

ANISAKIS COMO CAUSA DE ILEITIS Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

ANISAKIS AS A CAUSE OF ILEITIS AND BOWEL OBSTRUCTION

S. Torrente-Iranzo, A. Mitxelena-Bengoetxea, A. Alberdi-Arbelaiz, B. Zubeltzu-Sese

Hospital Universitario Donostia. Guipúzcoa.

Resumen

Describimos el caso de un paciente varón que acude a un servicio de urgencias por dolor y distensión abdominal. Se llevan a cabo pruebas complementarias (analítica, radiografía de abdomen, TC) mediante las cuales se diagnostica de ileitis y obstrucción intestinal. Dos días después se vuelve a realizar una anamnesis detallada al paciente, quien refiere ingesta de tortilla de anchoas 48 horas antes, y anchoas crudas 24 horas antes del ingreso. Dados los antecedentes se determina la IgE específica de *Anisakis*, siendo ésta superior al límite alto de la normalidad. El paciente es tratado con tratamiento conservador con muy buena evolución, por lo que es dado de alta del hospital.

Palabras clave: anisakiasis intestinal, anisakis, obstrucción intestinal.

FECHA ENVÍO: 21/12/2016

FECHA ACEPTACIÓN: 04/02/2016

CORRESPONDENCIA

Silvia Torrente Iranzo

Hospital Universitario Donostia

Paseo Doctor Beguiristain s/n. 20014 Donostia (Guipúzcoa).

siltorrenteir@gmail.com

Abstract

We describe the case of a male patient who arrives at the emergency room suffering from abdominal pain and distension. Complementary tests are performed (blood test, abdominal radiography, CT scan) and as a conclusion the patient is diagnosed with ileitis and small bowel obstruction. Two days later, a detailed anamnesis is performed again, and the patient describes eating anchovies' omelette 48 hours before he was admitted to the hospital, as well as raw anchovies 24 hours before. Based on his medical record, *Anisakis* specific antibodies- IgE are detected with a result higher than normal range. The patient is treated with conservative measures with a very good outcome; therefore, he is discharged from hospital.

Keywords: anisakiasis, anisakis, bowel obstruction.

Introducción

La anisakidosis es una enfermedad producida por la ingestión de pescado crudo o poco cocinado, parasitado con las larvas de nematodos de la familia *Anisakidae*¹. La mayoría de los casos se producen en Japón, aunque la incidencia está aumentando en nuestro medio².

La anisakidosis intestinal se trata de una causa potencial de abdomen agudo que es necesario sospechar para poder realizar un buen diagnóstico diferencial. Puede producir complicaciones como obstrucción intestinal^{3,5}, estenosis ileal, perforación intestinal, o neumoperitoneo⁶. Desafortunadamente, la mayoría de casos se diagnosticaban hasta ahora tras el análisis de la anatomía patológica proveniente de un fragmento de resección quirúrgica⁷.

Dada la ausencia de consenso en cuanto a criterios diagnósticos y tratamiento de la anisakidosis intestinal, realizamos una revisión del tema con sus aspectos más importantes.

Descripción del caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 60 años sin antecedentes médicos de interés, que acude por dolor y distensión abdominal de unas 7-8 horas de evolución. No presentaba náuseas, vómitos ni otra sintomatología. Las constantes eran normales salvo leve taquipnea. La exploración anodina salvo abdomen distendido, timpánico, y doloroso a la palpación profunda de ambas fosas ilíacas. La analítica de sangre fue normal (incluyendo creatinina, iones, enzimas hepáticas y pancreáticas), salvo ligera leucocitosis por neutrofilia (leucocitos: $12.8010e^3/\mu\text{L}$, neutrófilos: $11.1210e^3/\mu\text{L}$, eosinófilos normales). En la radiografía simple de abdomen (Figura 1) se observó dilatación del intestino delgado por lo que se realizó un TAC de urgencias (Figura 2) observándose dilatación del yeyuno y del íleon proximal, con escasa aireación del íleon distal y del colon, compatible con obstrucción incompleta del intestino delgado a nivel del íleon probablemente secundario a ileitis. El sedimento de orina y el coprocultivo fueron negativos.

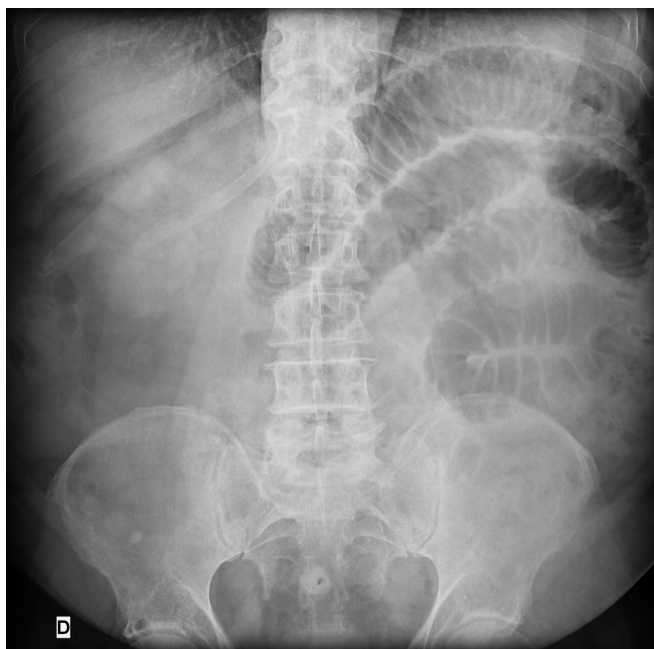


Figura 1

Radiografía simple de abdomen: obstrucción de intestino delgado.

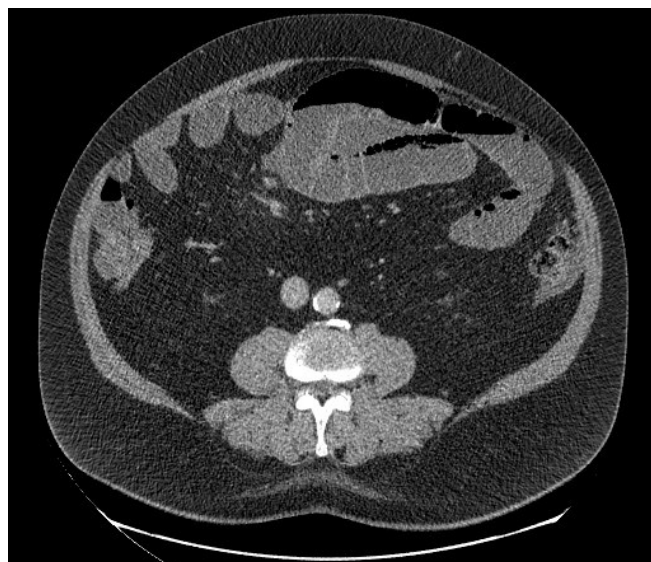


Figura 2

TAC abdominal: dilatación de asas y obstrucción intestinal.

El paciente ingresa en un hospital comarcal en Cirugía General, siendo diagnosticado de obstrucción intestinal por ileitis de causa no aclarada y donde se decide tratamiento conservador. Durante el segundo día del ingreso el paciente presenta una taquicardia con QRS ancho que requiere traslado a un hospital terciario, llegando el paciente a nuestro hospital e ingresando en la unidad de cuidados médicos intensivos (CMI) realizándose una ablación de la vía lenta. Posteriormente es dado de alta de CMI e ingresa en la planta de Medicina Interna.

Se vuelve a realizar entonces una anamnesis detallada al paciente, y éste refiere antecedente de ingesta de tortilla de anchoas 48 horas antes de su ingreso y anchoas en aceite (no cocinadas) 24 horas antes del ingreso. Dados los antecedentes de ingesta de anchoas y la clínica presentada, se realiza una determinación de IgE de *Anisakis* que fue de 76 KUA/L (un resultado igual o superior a 0,10 KUA/L indica que el paciente está sensibilizado frente a ese alérgeno); y la calprotectina en heces fue de 488 mg/Kg. El test de quantiferon en sangre fue negativo. Durante su estancia en la planta de hospitalización el paciente realiza un episodio de tiritona con fiebre de 38º, motivo por el cual se extraen hemocultivos siendo positivos para *Enterobacter cloacae* sensible a ciprofloxacino (mientras persiste mejoría subjetiva y objetiva abdominal y en contexto de flebitis leve en mano izquierda por vía periférica). Se trató al paciente con ciprofloxacino durante 14 días y analgésicos, realizándose analítica de control con todos los parámetros normales, y TAC de control a los 14 días que fue normal. Ante la normalización analítica y radiológica y la gran mejoría subjetiva es dado de alta con seguimiento ambulatorio.

Discusión

La anisakidosis es una enfermedad producida por la ingestión de pescado crudo o poco cocinado, parasitado con las larvas de nematodos de la familia *Anisakidae*¹. Cuando la infección se produce por larvas del género *Anisakis*, se le denomina anisakiasis⁶. En los pacientes en los que se llega a establecer

diagnóstico microbiológico, la mayoría de las infecciones se producen por *Anisakis simplex*⁵. En 1960 Van Thiel *et al.* publicaron por primera vez el caso de la infección por dicho parásito en un paciente holandés⁸. Desde entonces, se ha identificado *Anisakis* como causa de síndromes gástricos, intestinales, ectópicos (o extra-gastrointestinales) y alérgicos en pacientes tras ingesta accidental del parásito o por exposición ocupacional⁶. Más del 90% de los casos reportados han tenido lugar en las costas de Japón, sin embargo, está aumentando la incidencia en las costas de Europa (Holanda, Alemania, Francia y España)⁷.

Las manifestaciones clínicas incluyen múltiples síndromes digestivos, pero también síntomas alérgicos incluyendo angioedema, urticaria y anafilaxia¹. En cuanto a la anisakidosis gastrointestinal, la gástrica es la localización más frecuente, siendo sólo en un 4-5% de los casos intestinal¹⁷. La anisakidosis gástrica se caracteriza por dolor epigástrico agudo que aparece antes de las 12 horas posteriores a la ingesta. También puede producir náuseas, vómitos, febrícula, o incluso hematemesis por ulceración gástrica⁹. La anisakidosis intestinal, sin embargo, produce sus síntomas 5-7 días tras la ingesta, y se trata de una sintomatología más inespecífica, con dolor abdominal continuo o intermitente, ascitis, o signos de irritación peritoneal¹. La afectación más frecuente se produce en íleon terminal⁶. Frecuentemente los pacientes son diagnosticados de forma errónea como apendicitis aguda, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, colecistitis o úlcera péptica; y complicaciones raras que pueden producirse son obstrucción intestinal³⁵, estenosis ileal, perforación intestinal, o neumoperitoneo⁶.

En cuanto al diagnóstico, es fundamental la realización de una buena anamnesis que recoja los antecedentes de consumo de pescado crudo o poco cocinado para poder sospechar esta entidad. En el caso de anisakidosis gástrica el diagnóstico se hace mediante endoscopia, visualizando la larva en el estómago. El signo endoscópico más frecuentemente observado es el edema de la mucosa rodeando el área de penetración de la larva¹.

El diagnóstico de la anisakidosis intestinal es más difícil, ya que la observación directa del parásito muchas veces no es posible¹.

En cuanto a los parámetros analíticos, los pacientes con anisakidosis intestinal parecen mostrar leucocitosis, eosinofilia y aumento de la proteína C reactiva (PCR) con mayor frecuencia que los pacientes con anisakidosis gástrica³⁰.

Un título de anticuerpos anti *Anisakis* elevado en sangre es un marcador sensible (100%) pero no específico (50%), ya que se ha descrito reacción cruzada con proteínas de otros parásitos (*Ascaris*, *Toxocara* y *Equinococcus*), microorganismos, insectos y plantas³¹. Además, también ha sido descrito un título elevado de estos anticuerpos en personas asintomáticas que ingieren habitualmente pescado crudo o poco cocinado³¹.

Las técnicas radiológicas pueden ayudar al diagnóstico, además de descartar otras complicaciones. La radiografía simple de abdomen puede mostrar signos de obstrucción intestinal³⁰. Los hallazgos más típicos de la TC son edema submucoso del área

intestinal afectada, ascitis o colecciones líquidas distales al área afectada, y ausencia de obstrucción en el área afectada³².

No existen criterios diagnósticos definitivos, por lo que Shimamura *et al.*¹ proponen estos cuatro puntos diagnósticos para la anisakidosis intestinal:

1. Clínica compatible con anisakidosis intestinal.
2. Antecedentes de consumo de pescado crudo o poco cocinado las 2 semanas previas.
3. Títulos elevados de IgE específica de *Anisakis*, o IgG/IgA.
4. Edema segmentario en intestino, o dilatación intestinal proximal en TC.

En cuanto al tratamiento de la anisakidosis gástrica, la técnica de elección es la extracción precoz de la larva mediante técnicas endoscópicas¹⁶. Sin embargo, en la anisakidosis intestinal se propone vigilancia activa y tratamiento conservador¹⁶, limitando la cirugía para los pocos casos de complicaciones agudas que no se resuelvan con tratamiento conservador³³. Las larvas de *Anisakis* sobreviven tan solo unos días en el tracto gastrointestinal en humanos y los síntomas ceden espontáneamente en 2-3 semanas³⁴.

En conclusión, nuestro paciente presentaba clínica y antecedentes compatibles con anisakidosis intestinal. El informe de la TC nos reveló obstrucción intestinal incompleta, sin obstrucción en la luz intestinal, además de ileitis. Por estos motivos sospechamos la anisakidosis y como confirmación obtuvimos una IgE elevada en sangre. Como ya hemos visto, no existen criterios diagnósticos establecidos para la anisakidosis intestinal, pero nuestro paciente cumplía todos los signos descritos, por lo que atribuimos la ileitis y la obstrucción intestinal a esta causa y el paciente fue tratado de forma conservadora incluyendo ciprofloxacino por la bacteriemia con muy buena evolución.

Bibliografía

1. Shimamura Y, Muwanwella N, Chandran S, Kandel G, Marcon N. Common Symptoms from an Uncommon Infection: Gastrointestinal Anisakiasis. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2016; 2016:5176502.
2. Caramello P, Vitali A, Canta F, Caldana A, Santi F, Caputo A, et al. Intestinal localization of anisakiasis manifested as acute abdomen. *Clin Microbiol Infect.* 2003 Jul; 9(7):734-7.
3. Shweiki E, Rittenhouse DW, Ochoa JE, Punja VP, Zubair MH, Baliff JP. Acute small-bowel obstruction from intestinal anisakiasis after the ingestion of raw clams; documenting a new method of marine-to-human parasitic transmission. *Open Forum Infect Dis.* 2014 Sep 26; 1(2):ofu087. doi: 10.1093/ofid/ofu087.
4. Kojima G, Usuki S, Mizokami K, Tanabe M, Machi J. Intestinal anisakiasis as a rare cause of small bowel obstruction. *Am J Emerg Med.* 2013 Sep; 31(9):1422.e1-2. doi: 10.1016/j.ajem.2013.05.015.
5. Takano Y, Gomi K, Endo T, Suzuki R, Hayashi M, Nakanishi T, et al. Small intestinal obstruction caused by anisakiasis. *Case Rep Infect Dis.* 2013;2013:401937. doi: 10.1155/2013/401937.

6. Hochberg NS, Hamer DH. Anisakidosis: Perils of the deep. *Clin Infect Dis*. 2010 Oct; 51(7):806-12.
7. Baron L, Branca G, Trombetta C, Punzo E, Quarto F, Speciale G, Barresi V. Intestinal anisakidosis: histopathological findings and differential diagnosis. *Pathol Res Pract*. 2014 Nov; 210(11):746-50.
8. Van Thiel P, Kuipers FC, Roskam RT. A nematode parasitic to herring, causing acute abdominal syndromes in man. *Trop Geogr Med*. 1960 jun; 12: 97-113.
9. Lee EJ, Kim YC, Jeong HG, Lee OJ. [The mucosal changes and influencing factors in upper gastrointestinal anisakiasis: analysis of 141 cases]. *Korean J Gastroenterol*. 2009 Feb; 53(2):90-7.
10. Kim T, Song HJ, Jeong SU, Choi EK, Cho YK, Kim HU, et al. Comparison of the clinical characteristics of patients with small bowel and gastric anisakiasis in jeju island. *Gut Liver*. 2013 Jan; 7(1):23-9.
11. Lorenzo S, Iglesias R, Leiro J, Ubeira FM, Ansotegui I, García M, et al. Usefulness of currently available methods for the diagnosis of Anisakis simplex allergy. *Allergy*. 2000 Jul; 55(7):627-33.
12. Shibata E, Ueda T, Akaike G, Saida Y. CT findings of gastric and intestinal anisakiasis. *Abdom Imaging*. 2014 Apr; 39(2):257-61.
13. Yasunaga H, Horiguchi H, Kuwabara K, Hashimoto H, Matsuda S. Clinical features of bowel anisakiasis in Japan. *Am J Trop Med Hyg*. 2010 Jul;83(1):104-5.
14. Shrestha S, Kisino A, Watanabe M, Itsukaichi H, Hamasuna K, Ohno G, Tsugu A. Intestinal anisakiasis treated successfully with conservative therapy: importance of clinical diagnosis. *World J Gastroenterol*. 2014 Jan 14; 20(2):598-602.