 casos descritos<sup>2-5</sup>, la larva se encuentra en uno de ellos en íleon, en 2 en colon ascendente (aunque en uno el tumor se localiza en sigma) y otro en sigma. Es difícil el diagnóstico preoperatoriamente, y casi todos son descritos de manera incidental en el postoperatorio.

Se ha sugerido la coexistencia de cáncer y la colonización del parásito, favorecida por la alteración de las barreras inmunológicas intestinales<sup>4</sup>. Además, Petithory et al.<sup>9</sup> plantean si la infección por *Anisakis* podría ser un factor para el desarrollo de carcinoma.

En el caso que presentamos, se trata de un paciente con antecedentes de pólipos en colon, por lo que es difícil determinar la causa/efecto de la asociación, planteando como hipótesis que el parásito haya aprovechado las alteraciones en la mucosa intestinal para atravesarla, siendo menos plausible la teoría de que la colonización del parásito haya provocado las anomalías.

## Bibliografía

1. Van Thiel PH, Kuipers FC, Roskam RTH. A nematode parasite to herring, causing acute abdominal syndromes in man. *Trop Geogr Med.* 1960;2:97-113.
2. Mineta S, Shimanuki K, Sugiura A, Tsucgiya Y, Kaneko M, Akimaru K, et al. Chronic anisakiasis of the ascending colon associated with carcinoma. *J Nippon Med Sch.* 2006;73:169-74.
3. Yoo HJ, Kim SH, Lee JM, Kim MA, Ham JK, Choi BI. The association of anisakiasis in the ascending colon with sigmoid colon cancer: CT colonography findings. *Kor J Radiol.* 2008;9:S56-60.
4. Maggi P, Caputi-lambrenghi O, Scardigno A, Scopetta L, Saracino A, Valente M, et al. Gastrointestinal infection due to *Anisakis* simplex in southern Italy. *Eur J Epidemiol.* 2000;16:75-8.
5. Hernández-Pera JC, Polydorides AD. Anisakidosis of the sigmoid colon disguising as metastatic carcinoma: A case report and review of the literatura. *Pathol Res Pract.* 2012;208:433-5.
6. Ishikura H, Kobayashi Y, Miyamoto K, Yagi K, Nakajima O, Fujita O, et al. Transition of occurrence of anisakiasis and its paratenic host fishes in Japan, with pathogenesis of anisakiasis [Article in Japanese]. *Hokkaido Igaku Zasshi.* 1998;63:376-91.
7. Matsumoto T, Iida M, Kimura Y, Tanaka K, Kitada T, Fujishima M. Anisakiasis of the colon: Radiologic and endoscopic features in six patients. *Radiology.* 1992;183:97-9.

8. Hochberg NS, Hamer DH. Anisakidosis: Perils of the deep. *Clin Infect Dis*. 2010;51:806–12.
9. Petithory JC, Paugam B, Buyet-Rousset P, Paugam A. Anisakis simplex, a co-factor of gastric cancer? *Lancet*. 1990;20:1002.

Enrique Colás Ruiz<sup>a,\*</sup>, Manuel Alberto Lasala Gausa<sup>a</sup>, Elena García García<sup>b</sup>, Juan Manuel Fernández Font<sup>c</sup>, Jaime Martín Cavanna<sup>a</sup> y José María Fernández Cebrián<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ecolas@fhacorcon.es](mailto:ecolas@fhacorcon.es) (E. Colás Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.10.011>

0210-5705

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

## Gastroenteritis aguda y *Haemophilus parainfluenzae*: una asociación previsible pero no reportada



### Acute gastroenteritis and *Haemophilus parainfluenzae*: An unreported but predictable association

El término gastroenteritis aguda se aplica a los síndromes diarreicos o eméticos atribuibles a una infección de la porción proximal del intestino delgado o del colon. Se encuentra entre las enfermedades infecciosas más comunes, y comportan una elevada morbimortalidad, particularmente cuando inciden en personas en edades extremas de la vida, desnutridas o portadoras de enfermedades subyacentes<sup>1</sup>.

Los cocobacilos *Haemophilus* spp. forman parte de la flora bacteriana normal de las vías respiratorias altas, siendo *Haemophilus influenzae* la especie predominante. Por su parte, *Haemophilus parainfluenzae* (*H. parainfluenzae*) se ha relacionado con diversas infecciones de las vías respiratorias y conjuntivitis; con menor frecuencia, puede ser causa de endocarditis infecciosa y más raramente abscesos de tejidos blandos, bacteriemia, artritis séptica, infecciones del tracto genital, osteomielitis, infecciones de heridas, y de forma excepcional meningitis y abscesos cerebrales<sup>2,3</sup>. Durante los últimos años se han publicado casos de infecciones intraabdominales de la vía biliar, abscesos hepáticos o pancreáticos, peritonitis y apendicitis<sup>3-7</sup>.

En el presente artículo nos proponemos describir un caso de gastroenteritis bacteriémica por *H. parainfluenzae*.

Varón de 43 años, español de nacimiento, sin antecedentes patológicos de interés ni viajes recientes, que acudió a nuestro centro refiriendo un cuadro de 4 días de evolución consistente en dolor abdominal de tipo cólico, vómitos y diarrea sin productos patológicos, acompañado de fiebre alta y escalofríos.

En la exploración física presentaba una frecuencia cardíaca de 103 lpm, una tensión arterial de 98/63 mmHg y una temperatura de 38 °C, con ausencia de signos de deshidratación. En la exploración abdominal destacaba la presencia de dolor difuso, más intenso en epigastrio, sin signos de

peritonismo, y no se palpaban visceromegalias. Así mismo, presentaba un herpes labial. El resto de la exploración física era normal.

En la analítica sanguínea destacaba una cifra de leucocitos de 12.100  $\mu$ l con un porcentaje de neutrófilos del 82,5%, plaquetas de 95.000  $\mu$ l, hemoglobina de 12,1 mg/dl, proteína C reactiva de 163,5 mg/l con función renal, hepática, equilibrio hidroelectrolítico, amilasa y coagulación normales. Se descartó infección por el virus VIH. Se cursaron cultivos y se hospitalizó, administrándose tratamiento con ciprofloxacino. Durante el ingreso se practicó una TAC abdominal que informó de la presencia de hallazgos sugestivos de colitis inespecífica, infecciosa o inflamatoria, con afectación segmentaria del colon derecho. El resto de las estructuras abdominales eran normales. En el cuarto día de ingreso se aisló *H. parainfluenzae* en los 2 hemocultivos, sensible a la mayoría de los antibióticos, incluyendo quinolonas. El coprocultivo fue negativo, mostrando solo la presencia de flora mixta convencional.

La evolución clínica resultó favorable. En los controles clínicos ambulatorios posteriores, 2 meses más tarde, el paciente permanecía asintomático.

Consideramos que el paciente ha presentado un cuadro de gastroenteritis aguda causada por *H. parainfluenzae*. El cuadro clínico inicial, los hallazgos radiológicos y la ausencia de datos sugestivos de un diagnóstico alternativo junto al aislamiento del patógeno en sangre, permiten confirmar esta sospecha diagnóstica. No podemos excluir que el paciente padeciera una gastroenteritis por otro microorganismo, el cual facilitara el paso de *H. parainfluenzae* al torrente sanguíneo; sin embargo, teniendo en cuenta la clínica de bacteriemia y la ausencia de otro patógeno intestinal, esta hipótesis diagnóstica parece poco fundamentada. Debemos señalar que los medios de cultivo actuales no están diseñados para aislar *H. parainfluenzae* en las muestras de heces obtenidas para coprocultivo.

Durante los últimos años han ido adquiriendo gran importancia los estudios de la flora bacteriana del tubo digestivo por su potencial relación con enfermedades diversas del tipo de la colitis pseudomembranosa, la enfermedad inflamatoria intestinal, el síndrome del colon irritable, e incluso el estreñimiento crónico y la obesidad. En esta línea, microorganismos potencialmente patógenos, considerados antaño completamente ajenos a este territorio, han adquirido una