

## SITUACIONES CLÍNICAS

# Anisakiasis intestinal diagnosticada por enterocclisis

R. López-González, A.J. Márquez-Moreno\*, J.L. Casals-Sánchez y J. López-Hidalgo

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Centro de Salud Las Lagunas, Fuengirola, Málaga, España

Recibido el 17 de noviembre de 2008; aceptado el 11 de febrero de 2009  
Disponible en Internet el 15 de enero de 2010

### PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal;  
Enterocclisis;  
*Anisakis*;  
Eosinofilia

### KEYWORDS

Abdominal pain;  
Enterocclisis;  
*Anisakis*;  
Eosinophilia

### Resumen

La anisakiasis es una parasitación frecuente en nuestro medio y que da lugar a cuadros de dolor abdominal que pueden simular otras patologías, incluyendo situaciones quirúrgicas (apendicitis o peritonitis), pero generalmente autolimitadas. Presentamos un caso de una paciente de 48 años con dolor abdominal agudo, febrícula y hallazgos patológicos en TAC (propios de un cuadro inflamatorio intestinal), en la que la realización de una enterocclisis fue capaz de identificar larvas de *Anisakis*. La paciente evolucionó favorablemente con tratamiento conservador y el patrón radiológico volvió a la normalidad. En nuestro caso, la posibilidad de contar con una técnica radiológica objetiva que sirvió de ayuda al diagnóstico proporcionó datos muy útiles en el manejo de la paciente. Se revisan las características clínicas y radiológicas de la enfermedad.

© 2008 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

### Intestinal anisakiasis diagnosed by enterocclisis

### Abstract

Anisakiasis is a common infestation in our setting that produces abdominal pain that can simulate other diseases including surgical conditions (symptoms of acute abdomen, mimicking appendicitis or peritonitis), but it is generally a self-limiting process. We report a case of a 48-year-old female with acute abdominal pain, fever and pathological findings on the CT scan (inflammatory bow condition). *Anisakis* larvae could be identified by the enterocclisis. The patient evolved favorably with conservative treatment and radiologic intestinal pattern returned to normal. The possibility of a radiological technical to assist in the diagnosis provided very useful data in the management of our patient. The radiological and clinical features of the disease are reviewed.

© 2008 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ajmrx@hotmail.es (A.J. Márquez-Moreno).

## Introducción

La anisakiasis es una parasitación en aumento en nuestro medio que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial con otras entidades, ya que aunque puede presentarse como cuadros gastrointestinales que simulan procesos quirúrgicos, suelen responder a tratamiento conservador<sup>1,2</sup>.

## Caso clínico

Mujer de 48 años de edad, sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés, que consulta en su centro de salud por dolor abdominal intenso en el epigastrio y principalmente en la fosa ilíaca derecha (FID) con vómitos alimenticios de 36 h de evolución y febrícula. Destaca en la anamnesis la ingesta de pescado (boquerones) en los días anteriores. No se registra ningún caso similar próximo. Con la sospecha de abdomen agudo es remitida al servicio de urgencias de nuestro hospital, donde se practican estudios complementarios (destacando leucocitosis y eosinofilia), así como valoración por cirugía. En la TAC abdominal se aprecia una afectación de las asas ileales y del yeyuno, con engrosamiento parietal y espiculaciones, así como líquido libre interasas, impresionando el cuadro clinicorradiológico de enteritis inespecífica. La paciente es ingresada y manejada con tratamiento conservador (fluidoterapia y tratamiento sintomático). Se decide realizar enterocclisis para una mejor valoración de las asas intestinales, apreciando una afectación preferente del yeyuno con pérdida del patrón mucoso normal, engrosamiento irregular de pliegues y defectos de repleción filiformes, sugestivos de larvas de *Anisakis* (figs. 1 y 2). Tras la resolución del cuadro, la paciente es dada de alta, realizándose a los seis meses del diagnóstico una segunda enterocclisis de control, donde se aprecia un patrón mucoso intestinal totalmente normal. La serología resulta positiva para antígenos de *Anisakis*.

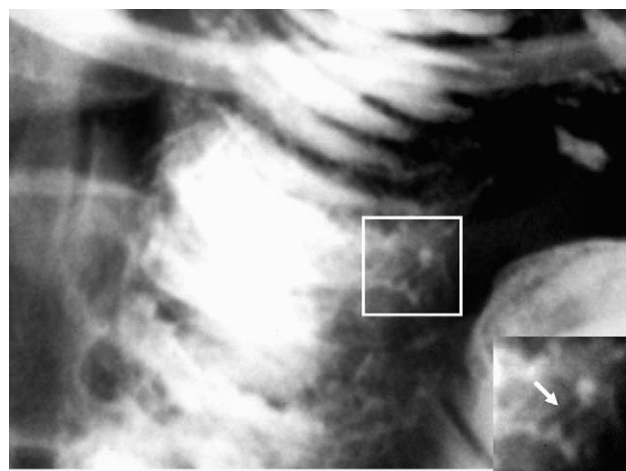
## Comentario

La anisakiasis es la consecuencia de la afectación gastrointestinal por un nematodo (longitud de 1 a 3 cm y diámetro de unos 2 mm) que se adquiere al ingerir pescado poco cocinado generalmente entre 10 y 48 h antes del comienzo de los síntomas. Suele presentarse como casos esporádicos, siendo el dolor abdominal el síntoma más común, con una localización epigástrica o abdominal inferior, dependiendo de la afectación intestinal predominante, y simula otros cuadros de dolor abdominal, como apendicitis aguda, diverticulitis o incluso ileo intestinal<sup>3</sup>. Suele remitir con tratamiento conservador<sup>1</sup>. Dado su carácter de afectación esporádica, no se realiza tratamiento preventivo en posibles contactos próximos.

Radiológicamente, las series esofagogastroduodenales no suelen aportar datos diagnósticos, siendo más rentable el estudio del intestino delgado más distal, donde pueden observarse diversos grados de dilatación intestinal, estenosis y engrosamiento irregular de los pliegues que traduce edema. Son muy típicos los bordes espiculados de las asas afectadas y, según algunas series, es patognomónico el hallazgo, como en nuestro caso, de los típicos defectos de



**Figura 1** Enterocclisis. Se aprecia un borde desflecado y con borrosidad en el yeyuno (flecha larga) que contrasta con la buena definición del borde intestinal de las asas normales (flecha corta).



**Figura 2** Detalle del área anterior donde se aprecia borramiento, nodulación y espiculación de los pliegues debido a edema inflamatorio así como defectos de repleción filiformes que corresponden a larvas de *Anisakis* (flecha).

repleción filiformes. Suele afectarse más frecuentemente el íleon, siendo menos habitual la afectación del yeyuno y del colon<sup>1-3</sup>. En este sentido, la realización de enterocclisis (técnica radiológica realizada en muy pocos centros en nuestro país y que consiste, básicamente, en sondaje

nasogástrico, anclaje mediante balón hinchable posterior al ángulo de Treitz y la introducción de bario y metilcelulosa) permite una óptima visualización de la mucosa intestinal y de su patología, mejorando el tradicional tránsito baritado. En nuestra experiencia, la comparación entre ambos métodos de estudio de la patología de la mucosa intestinal (principalmente en la valoración de la enfermedad inflamatoria intestinal) ofrece datos significativamente superiores en el caso de la enterocclisis, y prácticamente no realizamos estudio baritado tradicional.

El diagnóstico de anisakiasis se realiza mediante la conjunción de los datos clínicos, radiológicos<sup>1,2</sup> y de laboratorio. Es muy importante el antecedente de la ingesta de pescado crudo o poco cocinado los días anteriores. Si aplicamos el algoritmo diagnóstico publicado por Yusta et al (abdomen agudo, 2003)<sup>4</sup>, las características del dolor (intenso, mantenido y con contractura muscular con signo de rebote positivo) junto con la presencia de leucocitosis y fiebre nos ponen sobre la pista de un “abdomen agudo inflamatorio”, en el que es fundamental la exploración abdominal, que proporciona información topográfica de la posible causa (el hígado y las vías biliares si el dolor es en el hipocondrio derecho o, como en nuestro caso, dolor epigástrico y en FID por afectación de las vísceras huecas —las asas intestinales—) prestando mucha importancia a la contractura muscular y al signo del rebote, ya que son estos parámetros junto con la evolución clínica los que determinarán cuándo el paciente puede ser manejado de forma conservadora o no. Los datos bioquímicos (bilirrubina, amilasa, transaminasas, etc.) nos pueden ayudar para descartar otros procesos. Las pruebas complementarias radiológicas (radiología simple, ecografía y TAC) nos aportan información en cuanto a signos de gravedad (neumoperitoneo, cuantía de líquido libre, etc.) y pueden ser diagnósticas o excluir otros procesos clínicamente similares (apendicitis aguda, diverticulitis, masas, etc.). En nuestro caso, aunque no existen algoritmos para un diagnóstico concreto, podemos obtener datos que nos descarten otras patologías y ayuden en la decisión del manejo conservador, insistiendo en la valoración de los signos de peritonismo, como clave para diferenciar el manejo conservador en atención primaria o la derivación hospitalaria para una posible intervención quirúrgica. Una vez descartada esta segunda posibilidad, pensamos que cobra especial importancia la enterocclisis que se puede solicitar de forma preferente bien desde atención primaria o, si se ha producido, durante el ingreso, ya que la demostración del parásito permite un diagnóstico etiológico y descarta otros cuadros (diverticulitis, isquemia, ileítis, etc.). En este sentido, la comunicación, ante esta sospecha clínica, entre el médico de Atención Primaria, el médico de urgencias hospitalaria o cirujano y el radiólogo es esencial para decidir el manejo del paciente, y también podrían establecerse los circuitos precisos para la solicitud no demorada de una enterocclisis, siempre que la clínica no obligue a una intervención urgente, ya que puede aportar información relevante. Radiológicamente, debe llamar la atención la presencia de los pliegues engrosados con espiculaciones y la vuelta a la normalidad del patrón mucoso

intestinal tras la remisión del cuadro. En nuestro caso, hemos observado las típicas imágenes sugestivas de *Anisakis*. La diferenciación de este cuadro con procesos intestinales, tales como enteritis isquémicas, hemorragias submucosas o ileítis terminales, es de difícil realización; sin embargo, y dado que el hallazgo de imágenes sugestivas de parásitos es un dato diagnóstico que puede orientar al tratamiento, optando por una actitud más conservadora, pensamos que la enterocclisis puede constituir una prueba diagnóstica de interés en estos procesos<sup>5-11</sup>. Desde el punto de vista serológico, se pueden determinar anticuerpos frente a este nematodo que son positivos en un alto porcentaje de los casos, hecho que se confirmó en nuestro caso<sup>6</sup>. Pruebas como detección de parásitos en heces no son resolutivas, ya que la infestación no se produce por formas maduras del parásito. La presencia de eosinofilia en el hemograma y los test cutáneos no son de gran utilidad debido fundamentalmente a su aparición tardía, a su relativa frecuencia de positividad y a la disponibilidad de las pruebas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Matsui T, Lida M, Murakami M, Kimura Y, Fujishima M, Yao Y, et al. Intestinal anisakiasis: Clinical and radiologic features. *Radiology*. 1985;157:299–302.
2. De Nicola P, Napolitano L, Di Bartolomeo N, Waku M, Innocenti P. Anisakiasis presenting as perforated ulcer of the cecum. *G Chir*. 2005;26:375–7.
3. Ramos L, Alonso C, Guilarte M, Vilaseca J, Santos J, Malagelada JR. Anisakis simplex-induced small bowel obstruction after fish ingestion: Preliminary evidence for response to parenteral corticosteroids. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005;3:667–71.
4. Cortés JA, Durán H, Bellón JM. Abdomen agudo inflamatorio. En: Yusta A, Mateos J, Rodríguez M, editores. *Algoritmos clínicos en Medicina*. Madrid: Grunenthal; 2003. p. 955–7.
5. González S, González R, Arias L, Vicente J, Corral E. Anisakiasis gastrointestinal manifestations: Description of 42 cases. *Rev Clin Esp*. 2005;205:311–5.
6. Castan B, Borda F, Inarrategui M, Pastro G, Vila J, Zozaya JM. Digestive anisakiasis: Clinical manifestations and diagnosis according to localization. *Rev Esp Enferm Dig*. 2002;94:463–72.
7. Caballero ML, Moneo I. Specific IgE determination to Anis 1, a major allergen from *Anisakis simplex*, is a useful tool for diagnosis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2002;89:74–7.
8. Matsumoto T, Lida 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.
9. Biondi G, Basile G, Lorenzetti L, Prosperi V, Angrisano C, Gentile V, et al. Acute abdomen due to anisakidosis. *Chir Ital*. 2008;60:623–6.
10. Takei H, Powell SZ. Intestinal anisakidosis (anisakiosis). *Ann Diagn Pathol*. 2007;11:350–2.
11. Vallejo MC, Valero E, Charro M, Mur M. Recurrent abdominal pain: Gastric and ileal manifestations by anisakis. *Ann Med Interna*. 2006;23:556–7.