

Obstrucción intestinal en una mujer previamente sana

Iñaki Torre^a, Alfonso Gutiérrez-Macias^a, Kepa Elorriaga^b, Ernesto Martín^c, Zuriñe Zubero^a y Juan Miguel Santamaría^a

Servicios de ^aEnfermedades Infecciosas, ^bAnatomía Patológica y ^cCirugía. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Caso clínico

Mujer de 57 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió a urgencias de nuestro hospital por un cuadro de varias horas de evolución consistente en dolor abdominal difuso y progresivo, acompañado de náuseas y vómitos. No se observaron alteraciones del ritmo deposicional, sensación distérmica u otra clínica asociada.

En la exploración física destacaban temperatura 36,2 °C y un abdomen doloroso de forma difusa a la palpación, con signos de irritación peritoneal y con discreto peristaltismo de lucha. En las exploraciones complementarias llamaba la atención un recuento leucocitario de 12.900 cél./ml, con el 84% de neutrófilos y sin eosinofilia. La radiografía simple de abdomen mostraba una dilatación gástrica y de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos. En la ecografía y en la tomografía computarizada abdominales se observaba una dilatación de asas de intestino delgado con líquido libre perihepático y periesplénico sugerente de cuadro obstructivo.

Con el diagnóstico de cuadro obstructivo de intestino delgado se procedió a realizar laparotomía exploradora. En el acto quirúrgico se observó un proceso inflamatorio que afectaba de forma segmentaria a unos 10 cm de íleon terminal; se realizó resección de la zona afectada con anastomosis término-terminal. El estudio anatómico-patológico macroscópico de la pieza reseçada mostraba una pared intestinal edematosa; en el estudio microscópico se observaba la existencia de un infiltrado inflamatorio constituido fundamentalmente por eosinófilos y una estructura cilíndrica de la que se observaban dos secciones transversales indicativas de la existencia de un nematodo en la pared ileal (fig. 1).

Evolución

El nematodo observado en la submucosa ileal fue identificado como *Anisakis simplex* por criterios morfológicos. En un interrogatorio posterior la paciente reconoció la ingesta ocasional de pescado cocinado de forma insuficiente (anchoas en vinagre). Se estableció el diagnóstico de enteritis eosinofílica asociada a anisakiasis.

Comentario

La anisakiasis es una enfermedad parasitaria producida por las larvas de un helminto de la clase de los nematodos, que suelen encontrarse en animales marinos (peces, cefalópodos y crustáceos). Se trata de una parasitosis común en países asiáticos, debido al alto consumo de pescado crudo. En Europa es una entidad rara, y destaca una mayor incidencia en Holanda. En España puede decirse que es una parasitosis emergente atendiendo al número de casos publicados en los últimos años¹. Dentro del ciclo vital de *Anisakis*, el hombre se comporta como un huésped aberrante, ya que en él la larva no consigue alcanzar su madurez sexual. El hombre adquiere las larvas al ingerir pescado infestado crudo o poco cocinado²⁻⁵.

Entre las presentaciones clínicas de la parasitosis destaca una forma denominada anisakiasis gástrica aguda, caracterizada por epigastralgia y vómitos; una forma gastroalérgica², donde predominan síntomas de hipersensibilidad y una forma intestinal, que suele cursar de forma subaguda o crónica, con dolor abdominal difuso o con sintomatología aguda de tipo apendicular u obstructivo, como ocurrió en el caso que se presenta²⁻⁵. Además, el parásito puede atravesar la pared digestiva y originar afectación multiorgánica.

El diagnóstico de anisakiasis se basa en la identificación correcta del antecedente dietético, los hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos, junto con pruebas cutáneas y determinación de IgE total e IgE específica³; siendo de confirmación la observación de larvas en el

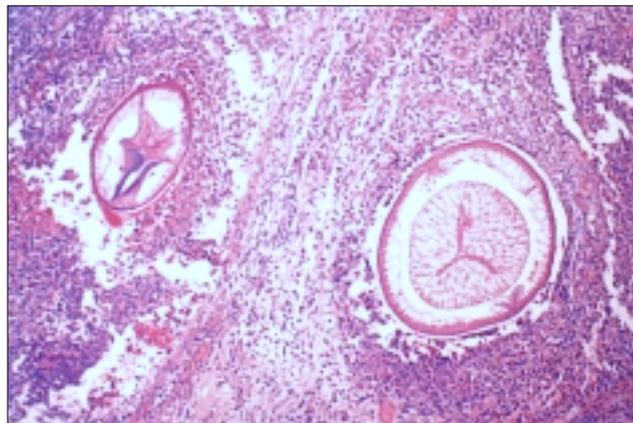


Figura 1. Preparación microscópica de la pieza de resección quirúrgica, en la que se observa un infiltrado inflamatorio compuesto fundamentalmente por eosinófilos. Se observan además dos secciones de un organismo cilíndrico con una luz intestinal de morfología triangular.

Correspondencia: Dr. A. Gutiérrez.
Hurtado de Amézaga, 28, 1º dcha-dcha. 48008 Bilbao. España.
Correo electrónico: alguna@teleline.es

Manuscrito recibido el 05-03-2002; aceptado el 09-04-2002.

vómito o las heces, tras estudio endoscópico o por la anatomía patológica de la pieza quirúrgica reseca. El mejor tratamiento de la anisakiasis es la profilaxis, evitando comer pescado crudo o poco cocinado²⁻⁵. Los fármacos que alcalinizan el pH gástrico podrían ejercer un efecto protector de la infestación^{4,6}. En general, la anisakiasis no requiere ningún tratamiento antiparasitario específico.

Bibliografía

1. Guijarro Huertas GM, Guijarro Morales A, Guijarro Rojas MM. Anisakiasis en España. *Rev Clin Esp* 2000;200:401-2.
2. López Serrano MC, Moreno-Ancillo A, Alonso Gómez A, Daschner A. Patología por *Anisakis* en el año 2000. *Rev Esp Enferm Dig* 2000;92:127-31.
3. Domínguez Ortega J, Cimarra M, Sevilla MC, Alonso Llamazares A, Moneo I, Robledo Echarren T, et al. *Anisakis simplex*: una causa de pseudobstrucción intestinal. *Rev Esp Enferm Dig* 2000;92:132-5.
4. Oliveira A, Sánchez Rancano S, Conde Gacho P, Moreno A, Martínez A, Comas C. Anisakiasis gastrointestinal. Siete casos en tres meses. *Rev Esp Enferm Dig* 1999;91:70-2.
5. 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.
6. Muraoka A, Suehiro I, Fujii M, Nagata K, Kusunoki H, Kurnon Y, et al. Acute gastric anisakiasis. 28 cases during the last 10 years. *Dig Dis Sci* 1996;41:2362-5.