

## Anisakiasis múltiple

M. Amo Peláez, C. Muñoz Codoceo, P. Martínez Montiel, F. Sánchez Gómez, G. Castellano y J. A. Solís Herruzo

Servicio de Medicina del Aparato Digestivo. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid

### INTRODUCCIÓN

La anisakiasis es una parasitosis de distribución mundial producida por áscaris de la familia *anisakidae* (AS) que afecta al hombre tras el consumo de pescado parasitado, insuficientemente cocinado o crudo en salazón.

### CASO CLÍNICO

Varón de 33 años y mujer de 32 años, naturales de Perú, sin antecedentes personales de interés, que acuden al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de doce horas de evolución localizado a nivel epigástrico, no irradiado, continuo, sin otra sintomatología asociada. Como único antecedente de interés referían la noche previa ingesta de comida típica peruana, en forma de pescado crudo. El abdomen era blando, depresible pero doloroso en el epigastrio. No había masas, organomegalias abdominales ni signos de irritación peritoneal. Se observó leucocitosis importante con neutrofilia (16.000 L), sin eosinofilia. El estudio endoscópico de ambos pacientes mostró la presencia de incontables AS adheridos a la pared gástrica y duodenal, la mayoría de ellos agrupados en nidos con más de diez parásitos. También los había aislados entre los pliegues mucosos, donde producían intenso edema y múltiples erosiones por toda la cavidad gástrica y duodenal. Se procedió a la extracción de los mismos mediante pinza de biopsia (Figs. 1 y 2).

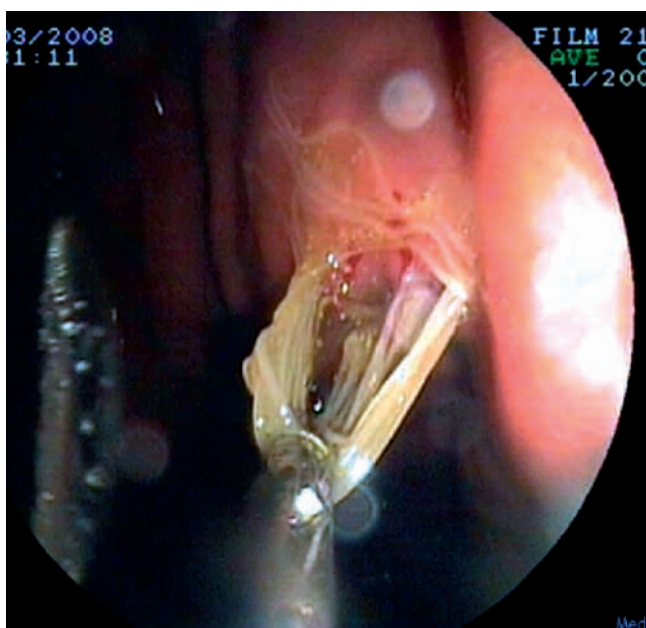


Fig. 1. Nido de AS en antro.

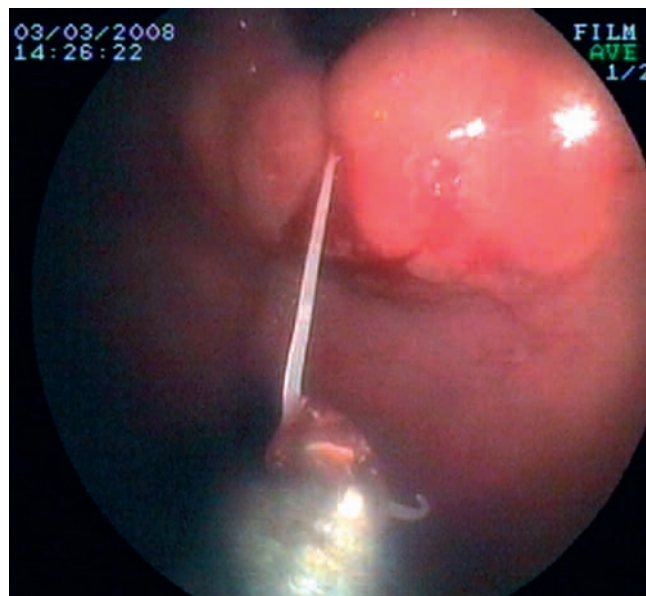


Fig. 2. AS en región subcardial.

## COMENTARIOS

La incidencia de la infección por AS ha aumentado en los últimos años, pero sigue siendo una enfermedad infra-diagnosticada (1,2). La sintomatología originada por este parásito se produce por dos mecanismos diferentes: a) reacción de hipersensibilidad inmediata mediada por IgE, expresada por urticaria o angioedema hasta *shock* anafiláctico, pocas horas después ingesta; y b) reacción inflamatoria local al penetrar en la mucosa. La localización gástrica representa en algunas series hasta el 60-70% de las parasitaciones; sin embargo, en nuestro medio, la afectación intestinal es dominante, principalmente la del íleon terminal (3,4). En la anisakiasis gástrica, es típica la presencia de dolor abdominal epigástrico agudo varias horas después de la ingesta, asociado a náuseas y vómitos que no mejoran con analgésicos habituales. Las manifestaciones alérgicas (urticaria) están presentes sólo en el 10% de los casos. En la analítica destaca la leucocitosis marcada, pero raramente existe eosinofilia periférica. Cuando aparece, lo hace varios días después de la leucocitosis. La endoscopia realizada precozmente suele confirmar la parasitación del estómago, por lo que representa el método diagnóstico de elección. Es frecuente la visualización directa del parásito y ello permite la extracción del mismo, el alivio de la sintomatología y la curación. Además, las biopsias permiten detectar la presencia de eosinofilia tisular, lo cual es muy sugestivo de infestación por AS. La determinación de los antígenos del AS mediante anticuerpos monoclonales tiene una especificidad próxima al 100%. El antígeno secretor-excretor ha demostrado que es el mejor antígeno diagnóstico, ya que no tiene reactividad cruzada con otros alérgenos (5). El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente frente a otros parásitos (*Strongyloides*, *Ascaris*, *Toxocara*), infecciones bacterianas (*Yersinia*, micobacterias), enfermedad de Crohn y neoplasias.

En el tratamiento, además de la extracción endoscópica que permite la curación, algunos autores recomiendan la administración de antiácidos, dado que el pH gástrico ácido facilita el desarrollo del AS (6). La mayoría de los casos son cuadros autolimitados y evolucionan favorablemente con tratamiento sintomático. La congelación del pescado es el método de prevención más importante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro Cantarero E, Carro Alonso B, Castillo Lario C, et al. Diagnóstico de la infección por Anisakis. Experiencia en nuestro medio. *Allergol Immunopathol* 2005; 33 (1): 27-30.
2. Rey-Moreno A, Valero-López A, Gómez-Pozo A, et al. Utilidad de la anamnesis y de las técnicas inmunológicas en el diagnóstico de la anisakidosis en pacientes con abdomen agudo. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 146-52.
3. López D, Ramírez LM, del Rosal R, et al. Anisakiasis en España: una enfermedad creciente. Revisión. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23: 307-11.
4. Matsumoto T, Iida M, Kimura Y, et al. Anisakiasis of the colon: radiologic and endoscopic features in six patients. *Radiology* 1985; 183: 97-9.
5. Valls A, Pascual CY, Martín Esteban M. Anisakis and anisakiosis. *Allergol Immunopathol* 2003; 31 (6): 348-55.
6. Repiso Ortega A, Alcántara Torres M, González de Frutos C, et al. Gastrointestinal anisakiasis. Study of a series of 25 patients. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26 (6): 341-6.