

V. Cusí Sánchez¹, A. González-Cuevas²,
T. Juncosa Morros², M. Portús Vinyeta³,
F. Parri Ferrandis⁴

An Esp Pediatr 1999;50:413-414.

Sr. Director:

La anisakiasis es una parasitosis adquirida al ingerir pescado crudo⁽¹⁾ o poco cocido⁽²⁾ contaminado con larvas de estadio 3 de alguna de las especies de la familia *Anisakidae*.

El reservorio de estos nemátodos está constituido por mamíferos acuáticos parasitados a nivel del tubo digestivo. Los huevos excretados, al eclosionar se transforman en larvas de estadio 2 al ser ingeridos por pequeños crustáceos integrantes del plancton (primer huésped intermediario), en ellos tendrá lugar la transformación de las larvas al estadio 3, y éstas, a su vez, serán transmitidas a moluscos y peces, los cuales pueden ser consumidos por el hombre u otros peces, en los que el parásito queda encapsulado. Siguiendo la cadena alimentaria, el ciclo se cierra con los grandes mamíferos acuáticos, al ingerir estos mismos peces contaminados. El hombre es tan sólo un huésped paraténico accidental en este ciclo.

Las tres especies de anisákidos patógenas para el hombre son *Anisakis simplex*, *Pseudoterranova decipiens* y *Contracaecum osculatum*^(1,3,4).

La presentación clínica de la anisakiasis varía, desde una forma no invasiva caracterizada por epigastralgias leves tras las que las larvas son expulsadas por tos o vómitos, hasta formas invasivas que se ponen de manifiesto por gastritis aguda o por obstrucción intestinal, secundaria, generalmente, a ileítis⁽⁵⁾. También puede presentarse como de reacciones alérgicas incluido shock anafiláctico⁽⁶⁾.

A continuación presentamos un caso de anisakiasis correspondiente a un varón de 16 años de edad, sin antecedentes patológicos, que acude al Servicio de Urgencias con una hernia de línea alba, supraumbilical, dolorosa, de 1 cm de diámetro. Se diagnosticó de hernia epigástrica incarcerada, que se intervino. El examen microscópico del tejido adiposo herniado mostró zonas de infiltrado inflamatorio denso con abscesos eosinofílicos rodeando focos de reacción granulomatosa a cuerpo extraño, alrededor de estructuras circulares de 0,35 a 0,50 mm de diámetro. En todas ellas se reconocía una cutícula externa con fina es-

Larvas de anisákido en hernia epigástrica incarcerada



Figura 1.

trificación anular, seguida de una capa muscular de tipo polimiarrio, con alrededor de 50 células musculares por cuadrante y unos cordones laterales con prominencias en forma de Y, que recuerdan las alas de una mariposa. El tubo digestivo aparecía cortado a distintos niveles, distinguiéndose en unos casos un esófago de luz trirradiada, en otros se acompañaba de un ciego intestinal, y en otros se observaba un intestino con unas 100 células. Todo ello indujo a identificar al parásito como presunta larva de *Pseudoterranova decipiens*^(7,8) (Fig 1).

Como antecedente de interés el paciente manifestó la ingestión frecuente y repetida de pescado en vinagre de preparación casera.

Después de la intervención quirúrgica el paciente se hallaba asintomático y la gastroscopia mostró una mucosa gástrica normal.

Comentario

La anisakiasis es una de las causas de gastroenteritis eosinofílica, aunque no siempre se encuentra la larva en las preparaciones histológicas. Tuñón et al. sugieren que la asociación de abscesos eosinofílicos alrededor de vacuolas vacías y degeneración fibrinoide de la submucosa intestinal, debe llevar al diagnóstico de presunción de anisakiasis⁽⁹⁾. En nuestro caso observamos que pueden hallarse alteraciones histológicas similares en la grasa preperitoneal, indicativas de la migración de las larvas a través de la pared digestiva y el peritoneo, en ausencia

¹Servicio de Anatomía Patológica. ²Servicio de Microbiología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ³Laboratorio de Parasitología. Facultat de Farmàcia. Universitat de Barcelona. ⁴Servicio de Cirugía Pediátrica. Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona.
Correspondencia: Teresa Juncosa Morros. Hospital Sant Joan de Déu. P. Sant Joan de Déu, nº 2. 08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona.

de sintomatología clínica. La herniación de la grasa permitió el diagnóstico.

Por todo ello creemos importante tener en cuenta el diagnóstico de anisakiasis en casos de gastroenteritis eosinofílica con infiltración y abscesos eosinofílicos en el tejido adiposo de la cavidad abdominal.

Es bien conocida esta parasitación en países en los que tradicionalmente se consumen pescados crudos. En otras zonas geográficas, en donde no se consume pescado crudo pero si conservado por diversos métodos, como salazón, ahumado, vinagreta...etc., se describen casos de forma aislada, ya que las larvas pueden sobrevivir períodos largos en estas adversas condiciones. Las únicas medidas preventivas eficaces son la congelación del pescado a -20°C durante 3-5 días o bien la cocción a 60°C al menos durante 10 minutos. La refrigeración inmediata del pescado después de la captura, o la evisceración precoz, son también eficaces, porque evitan la migración de las larvas a los tejidos del pescado. Estas últimas medidas han servido para el control de la anisakiasis en Holanda, donde esta parasitación representa un importante problema de salud pública.

En España se han descrito casos aislados de anisakiasis. Después de la revisión bibliográfica realizada parece posible que la incidencia real de esta enfermedad sea superior a la que se estima^(1,2,4-6,10). Sugerimos la conveniencia de comunicar los casos que vayan diagnosticándose, para poder valorar con mayor precisión la incidencia real.

Consideramos que las medidas profilácticas anteriormente citadas, adoptadas en otros países, que han demostrado ser eficaces, deberían también aplicarse en nuestro medio.

Bibliografía

- 1 López-Vélez R, García A, Barros C, Manzarbeitia F, Oñate JM. Anisakiasis en España. Descripción de 3 casos. *Enf Infecc Microbiol Clin* 1992; **10**:158-161
- 2 Canut A, Labora A, de Torre JL, Romero JA. Anisakiosis gástrica aguda por cocción insuficiente en horno microondas. *Med Clin* 1996; **106**:317-318.
- 3 Pinel C, Beaudevin M, Chemertte R, Grillot R, Ambroise-Thomas P. Gastric anisakidosis due to *Pseudoferranova decipiens* larva. *Lancet* 1996; **347**:1829.
- 4 Acebes JM, Fernández P, Díaz G, Velicia R, González JM, Citores R. Dos casos de Anisakiasis "Del Río Hortega" (Valladolid). *Rev Esp Enferm Dig* 1996; **88**:59-60.
- 5 Cruchaga S, Pascual J, Muñoz F, Guerra A, Ladrón de Guevara C. Hallazgo endoscópico de una larva de gusano en el fondo de úlcera gástrica. *Enf Infecc Microbiol Clin* 1995; **13**:631-632.
- 6 Fernández de Corres L, Audicana M, Del Pozo MD, Muñoz D, Fernández E, Navarro JA, García M, Díez J. Anisakis simplex induces not only anisakiasis: report on 28 cases of allergy caused by this nematode. *J Investg Allergol Clin Immunol* 1996; **6**:315-319.
- 7 Chitwood MB, Lichtenfels JR. Identification of Parasite Metazoa in Tissue sections. *Exp Parasitol* 1972; **32**:407-519.
- 8 López Vélez R, Cano Ruiz A, García Camacho A, Torres G, López Hervás P. *Pseudoterranova decipiens* larva infection mimicking a chronic peptic ulcer. *Am J Gastroenterol* 1992; **87**:933-934.
- 9 Tuñón T, Zozaya E, Tabar AI, Dorronsoro MLG, Gómez B, Valentí C. Eosinophilic Enteritis Due to Anisakis: A Call for Pathologists' Attention. *Int J Surg Pathol* 1997; **5**:69-76.
- 10 Mira J, García P, Hilario LM, Rodríguez MA. *Rev Clin Esp* 1995; **195**:105-108.