



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 264/101 - ¡DOCTOR@! ESTÁ ERUPCIÓN EN LA PIEL ¿A QUÉ ES DEBIDO?

S. Pueyos Rodríguez<sup>a</sup>, M. Arenas Puga<sup>b</sup>, L. Lozano Romero<sup>c</sup>, J. Montero López<sup>c</sup>, J. Jurado Ordóñez<sup>c</sup> y M. Borge Hierro<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Motril-Centro. Granada. <sup>b</sup>Médico Adjunto. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada. <sup>d</sup>Médico de Familia. Motril Centro. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 35 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, acude a nuestra consulta de Atención Primaria por cuadro de prurito generalizado y lesiones cutáneas que precisaron dosis altas de corticoides y antihistamínicos para su resolución. Dos semanas más tarde vuelve a reproducirse idéntica sintomatología. Rehistoriando a la paciente destaca haberse aficionado al consumo de pescado poco cocinado.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Tensión arterial 95/65. Frecuencia cardíaca 95, saturación oxígeno 97%. T<sup>a</sup> 36,3 °C. A la inspección presentaba lesiones habonosas confluyentes generalizadas que blanquean a la digitopresión. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos no soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, no doloroso sin organomegalias. Exploración neurológica: normal. Faringe normal sin edema de úvula. Solicito analítica destaca leucocitosis con incremento de neutrófilos y eosinófilos, bioquímica con valores normales. Determinación de inmunoglobulina E (IgE) total y específica con valores elevados muy positivos. El test cutáneo realizado frente a diversos alimentos (lácteos, pescados y frutos secos) resultó negativo, siendo positivo para Anisakis, aunque es una prueba muy orientadora, no distingue entre los verdaderos positivos y resultados falsos positivos por reacciones cruzadas con otros parásitos. Se gestionó la realización de endoscopia digestiva alta y colonoscopia sin observar hallazgos patológicos reseñables, no visualizándose parásitos en las mismas ni en coprocultivo.

**Juicio clínico:** Alergia a Anisakis.

**Diagnóstico diferencial:** Valorar entre posibles diagnósticos: el eritema polimorfo, la urticaria vasculitis, la dermatitis herpetiforme y erupción polimorfa solar, tienen una presentación similar a la urticaria.

**Comentario final:** Ante un paciente con urticaria debemos de establecer una clasificación etiológica dividiendo en dos grandes grupos: los que presentan un mecanismo inmunológico basado en reacción de hipersensibilidad mediada por Ig E (alimentos, fármacos, infecciones parasitarias,...), los que no están mediados por mecanismo inmunológico (incluyendo factores que producen desgranulación directa de mastocitos, urticarias físicas,...) sin minimizar la importancia de la etiología idiopática ante el gran número de ocasiones que no es posible identificar agente

desencadenante. Los cuadros clínicos asociados al anisakis se dividen en dos grupos: los que únicamente cursan con síntomas digestivos por la parasitación (anisakiasis) y aquellos en los que se desarrollan manifestaciones cutáneas o síntomas generales de una reacción alérgica; manifestándose con urticaria, angioedema o anafilaxia inmediatamente posterior a la ingesta de pescado infectado, aunque a veces la ingestión se produce en horas previas a la reacción complicando el diagnóstico, mostrando aumento de IgE específica y test cutáneos positivos. El tratamiento de las manifestaciones cutáneas y/o anafilácticas por alergia a anisakis se tratarán de igual modo a una reacción anafiláctica secundaria a cualquier otra causa. La actitud ante la parasitación por anisakis debe ser conservadora, en algunos casos la extracción de la larva por endoscopia también puede ser importante en la resolución de la reacción alérgica.

## **Bibliografía**

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012.
2. Anisakiasis en España; una enfermedad creciente. Revisión Gastroenterol Hepatol. 2013;23:307-11.
3. Woscoff A, Kaminsky A, Marini M. Dermatología en Medicina Interna. Buenos Aires. 2003: p. 24-8.