

# Hallazgos de TC en la anisakiasis gastrointestinal como causa de dolor abdominal agudo

**Tipo:** Presentación Electrónica Educativa

**Autores:** Sandra Marcos Mondón, Luis Sarría Octavio De Toledo, Cristina Sebastián Sebastián, Luisa Fernanda Angel Rios, Raquel Larrosa López

## Objetivos Docentes

Describir los hallazgos radiológicos más característicos de la anisakiasis gastrointestinal.

## Revisión del tema

### Introducción

La anisakiasis es una enfermedad parasitaria poco frecuente causada por la ingesta de peces crudos o poco cocidos contaminados con larvas de la familia Anisakidae ([Fig. 1](#))

Esta parasitosis puede provocar dos tipos de manifestaciones clínicas:

- Alergia a anisakis: en pacientes alérgicos a los antígenos presentes en las larvas. La clínica es una reacción alérgica, de intensidad variable. Este cuadro no presenta hallazgos radiológicos significativos.
- Anisakiasis gastrointestinal: infestación del tubo digestivo por las larvas del parásito. Hay dos formas de presentación: la forma gástrica y la forma intestinal, en dependencia del segmento afectado del tubo digestivo. Este tipo de afectación presenta hallazgos radiológicos característicos que pasaremos a detallar a continuación.

### Anisakiasis gastrointestinal

La clínica típica de la anisakiasis gastrointestinal es dolor abdominal agudo debido a una inflamación de la mucosa gastrointestinal afectada por las larvas.

### Hallazgos en ecografía

- Engrosamiento mural de asas intestinales
- Líquido libre intraperitoneal
- Dilatación de asas intestinales

Los hallazgos ecográficos sugieren inflamación intestinal, no obstante es preciso realizar una TC para filiar mejor la etiología.

### Hallazgos en TC

- Edema submucoso de pared intestinal (sin llegar a la oclusión completa)
- Ascitis
- Infiltración de la grasa mesentérica
- Colecciones adyacentes al intestino afecto

Estos hallazgos nos permiten excluir múltiples causas del dolor abdominal agudo, como sería una obstrucción intestinal. A pesar de eso, no son hallazgos específicos, y nos serviremos de la clínica y de los antecedentes del paciente para una aproximación diagnóstica.

### Diagnóstico diferencial

La sospecha de anisakiasis la tendremos en aquellos pacientes con cuadro compatible + el antecedente de ingesta de pescado. No obstante, debemos valorar los siguientes diagnósticos alternativos.

- En los pacientes con afectación gástrica:
  - Úlcera gástrica
  - Gastritis eosinofílica
  - Ingesta de cáusticos
- En los pacientes con afectación intestinal:
  - Enteritis bacteriana / vírica
  - Gastroenteritis eosinofílica
  - Enfermedad de Crohn
  - Angioedema
  - Vasculitis

### Diagnóstico definitivo

El diagnóstico definitivo se da en tres situaciones:

- Visualización directa del parásito: puede verse en la endoscopia, en vómitos o en heces.
- Detección de IgE específica de Anisakis.
- Detección del antígeno Ag secretor-excretor ani-S1

### **Hallazgos en la TC por anisakiasis gastrointestinal en nuestro centro (H. U. Miguel Servet de Zaragoza)**

Hemos realizado una revisión retrospectiva de septiembre de 2006 a junio de 2015 identificando a 12 pacientes con dolor abdominal agudo, a los cuales se les realizó una TC abdominal y cuyo diagnóstico final fue de anisakiasis gastrointestinal. Once pacientes presentaban anisakiasis intestinal, y un paciente fue diagnosticado de anisakiasis gástrica, todos con resultados positivos para anticuerpos

anti-Anisakidae.

El hallazgo más característico presentado en los pacientes con anisakiasis intestinal fue engrosamiento parietal de un segmento de asa intestinal, apareciendo este signo en 8 de 11 pacientes. Otro signo descrito también en nuestros pacientes fue la infiltración de la grasa mesentérica adyacente al intestino afectado, en 10 de 11 pacientes. La ascitis y la presencia de líquido alrededor del intestino afecto estaba presente en 6 pacientes. Se detectaron microadenopatías retroperitoneales en 7 pacientes.



Engrosamiento parietal con edema en segmento de íleon (flecha). Se aprecia además presencia de líquido libre adyacente al asa afectada

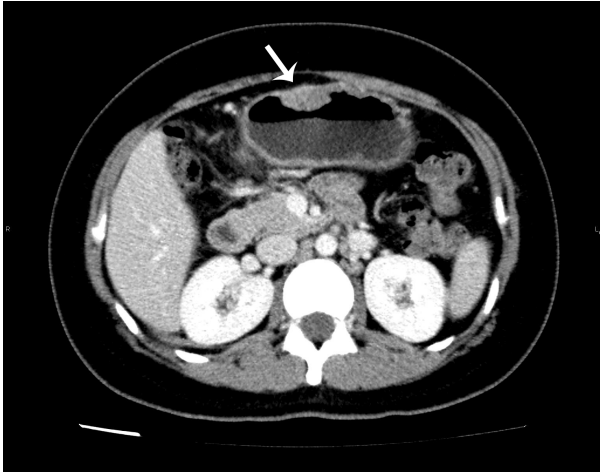


Engrosamiento parietal en el segmento intestinal afectado (flecha)

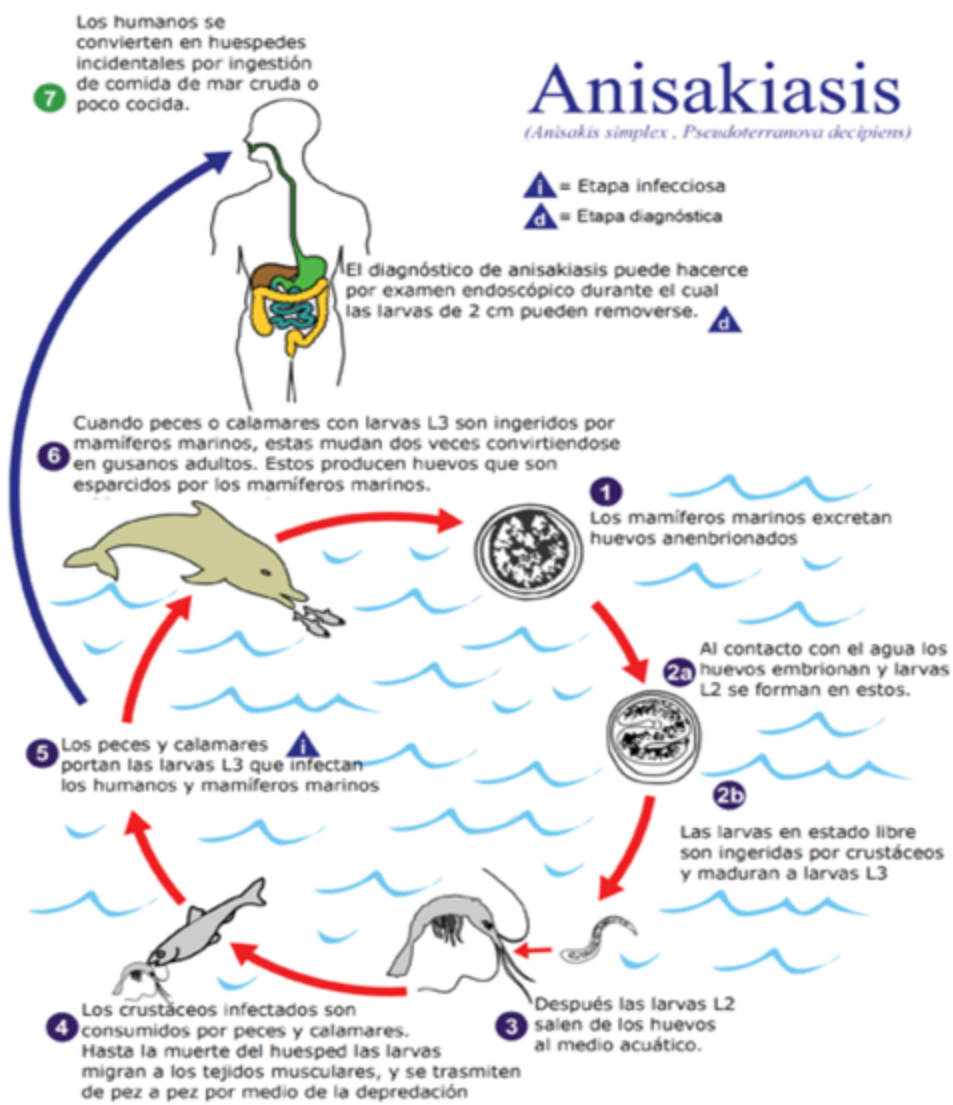


Presencia de líquido libre intraperitoneal en pelvis

La TC del paciente con anisakiasis gástrica mostró un marcado edema submucoso focal, simulando una masa submucosa gástrica.



Anisakiasis gástrica con marcado edema submucoso focal, simulando una masa submucosa gástrica  
**Imágenes en esta sección:**



**Fig. 1:** Ciclo de vida de la larva Anisakis (Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) <http://www.cdc.gov/parasites/anisakiasis/biology.html>)



**Fig. 2:** Engrosamiento parietal con edema en segmento de íleon (flecha). Se aprecia además presencia de líquido libre adyacente al asa afectada.

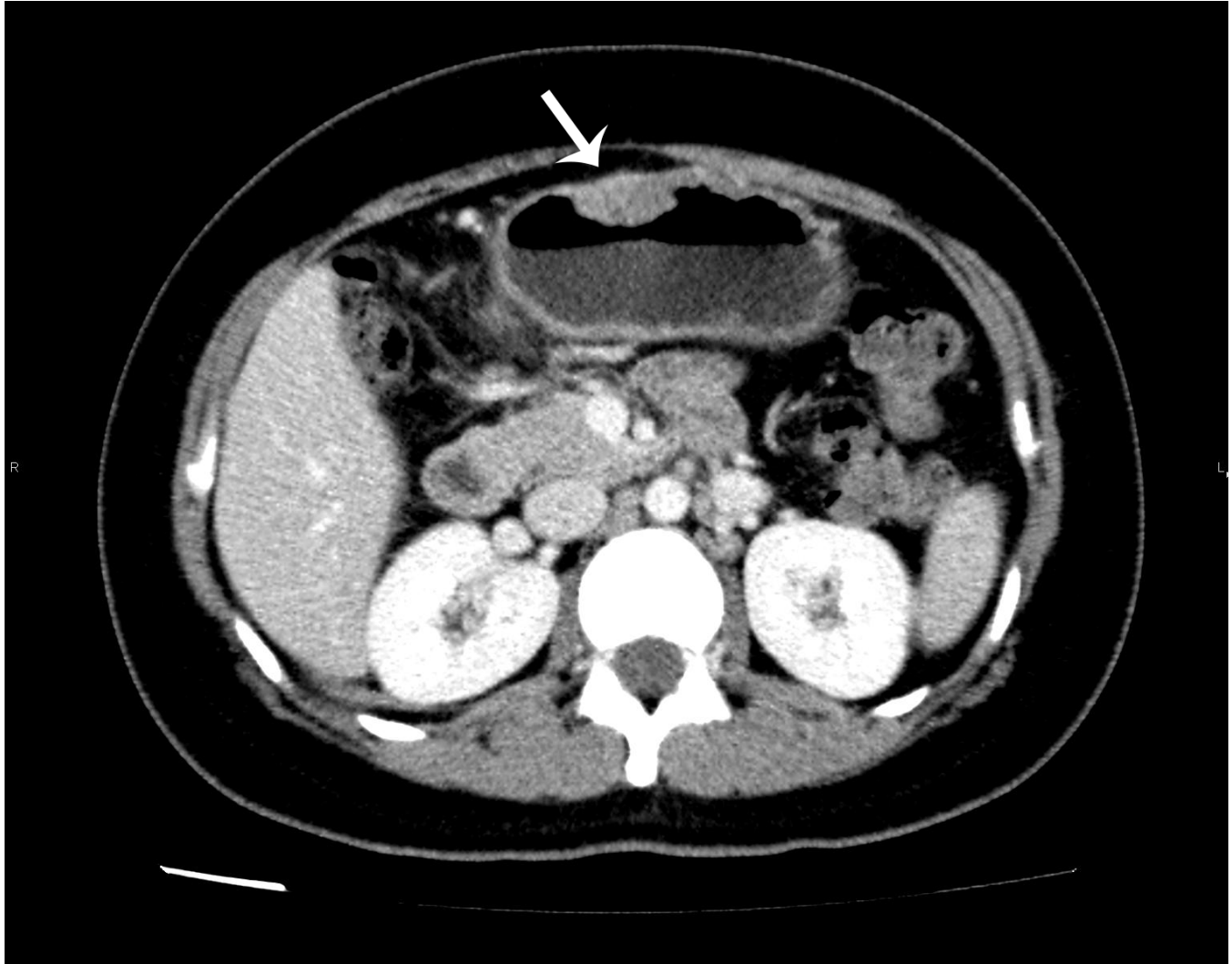




**Fig. 3:** Engrosamiento parietal en el segmento intestinal afectado (flecha).



**Fig. 4:** Presencia de líquido libre intraperitoneal en pelvis.



**Fig. 5:** Anisakiasis gástrica con marcado edema submucoso focal, simulando una masa submucosa gástrica.

## Conclusiones

La radiología habitualmente es inespecífica, siendo necesarias la historia clínica y analítica para su diagnóstico. Los hallazgos radiológicos más frecuentes son el engrosamiento parietal de un asa intestinal, la infiltración de la grasa mesentérica y la presencia de líquido libre adyacente al segmento afectado.

La anisakiasis gastrointestinal tiene manejo conservador y muy buen pronóstico, pero si no se diagnostica correctamente, el paciente puede acabar recibiendo una cirugía innecesaria.

Por ello, la anisakiasis tiene que estar presente en el diagnóstico diferencial de procesos inflamatorios gastrointestinales, dado que el antecedente de la ingesta de pescado puede no ser recordado o no constar



en los datos clínicos.

## **Bibliografía / Referencias**

- Shibata E, Ueda T, Akaike G, Saida Y. CT findings of gastric and intestinal anisakiasis. *Abdom Imaging*. 2014;39:257-261
- Ogata M, Tamura S, Matsunoya M. Sonographic diagnosis of intestinal anisakiasis presenting as small bowel obstruction. *J Clin Ultrasound*. 2015;43:283-7
- Kim WK, Song SY, Cho OK, Koh BH, Kim Y, Jung WK, Kim MY. CT findings of small bowel anisakiasis: analysis of four cases. *J Korean Soc Radiol* 2011;64:167-171
- Kim SG, Jo YJ, Park YS, Kim SH, Song MH, Lee HH, Kim JS, Ryou JW, Joo JE, Kim DH. Four cases of gastric submucosal mass suspected as anisakiasis. *Korean J Parasitol*. 2006;44:81-86
- Puente P, Anadon 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
- Henríquez Santana A, Villafruela Cives M. Anisakis: pasado, presente y futuro. *Med Clin (Barc)*. 2009;132:400-3
- Yamato H, Kawakami H, Takagi K, Ogawa K, Hatanaka K, Yamamoto Y, Naruse H, Kawakubo K, Sakamoto N. Acute pancreatitis caused by Anisakis. *Gastrointest Endosc*. 2014;79:676-8
- Repiso Ortega A, Alcántara Torres M, González de Frutos C, de Artaza Varasa T, Rodríguez Merlo R, Valle Muñoz J, Martínez Potenciano JL. Anisakiasis gastrointestinal. Estudio de una serie de 25 pacientes. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:341-6