

Caso	(386) Anisakiasis como causa de abdomen agudo; lo que el radiólogo puede aportar
Autores	Nahia Lizarraga Oroz, Laura Caverro Barreras, Alicia Espinal Soria, Gorka Gabilondo Rikondo, María Leturia Etxeberria, Virginia Gómez Usabiaga
Centro	Hospital Universitario Donostia

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 50 años que acude a urgencias por dolor abdominal agudo, más llamativo en hipogastrio, náuseas y vómitos. Se le realiza una radiografía de abdomen donde se visualiza aireación de marco cólico hasta ampolla rectal, distensión aislada de algunas asas de intestino delgado en mesogastrio con formación de niveles hidroaéreos aislados en bipedestación. Dado lo inespecífico de los síntomas y los hallazgos radiológicos se decide mantener en observación durante 24h.

Al día siguiente, presenta un llamativo empeoramiento del dolor con persistencia de vómitos, realizándose una TC por sospecha de cuadro oclusivo.

En la TC se observa un marcado edema submucoso gástrico con cambios densitométricos de la grasa adyacente, así como un engrosamiento ileo-cecal con adenopatías locorregionales asociadas y líquido libre peritoneal.

Ante los hallazgos radiológicos y la ausencia de signos de oclusión intestinal, se sugiere la posibilidad de anisakiasis gastrointestinal, entre otras opciones.

Se confirma el consumo de pescado crudo en los días previos y se le realiza una analítica dirigida donde se evidencian niveles altos de IgG específica para anisakis.

DISCUSIÓN

La anisakiasis es una infección parasitaria del tracto gastrointestinal causada por el consumo de pescado crudo o poco cocinado contaminado por larvas de anisakis, nemátodo de la familia anikasidae. Una vez que las larvas son ingeridas, estas se adhieren a la mucosa gastrointestinal pudiendo producir dos tipos de manifestaciones clínicas.

Reacción alérgica a anisakiasis, donde se produce un cuadro alérgico sistémico mediado por IgE. Las manifestaciones varían desde un cuadro de urticaria con angioedema hasta un shock anafiláctico.

Anisakiasis gastrointestinal, manifestación más frecuente, donde se incluyen las formas gástricas (70%) e intestinal (30%). Habitualmente los síntomas aparecen en las primeras 24h tras el consumo de pescado contaminado en el caso de la anisakiasis gástrica, y hasta pasados 10 días en la forma intestinal.

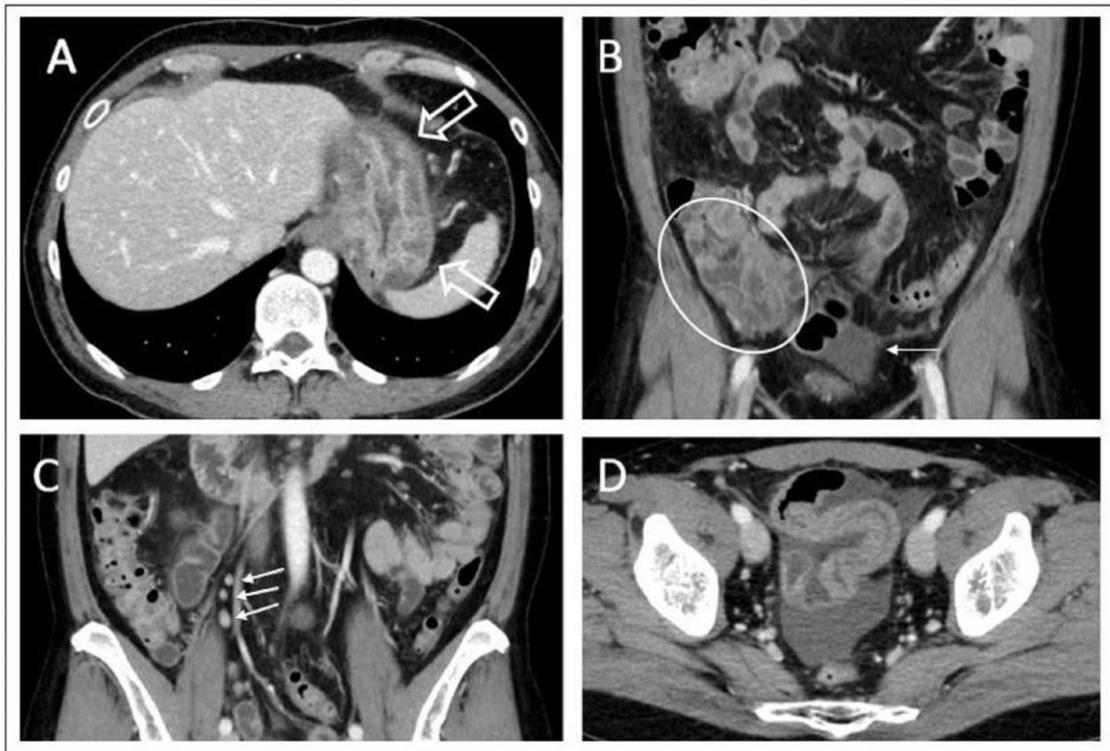
Las principales manifestaciones clínicas son el dolor abdominal agudo, habitualmente de localización epigástrica o en fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos y diarrea con signos de irritación peritoneal.

Los hallazgos radiológicos más frecuentemente visualizados en pacientes afectados de anisakiasis gastrointestinal se resumen en 3; edema submucoso del área del tracto gastrointestinal implicado, ascitis y ausencia de obstrucción intestinal. Así mismo, encontramos hallazgos radiológicos más inespecíficos en una gran parte de los pacientes, como son la alteración inflamatoria de la grasa adyacente al área gastrointestinal afectada, la presencia de adenopatías locorregionales y una leve dilatación retrógrada de asas de intestino delgado, habitualmente con contenido líquido en su interior.

Las pruebas de laboratorio que se realizan de rutina son muy poco específicas, encontrando leucocitosis con neutrofilia, aumento de proteína C-reactiva y eosinofilia periférica en casos con alto componente alérgico. Si bien la detección de IgE específica para anisakis es diagnóstica, hace falta una alta sospecha clínica para solicitar dicha prueba.

CONCLUSIÓN

Dada la inespecificidad de las manifestaciones clínicas presentadas por estos pacientes y la alta sospecha clínica necesaria para poder hacer un correcto diagnóstico de anisakiasis gastrointestinal, las pruebas radiológicas aportan datos adicionales de gran valor, pudiendo sugerir la anisakiasis como posible diagnóstico ante los hallazgos descritos y de esta manera, redirigir el enfoque diagnóstico.



A) Se observa edema submucoso de la pared gástrica con alteración inflamatoria de la grasa adyacente. B, C, D) Engrosamiento ileocecal con líquido libre en pelvis y adenopatías locoregionales. Sin signos de obstrucción intestinal.

BIBLIOGRAFÍA

- Eisuke Shibata, Takuya Ueda, Gensuke Akaike. CT findings of gastric and intestinal anisakiasis. *Abdominal Imaging*. 2014; 39; 257-261. DOI: 10.1007/s00261-014-0075-3
- Takeshi Takabayashi, Toshiaki Mochizuki, Norio Otani. Anisakiasis presenting to the ED: clinical manifestations, time course, hematologic tests, computed tomographic findings, and treatment. *American Journal of Emergency Medicine*. 2014; 32; 1485-1489. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.09.010>