

G. Sánchez López,  
H. Calderón Moreno,  
B. López, J. Castro  
Turrión, C. Casares  
Muñoz, A. Ruiz Higuera

Clínica de Alergia  
Dra. Calderón. Granada.

## Caso clínico

### Angioedema doloroso en un brote epidémico de triquinosis

La triquinosis es una infección producida por el nematodo *Trichinella spiralis*. La mayor parte de los casos de triquinosis que se observan actualmente en España provienen de personas que han consumido carne de jabalí o de cerdo sin previa cocción, procedente de matanzas clandestinas que burlan la vigilancia de las autoridades sanitarias. En el hombre, la enfermedad se adquiere por ingesta de carne con larvas viables del parásito. El diagnóstico se establece por la clínica, epidemiología compatible y la serología de triquinosis. Se presenta un paciente cocinero que acudió a consulta con urticaria y angioedema palpebral doloroso, fiebre y discreta eosinofilia. Por aquella época en la ciudad de origen del paciente, así como en los pueblos de alrededor se había detectado un brote epidémico de triquinosis. Entre los hábitos del paciente cabe destacar que durante la manipulación de carnes y embutidos cárnicos solía probarlas poco cocinadas. Este hábito junto con la serología positiva frente a *Trichinella spiralis* y el despistaje de otras enfermedades que producen signos y síntomas similares, hizo sospechar el diagnóstico de triquinosis. Se remitió al paciente al Departamento de Epidemiología de la ciudad, donde se confirmó el diagnóstico y se trató específicamente con tiabendazol, como el resto de pacientes del brote epidémico. Una revisión alojada a los dos meses evidenció la desaparición del cuadro clínico, así como la negativización de la serología.

**Palabras clave:** Urticaria. Angioedema. Epidemiología. Triquinosis.

### Painful angioedema in the course of an epidemic trichinosis outbreak

The trichinosis is an infection taken place by the nematode *Trichinella spiralis*. Most of the cases of trichinosis that are observed at the moment in Spain comes from people that have consumed boar meat or of pig without previous cooking, coming from secret slaughters that deceive the surveillance of the sanitary authorities. The man's illness is acquired by meat ingesta with viable larvas of the parasite. The diagnosis settles down for the clinic, compatible epidemiology and the trichinosis serologia. A patient cook is presented that goes to consultation with urticaria and angioedema painful palpebral, fever and discreet eosinofilia. For that time in the origin city of the patient, as well as in the towns of surroundings they suffer an epidemic bud of trichinosis. Among the patient's habits it fits to highlight that during the manipulation of meats and meat sausages it usually proves them little cooked. This habit next to the positive serologia in front of *Trichinella spiralis* and the despistaje of other patholo-

Correspondencia:  
Dr. Germán Sánchez López  
Clínica de Alergia Dra. Calderón.  
Dr. Oloriz 2, 2B  
18012 Granada  
E-mail: gsanchezl@supercable.es

gies that produce similar signs and symptoms, makes us suspect that is a case of trichinosis. It is remitted the patient to the Department of Epidemiology of the city, where we confirm the diagnosis and it is treated specifically with tiabendazol, as the rest of patient of the epidemic bud. The revision to the two months, evidences the disappearance of the clinical square, as well as the negativización of the serologia.

**Key words:** Urticaria Angioedema. Epidemiology. Trichinosis.

**L**a triquinosis es una infección producida por el nematodo *Trichinella spiralis*. Se halla distribuida por todo el mundo, y es especialmente frecuente en Europa, Centro América y Norteamérica<sup>1</sup>. En España, la incidencia de triquinosis se ha mantenido estable en los últimos años, con una tasa de morbilidad de entre 0,3 y 0,6 casos por cien mil habitantes. En los últimos meses, en la ciudad de Granada y municipios adyacentes surgió una epidemia, cuyos primeros casos aparecieron el 29 de abril de 2000; el pico máximo de diagnóstico se situó alrededor del 5 de mayo y disminuyó hasta el último caso declarado el 23 de mayo de dicho año (tabla I)<sup>2</sup>. Este brote epidémico se descubrió porque los primeros casos interrogados - todos ellos- habían comprado productos cárnicos o embutidos caseros sin control sanitario, en Granada y municipios periféricos<sup>3</sup>.

## OBSERVACIÓN

Varón de 36 años, cocinero de profesión, con an-

**Tabla I.** Declaración de enfermedades de baja incidencia durante el mes de mayo de 2000 en Granada (mes del brote de triquinosis)

Enfermedad	Casos semanales	Casos acumulados
Leshmaniasis	1	4
Enfermedad Lyme	-	-
Listeriosis	-	-
Parálisis flácida aguda	-	1
Triquinosis	35	35
Paludismo	-	3
Legionelosis	-	-
Meningitis tuberculosa	-	1
Herpes genital	-	2

tecedentes de urticaria aguda que remitió con tratamiento sintomático habitual. Volvió a consulta después de varios meses por presentar nuevos brotes de urticaria generalizada que duraban de 24 a 48 horas y remitían espontáneamente tras varias semanas de evolución, sin síntomas sistémicos asociados ni relación causal aparente. Se realizó estudio alergológico mediante pruebas cutáneas frente a neuroalergenos y alimentos, hemograma, pruebas de función hepática, renal, bioquímica general, radiografía de tórax y senos, complemento, coprocultivo y análisis coproparasitario, anormales y sedimento de orina, IgE total e IgE específica para *Anisakis simplex*, látex, leche y huevo. Todo fue normal excepto un discreto aumento de la urea sérica y la eosinofilia (7,3%, 480 por  $\mu$ l). Se diagnóstico de urticaria-angioedema agudo de etiología desconocida y mejoró discretamente con antihistamínicos.

En una segunda consulta, pocos días después, acudió con fiebre de hasta 40°C, astenia, artromialgias y angioedema periorcular derecho doloroso, por lo que se solicitó una serología de *Trichinella spiralis*, ya que por esas fechas en su ciudad de origen se había producido un brote epidémico. En el estudio oftalmológico se le diagnosticó de uveitis posterior.

Se descartó etiología infecciosa tanto vírica como bacteriana o parasitaria por serología, estudio de heces y clínica. Del mismo modo se descartó que la eosinofilia fuese secundaria a un problema neoplásico, endocrino o por una colagenopatía.

La serología frente a *T. spiralis* (inmunofluorescencia indirecta) fue positiva a un título superior a 1/40 (normal < 1/40).

Al reinterrogar al paciente se comprobó que por su profesión de cocinero había manipulado y consumido carnes provenientes de la zona origen de dicho brote epidémico de triquinosis. Se descubrió que uno de los hábitos del paciente durante la manipulación de embutidos y carnes era probarlos poco cocinados o semicrudos.

No se encontró ningún miembro de la familia o de los compañeros de trabajo, con un cuadro clínico similar al del paciente y tampoco ninguno de los clientes del restaurante.

El paciente fue remitido al Departamento de Epidemiología de enfermedades infecciosas de la ciudad y se trató con tiabendazol durante 5 días, con lo que mejoró su cuadro general así como su proceso de urtica-

ria y angioedema. A los dos meses el título de serología frente a *T. spiralis* fue <1/40, y tanto la fiebre como la eosinofilia y las lesiones habían remitido.

El resto de pacientes afectados por el brote de triquinosis, no tuvieron relación con el cocinero afecto en este caso clínico. El Departamento de Epidemiología de la ciudad recopiló a partir de la anamnesis del resto de pacientes afectos, que la mayor parte vivían en el ámbito rural y solían participar en matanzas caseras. Entre estos pacientes las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las oculares y digestivas y en menor proporción las cutáneas.

## DISCUSIÓN

Se presenta un paciente que acudió a nuestra consulta con un cuadro de urticaria y angioedema de evolución aguda-subaguda y que tras un estudio alérgico según nuestro protocolo diagnóstico para urticaria-angioedema se le catalogó como de etiología desconocida<sup>8</sup>.

En nuestra ciudad en esos meses se detectó un brote epidémico de triquinosis que, como se ha visto en otros estudios epidemiológicos describió una curva con un pico central de aparición de nuevos casos, que fue descendiendo paulatinamente. El paciente que se presenta se situó en este descenso de nuevos casos.

Teniendo en cuenta que el período de incubación es de 4-7 días, los brotes de urticaria que había padecido el paciente en años anteriores puede de alguna forma predisponer, por esta hiperreactividad cutánea, a que la triquinosis se manifieste con síntomas cutáneos y la afectación digestiva pase desapercibida.

La mayor parte de los casos de triquinosis que se observan actualmente en España provienen de personas que han consumido carne de jabalí o de cerdo sin previa cocción, procedente de matanzas clandestinas que burlan la vigilancia de las autoridades sanitarias<sup>4</sup>.

En esta zona existía ya antecedentes de otros brotes de triquinosis que también se registraron por causas similares en 1986 y 1989 en los que se vieron involucrados varios familiares por el consumo de carne de jabalí en un brote y de cerdo en otro (tabla II)<sup>5</sup>.

En el hombre, la enfermedad se adquiere por ingesta de carne con larvas viables del parásito, las cuales son liberadas de sus envueltas en la digestión gástrica y, posteriormente, maduran<sup>6</sup>.

El diagnóstico es fácil de establecer en el contexto de un grupo de pacientes que presentan síntomas similares y una fuente de contagio común. Es fundamental, por tanto, una información muy detallada sobre hábitos dietéticos, costumbres y profesión del personal afectado. Suele existir hipereosinofilia y las pruebas serológicas son las más utilizadas.

En casos dudosos, es un dato diagnóstico la biopsia muscular, en la que se visualiza la larva<sup>7</sup>. Los pacientes afectos suelen responder bien al tiabendazol. Para la profilaxis se realizará un riguroso control de todos los procesos cárnicos.

En definitiva, en pacientes con urticaria-angioedema que tienen profesiones de riesgo tales como carniceros, cocineros, matarifes y trabajadores de fábricas de manufacturas y despieces cárnicos se aconseja estudiar la serología de triquinosis. De la misma forma, en zonas en las que acontece o ha acontecido recientemente brotes de triquinosis también se aconseja el estudio de triquinosis.

Como se demuestra en el caso presentado, es de capital importancia en la elaboración de la historia clínica una detallada y minuciosa anamnesis de profesión, entretenimientos y hábitos dietéticos, así como una buena colaboración con el departamento de Epidemiología de la ciudad que nos mantenga informados de los brotes epidémicos que ocurran, no sólo de triquinosis sino de enfermedades por otros parásitos y otras infecciones que puedan desencadenar entidades nosológicas que hagan acudir a la consulta.

**Tabla II.** Casos de zoonosis registrados en Granada desde 1986

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Fiebre recurrente	–	6	6	4	4	–	2	–	1	–	6	–	–	–	–
Leshmaniasis	–	6	3	2	4	13	4	3	5	5	5	3	2	5	7
Triquinosis	14	–	–	12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kazura JW. Trichinosis. En: Warren KS, Mahmoud AAF, ed. Tropical and Geographical medicine. Nueva York: McGraw-Hill; 1984; 427-430.
2. Boletín Epidemiológico Provincial de Granada nº5, año 2000. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
3. López B. Brote de triquinosis en Granada. XII Reunión de la Sociedad Andaluza de Microbiología y Parasitología Clínica. Fuenteheridos (Huelva), octubre 2000.
4. Gudiol F, Fernández-Viladrich P, Niubó R. Triquinosis: a propósito de 22 observaciones. Med Clin (Barc) 1974; 63:125.
5. Boletín Epidemiológico Provincial de Granada nº3, año 2000. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
6. Gudiol F, Ariza J, Corachán M. Helmintiasis (I). Triquinosis, Toxocarías, Filariasis, Dracunculosis. En: Verger Garau G. ed. Enfermedades Infecciosas (II). Barcelona: Doyma 1988; 426-428.
7. Grove DI. Tissue nematodes (Trichinosis, dracunculiasis, filariasis). En: Mandel GL, Douglas RG, Bennett JE, ed. Principles and practice of infectious diseases, 2nd ed. Nueva York: Wiley and Sons 1985; 1568-1572.
8. Kaplan AP. Urticaria and Angioedema. En: AP Kaplan, ed. Allergy. Nueva York: Saunders 1997; 573-592.