

Hallazgos clínicos y radiológicos en la Anisakiasis Intestinal.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Eva Sánchez Lalana, Eva María Lacoma Latre, Ara Pilar Alconchel Lagranja, Claudia Martínez Huguet, Pedro Jaime Rubio Barlés, José Ignacio López López

Objetivos Docentes

La anisakiasis es una enfermedad parasitaria de distribución mundial que se adquiere al ingerir las larvas del anisakis simplex. El hombre es un huésped accidental del parásito, que lo adquiere al consumir pescado que infectado crudo o poco cocinado.

Es una patología muchas veces infradiagnosticada, debido al desconocimiento de los antecedentes epidemiológicos del paciente, que cursa con clínica inespecífica (dolor abdominal agudo principalmente)

Con este trabajo pretendemos mostrar la epidemiología, clínica, diagnóstico, diagnóstico, tratamiento y prevención de la anisakiasis intestinal.

Revisión del tema

EPIDEMIOLOGÍA

La anisakiasis intestinal es una parasitosis producida por las larvas de nematodos de la familiar Anisakiidae, el anisakis simplex. El anisakis simplex se puede encontrar en crustáceos, moluscos cefalópodos (calamar), y peces como el bacalao, merluza, pescadilla, jurel, sardina, arenque, bonito, caballa y salmón. El hombre adquiere la enfermedad cuando se convierte en huésped inesperado dentro del ciclo vital del anisakis, al ingerir estos crustáceo y peces crudos o poco cocinados.

Es una patología con aumento de su incidencia en nuestro medio, muchas veces infradiagnosticada, debido a anamnesis clínica incompleta.

CLÍNICA

La sintomatología se produce por dos mecanismo fisiopatológicos distintos:

- Reacción de hipersensibilidad inmediata mediada por IgE: abarcan síntomas desde cuadros de urticaria (lo más frecuente) hasta edema agudo recidivante, reagudización de un cuadro asmático e incluso shock anafiláctico, dependiendo de la cantidad de larvas ingeridas y de la sensibilización por consumos anteriores del paciente.
- Reacción inflamatoria local: gástrica o intestinal, producida en el lugar del tracto gastrointestinal donde ha tenido lugar la invasión en la mucosa gastrointestinal por el parásito.
 - La forma gástrica o gastroduodenal, representa el 60-70% de los casos. Su clínica aparece varias horas después de la ingesta y es inespecífica: epigastralgia intensa, náuseas y vómitos, y ocasionalmente, hemorragia digestiva alta por las ulceraciones mucosas.
 - La forma intestinal: representa el 20-30% de los casos, pero es la forma más frecuente en nuestro medio, y afecta principalmente al ileon terminal. La clínica aparece varios días después de la ingesta. La clínica es de abdomen agudo con signos de irritación peritoneal, náuseas, vómitos y alguna vez fiebre, asociando cuadros oclusivos o subocclusivos.

- La forma colónica: menos del 10%, afectando ciego y colon ascendente.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

ECOGRAFIA ABDOMINAL

El primer estudio radiológico que se suele realizar es la ecografía abdominal, siendo los hallazgos poco específicos.

- El hallazgo más frecuentemente encontrado es el engrosamiento parietal de las asas afectas, con engrosamiento de los pliegues.
- Estenosis de la luz intestinal.
- Dilatación de las asas proximales.
- Puede haber líquido libre.

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

- Engrosamiento parietal de las asas afectas. Tras la administración del medio de contraste yodado por vía intravenosa puede mostrar un patrón de realce aumentado o bien disminuido (fig 1, fig 2)
- Afectación inflamatoria de la grasa mesentérica local (fig 3) y presencia de adenopatías reactivas (fig 4, fig 5)
- Dilatación de las asas proximales, debido al cuadro oclusivo/suboclusivo.
- Ingurgitación de la vascularización mesentérica (fig 3)
- Ascitis, típicamente eosinofílica (fig 6)

ESTUDIO BARITADO GASTROINTESTINAL

- Rigidez mural, debido al edema.
- Disminución de la luz intestinal.
- Imágenes en huella de dedo, debido al engrosamiento de los pliegues.
- En ocasiones, se ven defectos de repleción lineales y estrechos de 2-3 cm de longitud, correspondientes a las larvas, esto es patognomónico de la anisakiasis.

En este punto recordamos que la administración de contraste baritado está contraindicado en pacientes que presenten un cuadro oclusivo.

DIAGNÓSTICO

Uno de los puntos más importantes es la correcta anamnesis, el paciente relata la ingestión reciente de pescado crudo o poco cocinado. Los hallazgos imagenológicos no son concluyentes, pero nos orientan a enfermedad infecciosa.

En la analítica de sangre destaca importante leucocitosis, pero raramente existe la eosinofilia periférica. Es frecuente la elevación de la PCR y otros reactantes de fase aguda. La determinación de anticuerpos específicos de tipo IgE para anisakis simplex constituye un método diagnóstico que sirve para confirmar la sospecha de anisakiasis, con una especificidad próxima al 100%.

El análisis del líquido ascítico es característicamente rico en eosinófilos.

El diagnóstico clínico de la anisakiasis gástrica no suele representar dificultad ya que la mayoría de los pacientes proporcionan una historia clínica típica y las larvas de anisakis pueden detectarse mediante un examen endoscópico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial clínico de la anisakiasis gástrica incluye la úlcera gástrica o la gastritis eosinofílica.

En la anisakiasis intestinal con cuadro clínico de abdomen agudo el diagnóstico diferencial incluye apendicitis, diverticulitis, peritonitis, perforación, enfermedad inflamatoria intestinal, tumores.

Todos los tipos de enteritis de origen infeccioso (parasitaria, bacteriana o viral) pueden tener hallazgos radiológicos similares.

TRATAMIENTO

Conservador y sintomático.

- Fármacos gastroprotectores
- Corticoides, para disminuir la inflamación local
- Medicamentos antiparasitarios, como el albendazol, podría ser de utilidad aunque no existe mucha evidencia de su eficacia.
- Antihistamínicos en caso de reacción alérgica

En los casos de anisakiasis gástrica es posible extraer el parásito durante la endoscopia.

Excepcionalmente se requiere cirugía con resección intestinal.

PREVENCIÓN

- Las preparaciones como salazones, ahumados, encurtidos, marinados, escabeche o carpaccio no destruyen las larvas del pescado. Por lo tanto es necesario que se preparen con pescado congelado previamente.
- Congelar a -20°C al menos durante 72 horas.
- Cocinar a más de 60°C al menos durante 2 minutos.
- Evitar consumir la región hipoaxial, es decir, las áreas ventrales cercanas al aparato digestivo del pescado. En algunos países

por ley, se obliga a que los restaurantes congelen previamente todo el pescado que ofrecen.
El pescado ultracongelado se eviscera precozmente en alta mar y la probabilidad de parasitación es menor.

Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Engrosamiento difuso parietal de ciego, hipodenso debido al edema mucoso. Se evidencia afectación inflamatoria de la grasa adyacente.



Fig. 2: Engrosamiento difuso parietal de ciego, hipodenso debido al edema mucoso. Se evidencia afectación inflamatoria de la grasa adyacente.



Fig. 3: Ingurgitación vascular y afectación inflamatoria de la grasa mesentérica.

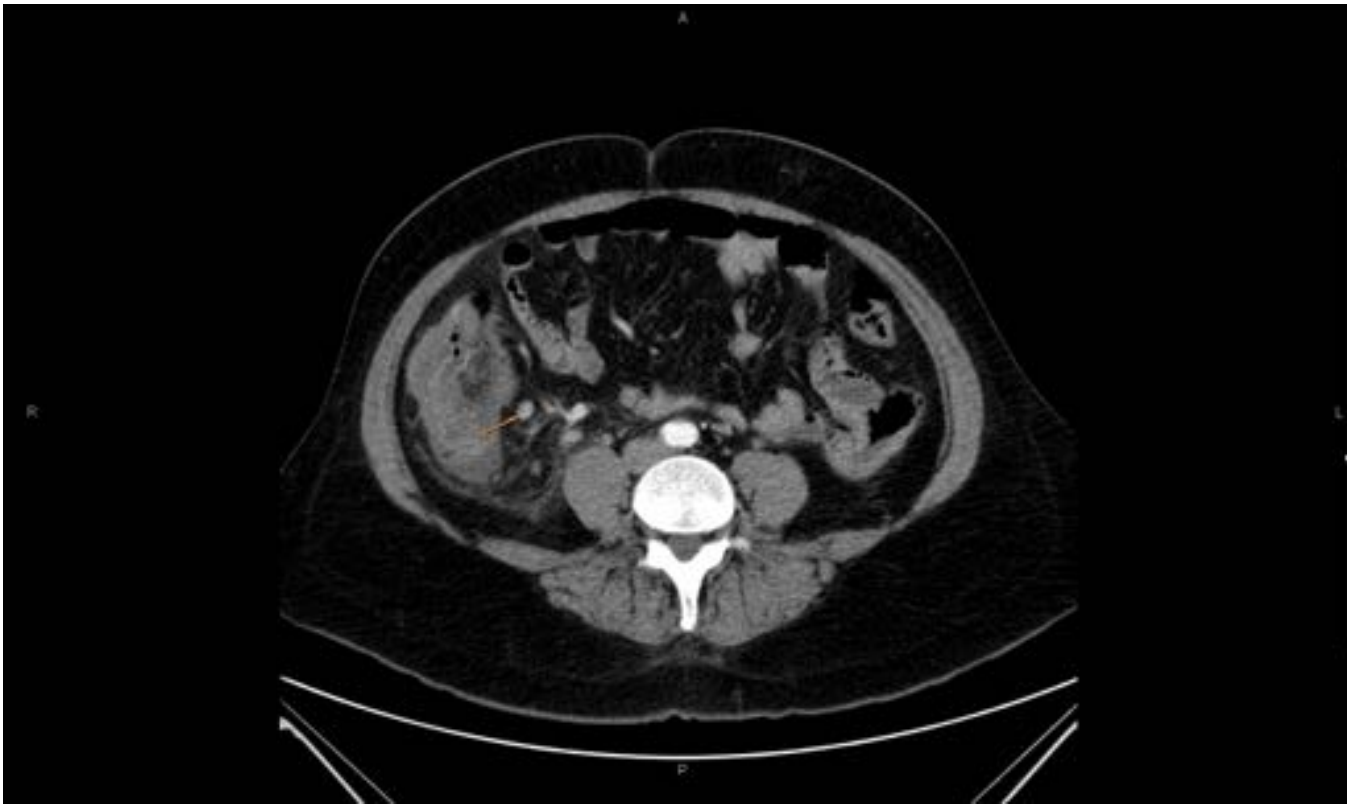


Fig. 4: Adenopatía reactiva

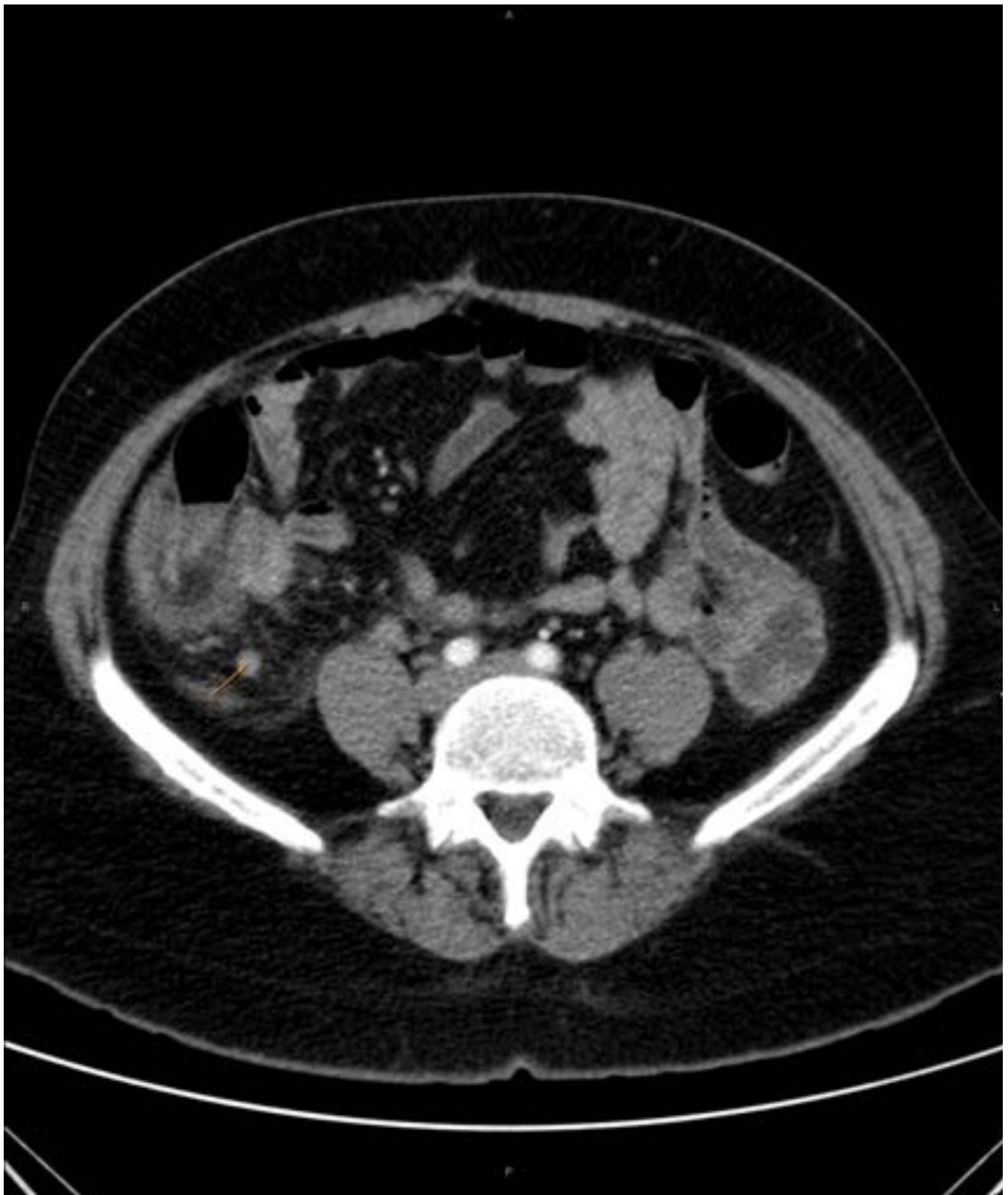


Fig. 5: Adenopatía reactiva

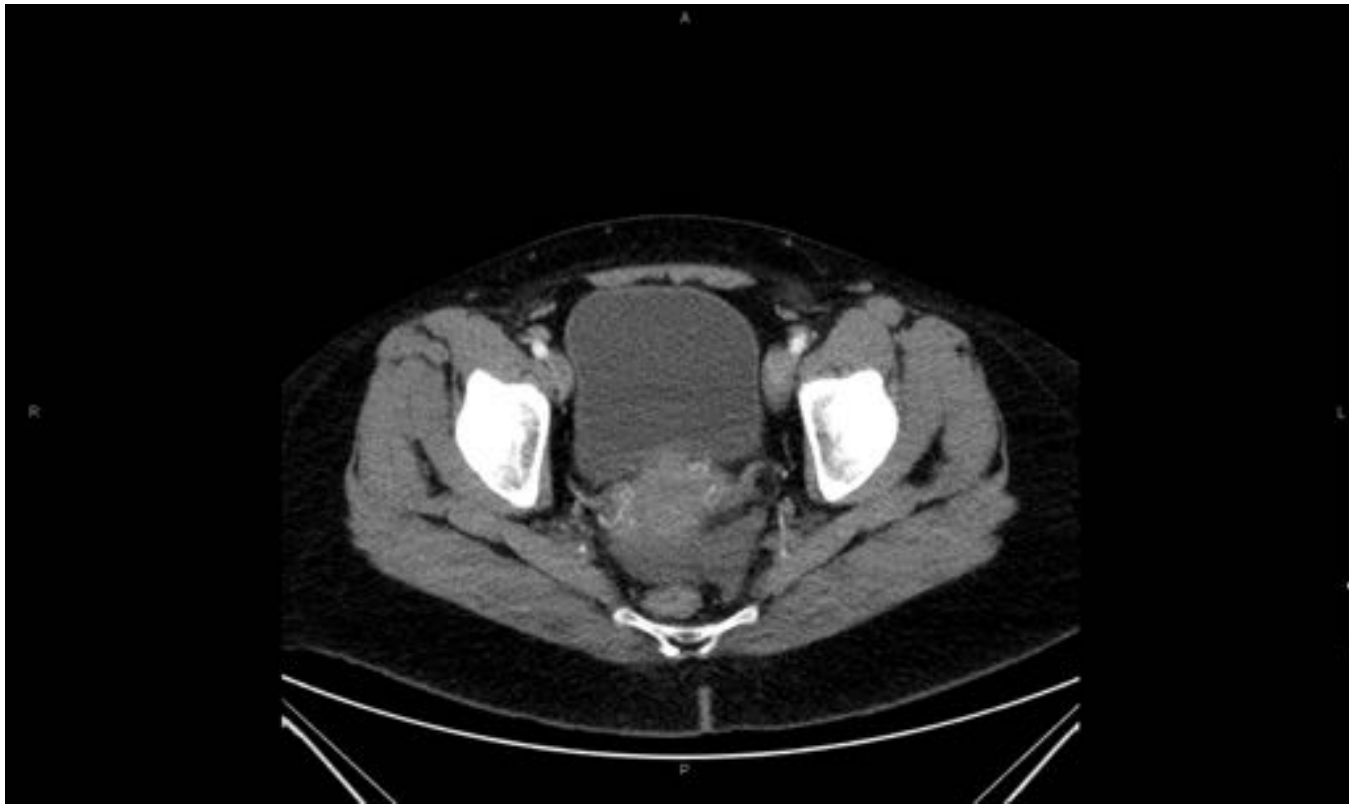


Fig. 6: Presencia de líquido libre en pelvis menor.

Conclusiones

La anisakiasis del intestino delgado es una entidad relativamente frecuente e infradiagnosticada. Sus importantes repercusiones clínicas y su incidencia creciente, debe llevar a sospecharla e incluirla en el diagnóstico diferencial de las enfermedades digestivas. Es fundamental una historia clínica adecuada.

Los hallazgos radiológicos son inespecíficos.

El tratamiento es conservador y sintomático. Más importante que el propio tratamiento es la prevención, pudiendo evitar la infestación con medidas como evitar el consumo de pescado crudo o congelar el mismo previamente.

Bibliografía / Referencias

1. Villafruela Cives M y Henríquez Santana A. Anisakiasis. Rev. esp. enferm. dig. [online]. 2010. vol. 102. n.3, pp. 216-216. ISSN 1130-0108.
2. Gutiérrez M, Alvarez A, Reimunde E, Honrado E. Anisakiasis intestinal. Radiología 2001; 44(5): 214-216.
3. Schuster R, Petrini JL, Choi R. Anisakiasis of the colon presenting as bowel obstruction. Am Surg, 2003 Apr; 69(4):350-2.
4. López Peñas D, Ramírez Ortiz LM, Del Rosal Palomeque R, López Rubio F, Fernández-Crehuet Navajas R, Miño Fugarolas G. Anisakiasis en España: una enfermedad creciente. Revisión. Gastroenterol Hepatol 2000;23:307-11.