

ANISAKIASIS SINTOMÁTICA DE COLON

SYMPTOMATIC COLONIC ANISAKIASIS

A. Martín-Lagos Maldonado¹, J. Guilarte López-Mañas¹, A. Benavente-Fernández¹,
M.D. Vinuesa-Guerrero²

¹Hospital General Básico de Baza, Granada.

²Centro de Salud de Baza, Granada.

Resumen

La anisakiasis es una enfermedad parasitaria que está aumentando en nuestro medio. Sus síntomas son inespecíficos, lo que a menudo lleva a un diagnóstico erróneo de abdomen agudo o a una obstrucción intestinal, derivando en un abordaje quirúrgico urgente innecesario. Por este motivo, su diagnóstico requiere una alta sospecha clínica e interpretación de los datos clínicos, analíticos y de imagen, que permitan un diagnóstico certero y adecuado manejo de estos pacientes.

Palabras clave: anisakiasis colónica, anisakiasis intestinal, abdomen agudo, inmunoglobulina E, parasitosis gastrointestinal.

Abstract

Colonic anisakiasis is a parasitic disease which is becoming increasingly common in our environment. Its non-specific symptoms often lead to a mistaken diagnosis of acute abdomen or an intestinal blockage condition, which also lead to inappropriate surgical treatment. For this reason, clear clinical suspicion and interpretation of the symptoms, analytical and imaging findings are required for the proper diagnosis and handling of these patients.

Keywords: colonic anisakiasis, intestinal anisakiasis, acute abdomen, immunoglobulin E, gastrointestinal parasitosis.

Introducción

Mujer de 50 años, sin antecedentes médicos de interés, que acudió a urgencias por episodio de dolor abdominal cólico en flanco derecho, de 10 días evolución, asociado a náuseas y aumento del número de deposiciones de consistencia blanda y sin productos patológicos. No presentaba fiebre ni otros síntomas. En la exploración física, el abdomen era doloroso en flanco derecho, sin signos de peritonismo. Los parámetros analíticos fueron normales destacando únicamente una eosinofilia (1.450 μ L) con recuento leucocitario normal. Una ecografía abdominal urgente reveló la existencia de un engrosamiento mural del colon ascendente. Se solicitó entonces un estudio de heces con coprocultivo y parásitos que fueron normales, y niveles de inmunoglobulina IgE que resultaron elevados (1.799 U/mL). La realización de una colonoscopia confirmó la presencia en colon derecho de una lesión única, nodular, de unos 16-20 mm, con centro ulcerado, cuyo estudio histológico fue compatible con granuloma con intenso infiltrado eosinófilo y linfocítico a nivel de la mucosa y submucosa (**Figura 1**). Reinterrogando a la paciente, reconoció la ingesta de pescado crudo (anchoa) 20 días antes. La sospecha clínica de una anisakiasis fue confirmada apoyada con el resultado positivo de anticuerpos específicos frente al *Anisakis* (IgA/IgG) (>100 UI/mL). Fue indicado tratamiento sintomático de hidratación y analgesia consiguiendo la remisión clínica y endoscópica una semana después.

Discusión

La anisakiasis es una enfermedad parasitaria causada por la ingestión del nematodo *Anisakis* que infecta a los consumidores de pescado parasitado crudo o poco cocinado. Sus manifestaciones clínicas son variadas y ligadas a una reacción de hipersensibilidad inmediata mediada por IgE y determinante de síntomas alérgicos como la urticaria y el angioedema pocas horas tras la ingesta del *Anisakis*; o bien por acción local del parásito. La larva penetra en la

CORRESPONDENCIA

Alicia Martín Lagos-Maldonado
Hospital General Básico de Baza
Ctra. de Murcia s/n. 18800 Granada.
aliciamartin-lagos@hotmail.com

Fecha de envío: 08/12/2016

Fecha de aceptación: 08/12/2016

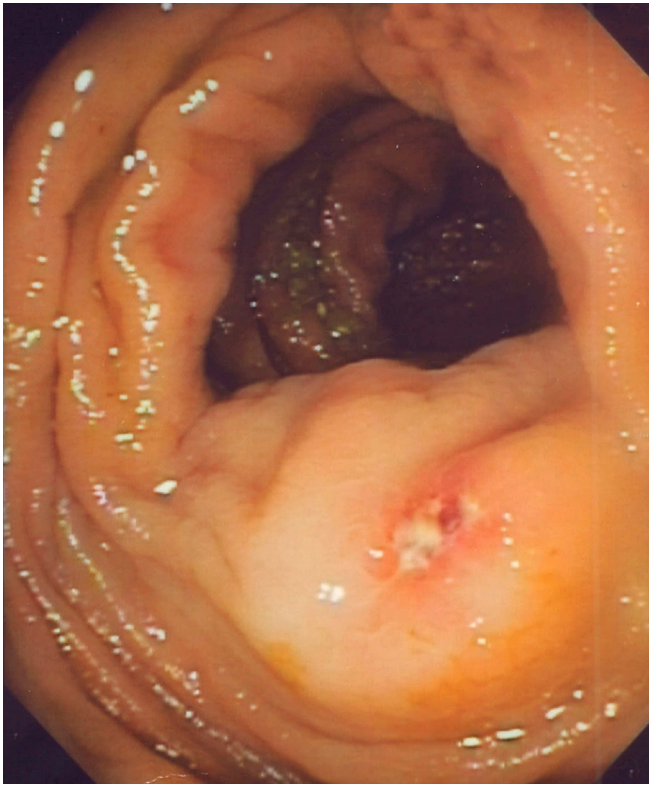


Figura 1

Colonoscopia. Edema de mucosa colónica con erosión superficial aislada correspondiente al punto de entrada del *Anisakis*.

mucosa gastrointestinal induciendo una reacción inflamatoria local, el desarrollo de un absceso eosinofílico en la mucosa o submucosa, y una respuesta inmune determinante de la producción de anticuerpos específicos¹.

La mayoría de los casos de anisakiasis ocurren a nivel gástrico o del intestino delgado, mientras que la anisakiasis de colon es extremadamente infrecuente y supone tan solo entre el 0,1-0,9% de los casos².

El diagnóstico de la anisakiasis es con frecuencia difícil, lo cual se debe principalmente al carácter inespecífico de sus síntomas, y esto ocurre particularmente en la afectación de colon³. La mayoría de los casos recogidos en la bibliografía de anisakiasis colónica han simulado un cuadro de obstrucción intestinal o abdomen agudo^{4,5} o bien han consistido en la observación casual de la larva durante la realización de una colonoscopia⁶⁻⁹, por lo que poco conocemos sobre su forma de presentación y curso clínico.

El inicio de los síntomas de la anisakiasis del colon suele ser más tardío que en las formas gástricas, que desarrollan los síntomas pocas horas tras la ingesta del pescado, y esto entorpece más la correlación con el alimento causal y por ello la sospecha clínica. Por otro lado, el estudio de imagen puede mostrar un engrosamiento edematoso de la pared del colon que confunda el diagnóstico con otros procesos responsables de un cuadro de obstrucción intestinal, derivando incluso en una cirugía innecesaria como ha sido descrito previamente^{5,10}.

Aunque el *gold standard* para el diagnóstico de la anisakiasis es la observación de la larva en la pared intestinal, en ocasiones, y más aún en las formas intestinales y de colon, no siempre es posible, entre otros motivos por el mayor intervalo de tiempo entre la ingesta de la larva y el inicio de los síntomas. En tal caso la única alternativa para orientar el diagnóstico es la determinación inmunológica de los anticuerpos específicos frente al *Anisakis*, cuya sensibilidad oscila entre el 70-80%. La positividad IgG e IgA para *Anisakis* en población general puede ser elevada, e incluso llegar a >50% en determinados grupos, por lo que no es concluyente para el diagnóstico¹¹. Sin embargo, el antecedente de la ingesta de anchoa en nuestra paciente, el engrosamiento de colon, y los datos serológicos con una eosinofilia periférica y aumento de IgE apoyaron en su conjunto el diagnóstico.

La larva *Anisakis* sobrevive en el tracto intestinal humano durante pocos días, por ello los síntomas de la inflamación aguda disminuyen en 2-3 semanas y pueden ser tratados de forma conservadora como hicimos nosotros. La dificultad en el manejo de la anisakiasis de colon es diferenciarla de otras entidades que puedan simular un verdadero abdomen agudo que requiera una cirugía urgente.

En conclusión, los gastroenterólogos debemos considerar la anisakiasis de colon en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo de causa no filiada, especialmente ante la ingesta de pescado crudo, y teniendo en cuenta el intervalo del inicio de los síntomas y los hallazgos radiológicos y endoscópicos.

Bibliografía

1. Audicana, M.T. and M.W. Kennedy, *Anisakis simplex*: from obscure infectious worm to inducer of immune hypersensitivity. *Clin Microbiol Rev*, 2008. 21(2): p. 360-79, table of contents.
2. Narita K, T.T., Maeda H, et al, A case report of vanishing tumor of the colon due probably to anisakiasis. *Gastroenterol Endosc* 1996. 38: p. 2445-2449.
3. Shrestha, S., et al., Intestinal anisakiasis treated successfully with conservative therapy: importance of clinical diagnosis. *World J Gastroenterol*, 2014. 20(2): p. 598-602.
4. Mumoli, N. and A. Merlo, Colonic anisakiasis. *CMAJ*, 2013. 185(13): p. E652.
5. Yorimitsu, N., et al., Colonic intussusception caused by anisakiasis: a case report and review of the literature. *Intern Med*, 2012. 52(2): p. 223-6.
6. Matsui, S., et al., A case of asymptomatic incidental live anisakid worm infestation on a large rectal polyp. *BMJ Case Rep*, 2015. 2015.
7. Taniguchi, G., et al., Asymptomatic anisakiasis of the colon incidentally found by colonoscopy. *Clin J Gastroenterol*, 2011. 4(6): p. 371-3.
8. Herranz-Bachiller, M.T., et al., Colonic polyp secondary to *Anisakis simplex*. *Rev Esp Enferm Dig*, 2012. 104(10): p. 554-5.

9. Tamai, Y. and K. Kobayashi, Asymptomatic colonic anisakiasis. Intern Med, 2015. 54(6): p. 675.

10. Takabayashi, T., et al., Anisakiasis presenting to the ED: clinical manifestations, time course, hematologic tests, computed tomographic findings, and treatment. Am J Emerg Med, 2014. 32(12): p. 1485-9.

11. Guillén-Bueno R1 G-RR, Perteguer-Prieto MJ, Olveira-Martin A, Fernandez-Blanco I, Pozuelo-García A, Cuéllar del Hoyo C: Anti-anisakis antibodies in the clinical course of crohn's disease. 1990; 60:268-273.