

ANISAKIASIS DIGESTIVA: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS MÁS FRECUENTES

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **Beatriz González Humara**, Sergio Tapia Concha, Laura González Humara, Elena Yllera Contreras, Adela Delgado Tapia

Objetivos Docentes

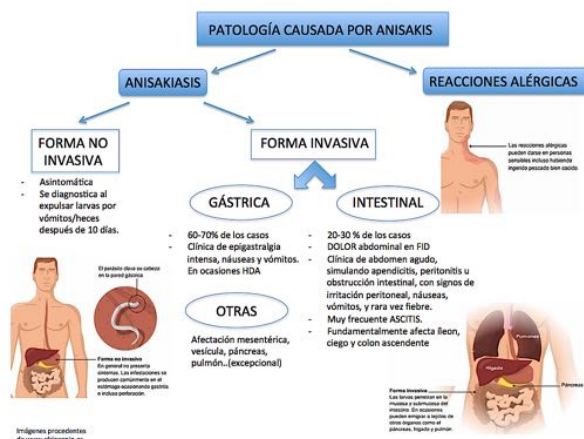
- Revisar los principales hallazgos clínicos y radiológicos de la anisakiasis digestiva.

Revisión del tema

¿QUÉ ES LA ANISAKIASIS?

- Enfermedad parasitaria del tracto gastrointestinal, causada por la ingesta de la larva de Anisakis, nemátodo de la familia anisakiadae, fundamentalmente de la especie Anisakis simplex.
- El paso de las larvas al hombre se produce generalmente tras la ingesta de pescado crudo o poco cocinado, por lo que para el diagnóstico de la enfermedad, es imprescindible una minuciosa anamnesis interrogando acerca de la ingesta en los 2-4 días previos al inicio del cuadro (período de latencia).
- Tras la ingesta, las larvas se adhieren a la mucosa gastrointestinal (a la pared del estómago o del intestino), produciendo inflamación y DOLOR, fundamentalmente EPIGÁSTRICO y en FID, por lo que será necesario realizar el diagnóstico diferencial con todos aquellos cuadros que cursen con esta presentación fundamentalmente con patología quirúrgica urgente. Estos síntomas pueden estar acompañados de náuseas, vómitos y diarreas.
- Afortunadamente, los humanos somos meros hospedadores accidentales, por lo que el anisakis no está adaptado a nuestro organismo. Lo que sucede normalmente es que es eliminado de forma espontánea a través del tracto digestivo en el plazo de unas tres semanas, o bien, muere en el interior de los tejidos invadidos y es eliminado por las células del sistema inmune.
- Los pescados más frecuentemente parasitados son la MERLUZA y el BONITO, sin embargo, en nuestro medio, la mayor parte de los casos de anisakiasis recogidos, se producen tras la ingesta de BOQUERONES en vinagre.
- La patología más frecuente producida en el ser humano por la larva anisakis incluye fundamentalmente 2

formas: FORMA NO INVASIVA y FORMA INVASIVA, dentro de esta última quedan incluidas principalmente la forma GÁSTRICA y la INTESTINAL (esquematisado en la fig. 1)



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- Clínica y anamnesis: cuadro de dolor abdominal inespecífico que puede ser de localización epigástrica, FID u otras..dependiendo de la afectación gástrica o intestinal, en paciente con antecedente de ingesta de pescado crudo o poco cocinado los 2-4 días previos.
- Analítica: suele acompañarse de leve/nula leucocitosis (salvo en perforaciones/complicaciones), en ocasiones neutrofilia y elevación de RFA. Eosinofilia periférica en casos con alto componente alérgico (valor diagnóstico escaso).
- Endoscopia: en casos de afectación gastroduodenal permite la visualización directa del parásito con posible extracción del mismo.
- Serología: determinaciones serológicas de anticuerpos, tests cutáneos, inmunoblotting..
- PRUEBAS RADIOLÓGICAS: contraste baritado, ecografía, TAC. En la mayor parte de las ocasiones los hallazgos radiológicos serán inespecíficos, pudiendo establecer el diagnóstico en función de los antecedentes de ingesta de pescado y del resto de pruebas complementarias.
- TRATAMIENTO:
 - Tratamiento sintomático conservador suficiente en la mayoría de los casos (dieta absoluta, fluidoterapia, IBP..)
 - La extracción de la larva mediante endoscopia en la forma gastroduodenal alivia la sintomatología.
 - Quirúrgico en cuadros oclusivos, perforaciones...(raro)

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS MÁS FRECUENTES

En nuestro medio, se han revisado numerosos casos clínicos de pacientes con anisakiasis a los que se realizó TAC abdominal con contraste yodado ev, y las formas clínicas y radiológicas más frecuentemente encontradas son:

- GASTRITIS: engrosamiento parietal gástrico, con hiperrealce mucoso, edema submucoso y líquido libre (Fig. 2, 3 y 5).
- ILEÍTIS: engrosamiento de un segmento de íleon, con edema submucoso, edema de la grasa circundante y líquido libre (Fig. 3, 4 y 6).
- CUADROS SUBOCLUSIVOS: En ocasiones, la inflamación de un segmento de íleon puede ser tal, que incluso puede condicionar cuadros suboclusivos asociados (Fig. 4).
- COLITIS: Otra de las formas frecuentes son cuadros de colitis inespecíficas, con engrosamiento de un segmento de colon, que suele ser el colon derecho/área cecal, con o sin ileítis asociada y frecuentemente con líquido

libre, que, por su parecido clínico, puede confundirse clínicamente con cuadros de apendicitis aguda (Fig. 5 y 6).

Imágenes en esta sección:

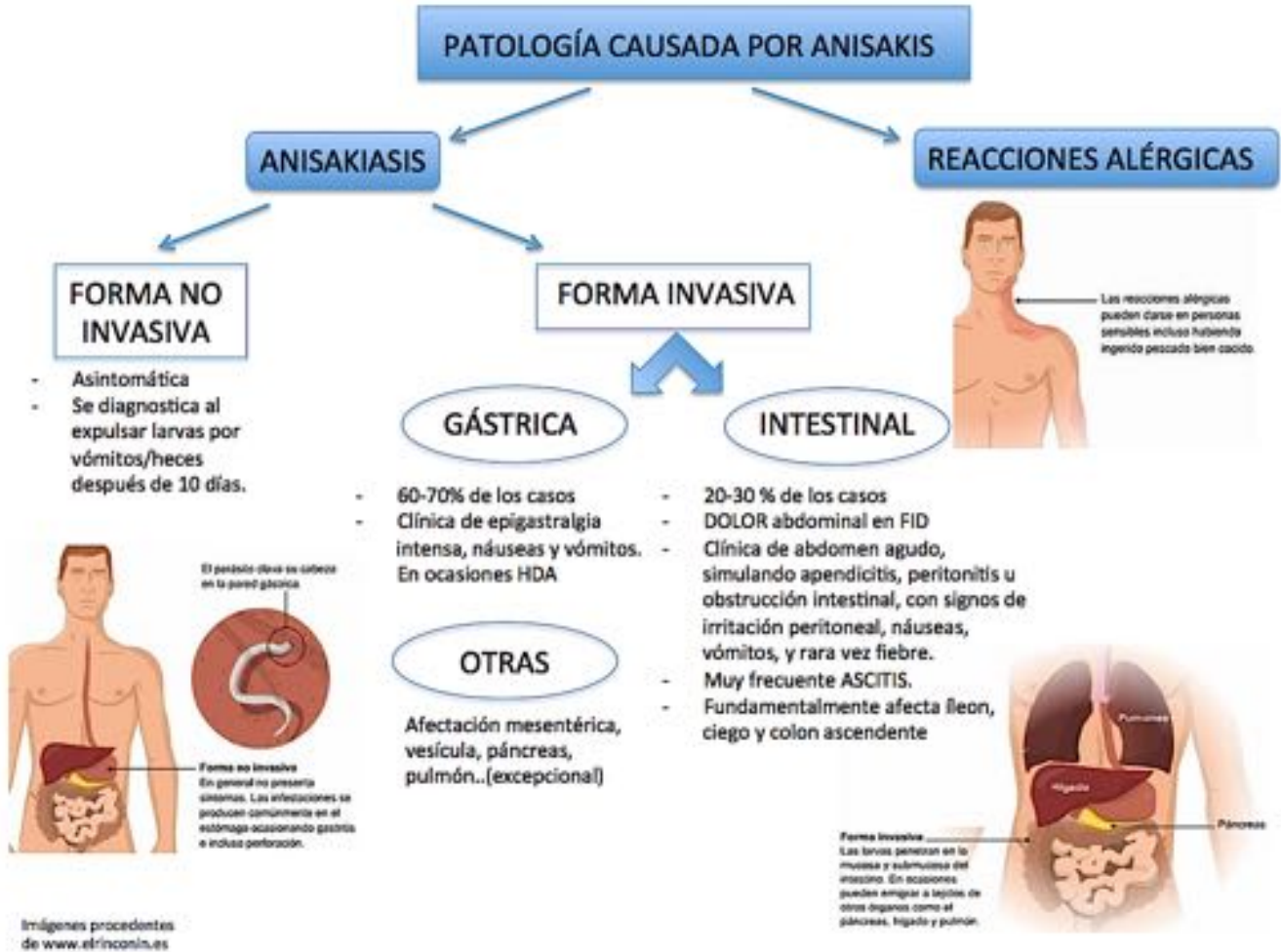
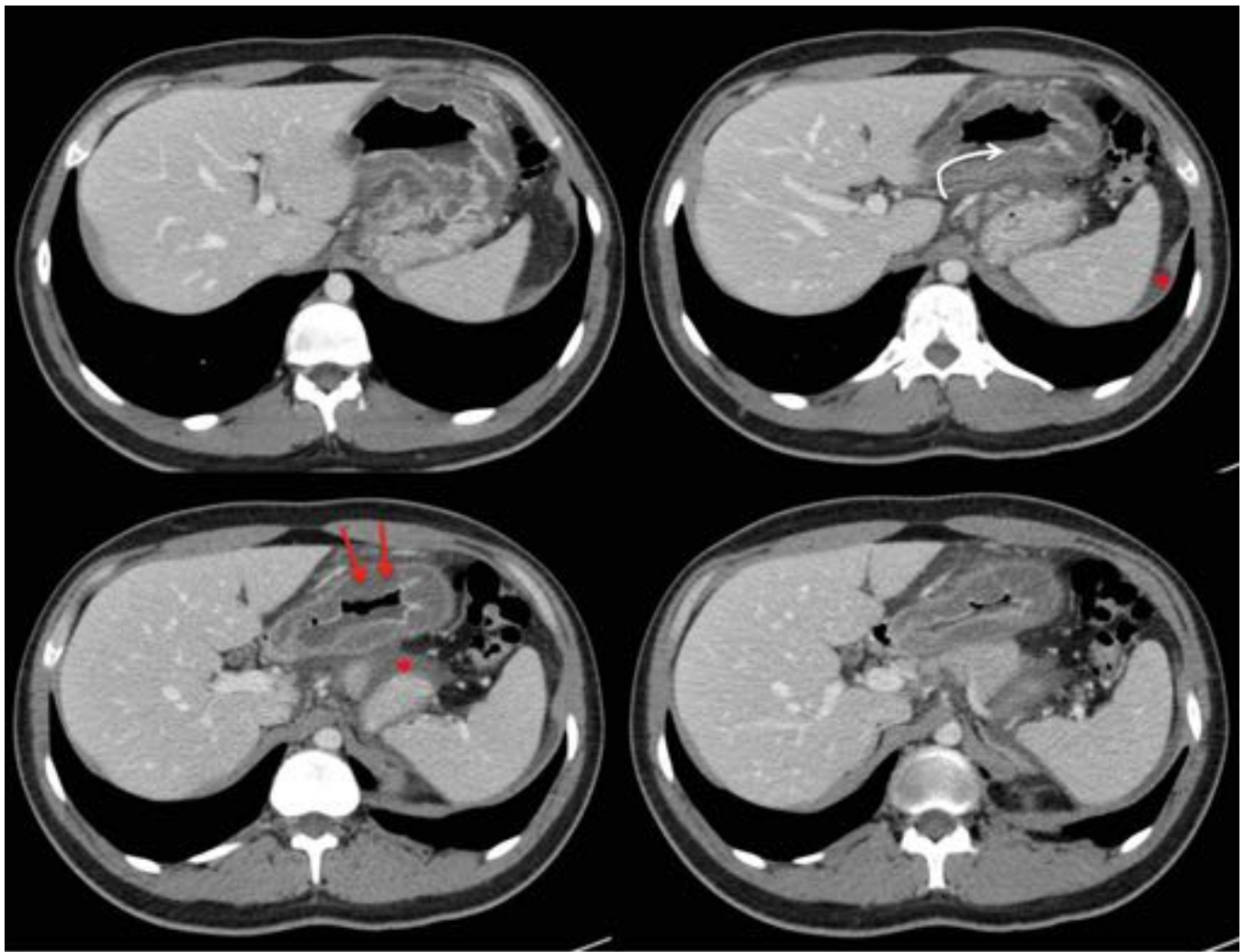
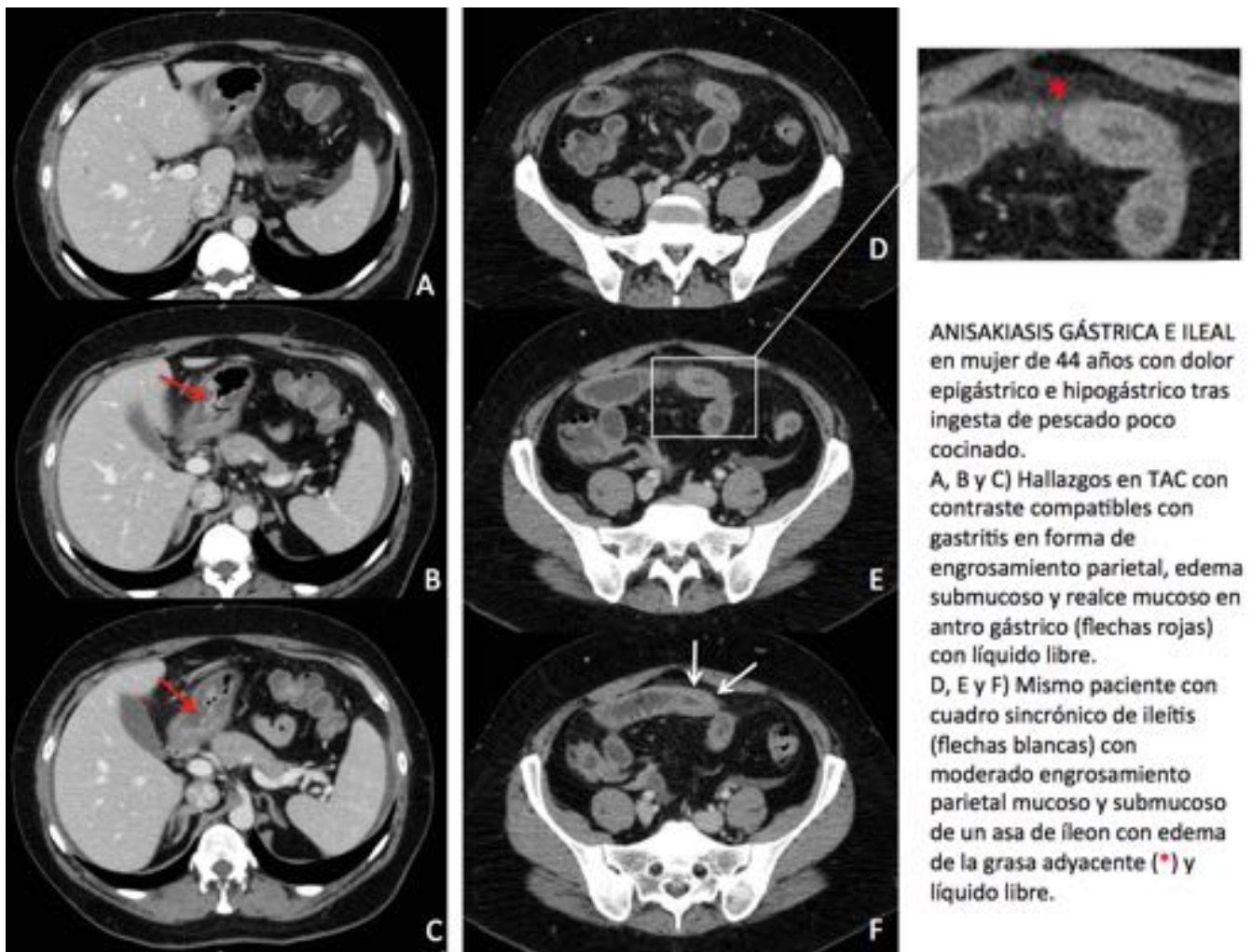


Fig. 1: Patología causada por anisakis



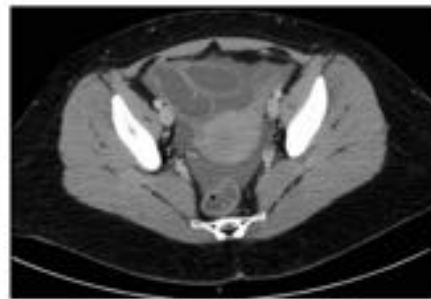
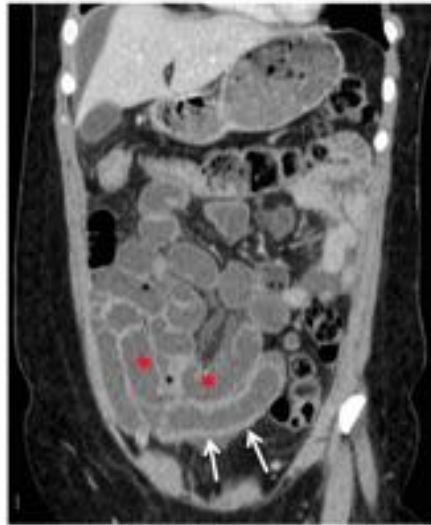
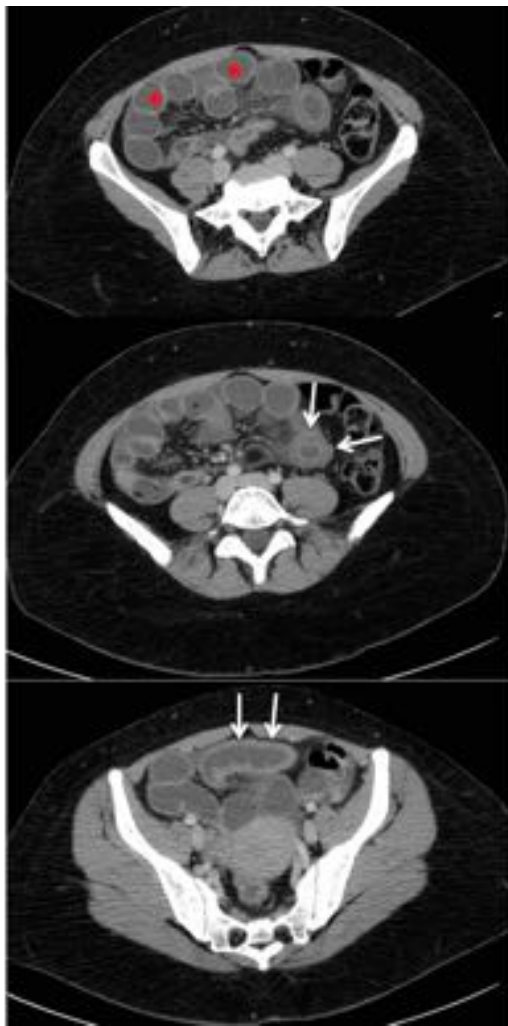
Mujer 23 años con dolor epigástrico y antecedente de ingesta de boquerones en vinagre. Moderado engrosamiento gástrico con edema submucoso (flecha roja), hiperrealce de la mucosa (flecha curva blanca) y líquido libre (*), compatible con GASTRITIS POR ANISAKIS.

Fig. 2: Gastritis por anisakis



ANISAKIASIS GÁSTRICA E ILEAL
 en mujer de 44 años con dolor epigástrico e hipogástrico tras ingesta de pescado poco cocinado.
 A, B y C) Hallazgos en TAC con contraste compatibles con gastritis en forma de engrosamiento parietal, edema submucoso y realce mucoso en antro gástrico (flechas rojas) con líquido libre.
 D, E y F) Mismo paciente con cuadro sincrónico de ileítis (flechas blancas) con moderado engrosamiento parietal mucoso y submucoso de un asa de ileon con edema de la grasa adyacente (*) y líquido libre.

Fig. 3: Gastritis e ileítis por anisakis



Mujer de 44 años que acude con dolor hipogástrico. Se realizó inicialmente ecografía ginecológica, visualizando un quiste anexial izquierdo y líquido libre en Douglas. Ante la sospecha de quiste anexial hemorrágico se realizó ecografía y TAC abdominal con contraste ev, objetivando un engrosamiento de íleon pélvico, (flechas blancas), borramiento de grasa adyacente y moderada cantidad de líquido libre con dilatación de asas de delgado en sentido proximal (*), todo ello en relación con ileítis y cuadro suboclusivo asociado. En los antecedentes, refiere ingesta de gran cantidad de boquerones en vinagre.

Fig. 4: Ileítis con cuadro suboclusivo intestinal por anisakis

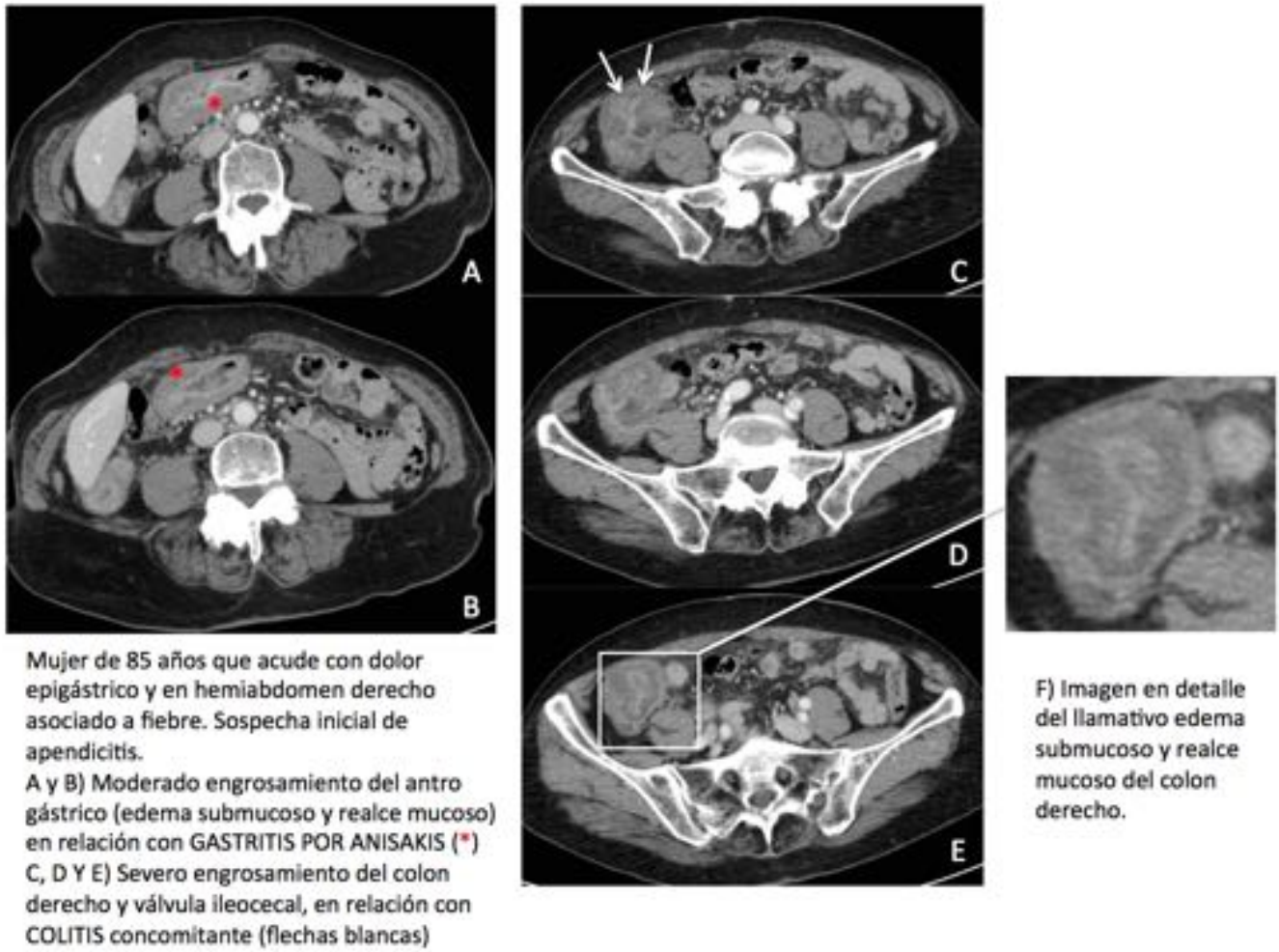
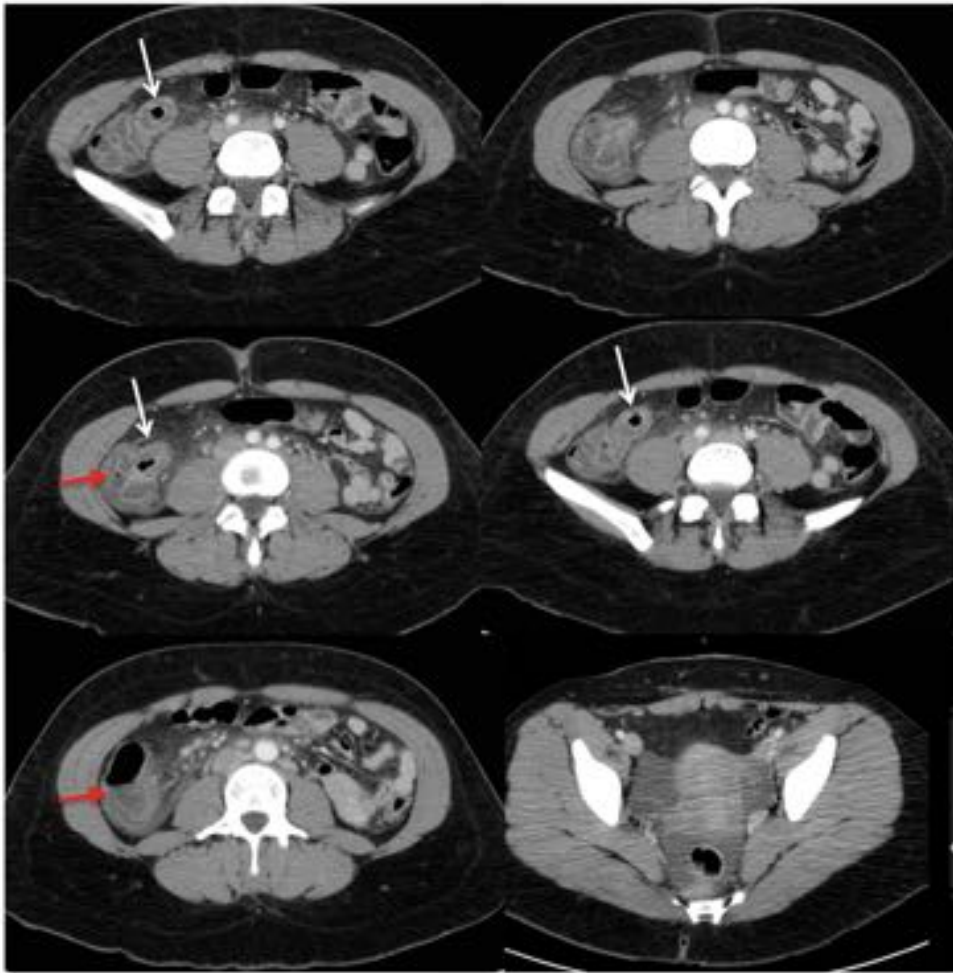


Fig. 5: Gastritis y colitis derecha por anisakis.



Mujer de 37 años con dolor intenso en FID, peritonismo y Blumberg +. Alta sospecha clínica de apendicitis. Cuadro inflamatorio en FID consistente en engrosamiento parietal del íleon terminal (flecha blanca), ciego y colon derecho (flecha roja), con cambios inflamatorios floridos en grasa pericólica y líquido libre de predominio en gotiera derecha y pelvis, todo ello compatible con ANISAKIASIS INTESTINAL en forma de ILEÍTIS Y COLITIS.

Fig. 6: Colitis derecha e ileítis por anisakis

Conclusiones

- Para el diagnóstico de la anisakiasis intestinal, es imprescindible una correcta anamnesis indagando acerca de la ingesta de pescado poco cocinado/crudo ante cuadros de dolor abdominal inespecífico.
- Su sospecha es crucial ante pacientes con probable abdomen agudo de cara a evitar laparotomías innecesarias.
- La clínica puede ser indistinguible de cuadros como la apendicitis aguda, diverticulitis aguda, ileítis, colitis e incluso cuadros de obstrucción intestinal, perforación o EII.
- Los hallazgos radiológicos que más frecuentemente hemos observado en nuestro medio son ileítis, gastritis y colitis, con presencia de líquido libre en todos nuestros casos recogidos, y que, en ocasiones, condicionan incluso patología obstructiva/suboclusiva intestinal.
- En cuanto al tratamiento, en la gran mayoría de los casos, es suficiente el manejo conservador sintomático.

Bibliografía / Referencias

- Anisakiasis digestiva: clínica y diagnóstico según la localización. B. Castán, F. Borda, M. Iñarrairaegui, G. Pastor, J. Vila y J. M. Zozaya (Servicio de Digestivo. Hospital de Navarra. Pamplona). 1130-0108/2002/94/8/463-467. Revista Española de enfermedades digestivas.
- Dolor abdominal recidivante: afectación gástrica e ileal por anisakis. M.C Vallejo Rodríguez, E. Valero Tena, M Charro Calvillo, M. Mur Villacampa. An. Med. Interna (Madrid) v.23 n.11 Madrid nov. 2006.
- Anisakiasis intestinal. Mónica Gutiérrez, Armando Álvarez, Elena Reimunde, Emiliano Honrado. Volumen 44. Número 05. Julio 2002. Revista Radiología.
- Anisakiasis en España: una enfermedad creciente [revisión]López-Peñas D, Raírez-Ortiz LM, Del Rosal-Palomeque R, López Rubio F, Fernández-Crehuet R, Miño-Fugarolas G. Gastroenterol Hepatol 2000;23:307-11.