

CARTA AL DIRECTOR

Consideraciones a la escombroidosis



Reflections on scombroid fish poisoning

Sr. Director:

En relación con el interesante caso publicado en SEMergen, titulado «Escombroidosis: causa frecuente de intoxicación alimentaria»¹, por Gargantilla P, Arroyo N, Montero J y Montero G, queremos añadir una serie de comentarios.

El caso clínico que se presenta expone la existencia de un síndrome rápidamente progresivo que afecta a piel y/o mucosas, tras la exposición a un alérgeno potencial para ese paciente. La escombroidosis es habitualmente un cuadro con buena evolución, pero se han descrito casos con compromiso cardiovascular e hipotensión severa².

En este sentido y tomando como referencia la guía³ de actuación en anafilaxia, echamos en falta la determinación de las cifras de presión arterial en la paciente descrita, ya que *a priori*, el cuadro clínico podría confundirse con dicha enfermedad. Recordemos que el segundo criterio clínico del diagnóstico de anafilaxia de la citada guía hace referencia a un cuadro clínico de aparición rápida (de minutos a algunas horas), de 2 o más de los siguientes síntomas tras la exposición a un alérgeno potencial: *a)* afectación de piel y/o mucosas, *b)* compromiso respiratorio, *c)* disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica y *d)* síntomas gastrointestinales persistentes.

Aunque el diagnóstico de la escombroidosis es clínico, interesaría conocer si se planteó el diagnóstico diferencial con procesos debidos al *Anisakis* o con una verdadera alergia al pescado⁴. En el primer caso, la ingesta de pescado crudo o poco cocinado de pescados parasitados por este nematodo podrían provocar manifestaciones clínicas de anafilaxia, superponibles a la clínica de la paciente del caso

descrito, y el *prick-test* positivo junto con la demostración de IgE específica frente a antígenos de *Anisakis* sería diagnóstica. En el caso de tratarse de una reacción IgE mediada a pescados, el estudio alergológico, además de los test cutáneos y la determinación de IgE específica, podría complementarse con una prueba de exposición oral controlada en los casos no concluyentes.

En resumen, pensamos que la guía clínica señalada³ puede ayudar a los médicos de atención primaria en el diagnóstico diferencial de enfermedades con semiología similar, con la intención de reducir la demora diagnóstica y mejorar el enfoque terapéutico inicial.

Bibliografía

1. Gargantilla P, Arroyo N, Montero J, Montero G. Escombroidosis: causa frecuente de intoxicación alimentaria. *Semergen*. 2016;42:353.
2. Tursi A, Modeo ME, Cascella AM, Cuccorese G, Spinazzola AM, Miglietta A. Scombroid syndrome with severe and prolonged cardiovascular involvement. *Recenti Prog Med*. 2001;92:537-9.
3. Cardona Dahl V, Grupo de trabajo de la Guía GALAXIA de actuación en anafilaxia. Guía de actuación en anafilaxia. *Med Clin*. 2011;136:349-55.
4. Hijano Baola A, Carreño Freire P, Estévez Muñoz JC, García de la Rasilla Cooper C. Sospecha de escombroidosis. *Semergen*. 2005;31:329-30.

J. Reyes Balaguer^{a,*}, A. Díez Gandía^b y P. Villalonga Dobón^b

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, Valencia, España

^b Medicina de Familia, Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: galimaster@gmail.com

(J. Reyes Balaguer).