

## CASO CLÍNICO

---

### ¿Alergia o intoxicación alimentaria? A propósito de un caso de escombroidosis.

---

Javier Ramírez-Gil<sup>1</sup>, Jorge José Guijarro-Esclapez<sup>2</sup>.

1. Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centre de Salut Altabix, Elx.
2. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de residentes. Centre de Salut Altabix, Elx.

Correspondencia: Dr. Javier Ramírez Gil, javier.ramirez02@graduado.umh.es  
Calle Vicent Andrés Estellés s/n, CP 03202, Elx, Alacant.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno en la realización del presente estudio.

Citar como: Ramírez Gil J, Guijarro Esclapez JJ. *¿Alergia o intoxicación alimentaria? A propósito de un caso de escombroidosis.* fml. 2018; 22(2):5p

Palabras clave (MeSH): Foodborne diseases, Fish diseases, Marine toxins.

---

### Resumen

La escombroidosis es una intoxicación alimentaria que puede producirse por la ingesta, entre otros, de pescados como atún, bonito y caballa, en los que en condiciones inadecuadas de conservación se pueden llegar a acumular cantidades significativas de histamina.

Es considerada una entidad infradiagnosticada, al tratarse de una histaminosis que mimetiza clínicamente una reacción de hipersensibilidad mediada por inmunoglobulina E (IgE), por lo que sus síntomas se suelen atribuir erróneamente a una reacción alérgica tras el consumo de pescado.

Aunque su tratamiento inmediato no difiere significativamente, la sospecha clínica y una correcta clasificación diagnóstica permite al paciente no tener que privarse a largo plazo de consumir estos alimentos, de sus propiedades y beneficios potenciales. En su prevención es clave el mantenimiento de la cadena del frío hasta el consumo doméstico.

## Introducción

La escombroidosis es un cuadro de intoxicación alimentaria producido por la ingesta de pescado con elevadas concentraciones de histamina. Es más frecuente en países y regiones en vías de desarrollo, donde la producción, conservación y distribución de alimentos se realizan sin controles exhaustivos ni trazabilidad, pero también está presente en nuestro medio, donde cobra especial importancia en el ámbito doméstico. Su incidencia varía de forma importante (depende de la dieta, cuestiones geográficas, económicas, etcétera), estimándose de 2 a 5 casos por millón de habitantes anualmente en Francia, Dinamarca o Finlandia, a 31 por millón en Hawaii. Sin embargo, se la considera una entidad infradiagnosticada<sup>1</sup>.

Las especies que habitualmente la causan pertenecen a la familia de los escómbridos (*scombridae*), incluyendo el atún, el bonito y la caballa. También se ha descrito la intoxicación por histamina relacionada con otros pescados, como la sardina, la anchoa, la trucha y el arenque, así como en algunos tipos de queso y vino. Todos estos productos se caracterizan por su elevado contenido en L-histidina, que como resultado de una inadecuada refrigeración puede metabolizarse a histamina y derivados (fosfato y clorhidrato de histamina), sustancias vasoactivas que son responsables de la clínica. La proliferación de bacterias productoras de enzimas que descarboxilan este aminoácido en el alimento en cuestión son los agentes causales del cuadro (*E. Coli*, *Vibrio*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Clostridium*). En condiciones normales, el pescado fresco contiene aproximadamente 1 mg de histamina por cada 100 g, mientras que los peces afectados se pueden cuantificar más de 20 mg por cada 100 g. De acuerdo con la *Food and Drug Administration* (FDA), niveles superiores a

50 mg por cada 100 g resultan peligrosos para la salud. Estos niveles pueden llegar a alcanzarse en cortos lapsos de tiempo, entre 2 y 4 horas si el producto permanece a temperatura ambiente. El pescado contaminado puede aparentar fresco, con aspecto, color y textura normales, aunque en algunos casos posee un sabor picante o metálico, característico a la ingesta.

En no pocas ocasiones, la similitud clínica de este cuadro de intoxicación con una reacción alérgica a alimentos mediada por inmunoglobulina E (IgE) o anafilatoide hace que sean asumidos o diagnosticados como un alergia alimentaria, aunque en realidad el paciente no padece hipersensibilidad, sino que se trata de una intoxicación y la responsable de la sintomatología es histamina exógena, no endógena por degranulación de mastocitos.

Generalmente los primeros síntomas comienzan entre 15 y 90 minutos tras la ingesta de pescado contaminado, teniendo una duración de entre 12 y 48 horas, siendo éstos proporcionales a la cantidad ingerida. Aunque en la mayoría de casos se trata de intoxicaciones histamínicas leves, que no entrañan riesgo vital, se han descrito algunos casos de compromiso de la vía aérea (hiperreactividad bronquial, broncoespasmo) y del sistema cardiovascular (hipotensión, shock distributivo). La posibilidad de complicaciones cobra importancia en pacientes con patología cardiovascular o respiratoria de base, ancianos, o en tratamiento con fármacos que bloquean la histaminasa endógena (enzima diamino oxidasa, como son la isoniazida, amitriptilina o metamizol)<sup>2</sup>.

El interés de su correcta identificación y filiación radica en que en muchos casos este mal etiquetaje diagnóstico induce a los pacientes a realizar terapia de

evitación del pescado, restringiendo, por iniciativa propia o bien por indicación médica, el consumo de estos alimentos a largo plazo. Ello les priva de forma innecesaria de la posibilidad de beneficiarse de sus propiedades y nutrientes (ácidos grasos insaturados, vitaminas liposolubles, oligoelementos, etcétera).

### Descripción del caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 42 años, fumadora, sin alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas, ni antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias refiriendo cuadro de 60 minutos de evolución consistente en una erupción cutánea en la parte anterior del tórax, enrojecimiento facial, palpitations, cefalea, así como tres deposiciones líquidas, sin productos patológicos. La paciente refería intensa sensación de calor asociada. No había presentado disnea, ni tampoco dolor torácico, abdominal, náuseas o vómitos. En la anamnesis, la paciente refería haber ingerido atún en la cena, que había adquirido fresco hacía 5 días y había conservado en frigorífico. La paciente refería que el alimento se encontraba en buen estado y lo consumía de forma habitual, negando al reinterrogar antecedentes alérgicos.

A la exploración, la paciente se encontraba afebril y normotensa, eupneica, siendo la saturación de oxígeno del 99% en pulsioximetría. Presentaba un eritema no habonoso que palidecía a la presión en hemitórax anterior y cuello, así como *flushing* facial. No presentaba signos meníngeos ni petequias, así como tampoco hiperemia conjuntival. A la auscultación cardíaca presentaba taquicardia rítmica a unos 120 lpm. A la auscultación pulmonar presentaba buena

ventilación en ambos hemitórax, con murmullo vesicular conservado, sin sibilancias u otros ruidos sobreañadidos. A la exploración orofaríngea no se objetivó edema de úvula, lingual u otras alteraciones.

La analítica sanguínea de urgencia no reveló eosinofilia u otras alteraciones de interés. El electrocardiograma mostró como único hallazgo una taquicardia sinusal.

### Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe establecerse con una reacción de hipersensibilidad al atún, debiéndose descartar una verdadera sensibilización a éste y otros mariscos, moluscos, etcétera, teniendo en especialmente en cuenta al anisakis (por su incidencia en pescados crudos, mal conservados o preparados). Asimismo, deben tenerse presentes las intoxicaciones alimentarias, como la inducida por enterotoxinas de *S. Aureus* (la intoxicación alimentaria más frecuente en términos generales), así como las más frecuentemente relacionadas con productos pesqueros (mediadas o no por toxinas), causadas por *Salmonella*, *Clostridium* (habitual en conservas), *Campylobacter*, *Shigella*, *Vibrio*, etcétera, así como norovirus y parásitos. Cabe citar, aunque negaba la ingesta de otros tipos de pescado, las intoxicaciones por ciguetera (ciguatoxina) y pez globo (tetrodotoxina) al estar relacionadas con pescado, por su potencial gravedad.

Por la sintomatología presentada, entre otros cuadros clínicos, deben considerarse las taquiarritmias, así como con los múltiples cuadros que cursan con *flushing* facial, especialmente los más frecuentes, urgentes o secundarios a entidades graves (fiebre, alcoholismo, anafilaxia,

mastocitosis, feocromocitoma, síndrome carcinoide, etcétera). Asimismo, si se presentan, deben considerarse causas de dolor abdominal y/o torácico.

Una reacción alérgica puede mimetizar una escombroidosis. Sin embargo, el hallazgo de esta sintomatología en un paciente consumidor habitual, debe hacer sospechar su diagnóstico. Éste es clínico y se puede basar en el hallazgo de la rápida aparición de síntomas compatibles tras la ingesta de productos compatibles, siendo la clínica más frecuente el *flushing* facial, el *rash* cutáneo, la cefalea y la diarrea sin productos patológicos (otros síntomas comunes son dolor abdominal, náuseas y vómitos, quemazón perioral, mareo y visión borrosa; de forma infrecuente, broncoespasmo, hipotensión, arritmias e incluso dolor torácico). Refuerzan el diagnóstico la presencia de síntomas similares en otras personas que hayan consumido el mismo producto y la respuesta a la administración de antihistamínicos.

El diagnóstico de confirmación sería la determinación de los niveles de histamina en el producto implicado. A nivel de laboratorio, sería posible determinar niveles de histamina en sangre u orina de los pacientes con sospecha clínica, así como pruebas intraepidérmicas en presencia de sintomatología.

Cabe hacer referencia a otros cuadros relacionados con la ingesta de histamina exógena, como la histaminosis enteral (producida al inducir la inhibición, habitualmente farmacológica, de la histaminasa a nivel enteral, situación en la que se puede considerar que existe una intolerancia a alimentos ricos en esta amina, aunque se encuentre en niveles no considerados patológicos, como quesos fermentados, escabeches, etcétera). En pacientes que presenten síntomas similares de forma continuada o larvada

deben estudiarse entidades relacionadas con la liberación endógena de histamina, tanto alergias alimentarias como la posibilidad de histaminosis alimentaria no alérgica<sup>3</sup>.

## Discusión

La sospecha inicial fue una escombroidosis, por el antecedente de la ingesta, la deficiente conservación del alimento, y la ausencia de historia personal de hipersensibilidad al atún u otras alergias.

En este caso, ante la sospecha de intoxicación histamínica leve, la paciente fue tratada con una dosis de dexclorfeniramina 5 mg y metilprednisolona 40 mg intramusculares, con remisión completa de la clínica en aproximadamente 30 minutos. La paciente fue dada de alta con una pauta de ebastina 20 mg cada 24 horas durante 7 días, permaneciendo asintomática posteriormente. Fue remitida a consultas externas del servicio alergología, donde se le practicaron pruebas intraepidérmicas diferidas (*prick test*) que resultaron negativas, descartándose sensibilización al atún y otros alérgenos relacionados.

La evidencia científica disponible recomienda, en casos leves, el tratamiento con antihistamínicos antiH1 (de primera o segunda generación). Su mantenimiento durante los días posteriores parece razonable para prevenir la recurrencia de síntomas causada por la continua absorción de la toxina en el tracto gastrointestinal. La mayoría de intoxicaciones de este tipo son leves y ceden incluso sin tratamiento médico sin dejar secuelas; en casos moderados o graves, pueden ser subsidiarias de corticoides, broncodilatadores inhalados, adrenalina y medidas de soporte vital<sup>4</sup>.

Una vez se encuentra en el producto, la histamina no se puede eliminar con la cocción, al no ser termolábil. Por tanto, la medida más efectiva para su prevención es evitar su aparición manteniéndolo a temperaturas inferiores a 0°C. Como medidas generales, todo alimento se debe manipular de forma higiénica y se debe evitar su consumo si existen dudas sobre las medidas en que ha sido conservado. Aunque es más frecuente en productos frescos, también puede ocurrir en conservados, por lo que éstos deben consumirse inmediatamente después de ser desenvasados. En casos que se extralimitan del ámbito domiciliario, la escombroidosis constituye una intoxicación alimentaria que debe notificarse a los servicios de salud pública<sup>5</sup>.

## **Bibliografía**

1. Rego I, Rodríguez M. ¿Escombroidosis?. Cad Aten Primaria. 2013; 19: 199-200.
2. Guergué-Díaz O, Barrutia-Borgue A, Gardezabal-García J. Scombroid poisoning: a practical approach. Actas Dermosifiliogr. 2016; 107 (7) 567-71.
3. Feng C, Teuber S, Gershwin ME. Histamine (scombroid) fish poisoning: a comprehensive review. Clin Rev Allergy Immunol. 2016; 50: 64.
4. Vickers J, Safai B. Scombroid poisoning. N Engl J Med. 2013; 368: e31.
5. Marcus EN. Scombroid (histamine) poisoning. [Monografía en internet]. Waltham (MA): Uptodate, 2017 [acceso 31 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.