

Anisakiasis como diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo en urgencias

Anisakiasis as differential diagnosis of acute abdominal pain at the emergency department

Jhonatan Quiñones-Silva¹, Rubén Sánchez-Aldehuelo², Cristiana Solorzano³, Miguel Zamorano⁴, Sofía Parejo-Carbonell⁵

¹ Residente de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.

² Residente de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.

³ Residente de Alergología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.

⁴ Especialista en Alergología. Médico Adjunto de Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.

⁵ Especialista en Gastroenterología y Hepatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España.

Recibido: 02.04.18

Aprobado: 15.04.19

RESUMEN

La anisakiasis es una zoonosis cada vez más prevalente especialmente en países europeos, causada por la ingesta del nemátodo del género *Anisakis* en su tercer estadio larvario tras el consumo de pescado crudo o poco cocido. Puede producir una afectación gastrointestinal y también una reacción de hipersensibilidad a las proteínas del parásito. Presentamos un caso de anisakiasis gástrica acompañada de hipersensibilidad (forma gastroalérgica) tras la ingesta de pescado crudo.

Palabras clave: Anisakiasis; Zoonosis; Dolor abdominal (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Anisakiasis is a zoonosis with an increasing prevalence, especially in European countries, caused by the ingestion of the nematode of the genre *Anisakis* in its third larvae stage after consuming undercooked or raw fish. It may produce gastrointestinal symptoms and hypersensitivity reactions to the proteins of the worm. We present a case of gastric anisakiasis accompanied by hypersensitivity symptoms (gastroallergic form) after the ingestion of raw fish.

Keywords: Anisakiasis; Zoonoses; Abdominal pain (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La anisakiasis es una zoonosis causada por la ingesta del nemátodo del género *Anisakis* en su tercer estadio larvario ⁽¹⁾. Los mamíferos marinos como las ballenas, leones marinos, focas, delfines entre otros, son los huéspedes naturales. El ser humano es el huésped incidental tras la ingesta de pescado poco cocido o crudo que no ha sido adecuadamente refrigerado, y que esta infestado por este parásito ⁽²⁾. El ciclo natural comienza cuando el nematodo adulto en el hospedero natural elimina los huevos anembrionados mediante las heces. Posteriormente los huevos son embrionados, formándose el primer y segundo estadio larvario dentro del huevo, eclosionando durante el segundo estadio larvario. Estos son ingeridos por crustáceos (hospederos intermedios), donde desarrollan el tercer estadio larvario. Los peces como el salmón, caballa, arenque,

bacalao, anchoas, entre otros y calamares ingieren el tercer estadio larvario el cual es infectivo para el hombre. La clínica que presenta puede dividirse en 2 tipos: la afectación gastrointestinal que se caracteriza por náuseas, vómitos, y dolor abdominal difuso que incluso puede simular un abdomen agudo quirúrgico; y un cuadro de hipersensibilidad tipo 1 que va desde la presencia de habones en el examen físico hasta la anafilaxia. Presentamos un caso de anisakiasis gástrica que cursó con ambas clínicas tras la ingesta de pescado crudo (boquerones marinados en vinagre).

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 75 años, natural del Madrid, con antecedentes de HTA y reacción urticariforme hace más de 20 años tras la ingesta de boquerones en vinagre (no se realizaron en ese



Figura 1. Corte axial de un TAC abdominal que muestra engrosamiento de la mucosa antral con escasa cantidad de líquido perilesional.

momento pruebas para descartar hipersensibilidad a Anisakis), y que acude al servicio de urgencias por un cuadro de 2 horas de evolución tras la ingesta de pescado crudo (boquerones en vinagre), caracterizado por la presencia de habones pruriginosos en miembros y en tronco, cambios de la tonalidad de la voz, así como una ligera molestia abdominal, de predominio epigástrico sin datos de irritación peritoneal. El examen orofaríngeo no evidenció edema de úvula ni de glotis tras la laringoscopia directa. Se instauró doble tratamiento antihistamínico (inhibidor de H1 y H2) además de corticoides endovenosos con mejoría de la clínica de urticaria. Durante su estancia en urgencias, el dolor abdominal fue aumentando de intensidad, con signos de irritación peritoneal de predominio en epigastrio, por lo que se solicitó un TC abdominal (Figura 1) que evidenció engrosamiento de la mucosa antral con líquido libre perilesional, hallazgos que por el contexto clínico eran orientativos de anisakiasis gástrica. Se realizó una endoscopia digestiva alta que evidenció 3 larvas de *Anisakis sp* (Figura 2) insertadas en la mucosa gástrica y que fueron retiradas mediante extracción endoscópica, con la consiguiente mejoría de la clínica del dolor abdominal. Semanas después se

realizó pruebas cutáneas (prick tests) que fue positiva para Anisakis, con IgE específica positiva, y negativas a las proteínas de pescado.

DISCUSIÓN

La anisakiasis es una parasitosis cada vez más prevalente en países occidentales ⁽³⁾, probablemente debido a los cambios en la conducta alimentaria por influencias culturales y a una mayor ingesta de alimentos que contienen pescado crudo (por ejemplo, el sushi o el ceviche). En Japón, donde la incidencia es mayor, se ha estimado una frecuencia de 2000 casos por año, y en algunos países europeos 500 casos por año ⁽⁴⁾, aunque la incidencia real podría ser mayor debido a que algunos casos pasan desapercibidos ⁽⁵⁾. En el Perú son pocos los casos reportados de anisakiasis, solo encontrándose una contribución especial en esta revista ⁽⁶⁾ que menciona el reporte de 8 casos hasta el 2004, identificándose el agente etiológico en cinco de ellos (tres por *Pseudoterranova decipiens* y dos por *Anisakis simplex*) y tenían el antecedente de haber ingerido ceviche de pescado de origen marino. De los ocho casos recopilados en este estudio, cuatro se publicaron entre 1997 y 1998, coincidiendo con el fenómeno climatológico "El Niño", en el cual existe una migración de especies marinas como el *C. hippurus* o "perico". Así, en un estudio exploratorio ⁽⁷⁾ realizado durante esos años se evidenció que el 58% de las especies de *C. hippurus* estaban infestadas con la larva *A. physeteris*, pudiendo explicar el incremento del número de casos publicados.

Las manifestaciones de la anisakiasis pueden ser alérgica o gastrointestinal, si bien existe la forma de presentación gastroalérgica. La anisakiasis gastroalérgica se define como una entidad en la cual una parasitación aguda por *Anisakis simplex* se acompaña de una reacción alérgica sistémica mediada por IgE ⁽⁸⁾.

En cuanto a la forma de presentación gastrointestinal, la anisakiasis se puede dividir dependiente de la



Figura 2. Endoscopias digestivas que evidencian una larva de *Anisakis sp* alojada en la mucosa gástrica y que requirió extracción endoscópica.

localización donde se halla el parásito, siendo gástrica, intestinal o ectópica si se encuentra fuera del tubo digestivo⁽⁵⁾. La clínica que produce puede ser muy variada, desde un dolor abdominal inespecífico a una clínica que puede remedar un abdomen agudo quirúrgico como en nuestro caso. De hecho, Sakanari et al. encontraron que hasta un 60% de los casos fueron diagnosticados erróneamente como apendicitis, abdomen agudo quirúrgico, cáncer gástrico o enfermedad de Crohn⁽⁹⁾. La presentación más frecuente es la gástrica, con una frecuencia que va entre el 60-70%, seguida de la intestinal (20-30%) y con menor frecuencia la ectópica (fuera de la luz intestinal)⁽¹⁰⁾. El inicio de los síntomas tiene un periodo de latencia que oscila entre 1 y 12 horas postingesta del alimento contaminado. En algunos casos puede acompañarse de eosinofilia en la analítica, aunque es infrecuente⁽¹¹⁾. Se sospecha de ésta enfermedad tras evidenciar una historia reciente de ingesta de pescado crudo o poco cocido como en nuestro caso. De hecho, en España la mayoría de los casos reportados es tras la ingesta de “boquerones marinados en vinagre”⁽¹¹⁾. El diagnóstico final se realiza tras la inspección directa del parásito mediante gastroduodenoscopia, pudiendo estar incrustada en la mucosa gástrica o intraluminalmente. El tratamiento se realiza mediante la extracción de las larvas con pinzas (Figura 2). No existe suficiente evidencia como para recomendar tratamientos médicos adicionales con inhibidores de la bomba de protones, antiácidos o antiparasitarios⁽¹¹⁾. La realización de otras pruebas complementarias, tanto analíticas como de imagen, servirán principalmente para descartar patologías que pudieran remedar esta presentación clínica⁽⁵⁾.

El inicio de los síntomas de la presentación intestinal es más tardío, y la clínica más frecuente es el dolor abdominal con predominio en fosa iliaca derecha, correspondiendo con una mayor afectación del íleon terminal, y que podría remedar una apendicitis aguda o ileítis de Crohn⁽¹⁰⁾. Los cuadros asintomáticos generalmente son debidos a que el parásito no invade la mucosa (forma luminal), característico de las larvas *Pseudoterranova decipiens*, y el diagnóstico en este caso se realiza de forma casual al realizar una exploración endoscópica por otro motivo, identificando las larvas libres o al ser expulsados en forma de vómitos o en las heces⁽¹⁰⁾.

En cuanto a la reacción alérgica, la especie *A. simplex* es hasta ahora el único parásito descrito asociado con productos marinos capaz de causar respuestas alérgicas⁽⁴⁾. Las manifestaciones alérgicas sistémicas pueden variar desde la urticaria o angioedema hasta el shock anafiláctico, como cualquier otra reacción alérgica mediada por IgE⁽¹²⁾. El diagnóstico de la alergia a anisakis se sospecha tras una historia reciente de consumo de pescado crudo o poco cocido en las horas previas a

la clínica alérgica, que posteriormente es confirmada con la detección de anticuerpos IgE específicos frente al parásito mediante pruebas in vivo (pruebas cutáneas como el skin prick test) o in vitro (en suero mediante inmunoanálisis), así como descartando la implicación de proteínas de pescado en la reacción⁽¹³⁾.

El congelamiento y la cocción son procedimientos garantizados para eliminar el parásito, pero bajo condiciones bien estudiadas. Congelar a -20 °C por al menos 24 h es igual de efectivo que a -35 °C por al menos 15 h, y calentar a >60 °C por al menos 1 minuto, son medidas empleadas para eliminar el parásito⁽⁴⁾. No obstante, muchos métodos empleados habitualmente para marinar las comidas como el vinagre, la sal, o el aceite no son suficientes para eliminar la larva de *A. simplex*.⁽¹⁴⁾

Recientemente, se ha reportado una alerta sanitaria tras el hallazgo de Anisakis en un lote de trozos de caballa en salsa de tomate producidas por la empresa china *Tropical Food Manufacturing (Ningbo) co., Ltd*, por lo que el Organismo Nacional de Sanidad Pesquera (Sanipes) alertó no consumir dichos lotes y confiscó hasta 200 mil latas de conservas de Caballa⁽¹⁵⁾. Así pues, se deben protocolizar medidas para la importación de conservas de pescado u otros productos marinos para evitar el riesgo de contaminación de dichos productos.

Como conclusión, podemos decir que la anisakiasis es una zoonosis altamente prevalente en países con consumo de pescado crudo o poco cocido, por lo que su diagnóstico debería tenerse en cuenta por el personal sanitario de urgencias, en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo, sobre todo si hay un antecedente reciente de ingesta de pescado crudo o poco cocido.

Conflicto de interés: Los autores no presentan conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pravettoni V, Primavesi L, Piantanida M. Anisakis simplex: current knowledge. *Our Ann Allergy Clin Immunol.* 2012;44(4):150-6.
2. Moneo I, Carballeda-Sangiao N, Gonzalez-Muñoz M. New Perspectives on the Diagnosis of Allergy to Anisakis spp. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2017;17(5):27.
3. McCarthy J, Moore T. Emerging helminth zoonoses. *Int. J. Parasitol.* 2000;30(12-13):1351-60.
4. EFSA Panel on Biological Hazards (BIOHAZ). Scientific opinion on risk assessment of parasites in fishery products. *EFSA J.* 2010;8(4):1543.
5. 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.
6. Cabrera R, Trillo-Altamirano MDP. Anisakidosis: ¿Una zoonosis parasitaria marina desconocida o emergente en el Perú? *Rev Gastroenterol Peru.* 2004;24(4):335-42.

7. Cabrera R, Suárez-Oginio L. Probable emergencia de anisakiosis por *Anisakis physeteris* durante el fenómeno "El Niño" 1997-1998 en la costa peruana. *Parasitol Latinoam*. 2002;57(3-4):166-170.
8. Daschner A, Cuéllar C, Sánchez-Pastor S, Pascual CY, Martín-Esteban M. Gastro-allergic anisakiasis as a consequence of simultaneous primary and secondary immune response. *Parasite Immunol*. 2002;24(5):243-51.
9. Sakanari JA, McKerrow JH. Anisakiasis. *Clin Microbiol Rev*. 1989;2(3):278-84.
10. López-Peñas D, Ramírez-Ortiz LM, Del Rosal-Palomeque R, López-Rubio F, Fernández-Crehuet-Navajas R, Miño-Fugarolas G. Anisakiasis en España: una enfermedad creciente. Revisión. *Gastroenterol Hepatol*. 2000;23(6):307-11.
11. Repiso Ortega A, Alcántara Torres M, González de Frutos C, de Artaza Varasa T, Rodríguez Merlo R, Valle Muñoz J, et al. Anisakiasis gastrointestinal. Estudio de una serie de 25 pacientes. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26(6):341-6.
12. Daschner A, Alonso-Gómez A, Cabañas R, Suárez de Parga M, López Serrano MC. Gastroallergic anisakiasis: Borderline between food allergy and parasitic disease: Clinical and allergologic evaluation of 20 patients with confirmed acute parasitism by *Anisakis simplex*. *J Allergy Clin Immunol*. 2000;105(1 Pt 1):176-81.
13. Audicana Berastegui MT, Del Pozo Gil MD, Daschner A. *Anisakis simplex* y alergia. En: *Tratado de Alergología*. 1ª Edición. Madrid, España: Ergon; 2007. p. 1680-705.
14. Moreno-Ancillo A, Caballero MT, Cabañas R, Contreras J, Martín-Barroso JA, Barranco P, et al. Allergic reactions to anisakid simplex parasitizing seafood. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1997;79(3):246-50.
15. Elmer Huerta. *Anisakis*, el parásito que amenaza los enlatados de pescado [Internet]. Emitido el 20 de noviembre de 2017. Disponible en <http://vital.rpp.pe/salud/anisaki-el-parasito-que-amenaza-los-enlatados-de-pescado-noticia-1089714>

Autor Corresponsal

Jhonatan Boris Quiñones Silva

Calle Oviedo 17 Bajo 1. Código Postal 28020. Madrid.

Teléfono +34 603407874

E-mail: jhonatanboris.quinones@salud.madrid.org