

seram

Sociedad Española de Radiología Médica

34

Congreso Nacional

PAMPLONA $\frac{24}{27}$ MAYO 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

ANISAKIS: Cómo no comértelo

Gorka del Cura Allende, Pablo Sádaba Sagredo, Ainize Cancho Salcedo, María Elena Lángara García-Echave, Estíbaliz Gómez Jiménez, Silvia López Romero.

Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, España

OBJETIVOS DOCENTES

Revisión de los **hallazgos radiológicos** mediante las **distintas técnicas de imagen** (TAC, ecografía y RMN) de las distintas formas de presentación de la anisakiasis y para la identificación de los **principales signos radiológicos** que nos ayudan a su **sospecha** y diagnóstico.

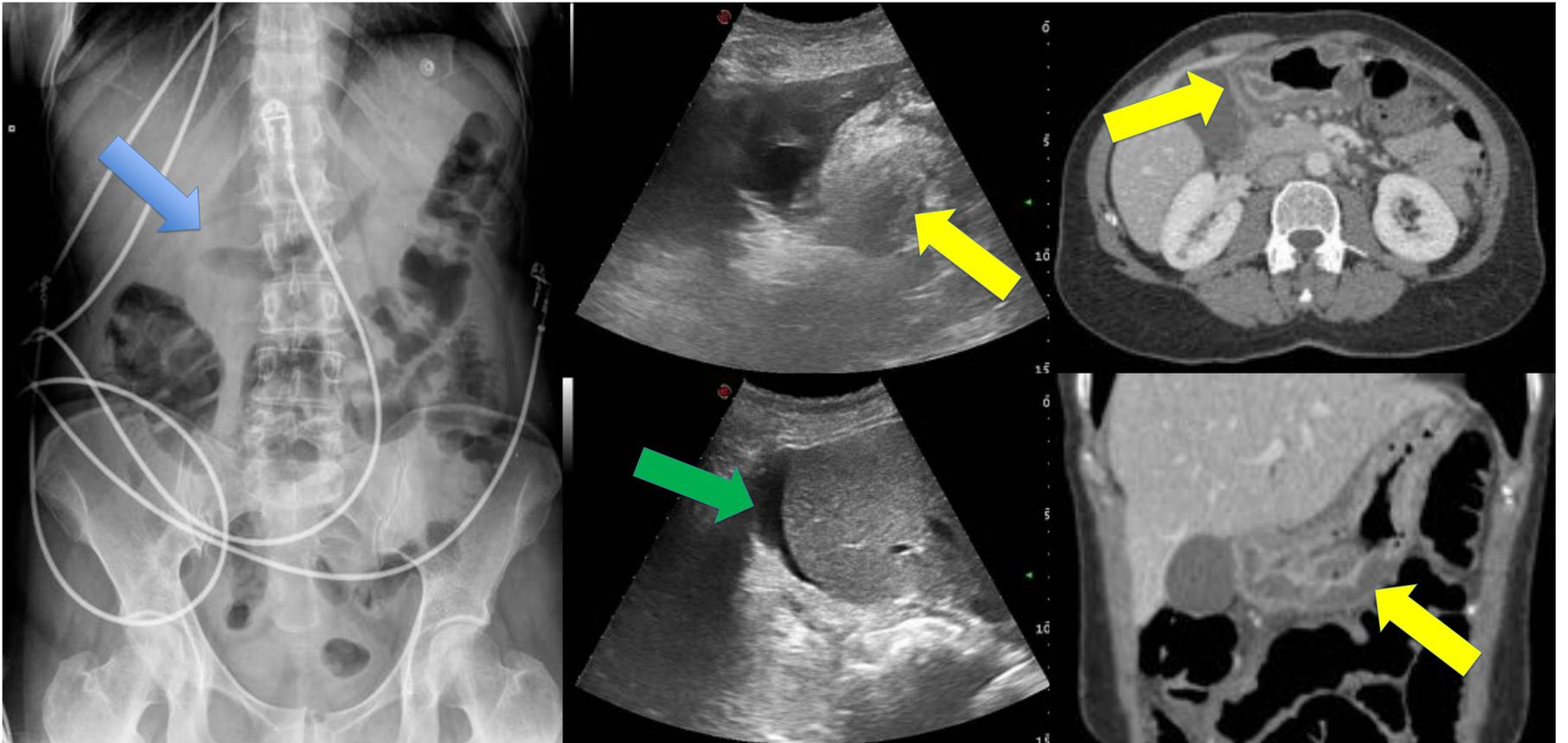
ANISAKIASIS: REVISIÓN DEL TEMA

- Es el resultado de la **infección accidental** por larvas de nematodos de la familia anisakidae (principalmente por **anisakis simplex**) debido a la **ingesta de pescado** o calamares **crudos o poco cocinados**, en los que se encuentran presentes.
- Aunque la gran mayoría (90%) de los casos reportados se originan en Japón, hay un **aumento de la incidencia en países costeros de Europa** (entre ellos España), dónde tiende a ser infradiagnosticada.
- La **invasión del aparato gastrointestinal (GI)** produce un **daño tisular directo** y una **reacción alérgica** de la pared intestinal. Posteriormente, evoluciona a la formación de un granuloma eosinófilo, úlcera, o incluso perforación.
- La afectación del aparato GI puede clasificarse como gástrica, intestinal y ectópica.

ANISAKIASIS GÁSTRICA

- Es el **lugar más común** de afectación del tubo digestivo
- **Clinicamente**, cursa con:
 - Dolor abdominal, náuseas y vómitos de inicio brusco
 - Signos de irritación peritoneal
 - Íleo
 - Puede acompañarse de una reacción alérgica mediada por IgE
- El **tratamiento** es endoscópico (retirada de los parásitos) o conservador (más frecuente)
- El **diagnóstico** se establece en base a historia clínica compatible, hallazgos radiológicos (TC), endoscópicos y serológicos. En ocasiones la **sospecha puede no ser evidente** debido al tiempo transcurrido, aunque normalmente los síntomas aparecen menos de 24h después de la ingesta.
- Los **hallazgos radiológicos** incluyen:
 - Edema submucoso (que puede afectar a toda la pared o solamente región antral o pilórica). En ocasiones (sobretudo si es asimétrico) puede confundirse con patología neoplásica maligna
 - Ascitis
 - Adenopatías
- El **diagnóstico diferencial** incluye úlcera gástrica, gastritis eosinófila, gastritis cáustica y patología neoplásica.

ANISAKIASIS GÁSTRICA



Mujer de 52 años que acude por dolor abdominal epigástrico con elevación de la PCR. En estudio de Rx simple abdominal llama la atención un aumento de densidad rodeando la burbuja gástrica (flecha azul) sugestivo de engrosamiento parietal. El estudio ecográfico y de TC confirma la existencia de un marcado edema submucoso parietal gástrico (flechas amarillas) con hiperrealce mucoso, más marcado en región antral-cuerpo, junto con líquido libre perihepático (flecha verde). Las pruebas complementarias posteriores confirmaron el diagnóstico de anisakiasis gástrica.



Mujer de 43 años con dolor abdominal. En el estudio de TC se objetiva un importante edema parietal (flechas amarillas) de todo el estómago, algo más marcado en región antral y cuerpo. El estudio endoscópico posterior confirmó el diagnóstico de anisakiasis gástrica.

ANISAKIASIS INTESTINAL

- Aunque en términos globales la afectación gástrica es la forma más frecuente de afectación de la anisakiasis, la **afectación intestinal es más prevalente en los países europeos.**
- La **clínica es similar**, con dolor abdominal de instauración brusca, náuseas y vómitos y cuadro pseudoobstructivo.
- Debido a que los síntomas pueden aparecer hasta una semana después de la ingesta, la **sospecha clínica no siempre es evidente** y puede **confundirse con un cuadro de obstrucción intestinal o tipo apendicitis/diverticulitis**

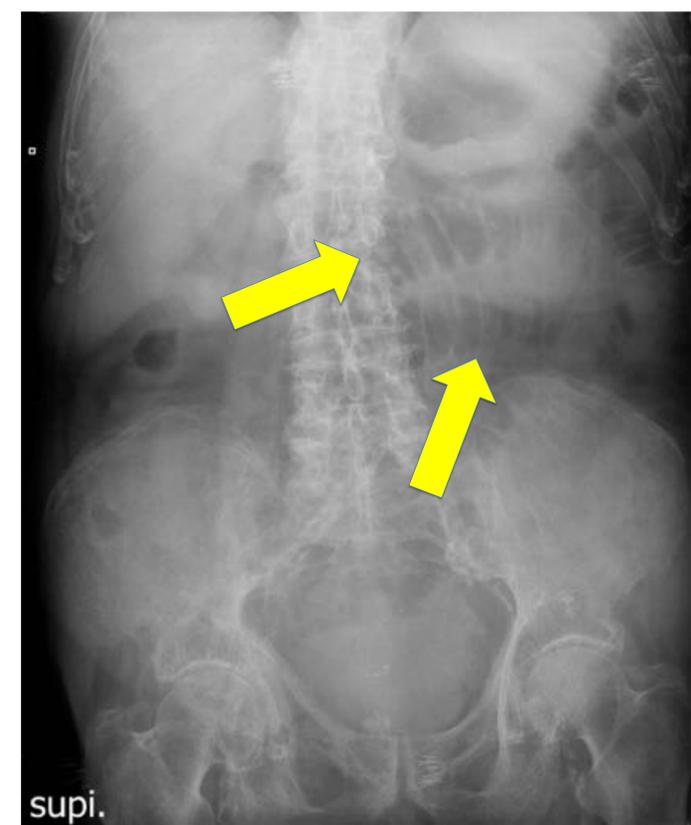
Los **hallazgos radiológicos** incluyen

- **En estudios ecográficos:**
 - Asas distendidas, con contenido líquido.
 - Asa hipoperistáltica con engrosamiento parietal concéntrico +/- hiperecogenicidad de la grasa adyacente reflejando fenómenos inflamatorios
 - Ascitis.
 - Ganglios reactivos de vecindad.
- **En estudios de TC/RM :**
 - Distensión difusas de asas intestinales que pueden simular un cuadro pseudoobstructivo.
 - Marcado engrosamiento parietal concéntrico debido a edema submucoso con disminución del calibre de la luz de segmento de asa de longitud variable, previo a la distensión intestinal.
 - Cambios inflamatorios en la grasa mesentérica adyacente al asa
 - Ascitis, normalmente moderada y llamativa para la afectación intestinal.
 - Adenopatías reactivas de vecindad.

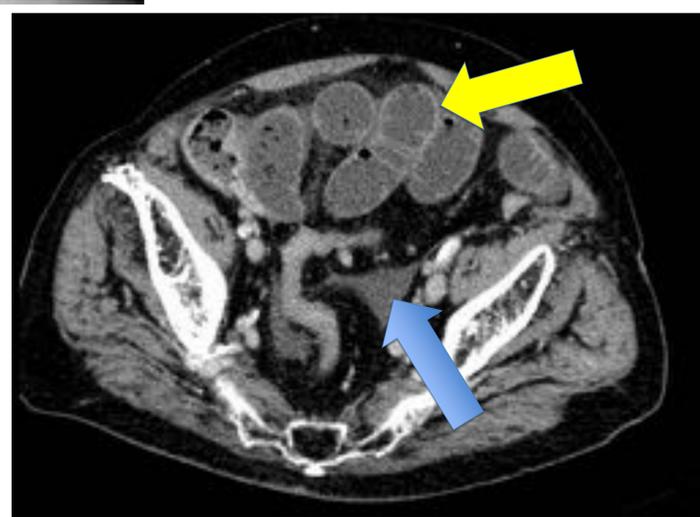
ANISAKIASIS INTESTINAL



Presencia de asas distendidas con abundante contenido líquido (flechas amarillas), objetivándose segmento corto de una de las mismas con marcado edema submucoso (flecha verde) y moderada ascitis (flecha azul). Las pruebas complementarias confirmaron el diagnóstico de anisakiasis intestinal.

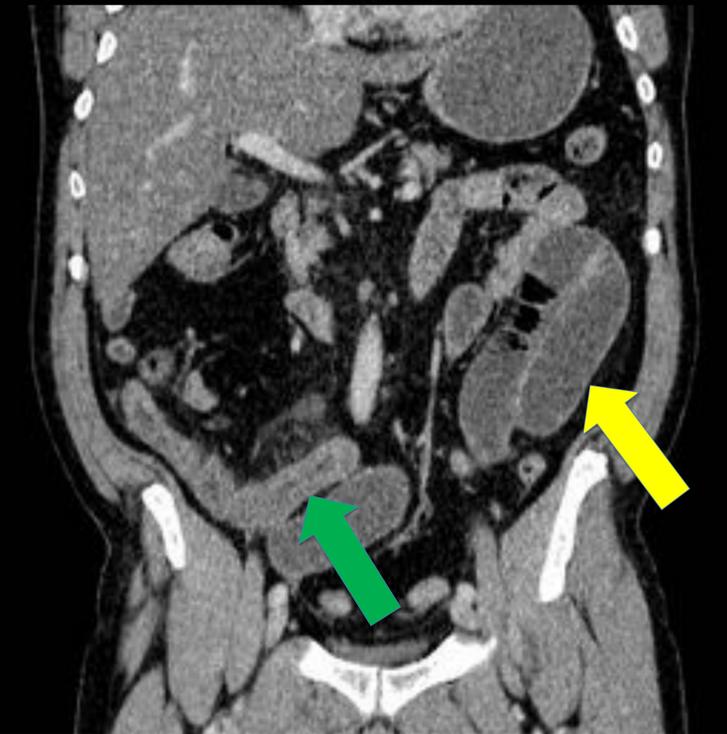


Paciente de 93 años, con hallazgo en estudio de Rx simple de dilatación de asas >3cm (flechas amarillas) y presencia de niveles hidroaéreos patológicos (flecha verde) en Rx bipedestación, lo que orientó el cuadro a un origen obstructivo.

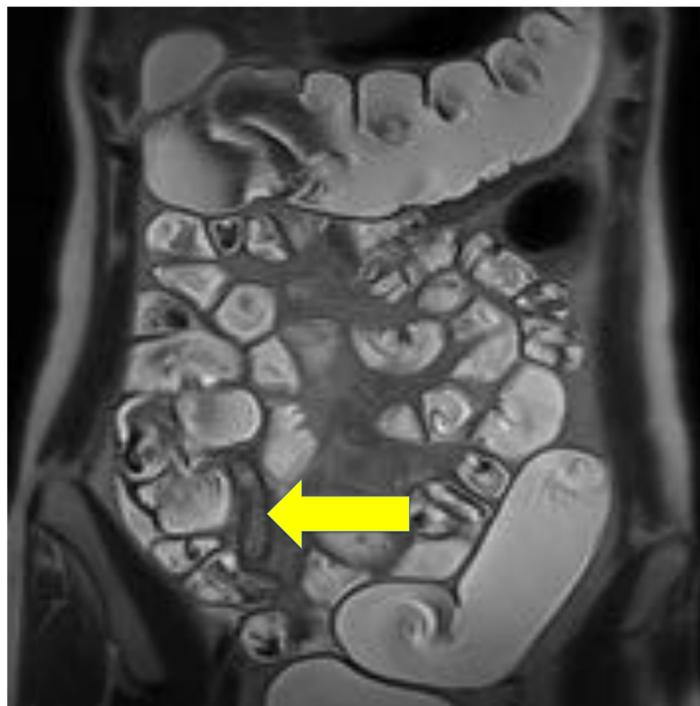
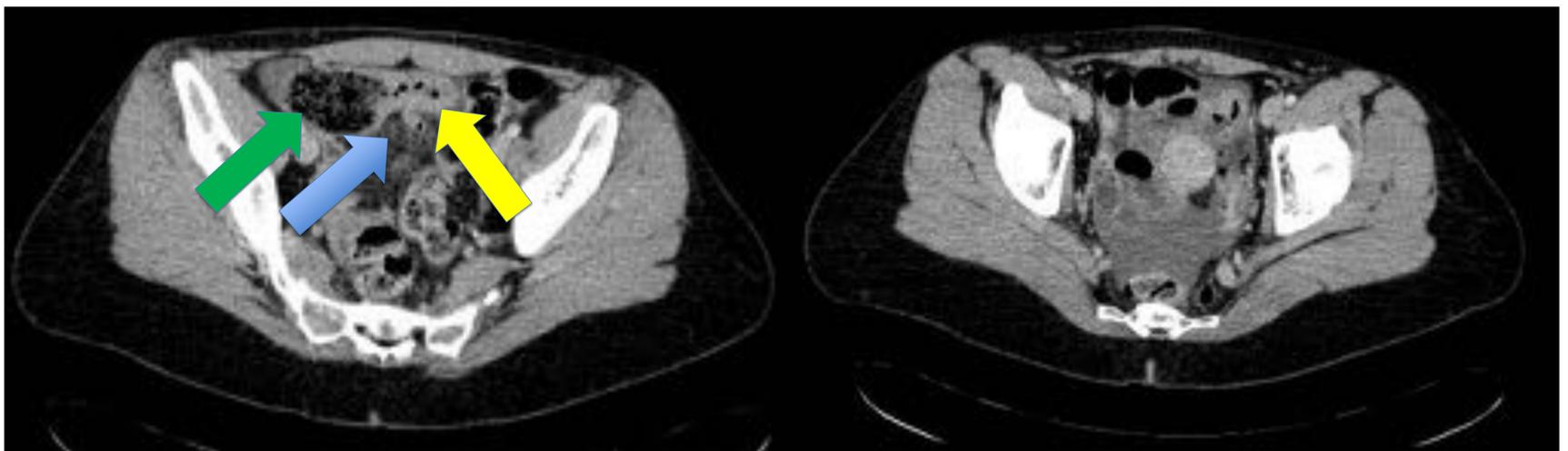


Mismo paciente que anterior. En estudio de TC se evidencia leve-moderada ascitis (flechas azules) y una distensión generalizada de asas de delgado, con abundante contenido líquido endoluminal (flechas amarillas). Previo a la dilatación, llama la atención corto segmento de delgado con engrosamiento parietal concéntrico (flecha verde) que condiciona disminución de calibre de la luz. Las pruebas serológicas posteriores confirmaron sospecha de anisakiasis intestinal.

ANISAKIASIS INTESTINAL



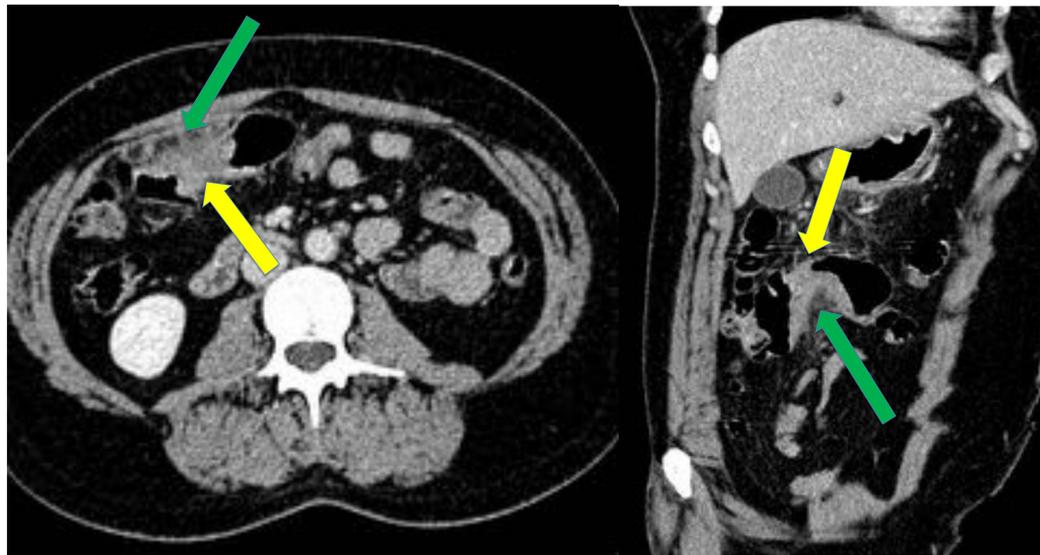
Paciente con anisakiasis confirmada, objetivándose en el estudio de TAC moderada cantidad de líquido libre intraabdominal (flechas azules), y dilatación de asas de delgado con abundante contenido (flechas amarillas) con engrosamiento parietal circunferencial (flechas verdes) de segmento ileal previo a la dilatación, que condiciona disminución del calibre de su luz y asocia estriación de la grasa adyacente reflejando fenómenos inflamatorios.



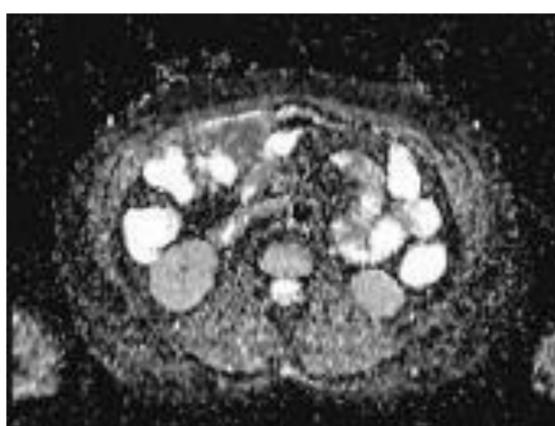
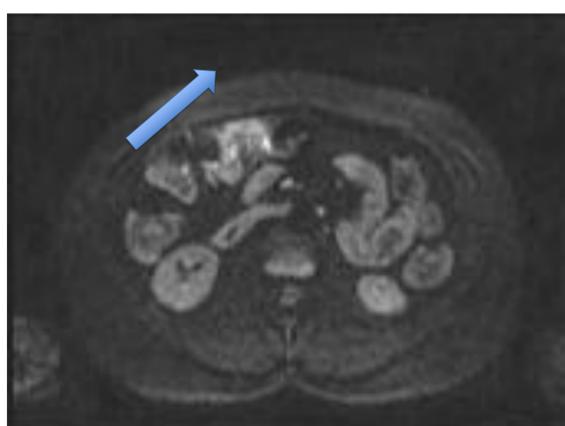
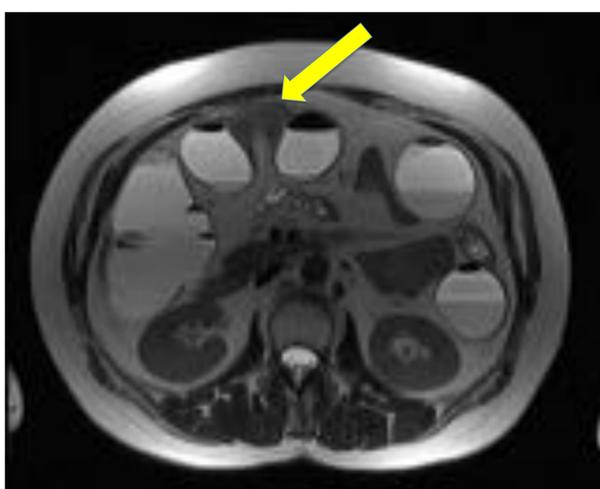
Mujer de 37 años que acude por dolor abdominal en FID con analítica normal. Se le practica TC y posterior RM. Se evidencia la presencia de un segmento corto de ileon que presenta marcado edema submucoso y disminución del calibre de la luz (flechas amarillas) con dilatación retrógrada de asas (flecha verde) y asociando estriación de la grasa locorregional (flecha azul) así como moderada ascitis. Los estudios serológicos confirmaron la sospecha de anisakiasis intestinal.

ANISAKIASIS COLÓNICA

- Aunque menos frecuente el colon puede ser lugar de afectación de la anisakiasis
- Puede cursar con un marcado engrosamiento parietal debido al edema submucoso que en ocasiones plantea **diagnóstico diferencial con proceso neoplásico.**



Mujer de 43 años que acude por dolor abdominal. Los estudios de TAC demostraron la existencia de un engrosamiento parietal de colon transverso (flecha amarilla) que oblitera la luz, asociando marcada estriación de la grasa locorregional (flecha verde), interpretado en inicio como proceso neoplásico con infiltración transmural.



El estudio de RM de la paciente anterior describe engrosamiento parietal excéntrico en cara anteroinferior del colon transverso heterogénea en T2 (flecha amarilla), que capta contraste de manera heterogénea con un centro necrótico (flecha verde) y restringe significativamente la difusión (flecha azul). La lesión mural afecta a la grasa mesentérica adyacente, con bordes mal definidos. El estudio del espécimen quirúrgico puso de manifiesto la presencia de una marcada inflamación granulomatosa con presencia de larvas de anisakis.

ANISAKIASIS EN LOCALIZACIÓN EXTRA-GI



Mujer de 34 años que acude por dolor abdominal, más centrado en fosa ilíaca derecha y elevación de la PCR. Tras hallazgos no concluyentes en ecografía se decide realizar TAC abdominopélvico con CIV. En los cortes axiales de dicho estudio se objetiva la presencia de al menos 3 imágenes pseudonodulares en la grasa pericolónica (flechas amarillas) con fenómenos inflamatorios adyacentes (flecha azul). El diagnóstico diferencial incluyó endometriosis y apendangitis epiploica. La cirugía demostró la presencia de varios apéndices epiploicos inflamados, con infestación por larvas de anisakis en el estudio anatomopatológico.

CONCLUSIONES

- El conocimiento de los hallazgos radiológicos más frecuentes de la anisakiasis, incluso en ausencia de sospecha por parte del clínico, es fundamental para establecer una adecuada orientación diagnóstica y evitar así al paciente tratamientos y pruebas innecesarias.
- Los principales hallazgos incluyen la presencia de engrosamiento parietal a expensas de edema submucoso, en el caso de la afectación intestinal dilatación retrógrada de asas simulando un cuadro obstructivo y ascitis.
- La afectación del colon puede plantear dudas diagnósticas con procesos neoplásicos, y la extra GI con otras patologías.

BIBLIOGRAFÍA

- Hochberg N S, Hamer D H. Anisakidosis: Perils of the Deep. Emerging infections. 2010; 51: 807-812.
- Shibata E, Ueda T, Akaike G, Saida Y. CT findings of gastric and intestinal anisakiasis. Abdom Imaging. 2014;39:257-61.
- Marcos S, González J, Sarria L, Larrosa R. CT findings of gastric and intestinal anisakiasis as cause of acute abdominal pain. Poster accesible en DOI: [10.1594/ecr2015/C-2258](https://doi.org/10.1594/ecr2015/C-2258)
- Ogata M, Tamura S, Matsunoya M. Sonographic Diagnosis of Intestinal Anisakiasis Presenting as Small Bowel Obstruction. Journal of Clinical Ultrasound. 2015; 283-287.