CASO Nº	293
Título	**Obstrucción intestinal secundaria a anisakiasis intestinal**
Autores	Covadonga del Riego Fernández-Nespral[1] Satish Nagrani Chellaran[2] Nuria Pérez Peláez[2] Vanesa Terán Pareja[2] Elena Martínez Chamorro[2]
Centro	1. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid 2. Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid

Desarrollo del Caso

1. Contexto clínico que motiva la exploración o exploraciones de imagen.

Varón de 75 años que consulta por dolor abdominal de 3 días de evolución, náuseas y vómitos, si deposición desde el inicio del cuadro.

En la analítica destaca elevación de PCR (5 mg/dl) y leucocitosis (16,7 x 1000/µL).

Ante la sospecha de obstrucción intestinal, se realiza una radiografía simple de abdomen y posteriormente, una TC abdominopélvica.

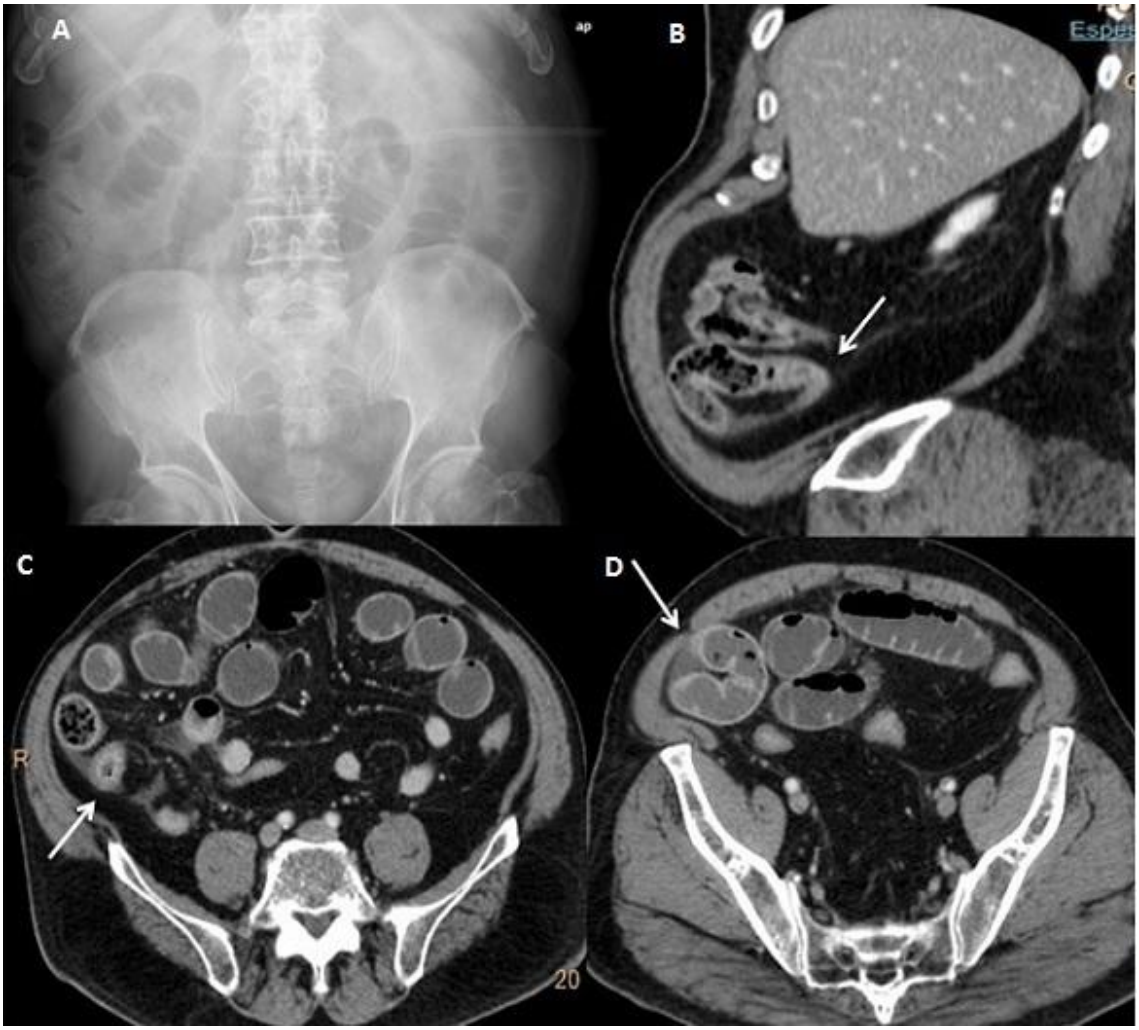
2. Hallazgos iniciales de las pruebas de imagen y diagnóstico de presunción.

La radiografía simple de abdomen en decúbito supino revela un patrón obstructivo con dilatación d asas de intestino delgado y marco cólico escasamente aireado, con patrón en miga de pan en colo ascendente.

La TC abdominopélvica con CIV en fase portal, muestra dilatación de asas yeyunoileales, con u cambio de calibre en fosa ilíaca derecha, donde se objetiva una afectación inflamatoria segmentari (aproximadamente 10 centímetros) de asas de íleon no terminal, las cuales presentan el signo de la dian (traduce edema submucoso), líquido libre perilesional y entre las asas dilatadas. Dicha ileítis, si bie condiciona un cambio de calibre, no genera obstrucción completa, observando contenido en marc cólico.

El diagnóstico sugerido fue obstrucción intestinal secundaria a ileítis no terminal, cuya etiología podrí ser inflamación por anisakis.

IMAGEN



A: Radiografía simple de abdomen en decúbito supino: dilatación de asas de intestino delgado. Marc cólico escasamente aireado, con patrón en miga de pan en colon ascendente.

B: TC abdominopélvico: Reconstrucción sagital oblicua. Se objetiva cambio de calibre en fosa ilíac derecha (flecha), con patrón en miga de pan distal a la obstrucción (sugiere obstrucción incompleta).

C: TC abdominopélvico, plano axial. La flecha señala la afectación inflamatoria de asa de íleon (n terminal) con morfología en diana, causante del cuadro oclusivo. Asocia pequeñas láminas de líquid libre adyacente.

D: TC abdominopélvico, plano axial. Detalle de asas de intestino delgado dilatadas, con láminas d líquido interpuestas.

3. Relectura del caso.

Tras los hallazgos referidos, se reinterroga al paciente, el cual recuerda haber consumido pescado crud no congelado 4 días antes del inicio del cuadro.

Se maneja de forma conservadora y se obtienen marcadores serológicos específicos para la detección d infección por anisakis, resultando positivos.

3. Reflexión docente.

Ante un cuadro de obstrucción intestinal (incompleta la mayoría de las veces) secundario a ileítis n terminal/yeyunitis (habitualmente con el "signo de la diana"), que asocia líquido libre y cambio inflamatorios, ha de sugerirse la posibilidad de anisakiasis intestinal, máxime si el paciente refier antecedente de ingesta de pescado crudo.

5. Conclusión.

La importancia de conocer esta etiología radica, principalmente, en el manejo del cuadro obstructivo, y que la afectación inflamatoria intestinal secundaria a anisakiasis no es indicación quirúrgica evoluciona favorablemente con manejo conservador.

Bibliografía

Lee JS, Kim BS, Kim SH, Park JK, Choi G., Hwang IK et al. Acut invasive small-bowel Anisakiasis: clinical and CT findings in 19 patients Abdom Imaging 2014; 39 (3): 452-8.

Shibata E, Ueda T, Akaike G, Saida Y. CT findings of gastric an intestinal anisakiasis. Abdom Imaging 2014; 39 (2): 257-261