

Su di un caso di anisachiasi con perforazione del cieco

P. DE NICOLA, L. NAPOLITANO, N. DI BARTOLOMEO, M. WAKU, P. INNOCENTI

RIASSUNTO: Su di un caso di anisachiasi con perforazione del cieco.

P. DE NICOLA, L. NAPOLITANO, N. DI BARTOLOMEO,
M. WAKU, P. INNOCENTI

Viene presentato un caso di anisachiasi del cieco riscontrato nella nostra area.

*Il paziente si è presentato con una sintomatologia da appendicopatia acuta ed è stato sottoposto a laparotomia che ha mostrato una massa di 5 cm, ulcerata, retrociecale. È stata praticata una resezione ileocolica. L'esame istologico ha mostrato la presenza di un'ulcera perforata del cieco con consensuale peritonite saccata ed al centro della lesione una larva di *Anisakis simplex*. Il paziente è stato dimesso in VI giornata senza complicanze ed è attualmente asintomatico e in buone condizioni generali. Ha successivamente riferito di aver mangiato delle alici crude alcuni giorni prima del ricovero.*

SUMMARY: Anisakiasis presenting as perforated ulcer of the cecum.

P. DE NICOLA, L. NAPOLITANO, N. DI BARTOLOMEO,
M. WAKU, P. INNOCENTI

A case of cecal anisakiasis is presented.

*Symptoms were compatible with appendicitis. The patient was operated and a perforated ulcer of the cecum was found. Ileocolic resection was performed. The histologic result showed the presence of *Anisakis simplex* larva in the muscle tunica of the cecum. The patient was discharged the fifth day without complications. At present he is asymptomatic. He had eaten uncooked anchovies some days before the onset of the disease.*

KEY WORDS: Anisachiasi - Tumore del colon - Chirurgia.
Anisakiasis - Colon tumor - Surgery.

Premessa

L'*Anisakis simplex* è un parassita appartenente alla classe dei nematodi. L'uomo si infetta per l'ingestione di pesce contaminato marinato, crudo, affumicato o non cotto in modo appropriato. Generalmente la larva penetra nella parete dello stomaco o dell'intestino provocando una reazione granulomatosa locale (3).

L'anisachiasi è comune in Giappone, dove vengono descritti 2000 casi ogni anno. In Europa il tasso di infestazione è molto più basso (3,5%), ma costituisce un problema di salute pubblica soprattutto in Spagna (5). In Italia pochi casi sono stati documentati fino ad ora (1, 4, 9, 12, 13).

Riportiamo un caso di anisachiasi del cieco recentemente diagnosticato nella nostra area.

Caso clinico

Un uomo di 40 anni, consumatore non abituale di pesce crudo, giunge alla nostra osservazione per la comparsa da alcuni giorni di dolori addominali di tipo colico, nausea e febbre trattati con antibiotici e antispastici con scarso successo.

Gli esami ematochimici non evidenziano neutrofilia, ma l'obiettivo addominale mostra un intenso dolore in fossa iliaca destra. Il paziente è sottoposto a laparotomia per sospetta appendicite acuta.

L'esplorazione della cavità addominale mostra una massa retrociecale ulcerata, dura alla palpazione, di circa 5 cm. Viene eseguito un esame estemporaneo che dimostra solamente una lesione di tipo infiammatorio. Il paziente viene sottoposto ad una resezione ileocolica. L'esame istologico definitivo mostra un'ulcera perforata del cieco con consensuale peritonite saccata. Il tratto ileale è normale e non ci sono segni di appendicite. L'esame microscopico rivela tessuto infiammatorio caratterizzato dalla presenza di granulociti eosinofili di *Anisakis simplex* nella tonaca muscolo-adiposa della parete intestinale (Fig. 1).

Il paziente successivamente riferisce di aver mangiato delle alici crude alcuni giorni prima. Il dolore improvviso comparso durante la notte è imputabile alla perforazione dell'ulcera. L'assenza di leucocitosi può essere correlata alla terapia antibiotica effettuata per 4 giorni. L'eosinofilia modesta può essere giustificata dalla presenza della larva.

Il decorso postoperatorio è privo di complicanze. Il paziente viene dimesso dopo 6 giorni. Attualmente è in buone condizioni generali.

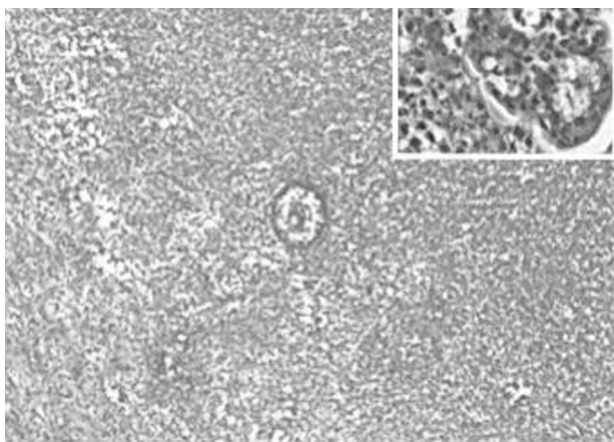


Fig. 1 - Parete intestinale con infiltrato flogistico prevalentemente costituito. Al centro si osserva una sezione di *Anisakis* e nell'inserito si apprezza la parete del verme.

Discussione

Il ciclo vitale dell'*Anisakis* si svolge in ambiente marino. I nematodi adulti risiedono nell'intestino dei cetacei e dei pinnipedi; le loro uova vengono espulse con le feci nel mare, dove il loro sviluppo dà origine alle larve che vengono ingerite da piccoli crostacei (primo ospite intermedio), che a loro volta vengono mangiati da piccoli pesci o da crostacei di maggiori dimensioni (secondo ospite intermedio). Infine pesci più grandi, quali alici, merluzzi, tonni, aringhe, e il nutrino dei piccoli pesci contaminati, mentre le larve del parassita raggiungono le dimensioni di 2-3 cm (stadio LIII).

L'uomo diventa ospite occasionale mangiando pesce crudo o poco cotto contaminato dalle larve allo stadio LIII (4). Le larve possono essere espulse con il vomito e con le feci o possono penetrare nella parete dell'intestino dove muoiono in pochi minuti. Tuttavia larve ancora vive possono essere estratte alcune ore o giorni dopo l'infestazione. In alcuni casi esse possono persistere per settimane o mesi nell'ospite umano. Successivamente il parassita è circondato da una reazione granulomatosa locale. Perforazioni e fenomeni occlusivi sono stati osservati per la formazione di granulomi voluminosi (10).

I segni e i sintomi presentati dai pazienti con anisachiasi sono variabili e dipendono dalla localizzazione del nematode e dalla cronicità della infezione. Circa i 2/3 dei pazienti con anisachiasi hanno lesioni gastriche che possono esordire in maniera acuta o cronica. L'anisachiasi acuta si sviluppa 12 ore dopo aver ingerito pesce contaminato e i segni e i sintomi sono determinati dalla ulcerazione acuta prodotta. Invece, l'anisachiasi cronica dello stomaco è virtualmente impossibile da diagnosticare perché i segni e i sintomi mimano un'ulcera peptica, una gastrite cronica o un carcinoma gastrico. Nella anisachiasi del pic-

colo intestino i sintomi clinici mimano quelli dell'appendicite o dell'enterite regionale. Pertanto i pazienti con anisachiasi del piccolo intestino vengono sottoposti spesso a laparotomia esplorativa senza una precisa diagnosi pre-operatoria (3, 6, 13). L'anisachiasi del colon rappresenta lo 0,1-0,9 % dei casi di anisachiasi gastrointestinale (ad oggi, 30 casi sono stati riportati in letteratura) (7, 9, 14). La parte del colon più spesso interessata è il tratto ascendente. La perforazione della parete intestinale e la penetrazione della larva vivente nella cavità peritoneale determinano ovviamente la localizzazione extraintestinale del parassita (1). La diagnosi differenziale va posta con le ulcere benigne del colon, con il morbo di Crohn, con l'appendicite e con i tumori del colon.

La diagnosi di anisachiasi è confermata dall'esame istologico del tessuto. La lesione caratteristica è un granuloma circostante la larva. Gli esami ematochimici generali sono usualmente normali e i pazienti presentano raramente neutrofilia o un incremento delle IgE sieriche. Possono essere d'aiuto nella diagnosi esami immunologici specifici (CAP IgE FEIA, IgE immuno blotting, UA3-ELISA, PCR), ma essi non sono disponibili in tutti i centri e inoltre alcuni sono ancora di limitata validità a causa della cross-reattività con altri comuni parassiti (2-8). Attualmente il test immunologico più affidabile sembra essere lo UA3-ELISA (8).

L'utilizzo del clisma opaco, della colonscopia e dell'ultrasonografia (US) è ampiamente descritto in letteratura. Il clisma a doppio contrasto, eseguito 2, 4 giorni dopo l'insorgere dei sintomi, può mostrare restringimento del lume del colon ed immagini a impronta di pollice (10). L'US ad alta risoluzione può mostrare presenza di versamento associato a restringimento del lume delle anse intestinali e decremento della peristalsi (15). Tuttavia tali esami non permettono in genere una chiara diagnosi differenziale. La colonscopia può consentire la diagnosi di anisachiasi del colon e, se la storia clinica e la sintomatologia obiettiva suggeriscono una parassitosi, il trattamento colonscopico può evitare il trattamento chirurgico (16).

Il caso riportato conferma la difficoltà di una diagnosi preoperatoria che diviene ancora più problematica quando sussiste la necessità di un intervento di urgenza. Gli esami ematochimici e radiologici eseguiti in caso di addome acuto non consentono la diagnosi prima dell'intervento e spesso, come nel nostro caso, anche l'esame istologico estemporaneo orienta solamente verso un processo flogistico aspecifico. Solo l'esame istologico definitivo permette la diagnosi corretta.

Una anamnesi accurata mirata a verificare l'eventualità di una pregressa ingestione di pesce crudo o

poco cotto, può indirizzare verso specifici esami ematochimici ed endoscopici che possono condurre alla diagnosi. È evidente però come ciò sia ben difficilmente realizzabile in condizioni di urgenza come nel caso venuto alla nostra osservazione.

Conclusioni

I casi di anisachiasi in Italia sono limitati, ma in costante aumento. La localizzazione dell'anisachiasi nel cieco è stata descritta in letteratura, ma non risulta essere frequente. Il nostro appare il primo caso di ulcera perforata del cieco da anisachiasi, almeno in Italia.

Bibliografia

1. Cancrini G, Magro G, Giannone G: First case of extra-gastrointestinal anisakiasis in a human diagnosed in Italy] *Parassitologia* 1997; 39(1):13-7
2. D'Amelio S, Mathiopoulou KD, Brandonisio O, Lucarelli G, Doronzo F, Paggi L. Diagnosis of a case of gastric anisakidosis by PCR-based restriction fragment length polymorphism analysis. *Parassitologia* 1999; 41(4):591-3.
3. Dooley R J, Neafie RC: Anisakiasis. In: Binford C H and Connor D H. Pathology of Tropical and extraordinary disease vol II. Washington: Armed Forces Institute of Pathology 1976. pp. 475-481.
4. Gidaro GS, Gidaro S, Mazzarulli F, Bisconti L, Brizzi F, Dragani G, Vietri F. Le occlusioni intestinali da localizzazione ileale della larva di *Anisakis Simplex*. 06° Congr Naz Soc It Chirurgia, Roma 17-20 ottobre 2004; pp. 235-244
5. Ishikura H, Kikuchi K, Nagasawa T. Anisakidae and Anisakidosis. In: Progress in clinical parasitology. Sun T, editor II, New York: Springer-Verlag 1993; pp. 43-102
6. Kark AE, McAlpine JC. Anisakiasis ("herring worm disease") as a cause of acute abdominal crisis. *Br J Clin Pract* 1994; 48(4):216-7.
7. Kanisawa Y, Kawamishi N, Hisai H, Araya H: Colonic anisakiasis: an unusual cause of intussusception. *Endoscopy* 2000; 32(9):S55.
8. Lorenzo S, Iglesias R, Leiro J, Ubeira FM, Ansotegui I, García M, Fernández de Corres L: Usefulness of currently available methods for the diagnosis of *Anisakis simplex* allergy. *Allergy* 2000; 55(7):627-33.
9. Maggi E, Caputi-Lambrenghi O, Scardigno A, Scoppetta L, Saracino A, Valente M, Pastore G, Angarano G. Gastrointestinal infection due to *Anisakis simplex* in southern Italy. *Eur J Epidemiol* 2000; 16(1):75-8.
10. Matsumoto T, Iida M, Kimura Y, Tanaka K, Kitada T, Shirahama M: Anisakiasis of the colon: radiologic and endoscopic features in six patients. *Radiology*. 1992; 183(1):97-9.
11. Minamoto T, Sawaguchi K, Ogino T, Mai M. Anisakiasis of the colon: report of two cases with emphasis on the diagnostic and therapeutic value of colonoscopy. *Endoscopy* 1991; 23(1):50-2.
12. Moschella CM, Mattiucci S, Mingazzini P, De Angelis G, Assenza M, Lombardo F, Monaco S, Paggi L, Modini C. Intestinal anisakiasis in Italy: case report. *J Helminthol* 2004; 78(3):271-3.
13. Pampiglione S, Rivasi F, Criscuolo M, De Benedittis A, Gentile A, Russo S, Testini M, Villan M. Human anisakiasis in Italy: a report of eleven new cases. *Pathol Res Pract* 2002; 198(6):429-34.
14. Shirahama M, Koga T, Uchida S, Miyamoto Y, Ohta Y, Ishibashi H. Colonic anisakiasis simulating carcinoma of the colon. *AJR Am J Roentgenol* 1990;155(4):895
15. Shirahama M, Koga T, Ishibashi H, Uchida S, Ohta Y, Shimoda Y. Intestinal anisakiasis: US in diagnosis. *Radiology*. 1992; 185(3):789-93.
16. Yoshikawa I, Murata I, Kanagawa K, Otsuki M. A case of asymptomatic colonic anisakiasis revealed by chance and treated by colonoscopy *Nippon Shokakibyō Gakkai Zasshi*. 1996; 93(11):837-40.