

377/59 - ESCOMBROIDOSIS: CAUSA FRECUENTE DE INTOXICACIÓN ALIMENTARIA MÚLTIPLE

E. Tobal Vicente¹, C. Pérez Vázquez², L. Alvarado Machón³, Á. Lafont Alcalde⁴, M. Ordóñez Sánchez⁴, J. Polo Benito², D. García Moreno⁵, J. Morais García⁶.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años médico de profesión, sin antecedentes de interés, que una hora después de cenar durante una guardia del SUAP comienza a presentar un cuadro de eritema y prurito facial intenso, náuseas con vómitos alimenticios y malestar general (MG). A los 20 minutos dos compañeros que también se encontraban de guardia comienzan con cuadro similar de eritema generalizado con predominio en cara y cuello y MG. La evolución de los tres sanitarios fue diferente. En el primero la clínica fue autolimitada y cedió a las pocas horas. En el segundo se asoció también una cefalea frontal intensa que cedió a las 24 horas. El último en desarrollar el cuadro clínico cutáneo requirió ingreso hospitalario debido al desarrollo posterior de una crisis asmática. Tras la anamnesis se llegó al único nexo en común que fue el consumo de atún fresco en la cena de la guardia puesto que el resto de profesionales que consumieron carne no presentaron sintomatología alguna.

Exploración y pruebas complementarias: 1º paciente: TA: 118/72 mmHg, FC: 110 lpm, afebril, MG. Rash eritemato-urticariforme en región facial autolimitado. Sin otra clínica asociada. 2º Paciente: TA: 120/85 mmHg, FC 97 lpm, afebril. Erupción eritematosa generalizada con predominio en cara, cuello y pabellones auriculares. Exploración neurológica normal. Resto sin alteraciones. 3º Paciente: TA: 100/68 mmHg, FC: 130 lpm, Sat 02: 91%, palidez de piel y mucosas, sudorosa, taquipneica en reposo, MG; AC: RsCsRs a 90 lpm; AP: MV disminuido, sibilancias abundantes en ambos campos pulmonares.

Juicio clínico: Intoxicación histamínica o escombroidosis.

Diagnóstico diferencial: Reacción alérgica al pescado; Toxiinfección por enterotoxina estafilocócica; Infarto Agudo de Miocardio.

Comentario final: La escombroidosis o intoxicación histamínica es una causa frecuente de toxiinfección alimentaria a nivel mundial, muy probablemente infradiagnosticada, que se debe a la ingesta de pescado azul contaminado con bacterias que inducen la formación de grandes cantidades de histamina. Clínicamente se manifiesta sobre todo a nivel cutáneo. Aunque suele tener un curso autolimitado y benigno, pueden existir casos de compromiso vascular, broncoespasmo y arritmias. Sin duda lo más importante es su prevención, puesto que ni cocinar, congelar o enlatar el pescado evita estas reacciones una vez formada la histamina. El

tratamiento se basa en la administración de antihistamínicos orales durante 1-2 días.

Bibliografía

Guergué-Díaz O, Barrutia-Borque A. Escombroidosis: abordaje práctico; *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2016; 107(7):567-571.

Gargantilla P, Arroyo N, Montero J, Montero G. Escombroidosis: causa frecuente de intoxicación alimentaria; *SEMERGEN Medicina de Familia* 2016; 42 (5): 353.