

## Cartas al Director

### Hemoperitoneo espontáneo secundario a yeyunoileítis por *Anisakis*

---

**Palabras clave:** *Anisakiasis*. Hemoperitoneo. Diagnóstico. Tratamiento.

**Key words:** *Anisakiasis*. Peritoneal bleeding. Diagnosis. Treatment.

---

Sr. Director:

La anisakiasis es una zoonosis causada por nematodos de la familia *Anisakidae*, fundamentalmente por *Anisakis simplex*. Tras el primer caso español, descrito por Arenal Vera en 1991 (1), se han ido publicando numerosos casos de afectación a distintos niveles del aparato gastrointestinal. Presentamos el primer caso de hemoperitoneo espontáneo secundario a yeyunitis por *Anisakis* sin perforación macroscópica asociada. Se trata de una mujer de 41 años sin antecedentes personales de interés que ingresó por dolor abdominal cólico difuso, de inicio brusco, más intenso en hipogastrio y posteriormente, diarrea con deposición hematoquécica aislada. Refería en las 24 horas previas ingesta de boquerones en vinagre. En la exploración abdominal destacaba dolor intenso con signos de peritonismo y ascitis en flancos. En la analítica de ingreso se apreció leucocitosis de 35.600/mm<sup>3</sup> con 94% de neutrófilos y sin eosinofilia, Hb 15.2 g/dL y 376.000 plaquetas/mm<sup>3</sup> con normalidad del resto de parámetros. El examen de orina fue normal con test de embarazo negativo. El TC abdominal reveló abundante líquido libre con infiltración de la grasa mesentérica y engrosamiento concéntrico de la pared de yeyuno e íleon. Se realizó paracentesis diagnóstica obteniéndose un líquido hemorrágico con 570.000 hematíes/mm<sup>3</sup>, 4.700 leucocitos/mm<sup>3</sup>, proteínas 4,04 mg/dl, glucosa 98 mg/dl y LDH 481 mg/dl. Se realizó arteriografía mesentérica para objetivar punto de sangrado que fue normal. Los análisis

serológicos para enterobacterias, la toxina de *Clostridium difficile*, los coprocultivos para bacterias y parásitos y el *mantoux* fueron negativos. El tránsito intestinal demostró estenosis segmentaria en yeyuno distal e íleon pélvico y la colonoscopia con ileoscopia y biopsias fueron normales. La evolución posterior sin antibióticos, con reposo digestivo y fluidoterapia fue hacia una progresiva mejoría clínica con desaparición del dolor en 48 horas, mejoría de la ascitis, del cuadro diarreico hasta su desaparición y descenso de los niveles de leucocitos con anemización inicial hasta hemoglobina de 9 g/dL que posteriormente se mantuvo. A los 10 días del inicio del cuadro la paciente quedó asintomática con analítica normal excepto eosinofilia de 555 eosinófilos/ml en sangre periférica y se recibió un resultado de IgE específica para *Anisakis* muy positiva de 24,70 (nivel máximo de 0,35), que vino a confirmar la sospecha diagnóstica. Posteriormente la paciente quedó asintomática con analítica normal.

Los cuadros de afectación yeyuno-ileal constituyen el 20-30% de los casos de afectación digestiva (2), acompañándose hasta en el 27% de las ocasiones de líquido libre peritoneal por inflamación de la serosa intestinal (3); sin embargo, no se ha descrito la asociación a un hemoperitoneo espontáneo. Hace unos años, más de la mitad de estos pacientes eran diagnosticados tras la cirugía durante el examen histológico del segmento intestinal resecado (4), sin embargo en la actualidad, dado el mayor índice de sospecha de la misma, es cada vez es mayor el número de pacientes en que se evita una laparotomía y evolucionan favorablemente con tratamiento conservador. El antecedente de ingesta de pescado crudo o poco cocinado y la forma de presentación y evolución clínica al inicio, junto con la determinación de IgE específica contra antígenos de *Anisakis simplex* por ELISA o *Western-Blot* posteriormente, son fundamentales para el diagnóstico. Se han propuesto tratamientos con mebendazol y tiabendazol para evitar la cirugía (2), aunque en el caso presentado y coincidiendo con Castán y cols. (3), se obtienen resultados similares con dieta absoluta, fluidoterapia y tratamiento sintomático. La individualización de cada paciente según su evolución clínica determinará la necesidad de instauración de tratamiento antiparasitario y/o cirugía. Asimismo, coincidi-

mos con Jiménez-Sáenz y cols. (5) dado el crecimiento exponencial en la incidencia de esta patología en nuestro país, en la necesidad de mayor control por parte de las autoridades y en la realización de campañas de prevención a profesionales y usuarios para frenarlo.

A. Ponferrada, A. Matilla, G. M. Borrego, I. Beceiro,  
O. Núñez, M. Lamónaca<sup>1</sup> y G. Clemente

*Servicio Aparato Digestivo. Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón. <sup>1</sup>Médico de Atención Primaria Área 1.  
Madrid*

## Bibliografía

1. Arenal-Vera JJ, Marcos Rodríguez JL, Borrego Pindado MH, Bowakin Did W, Castro Lorenzo J, Blanco Álvarez JI. Anisakiasis como causa de apendicitis aguda y cuadro reumatológico: primer caso en la literatura médica. *Rev Esp Enferm Dig* 1991; 79: 355-8.
2. López D, Ramírez LM, del Rosal R, López F, Fernández-Crehuet R, Miño G. Anisakiasis en España: una enfermedad creciente. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23: 307-11.
3. Castán B, Borda F, Iñarrairaegui M, Pastor G, Vila J, Zozaya JM. Anisakiasis digestiva: clínica y diagnóstico según la localización. *Rev Esp Enferm Dig* 2002; 94: 463-7.
4. Del Olmo Escribano M, Cozar Ibáñez A, Martínez de la Victoria JM, Ureña Tirao C. Anisakiasis a nivel ileal. *Rev Esp Enferm Dig* 1998; 90: 120-3.
5. Jiménez-Sáenz M, Torres Gómez J, Hernández-Durán M, López-Pérez J, Herrerías-Gutiérrez JM. ¿Es la anisakiasis intestinal una infestación frecuente? *Rev Esp Enferm Dig* 2003; 95: 239-41.