

Notas Clínicas

Anisakidosis intestinal como causa infrecuente de obstrucción intestinal

Intestinal Anisakidosis, an infrequently cause of intestinal obstruction.

Peña Barturen C, Bengoechea Trujillo A, Pérez Gomar D, Mayo Ossorio MÁ, Pacheco García, JM

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

RESUMEN

La infección por Anisakidosis ha ido aumentando de forma insidiosa en España llegando a ser el segundo país con la incidencia más alta. Este tipo de infecciones no solo aparece por viajes a países extranjeros sino que también puede darse por ingesta de pescado crudo. Suele ser una infección insidiosa, sin síntomas específicos y es por ello que hay que tener una alta sospecha para su diagnóstico, sobretodo en los casos en los que se presenta en forma de urgencia intestinal como es nuestro caso.

El órgano más comúnmente afectado es el estómago pero también puede afectar al intestino delgado, causando cuadros que simulan obstrucción intestinal e incluso perforación. Al no existir una prueba Gold estándar de urgencia, muchas veces será necesaria una laparotomía exploradora urgente, obteniendo el diagnóstico definitivo tras los hallazgos anatomopatológicos. Existen pocos casos

en la literatura de anisakidosis intestinal, no obstante, creemos que hay que considerarla en los diagnósticos diferenciales ante cuadros de obstrucción intestinal dada su incidencia creciente. Presentamos el caso de un paciente de 37 años con cuadro de Obstrucción intestinal causada por una infección por Anisakis.

Palabras clave: anisakidosis, obstrucción intestinal, laparotomía exploradora.

ABSTRACT

Infection caused by anisakis in Spain, has grown up in time insidiously, actually Spain is the second country with the biggest incidence. Not only due to travelling to endemic regions but also because of eating raw fish. It does not have a specific clinic so it is very important to have a very high suspicion about it specially in urgent cases such as ours.

The most common organ affected is the stomach, but it can also affect the small intestine simulating intestinal obstruction and even

CORRESPONDENCIA

Catalina Peña Barturen
Hospital Universitario Puerta del Mar
11009 Cádiz
catapb90@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Peña Barturen C, Bengoechea Trujillo A, Pérez Gomar D, Mayo Ossorio MÁ, Pacheco García, JM. Anisakidosis intestinal como causa infrecuente de obstrucción intestinal. Cir Andal. 2021;32(1):81-83.

intestinal perforation. In many cases, the diagnosis Will be done by pathologists after a laparotomy exploration.

In the literature does not exist many cases about intestinal anisakidosis and so we think it's important to have in mine this type of disease in intestinal obstruction without a clair cause.

Keywords: anisakidosis, intestinal obstruction,laparotomy.

INTRODUCCIÓN

Anisakidosis es una zoonosis causada por la ingesta de pescado/cefalópodos crudos o poco cocinados contaminados por larvas vivas de nematodos parasíticos que provienen de la familia Anisakidae^{1,6}. Es un hecho, que esta enfermedad ha ido aumentando de forma insidiosa durante los últimos años, sobretodo en España, que actualmente supone el segundo país con la incidencia más alta sólo precedida por Japón¹, aunque la incidencia real no está clara ya que es una entidad de difícil diagnóstico. El aumento en la ingesta de este tipo de comidas (como el sushi) hace que sea necesario , realizar una historia clínica detallada interrogando al paciente sobre la ingesta reciente de pescado crudo, sobretodo cuando se presenta en forma de abdomen agudo quirúrgico, donde es necesario tomar decisiones a la mayor brevedad posible.

El órgano más frecuentemente afectado por este tipo de parasitosis es el estómago (síntomas gástricos en >95% de los casos)^{2,4} suponiendo la afectación intestinal solo de un 4%^{2,4}, y siendo el íleo el sitio principal de localización. Las manifestaciones clínicas dependerán de la afectación sobre la pared intestinal: desde presentación asintomática hasta formas invasivas: obstrucción intestinal, estenosis o perforación intestinal, las cuales requerirán intervención quirúrgica urgente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 37 años, sin antecedentes de interés salvo una colonoscopia en 2018 sin hallazgos patológicos (despistaje de cáncer colorrectal, padre con cáncer de colon) y que acudió a urgencias por dolor abdominal de tipo difuso y continuo de 4 días de evolución junto con astenia, distensión abdominal y vómitos. No refería trasgresión dietética y presentaba fiebre 38°C. Tampoco refería alteraciones en el hábito intestinal y no asociaba clínica miccional.

A la exploración presentaba dolor abdominal difuso a la palpación profunda con defensa abdominal. Se solicitó analítica sanguínea que mostraba un leve aumento de reactantes de fase aguda, siendo la PCR de 81 mg/dl, sin leucocitosis (leucocitos de 6570), con función renal y hepática conservadas. Ante la persistencia de sintomatología tras tratamiento analgésico, se solicitó una TAC abdominal en la cual se identificó un segmento corto de ileon distal de unos 4 cm de longitud con engrosamiento mural simétrico con dilatación proximal de asa con calibre de hasta 3,1 cm en Íleon distal y marco cólico colapsado junto con importante cantidad de líquido libre en gotiera parietocólica derecha, subhepática y pelvis. Adenopatías milimétricas en raíz de mesenterio, siendo el diagnóstico radiológico compatible con brida, tumoración o linfoma intestinal. (Figuras 1-3).



Figura 1



Figura 2

Ante un cuadro clínico de obstrucción intestinal en un paciente sin antecedentes quirúrgicos, se decidió laparotomía exploradora urgente, observándose un asa de íleon terminal con signos de isquemia junto con adenopatías en grasa mesentérica y líquido libre seroso de cuantía moderada. Tras intento fallido de recuperación de dicha asa con medidas térmicas, se decidió resección ileal del asa afectada a unos 20 centímetros de válvula ileocecal y anastomosis primaria. Se remitió la pieza a Anatomía patológica para estudio.

El Postoperatorio cursó con normalidad, iniciando dieta al 3º día postoperatorio, con buena tolerancia, siendo dado de alta al 5º día postoperatorio.

RESULTADOS

El diagnóstico final de Anatomía Patológica informó como segmento de intestino delgado con un denso infiltrado inflamatorio eosinofílico transmural que alcanza serosa y presencia de parásito en la luz intestinal con características morfológicas concordantes con anisakis.

DISCUSIÓN

La anisakidosis intestinal es una enfermedad rara, de difícil diagnóstico, que en la mayoría de casos requiere de una muy alta sospecha clínica ya que no existe una prueba diagnóstica gold estándar. La sospecha clínica cobra mayor importancia sobretodo cuando se presenta en sus formas complicadas como en caso de obstrucción intestinal, como es nuestro caso, ya que en la mayoría de ellos vamos a necesitar una intervención quirúrgica urgente.

Hay varios casos publicados que recomiendan manejo conservador en caso de un diagnóstico de anisakidosis y en los que no existan complicaciones clínicas ni hemodinámicas en el momento del diagnóstico³ ya que se trata de una enfermedad benigna pudiendo evitar así una intervención quirúrgica.

Presentamos este caso por ser un caso poco frecuente, aunque debido a la globalización en la que vivimos actualmente, enfermedades/infecciones que antes eran raras en nuestro medio, ya no lo son y que podríamos considerarlas como nuevos diagnósticos potenciales a tener en cuenta en nuestros diagnósticos diferenciales de procesos abdominales, ya que puede llegar a ser potencialmente grave si se manifiesta en sus formas invasivas y cuya resolución temprana dependerá de un correcto enfoque diagnóstico. Varios artículos revisados^{3,4}, proponen que dicha patología se puede manejar de forma conservadora siempre y cuando el estado del paciente lo permita, pero realmente no se dispone de pruebas diagnósticas específicas que puedan realizarse con carácter urgente, y solo encontramos algunos hallazgos radiológicos de la TAC⁵ junto con otros parámetros analíticos (eosinofilia, aumento de RFA..) que nos pueden orientar hacia este diagnóstico.

Por tanto, creemos que una historia clínica y alimentaria detallada y una alta sospecha nos pueden ayudar al diagnóstico de esta rara entidad, Aunque, como fue en nuestro caso, y dada la falta de pruebas específicas, la exploración quirúrgica sigue estando indicada en la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zaida Herrador, Álvaro Daschner, María Jesús Perteguer, and Agustín Benito. "Epidemiological Scenario of Anisakidosis in Spain Based on Associated Hospitalizations: The Tip of the Iceberg". National Centre for Tropical Medicine, Instituto de Salud Carlos III, Network of Biomedical Research on Tropical Diseases, Servicio de Alergia, Instituto de Investigación Sanitaria-Hospital Universitario de La Princesa, and National Center of Microbiology, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain. *Anisakidosis-related Hospitalizations in Spain, 1997-2015* • CID 2019;69 (1 July) • 69.
2. Letters to the Editor: "Bowel subocclusion due to Anisakis". 1130-0108/2009/101/11/813-819 REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Copyright © 2009 ARÁN EDICIONES, S. L.
3. Yuichi Takano, Kuniyo Gomi, Toshiyuki Endo, et al. Case Report: "Small Intestinal Obstruction Caused by Anisakiasis". Division of Gastroenterology, Showa University Fujigaoka Hospital, 1-30 Fujigaoka, Aoba-ku, Yokohama-shi, Kanagawa 227-0043, Japan. Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Infectious Diseases Volume 2013, Article ID 401937, 3 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/401937>.
4. G. CARBOTTA, R. LAFORGIA, M. MILELLA, et al. "Small bowel obstruction caused by Anisakis and Meckel's diverticulum: a rare case". *G Chir* Vol. 37 - n. 6 - pp. 281-283 November-December 2016.
5. Pablo Rodríguez Carnero & Paula Hernández Mate & Susana Martín-Garre, et al. "Unexpected hosts: imaging parasitic diseases". *Review. Insights Imaging* (2017) 8:101-125 DOI 10.1007/s13244-016-0525-2.
6. Aaron F. Carlin,* Shira Abeles, Nathaniel A. Chin Case Report: "A Common Source Outbreak of Anisakidosis in the United States and Postexposure Prophylaxis of Family Collaterals" Department of Medicine, School of Medicine, University of California, San Diego, California; Department of Medicine, School of Medicine and Public Health, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin; Department of Pathology, UC San Diego Health, University of California, San Diego, California. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 99(5), 2018, pp. 1219-1221 doi:10.4269/ajtmh.18-0586 Copyright © 2018 by The American Society of Tropical Medicine and Hygiene.