

Perforación intestinal por anisakiasis

José Magarzo García^a, Antonio Moral Duarte^b, Alejandro Serrano Escobedo^c, Claudio Chierichetti Asan^a, Vicente Artigas Raventós^d y Manuel Trias Folch^e

^aMédico Residente. ^bMédico Adjunto. ^cMédico Adjunto de Urgencias. ^dJefe de Sección. ^eJefe de Servicio. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Resumen

La anisakiasis es una parasitosis con un número creciente de casos en nuestro entorno en los últimos años. Manifestada como abdomen agudo, simula otras etiologías y es habitualmente de indicación quirúrgica. Se expone un caso cuya excepcional forma de presentación fue la perforación ileal.

Palabras clave: Anisakiasis. Perforación intestinal. Abdomen agudo.

ILEAL PERFORATION DUE TO ANISAKIASIS

In the last few years, the number of cases of anisakiasis has been increasing in our environment. When this parasitosis manifests as acute abdomen, it mimics other causes and surgery is usually indicated. We report a case of anisakiasis whose exceptional form of presentation was ileal perforation.

Key words: Anisakiasis. Intestinal perforation. Acute abdomen.

Introducción

La anisakiasis es una infestación por ingestión de larvas de este nematodo que suelen hallarse en el pescado crudo o mal conservado. Su forma de presentación más frecuente es la epigastralgia y la suboclusión intestinal, y en ocasiones se presenta como abdomen agudo simulando enfermedades inflamatorias y tumorales. A continuación se describe un caso excepcional cuya forma de presentación fue la perforación ileal.

Caso clínico

Mujer de 77 años, afectada de hipertensión, artritis gotosa, enfermedad de Parkinson y accidente isquémico transitorio hacía 17 años sin secuelas. Acudió a urgencias por dolor abdominal agudo difuso de 24 h de evolución, de inicio súbito e intensidad creciente, acompañado de náuseas y vómitos con deposiciones diarreicas previas sin productos patológicos, sin fiebre.

En la exploración la paciente presentaba mal estado general aunque se encontraba consciente y orientada. La palpación del abdomen era dolorosa de manera difusa, moderadamente depresible con descompresión levemente positiva, y el peristaltismo estaba ausente. La radiografía de abdomen simple no demostró signos de suboclusión ni neumooperitoneo.

Análíticamente destacaba una leucocitosis de 22,3 10E9/l con un 88,5% de segmentados y desviación a la izquierda con eosinofilia del 1,9%.

Correspondencia: Dr. J. Magarzo García.
Hospital de la Santa Creu y Sant Pau.
Sant Antoni M. Claret, 167. 08025 Barcelona. España.
Correo electrónico: jmagarzo@hsp.santpau.es

Aceptado para su publicación en septiembre de 2002.

Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal con contraste oral, en la que se reveló la presencia de un segmento de íleon terminal con pared engrosada, un punto de fuga del contraste intraluminal y mínima cantidad de aire localizado en esta zona sin neumo-peritoneo generalizado ni líquido libre intraperitoneal (figs. 1 y 2).

Se decidió la intervención quirúrgica urgente en la que se apreció un importante engrosamiento de la pared del íleon terminal y del ciego, con moderada dilatación de éste y abundante fibrina. Tras la liberación de la zona se constató la presencia de una perforación de unos 2 mm a 5 cm de la válvula ileocecal con material fecaloideo extraluminal en mínima cantidad. Se realizó una resección de íleon distal, el ciego y la primera porción del colon ascendente, así como anastomosis terminolateral manual.

El estudio anatomopatológico apreció dos úlceras de bordes nítidos, una de ellas perforante de 1,8 cm y otra superficial de 1 cm en la mucosa ileal a unos 8 cm de válvula ileocecal. En su vecindad se identificó un nematodo blanquecino, vivo, de unos 2 x 0,1 cm cuyo estudio microbiológico informó de *Anisakis*. Microscópicamente se apreció una inflamación aguda con predominio de eosinófilos y ulceración con fistulización transmural, perforación y peritonitis aguda sin observarse parásitos.

El postoperatorio cursó sin complicaciones, y la leucocitosis y la eosinofilia desaparecieron. Se insistió en el interrogatorio sobre hábitos dietéticos sin referir ninguna ingestión previa de pescado crudo o poco cocinado, aunque aseguró haberlo ingerido en esas condiciones 2 años atrás de manera habitual.

Discusión

La anisakiasis o anisakidosis es una infrecuente pero creciente zoonosis provocada por las larvas del nematodo *Anisakis*. Se adquiere tras la ingestión de pescado crudo, mal cocinado o conservado en salazón, ahumado o en vinagre. El humano es un huésped intermedio en el ciclo vital de las larvas que están incluidas en el músculo y vísceras de peces o moluscos que las han adquirido tras eliminación fecal procedente de los grandes mamíferos marinos.

Fig. 1. Engrosamiento de pared del íleon terminal.

El cuadro clínico agudo de anisakiasis tiene un tiempo de latencia de entre 24 y 72 h tras la ingestión de las larvas, cuando éstas pasan de la luz del tracto digestivo a la pared del mismo gracias a sus capacidades de infiltración y penetración en ésta^{1,2}. Las manifestaciones clínicas difieren según el segmento afectado y son diferentes las especies responsables en cada uno de ellos. En nuestro entorno la localización más frecuente es la ileal³ (especie *simplex*) seguida de la gástrica (especie *pseudoterranova*) y con menos frecuencia el colon. En cualquiera de ellas, las manifestaciones clínicas, analíticas y radiológicas son indistinguibles de las producidas por otras etiologías. En la afección gástrica las manifestaciones clínicas incluyen epigastralgias, náuseas y vómitos⁴. El diagnóstico se realiza mediante gastroscopia, que revela la presencia de las larvas y las lesiones mucosas que producen, y el tratamiento consiste en la extracción de las mismas a través del gastroscopio.

La afección intestinal puede manifestarse como suboclusión⁵ o abdomen agudo³, y la radiografía simple, la ecografía y la TAC pueden poner de manifiesto alteraciones de la pared ileal terminal o cecal, como engrosamientos, impresiones digitales, seudotumores o estrechamientos lumbinales⁶.

Habitualmente se establece la indicación quirúrgica con la orientación diagnóstica de apendicitis aguda, ileítis terminal, diverticulitis o neoplasias⁷. Durante la intervención se puede apreciar la presencia de edema, inflamación o seudotumoraciones en íleon terminal. Nuestro caso puede ser considerado excepcional, ya que se ha presentado como abdomen agudo con perforación ileal evidenciada por TAC abdominal y constatada en el acto operatorio, y no se ha encontrado en la bibliografía ningún caso similar.

Infrecuentemente se produce afección colónica, y se ha descrito su perforación determinada en estudio patológico posterior³. La colonoscopia presenta las alteraciones en la mucosa del ciego, y si se realiza en las primeras 24 h de la aparición de los síntomas es posible identificar las larvas y extraerlas, siendo éste el tratamiento^{5,7}. El único tratamiento en las lesiones agudas

Fig. 2. Fuga de contraste intraluminal en íleon terminal.

complicadas del tracto intestinal en los casos de anisakiasis es la resección quirúrgica⁸.

El diagnóstico definitivo de esta parasitosis manifestada de manera aguda se realiza *a posteriori*, en el estudio patológico del segmento resecado. En pocos casos el parásito es encontrado e identificado por sus características morfológicas. Generalmente, el estudio patológico evidencia la inflamación de la mucosa y la submucosa por abundantes eosinófilos, formando granulomas, siendo estas lesiones las más características, y ocasionalmente invasión transmural de las larvas en las lesiones o en la luz intestinal adyacente³. Cuando la larva no se ha aislado y en las formas crónicas, son de gran utilidad la determinación en plasma de eosinófilos y la IgE específica que en ocasiones se encuentran elevados, y más específicamente la determinación de anticuerpos antianisakis. Existe un test cutáneo específico con alérgenos de la larva que puede ser de utilidad cuando la sospecha es firme⁹.

Bibliografía

1. Klik MM. Human anisakis: an update. JAMA 1986;255:2605.
2. Montoro A, Perteguer MJ, Laguna R, Cuellar C. Acute recidivant urticaria caused by *Anisakis simplex*. Allergy 1997;52:985-91.
3. Louredo A, Acedo F, Arribas V, Sanz E, Bernardo L. Anisakidosis del colon como causa de abdomen agudo. Rev Esp Enf Digest 1997;89:403-6.
4. López R, Gracia A, Barros C, Manzarbeitia F, Oñate JM. Anisakiasis en España. Descripción de 3 casos. Enferm Infecc Microbiol Clin 1992;10:158-61.
5. Obispo J, Herrero JJ, Borobia LE, Chivato T, Laguna R, Baquedano J. Obstrucción intestinal producida por la larva de *Anisakis*. Cir Esp 2000;67:368-71.
6. Matsumoto T, Iida M, Kimura Y, Tanaka K, Kitada T, Fujishima M. Anisakiasis of the colon: radiologic and endoscopic features in six patients. Radiology 1992;183:97-9.
7. Del Olmo Escribano M, Cózar Ibáñez A, Martínez de Victoria JM, Ureña Tirao C. Anisakiasis a nivel ileal. Rev Esp Enferm Dig 1998;90:120-3.
8. López D, Ramírez LM, Del Rosal Palomeque R, López F, Fernández-Crehuet R, Mino G. Estudio de 13 casos de anisakiasis en la provincia de Córdoba. Med Clin (Barc) 2000;114:177-80.
9. Domínguez J, Cimarra M, Sevilla M, Alonso A, Moneo I, Robledo T, et al. *Anisakis simplex*: a case of intestinal pseudo-obstruction. Rev Esp Enferm Dig 2000;92:132-9.