



242/2863 - ANISAKIASIS INTESTINAL

N. Manso Infante^a y E. Gálvez Cañamaque^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 47 años, que acude a consulta por dolor abdominal difuso desde hace 5 días, asociado a diarrea líquida, sin productos patológicos, náuseas, distensión abdominal y febrícula. Niega otra sintomatología. Inicialmente ante la ausencia de datos de alarma, se trata como una gastroenteritis aguda leve, pero la paciente consulta de nuevo por empeoramiento.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente, buen estado general, impresiona de intenso dolor. Abdomen distendido y timpánico, doloroso a la palpación en mesogastrio y fosa ilíaca izquierda, con defensa abdominal. Ante sospecha de abdomen agudo se deriva a Urgencias. Analítica: leucocitosis con leve eosinofilia. Rx abdomen: Sin hallazgos. Dada la sintomatología, se solicita TAC abdominal: Segmento largo de intestino delgado de calibre aumentado y paredes engrosadas, edema de mesenterio adyacente, abundante líquido libre, sugerente de inflamación/infección inespecífica. Ante las dudas diagnósticas y el estado de la paciente, se plantea tratamiento conservador vs cirugía urgente, decidiéndose intervención, identificándose segmento de íleon inflamado, que se reseca y se analiza, encontrando estructuras parasitarias compatibles con Anisakis, además de ileítis eosinofílica, y eosinofilia en líquido peritoneal. Aunque la resección sería suficiente, dada la gravedad se trató posteriormente con albendazol, con buena evolución.

Juicio clínico: Anisakiasis intestinal.

Diagnóstico diferencial: Cuadros de abdomen agudo: apendicitis, diverticulitis, isquemia intestinal...

Comentario final: Infección gastrointestinal producida por un nematodo, adquirido al ingerir pescado crudo/poco cocinado, que se puede prevenir evitando ingerir la larva viva mediante tratamientos térmicos. La forma intestinal es menos frecuente que la gástrica, y más difícil de diagnosticar, por su sintomatología inespecífica. Un cuadro compatible y la ingesta previa de pescado son imprescindibles para el diagnóstico. Generalmente la larva suele expulsarse espontáneamente, resolviéndose la clínica. Los cuadros persistentes podrían beneficiarse de la extracción del parásito, en fase aguda, mediante endoscopia. Sin embargo, en muchas ocasiones su diagnóstico se retrasa y puede ser necesaria una intervención quirúrgica urgente por aparición de complicaciones (como obstrucción intestinal...). En otros casos incluso se realiza resección quirúrgica del segmento intestinal afecto por sospecha de otra patología que curse con un cuadro

semejante de abdomen agudo. Es mediante estudio anatomopatológico como se alcanza el diagnóstico.

Bibliografía

1. Zanelli M. An Italian case of intestinal anisakiasis. *Pathology Research & Practice*. 2017;213(5).
2. López-González R. Anisakiasis diagnosticada por enteroclis. *Semergen*. 2010;36(1):44-6.
3. Muwanwella N. A Rare Cause of Acute Abdomen. *Gastroenterology & Hepatology*. 2016;14(7).

Palabras clave: Anisakis. Abdomen. Cirugía.