

Imagen del mes

Cristian Hernández R.¹ y Gonzalo Fuentes²

Image of the month

Hombre de 48 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial crónica y obesidad mórbida en evaluación para cirugía bariátrica. Por este motivo se solicita endoscopia digestiva alta preoperatoria.

Durante la endoscopia digestiva alta, al explorar el estómago, se observan en antro gástrico algunos pliegues longitudinales eritematosos de aspecto

inflamatorio biopsiados (Figura 1) y en cuerpo gástrico, por curvatura mayor se observa una lesión única anular de 8 mm de diámetro, eritematosa, con solución de continuidad puntiforme en el centro (Figura 2). Cerca de esta lesión, se encuentra parásito blanquecino de 3 cms de longitud, inmóvil (Figura 3).

¹Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
²Residente de Medicina Interna, Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Recibido: 06 de abril de 2011
Aceptado: 24 de abril de 2011

Correspondencia a:

Dr. Cristian Antonio Hernández Rocha
Marcoleta 367
Santiago
Teléfono:
56-2-3543820
Email: caherna4@uc.cl

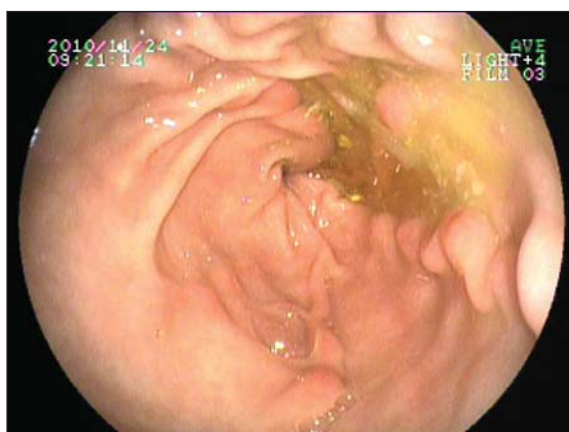


Figura 1. Pliegues gástricos.

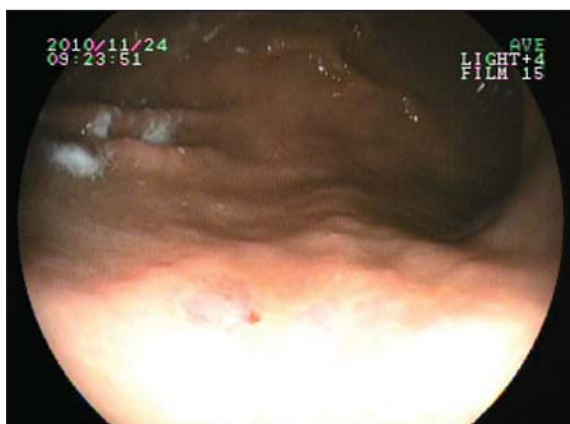


Figura 2. Lesión antral.



Figura 3. Parásito en frasco.

¿Cuál sería su conducta?

Imágenes en Gastroenterología

Comentario

Diagnóstico: Parásito impresiona, corresponde a anisáquido, lo cual es confirmado por el examen parasitológico. El examen anatomopatológico de mucosa del antro, informa gastritis crónica superficial leve con hiperplasia foveolar y metaplasia intestinal.

Durante los últimos años esta situación ha dejado de ser una rareza, principalmente por los nuevos hábitos culinarios adoptados por nuestra sociedad que han permitido la aparición de enfermedades propias de otras culturas¹. La anisakiasis es causada por larvas de nemátodos de la familia *Anisakidae*, generalmente especies de los géneros *Anisakis* (anisakiasis) o *Pseudoterranova* (pseudoterranovosis)². Japón es el país que registra la mayor casuística de anisakiasis en el mundo, aunque aún en este país la incidencia anual es sólo de 3 casos por millón de habitantes³.

El primer caso publicado en Chile fue descrito por Sapunar y cols, en 1976⁴ y desde entonces los reportes han ido creciendo en forma importante. La pseudoterranovosis es menos frecuente que la anisakiasis a nivel mundial, sin embargo, en Chile, la mayor casuística corresponde a pseudoterranovosis⁵ cuyas larvas tienen menor tendencia a penetrar a tejidos más profundos. La anisakiasis se adquiere mediante el consumo de pescado crudo o insuficientemente cocido⁶, que contenga larvas en tercer estadio de estos nemátodos, cuyo huésped definitivo son los mamíferos marinos como lobos marinos, delfines, focas y

ballenas. Las larvas parasitan más frecuentemente el estómago y duodeno; pero pueden ser afectados el yeyuno, íleon y colon, así como también raramente el esófago. Excepcionalmente las larvas también pueden penetrar completamente la pared gastrointestinal y llegar a otros órganos. Noventa por ciento de los casos se presenta con una lesión ubicada en el estómago que se manifiesta como un cuadro agudo y autolimitado, caracterizado clínicamente por náuseas, vómitos y dolor epigástrico intenso. La terapia consiste básicamente en extraer el o los gusanos en forma endoscópica. De no ser extraídos, en la gran mayoría de los casos serán eliminados por la boca o por las deposiciones. Las manifestaciones alérgicas deben ser controladas con antihistamínicos y/o corticoides. Las complicaciones intestinales y localizaciones ectópicas ocasionalmente pueden requerir cirugía o terapia con albendazol⁴. La educación y adopción de medidas de prevención son fundamentales para evitar la reinfección¹.

Nuestro paciente refiere haber consumido ceviche de pescado en una feria unas 4 semanas previas a la realización de esta endoscopia, algunas horas tras la ingesta presentó dolor epigástrico tipo cólico de intensidad moderada y náuseas transitorias; persiste durante algunas semanas con molestias epigástricas vagas que ceden espontáneamente. Al momento de la endoscopia digestiva alta se encontraba asintomático, por lo tanto, el tratamiento consistió sólo en la remoción del parásito y educación sobre medidas de prevención.

Referencias

- 1.- Gobelet J, Sáenz R. Anisakiasis, un atentado culinario prevenible contra el tracto gastrointestinal. *Gastroenterol Latinoam* 21: 298-301.
- 2.- Kassai T, Cordero Del Campillo M, Euzeby J, Gaafar S, Hiepe T, Himonas CA. Standardized nomenclature of animal parasitic diseases (SNOAPAD). *Veterinary Parasitology* 1988; 29: 299-326.
- 3.- Yasunaga H, Horiguchi H, Kuwabara K, Hashimoto H, Matsuda S. Clinical features of bowel anisakiasis in Japan. *Am J Trop Med Hyg* 2010; 83: 104-5.
- 4.- Sapunar J, Doerr E, Letonja T. Anisakiasis humana en Chile. *Bol Chil Parasitol* 1976; 31: 79-83.
- 5.- Mercado R, Torres P, Muñoz V, Apt W. Human infection by *Pseudoterranova decipiens* in Chile. Report of seven cases. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2001; 96: 653-5.
- 6.- Hochberg NS, Hamer DH. Anisakidosis: Perils of the deep. *Clin Infect Dis* 2010; 51: 806-12.