Comunicaciones Orales

PRIMERA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Moderadoras: T. Español y E. Tato

DÉFICIT SELECTIVO DE IgA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS HASTA LOS 18 AÑOS, EN 330 PACIENTES

M.T. Giner, M. Baeza, A. Machinena, I. Barón, M.A. Martín Mateos, A.M. Plaza, M. Piquer y J.I. Sierra Martínez

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona.

Introducción: El déficit selectivo de IgA es la más frecuente IDP, sin embargo los estudios de grandes grupos de pacientes son escasos. Revisamos nuestra casuística, aceptando la variabilidad de los datos en tantos años.

Objetivos: Evaluar la incidencia de las enfermedades asociadas al DSIGa. Recordar que esta IDP, en general sin consecuencias puede asociarse a enfermedades graves.

Material y métodos: 374 historias procedentes de consultas de Alergia desde 1985 y de los últimos 10 años de registros del laboratorio con IgA < 50 mg/l; retirándose 43 adultas de nuestra maternidad y 1 que evolucionó a una IDVC. En las 330 restantes se evaluaron la frecuencia de infecciones respiratorias y digestivas y su gravedad, enfermedades alérgicas, otras enfermedades digestivas, autoinmunes y tumorales.

Resultados: 179 hombres y 151 mujeres, con edad media de 22,5 años (4,3-40,7). Diagnóstico a edad media de 10,6 años (3,5-17,8). El problema más frecuente es las IRVA repetitivas no complicadas (17,5%), sin embargo el 19% de los pacientes está adenoidectomizado. Las neumonías de repetición se presentan en 20 pacientes (6%) y 6 tienen secuelas (5 bronquiectasias y 2 lobectomías). El 15,45% tiene alergia respiratoria, y son alérgicos en total el 18,7% de los pacientes. La celiaquía se presenta en 22 (6,66%), 38 (11,5%) tienen enfermedades autoinmunes, sobre todo Diabetes tipo I (10) y ACJ (11), y en 5 hubo neoplasias.

Conclusiones: 1. La frecuencia de enfermedades autoinmunes, celiaquía, diabetes y tumores es superior a la de la población general de su edad. 2. A pesar del sesgo que puede ocasionar el origen de la muestra, se aconseja un seguimiento cuidadoso de estos pacientes.

DEFICIENCIA DE IgA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. ¿ES CORRECTO EL DIAGNÓSTICO?

M. Maruri Elizalde, L. Santos-Díez Vázquez, D. García Urabayen, L. Herrero, M.J. Sasieta Altuna¹, N. Maruri Machado², N. Arana Aguirre, A. Bilbao Aburto y J.M. García Martínez

Pediatría, ¹Bioquímica, ²Inmunología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Introducción: Los valores de IgA aumentan progresivamente desde el nacimiento a la adolescencia, lo que se debe considerar al

diagnosticar déficit de IgA en niños. La *European Society for Immunodeficiencies* (ESID) incluye la edad superior a 4 años como criterio diagnóstico de déficit selectivo de IgA.

Objetivo: Describir la evolución de cifras de IgA en niños menores de 5 años con valores < 7 mg/dl y con normalidad del resto de inmunoglobulinas y de formación de anticuerpos (criterios ESID de déficit cierto de IgA).

Pacientes y métodos: Estudio longitudinal descriptivo de pacientes con cifra de IgA < 7 mg/dl observada por primera vez antes de los 5 años de edad. Determinación periódica de IgA.

Resultados: 33 pacientes (64% varones), con edad media en la primera consulta de 2,9 años (rango 0,9-4,8 años) e inicio de síntomas a una edad media de 1,7 años (0,2-3,7). Seguidos durante 5 años (0,3-19), hasta una edad de 7,9 años (1,8-23). Dos pacientes perdidos en el seguimiento. Persistió el déficit de IgA en 24/31 (77,4%): en 19 de los 24 mayores de 4 años (79%) y en 5 de los 7 restantes (71%). Del resto, 4 alcanzaron cifras normales (3,7-6,7 años edad) y 3 tuvieron valores < 2 DE, pero en aumento (6,7-19 años edad).

Conclusiones: En la mayoría de los niños etiquetados a edades tempranas de déficit de IgA el déficit persiste evolutivamente, por tanto se ha de aceptar dicho diagnóstico precoz y realizar un seguimiento de estos pacientes similar al de los diagnosticados a mayor edad.

SÍNDROME DE DIGEORGE-DELECIÓN 22q11.2. VALORACIÓN INMUNOLÓGICA Y EVOLUCIÓN DE UNA SERIE

D. García, L. Santos-Díez, L. Herrero, M. Maruri, N. Maruri¹, M.A. López Ariztegui², A. Bilbao, N. Arana y J.M. García Martínez
Pediatría, ¹Inmunología y ²Genética. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Introducción: El síndrome de diGeorge cursa con cardiopatía troncoconal, fenotipo típico e hipoparatiroidismo. La inmunodeficiencia celular grave no es frecuente, hay alteraciones sutiles de importancia todavía mal conocida en la evolución.

Objetivo: Describir características inmunológicas y evolución de los pacientes diagnosticados de anomalía de diGeorge y/o delección 22q11.2 en nuestro hospital.

Pacientes y métodos: Pacientes con patología sugestiva y delección 22q11.2 (FISH). Valoración inmunológica y de la evolución. Resultados: 23 pacientes (12 varones), edad inicial: 18/23 menores de 6 meses, rango 0-16 años. Alteraciones fenotípicas 20/23, cardiopatía 18/23, delección en 22 (una paciente con síndrome de diGeorge completo fallecida en 1993). Linfopenia (leve salvo en 1) en 13/22, poblaciones linfocitarias (cifras absolutas): CD3 bajos 13/18; CD4 bajos 13/18, elevados 2/18; CD16 bajos 2/15, elevados 2/15; CD19 bajos 4/15, muy elevados 3/15. PHA normal 14/15, muy bajo 1, estimulación basal 7/15. Evolución: datos incompletos en 6, en TODOS persisten las alteraciones inmunológicas del estudio inicial. Una paciente presentó déficit profundo inicial (linfocitos T y PHA) con inicio de recuperación (falleció a los 4 meses). Ningún paciente (incluida esta última) presentó infecciones derivadas de inmunodeficiencia. Fallecieron 8 (7 por cardiopatía), todos antes de 2000.

Conclusiones: La manifestación más relevante de la delección 22q11.2-síndrome de diGeorge es la cardiopatía troncoconal, se asocia a alteraciones inmunológicas, leves en la mayoría pero probablemente persistentes, y no se conoce su importancia clínica a largo plazo ni su significado para comprender el desarrollo del sistema inmune. La mayor supervivencia de estos pacientes hace necesario su seguimiento multidisciplinar a largo plazo.

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD CITOTÓXICA NK EN EL DIAGNÓSTICO DE LA LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA

J. Gil¹, R. Urrea¹, J. Modrego¹, E. Fernández-Cruz¹ y I. Astigarraga²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

²Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Introducción: La disminución de la actividad citotóxica de las células NK es un criterio recientemente propuesto por la Sociedad del Histiocito para el diagnóstico de la Linfocitosis Hemofagocítica (HLH). La caracterización completa de los cuadros HLH es relevante, pues los defectos primarios de citotoxicidad constituyen situaciones muy infrecuentes de inmunodeficiencia, con manejo clínico y tratamiento específicos.

Objetivo: Analizar los resultados de actividad de las células NK en pacientes pediátricos con sospecha clínica de HLH.

Pacientes y métodos: Las muestras de 15 pacientes, procedentes de diferentes comunidades (Murcia, Valencia, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Galicia, Cataluña, País Vasco, Andalucía, Extremadura y Madrid), se recibieron en el Servicio de Inmunología del Hospital Gregorio Marañón actuando como centro de referencia nacional para los estudios inmunológicos del protocolo terapéutico HLH-2004. En todos los pacientes, se realizó un recuento de las células NK circulantes y estudio de expresión intracelular de perforina en la sangre completa mediante citometría de flujo de 4 colores (Becton&Dickinson). Además, se purificaron las células mononucleares en un gradiente de densidad y se evaluó la actividad citotóxica NK frente a células K562 mediante un ensayo estándar de liberación de Cr⁵¹.

Resultados: En el 50 % de los pacientes se encontró un grado variable de disminución de la actividad citotóxica NK. La actividad NK disminuida muestra una relación positiva con (1) la escasa representación de células NK circulantes y (2) la actividad de la enfermedad en cada paciente estudiado. Hasta la fecha, no hemos identificado defectos en perforina como causa primaria de los casos HLH estudiados.

Conclusiones y discusión: En el contexto HLH, el defecto de citotoxicidad NK es un marcador diagnóstico directamente relacionado con los mecanismos patogénicos de la enfermedad, que además puede ayudar en la clasificación de los cuadros HLH y toma de decisiones terapéuticas.

SÍNDROME DE HIPER IgE

P. Llobet¹, P. Garcés², I. Caragol², M. Hernández², D. Detkova², P. Soler³, C. Woellner⁴, B. Grimbacher⁴ y T. Español²

¹Inmunología pediátrica. Hospital de Granollers. Barcelona.

²Unidad de Inmunología Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

³Unidad de Inmunodeficiencias Pediátricas. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Departamento de Inmunología y Patología Molecular. Royal Free Hospital. Londres. Reino Unido.

Objetivos: El síndrome de Hiper IgE (HIES) es una inmunodeficiencia primaria (IDP) caracterizada por infecciones recurrentes por hongos y bacterias, eczema, fracturas óseas espontáneas, lesiones intraorales, eosinofilia y niveles elevados de IgE > 2000 IU/ml. Los patrones clínicos, inmunológicos y hereditarios son altamente heterogéneos, y el diagnóstico diferencial difícil en muchas ocasiones. Se presentan datos clínicos de nuestra serie de casos con los primeros análisis mutacionales.

Material y métodos: Revisión de antecedentes clínicos, familiares e inmunológicos de cinco pacientes diagnosticados de HIES desde 1979 y el posterior análisis mutacional.

Resultados: Los pacientes (3 hombres y 2 mujeres) de entre 4 y 40 años de edad, se diagnosticaron de HIES. La infección por *Candida* y/o *Aspergillus* fue detectada en cuatro de cinco casos. Dos pacientes presentaron neumonía por *Staphylococcus aureus* con neumatoceles secundarios y fallecieron a los 4 y 14 años de edad. Las dos mujeres se diagnosticaron a los 30 y los 2 años de vida. Actualmente ambas presentan secuelas pulmonares y reciben tratamiento antibiótico profiláctico y gammaglobulina ev la segunda paciente. Los niveles de IgE oscilaron entre 2500 y 32000 IU/ml. Dos mutaciones diferentes en el gen STAT3 (cambios aminoácidos N466T y R382Q) fueron demostrados en un caso familiar (herencia autosómica dominante) y en uno aislado, respectivamente. Los demás casos están en estudio.

Conclusiones: HIES es una IDP muy poco frecuente y de clínica muy heterogénea. Los estudios genéticos abren una puerta importante para facilitar el diagnóstico específico y permitir el consejo genético.

ALTERACIONES DE LA INMUNIDAD HUMORAL Y RIESGO DE INFECCIÓN EN LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

P. Oliver Goicolea, L. Dopazo Fernández, I. Astigarraga Aguirre, J.M. García Martínez, A. Echebarria Barona, A. Fernández-Teijeiro Álvarez y A. Navajas Gutiérrez

Unidades de Oncología, Alergia e Inmunología. Servicio de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Introducción: En la leucemia linfoblástica aguda (LLA) ocurren alteraciones inmunitarias con riesgo aumentado de infección, durante la enfermedad y tras finalizar el tratamiento.

Objetivo: Analizar valores de inmunoglobulinas (Ig) al diagnóstico y durante quimioterapia de mantenimiento. Revisar las infecciones en esta fase. Establecer correlación entre Ig e infección.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 62 pacientes (p) con LLA, tratados según protocolos SEHP 1999 y 2005. Análisis del tipo de LLA y niveles IgG-A-M. Quince pacientes no alcanzaron el mantenimiento; se revisan 47 p con valoración de Ig e ingresos por fiebre durante esta fase.

Resultados: 35 hombres/27 mujeres. Edad media: 5,8 años (1,2-13,4). Tipo LLA: 4 pro-B, 42 común, 6 pre-B, 10 T; Grupo riesgo: 21 estándar, 27 alto, 14 muy alto. Determinación inicial de Ig en 52p: IgG disminuida en 1, IgA-3, IgM-5. Mantenimiento: disminuyó alguna Ig en 30/36p estudiados, siendo IgM la más afectada seguida de IgG. Tras finalizar, IgM siguió baja en 10p siendo IgG e IgA normal. Precizaron ingreso por infección 34/47p: fiebre y neutropenia 23p, objetivándose 17 sepsis (15 Gram+) y 17 neumonías. No hubo correlación estadística entre niveles de Ig e infecciones. Recibieron gammaglobulina IV estándar 3p.

Conclusiones: Los niveles iniciales de Ig fueron normales en 85%. Durante el mantenimiento disminuyó algún valor en 83%. La IgM fue la más afectada, con déficit más persistente. La incidencia de infecciones es elevada, reseñablemente sepsis por Gram+, sin relación con los niveles de Ig. Las alteraciones observadas sugieren la necesidad de realizar estudios de memoria inmunológica y valorar pautas de revacunación.

PATRÓN DE RESPUESTA IgE ESPECÍFICA EN NIÑOS SENSIBILIZADOS A ALTERNARIA ALTERNATA

V. Hernando Sastre, L. García Marcos, J. Valverde Molina, J.M. Lucas Moreno y M. Sánchez-Solís

Sección de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca e Instituto de Salud Respiratoria. H.C. Mar Menor. Universidad de Murcia.

Objetivos: Establecer las diferencias entre los pacientes monosensibilizados a alternaria frente a los Polisensibilizados, en sus pa-

trones de respuesta IgE específica ante diversos extractos de alternaria.

Métodos: Se recogen muestras de sangre de 36 pacientes consecutivos monosensibilizados a alternaria en tests cutáneos (Prick Bial Aristegui) y muestras de 38 pacientes consecutivos, polisensibilizados (uno o más alérgenos diferentes de alternaria). Se obtiene suero mediante centrifugación de las muestras y se congelan para enviar en bloque al laboratorio Bial Aristegui, donde se realiza el estudio de niveles de IgE específica frente a los diferentes extractos. Un extracto es el Medio de cultivo, rico en Alt a1, el segundo extracto es la fracción de antígenos fácilmente extraíbles, más pobre en Alt a 1 y por último, un tercero que es el antígeno miceliar.

Resultados: Diez pacientes (27,7 %) del grupo de monosensibilizados tienen una IgE específica frente a la fracción de antígenos fácilmente extraíbles, menor de 0,35 kU/l, no hay ninguno negativo frente al medio de cultivo y hay cinco negativos frente al antígeno miceliar (< 0,35 kU/l). En el grupo de Polisensibilizados no hay negativos frente a los dos primeros extractos y hay cinco negativos frente al antígeno miceliar. Las comparaciones entre ambos grupos tienen diferencias significativas cuando se compara la respuesta de los 10 pacientes citados con el resto (tablas I y II).

Tabla I				
Pacientes monosensibilizados con IgE < 0,35 a la fracción de Ag, fácilmente extraíbles frente al resto de monosensibilizados				
N.º	IgE-MC*	p	IgE-Ag M**	p
10	1,06		0,43	
26	14,09	0,021	3,25	< 0,001

*MC medio de Cultivo **AgM Antígeno Miceliar.

Tabla II						
Pacientes monosensibilizados con IgE < 0,35 a la fracción de Ag, fácilmente extraíbles frente a polisensibilizados						
N.º	IgE-MC*	p	FE**	p	IgE-Ag M***	p
10	1,06		0,0		0,43	
38	13,42	< 0,001	8,64	< 0,001	3,89	< 0,001

*MC medio de Cultivo **FE Fracción Extraíble***AgM Antígeno Miceliar.

Conclusiones: Comprobamos que hay respuestas significativamente diferentes en el patrón de IgE específica frente a los tres extractos de alternaria estudiados (Medio de Cultivo rico en Alt a 1, Fracción de antígenos fácilmente extraíbles pobre en Alt a 1 y Antígeno Miceliar).

CAMBIOS INMUNOLÓGICOS EN NIÑOS ALÉRGICOS POR EL CONSUMO DE *L. GASSERI* CECT574 Y *L. CORYNIFORMIS* CECT5711

A. Valls¹, S. Sierra², A. Ramírez¹, J. Boza², J. Xaus², M. Olivares², F. Girón³, A. Rojo¹ y A. Martínez-Cañavate¹

¹Unidad de Alergia Infantil. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ²Departamento de Nutrición y Biomedicina. Puleva Biotech S. ³Unidad de Alergia Infantil. Hospital Clínico. Granada.

Introducción: Las propiedades inmunoregulatoras de las bacterias probióticas podrían modular la respuesta inmune y equilibrar el desbalance que causa la respuesta alérgica.

Objetivo: Evaluar los efectos inmunológicos del consumo diario de productos que contienen dos productos probióticos en niños que sufren de la alergia.

Método: Se llevó a cabo un estudio comparativo, controlado, aleatorizado y doble ciego en el que participaron 44 niños alérgicos. Los niños fueron aleatoriamente distribuidos en dos grupos, un grupo control Yogurt y un grupo Probiótico. Ambos grupos durante 3 meses consumieron diariamente 200 ml de un producto lácteo fermentado: el grupo Yogurt consumió un yogurt convencional; mientras que el grupo Probiótico consumió un producto similar lácteo donde el *L. Bulgaricus* fue sustituido por una mezcla de *L. gasseri* CECT5714 y *L. coryniformis* CECT5711 (al menos 10⁶ cfu/g de cada producto). Se midieron parámetros inmunológicos e intestinales en muestras sanguíneas y fecales.

Resultados: El consumo del producto probiótico indujo un descenso significativo en niveles plasmáticos de IgE (p = 0,03) y un incremento de células T reguladoras CD4+/CD25+ (P = 0,01). Descenso en la IgE se acompañó de un incremento significativo de IgA secretora (p = 0,01). No se detectaron cambios en otras células implicadas en reacciones alérgicas como eosinófilos, basófilos u otras células IgE+. El consumo del probiótico indujo un aumento significativo de células Natural Killer (p = 0,03).

Conclusión: El consumo diario de un probiótico (*L. gasseri* CECT5714 y *L. coryniformis* CECT5711) durante 3 meses induce, en niños alérgicos, efectos beneficiosos en parámetros inmunes implicados en la respuesta alérgica así como una reducción de los niveles plasmáticos de IgE e incremento de células T reguladoras. El producto probiótico también mejoró parámetros innatos y específicos inmunes que pueden mejorar el estado general de salud de los niños.

SEGUNDA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Moderador: R. Vila

HISTORIA NATURAL DE LA DERMATITIS ATÓPICA. EVOLUCIÓN A LOS 3 AÑOS

S. Solaz, A. García, A. Martorell, J.C. Cerdá y R. Félix

Unidad de Alergología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivos: Valorar el desarrollo y los factores de riesgo de sensibilización y patología alérgica respiratoria en lactantes con dermatitis atópica (DA) a lo largo de 3 años.

Material y métodos: 44 lactantes diagnosticados de DA. Control de la evolución clínica cada 6 meses hasta los 3 años. Pruebas cutáneas e IgE específica frente a alimentos (proteínas de leche de vaca y huevo) y aeroalérgenos (dermatophagoides pteronyssinus, alternaria, epitelio de perro y gato). Estudio estadístico: test exacto de Fisher para contraste de variables. Riesgo Relativo (RR) (IC 95 %).

Resultados: El 61 % de los pacientes estaban sensibilizados a alimentos al inicio del estudio. El alimento más frecuente fue el huevo (27/44). La presencia de una DA grave al diagnóstico aumenta el riesgo de sensibilización alimentaria de forma significativa (RR 1,68 [1,31-2,16]). A los 3 años el 23 % (10/44) de los pacientes estaban sensibilizados a aeroalérgenos y el 16 % (7/44) desarrollaron asma bronquial. La DA grave al diagnóstico aumento de forma significativa el riesgo de sensibilización a aeroalérgenos (RR 5,25 [2,81-9,79]). La ausencia de sensibilización al huevo y el debut tardío (> 4 m) de la DA disminuyen el riesgo de sensibilización a aeroalérgenos (RR 0,74 [0,59-0,93] y 0,30 [0,12-0,77] respectivamente). La ausencia de sensibilización al huevo (RR 0,74 [0,59-0,93]), el debut tardío (RR 0,81 [0,70-0,95]) y la ausencia de

sensibilización a aeroalergenos (RR 0,30 [0,12-0,77]), disminuyen el riesgo de desarrollo de asma.

Conclusiones: 1. La DA grave al diagnóstico aumenta el riesgo de sensibilización a aeroalergenos. 2. La ausencia de sensibilización al huevo y el debut tardío de la DA disminuyen el riesgo de sensibilización a aeroalergenos. 3. El debut tardío, la ausencia de sensibilización al huevo y a aeroalergenos, disminuyen el riesgo de desarrollo de asma.

EVALUACIÓN A LOS 10 AÑOS DE LA DERMATITIS ATÓPICA

M.M. Martí, J.L. Eserverri, C. Blasco y A.M. Marín

Unidad de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica. Hospital Universitari Materno Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: Estudio evolutivo de niños con Dermatitis atópica (DA) durante 10 años y su relación con asma.

Material y métodos: 136 pacientes, 77 niños y 59 niñas, con Dermatitis Atópica (DA). A todos ellos se les realiza diagnóstico inmunológico con tests cutáneos a inhalantes, a alimentos, IgE específica y Test de Provocación.

Resultados: De los 136 niños que consultan por DA, 117 presentan ésta como única manifestación, y 19 de ellos ya habían presentado algún episodio de sibilancias intermitentes. El estudio alergológico muestra 40 niños con sensibilización a alimentos y 53 a inhalantes. En la reevaluación a los 10 años, la sensibilización a algún alimento se mantiene, mientras que la sensibilización a inhalantes pasa de 53 a 95 (56 % de incremento). Por lo que respecta al asma, de los 19 iniciales nos encontramos que 95 niños (71 % en total) han desarrollado asma posteriormente. El tiempo transcurrido hasta la aparición del asma a partir del momento del diagnóstico de los nuevos casos es de 2.8 años.

Conclusiones: La DA que debuta en la época del lactante es una manifestación que puede conducir a la aparición de otras patologías atópicas (asma bronquial). Las primeras manifestaciones de sibilancias atópicas pueden aparecer muy precozmente entre los 2 y 3 años, especialmente en aquellos niños en los que se detecta una sensibilización precoz a pneumoalergenos o alimentos.

REVISIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE LA URTICARIA POR FRÍO EN NIÑOS

M.F. Martín-Muñoz, A.R. Alcorta Valle, J.M. Díaz Pena, A. Fiandor Román, T. Boyano, C. García Arce y S. Quince Gancedo

Servicio de Alergia. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

Introducción: La urticaria por frío es poco frecuente en niños, pero es una de las formas de urticaria física a esta edad. La mayoría de los casos son idiopáticos y se tienen pocos datos sobre su evolución. El objetivo de este estudio fue revisar las características clínicas y la evolución de la urticaria por frío en niños.

Pacientes y métodos: Analizamos el diagnóstico y pronóstico de niños con urticaria por frío. Valoramos las características clínicas, los resultados del estudio (hemograma, bioquímica, VS, complemento, estudio serológico, crioglobulinas, crioaglutininas, test de hielo), el cumplimiento del tratamiento y la evolución.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes, edad media de 11,1 años. Los síntomas se iniciaron entre 1 y 10 años de edad. Todos referían urticaria en piscina o tras exposición a ambientes fríos, 2 tuvieron angioedema al contacto con objetos fríos, ninguno tenía anafilaxia o síntomas con bebidas o alimentos fríos. En ningún caso se asoció el inicio con procesos infecciosos u otros desencadenantes. Un paciente fue diagnosticado de enfermedad celíaca, otro tenía trasplante hepático, 7 padecían rinoconjuntivitis, 4 asma y 1 eccema. Tres pacientes tenían antecedentes familiares

de urticaria por frío. La serología IgM resultó positiva para toxoplasma en un caso y para virus Epstein Barr en otro y un paciente tenía crioaglutininas positivas. El test de hielo resultó positivo en 8 pacientes (1-5 min). Todos los pacientes mostraron una mejoría progresiva a lo largo de la evolución, mejorando el test de hielo progresivamente (10-15 min). En 3 pacientes el cuadro clínico evolucionó hacia la desaparición de la sintomatología con test de hielo negativo. Los 2 pacientes que tuvieron resultado negativo, continuaron con lesiones tras exposición al frío.

Conclusión: Debe descartarse siempre patología subyacente asociada a urticaria por frío. En los niños la evolución de la urticaria por frío fue favorable.

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA PRUEBA DE EXPOSICIÓN CONTROLADA EN LA SOSPECHA DE INTOLERANCIA A AINES EN EDAD PEDIÁTRICA

M. Díaz, B. Minaya, J.J. Carrer, M.T. Giner, O. Domínguez, A.M. Plaza, M. Piquer, M.A. Martín Mateos y J.I. Sierra Martínez

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona.

Introducción: En 2007 la alergia medicamentosa supuso el 25.4 % de nuestras primeras visitas. Tras los β -lactámicos, los AINE son los fármacos más frecuentemente implicados, y nos suelen obligar a prueba de exposición controlada (PEC) al fármaco y a sus alternativas, para conocer el patrón de reactividad.

Objetivos: Evaluar la seguridad de nuestra pauta. Conocer el tipo de reacciones idiosincrásicas a AINES en nuestra población.

Material y métodos: 123 PEC en 92 pacientes, entre octubre de 1997 y mayo de 2007 y suponen el 9,65 % de las PEC realizadas. Los que con una historia sugestiva, toleraban otros AINES no se sometían a PEC. Los que tenían historia de asma/rinitis en la reacción controlaban espirométricamente. Se seguía la pauta habitual con intervalos de 60-90 minutos.

Resultados: El promedio de edad fue 9.49 años y el del intervalo entre la reacción y la visita 2,3 años. 18 de 123 pruebas fueron positivas (14,6 %) en 16 pacientes. Uno fue positivo a varios AINES de diferentes grupos (salicilatos, arilpropiónicos y nimesulida) y 1 paciente requirió repetir la PEC. Presentaron: 10 urticarias (6 con angioedema), 2 angioedema aislado, 2 r. cutáneo-respiratorias y 2 anafilaxias. Ninguna PEC positiva requirió más de una dosis del tratamiento pautado previamente, ni más de 24 h de observación.

Fármaco	N.º	PEC positiva	%
Ibuprofeno	67	10	14,92
Paracetamol	29	2	6,8
AAS	15	3	20
Metamizol	8	2	25
Nimesulida	2	1	
Diclofenaco	1		
Celecoxib	2		

Según la clasificación de Quiralte et al. se presentaron intolerancias de los siguientes tipos:

3 a	3 b	3 c	5	6 a	Total
9 (56,2 %)	1	2	1	3 (18,7 %)	16

Conclusiones: La pauta de actuación ofrece suficiente margen de seguridad. Mayor frecuencia de reacciones tipo selectivo 3a y 6a (urticaria y anafilaxia) en nuestro grupo, que de tipo múltiple.

DISCINESIA CILIAR PRIMARIA. REVISIÓN DE 31 CASOS

L. Ymbert Pellejà, M. Casellas Montagut, J. Lozano Blasco, M. Álvaro Lozano, J. Lloreta Trull y R.M. Busquets Monge

Unidad de Neumología y Alergia Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

Introducción: La discinesia ciliar primaria (DCP) es una enfermedad de origen congénito caracterizada por la disfunción total o parcial de las células ciliadas o flageladas, y que se expresa clínicamente con sinusitis y/o bronquiectasias asociadas ocasionalmente a esterilidad en varones. Se calcula una prevalencia de un caso por cada 15.000-20.000 habitantes aunque esta cifra puede estar infraestimada. La importancia del diagnóstico temprano de esta enfermedad radica en la prevención del deterioro de la función pulmonar y en la mejoría de la calidad de vida.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, por revisión de historias clínicas. El diagnóstico de DCP se ha establecido mediante cepillado nasal y análisis ultramicroscópico de una muestra de epitelio respiratorio, donde se observan los cambios característicos de la ultraestructura que afectan principalmente a los brazos de dineína y/o a la disposición de los microtúbulos, según los criterios diagnósticos de Afzelius.

Resultados: Desde 1994 se han analizado 63 muestras con el diagnóstico de sospecha de DCP, se han diagnosticado 30 casos y un caso de acilia, correspondientes a 19 varones y 12 mujeres. Veintisiete muestras resultaron negativas y 5 están pendientes de resultado en el momento actual. La edad media del diagnóstico fue de 4 años (rango 1 mes-19 años), siendo la clínica inicial más frecuente la taquipnea prolongada en los recién nacidos y los cuadros de vías respiratorias bajas en el resto de edades (neumonías recurrentes, 15 casos; asma de difícil manejo, 9 casos; bronquiectasias, 1 caso; atelectasia masiva, 1 caso y taquipnea prolongada 5 casos.)

Conclusiones: La sospecha diagnóstica surge habitualmente de la persistencia de la clínica respiratoria de vías altas y/o bajas, por lo que su confirmación suele ser bastante tardía. Hemos de pensar en DCP ante niños con distrés respiratorio neonatal prolongado sin causa aparente, asma "atípica", rinitis/obstrucción nasal continua, infecciones pulmonares de repetición, bronquiectasias y situs inversus. La técnica de recogida de la muestra mediante cepillado nasal es muy sencilla y sólo produce molestias locales mínimas, a la vez que la microscopía electrónica es fácilmente accesible en los centros de referencia. El diagnóstico temprano de la DCP implica un mejor pronóstico de la enfermedad, con un tratamiento encaminado a la prevención de la formación de bronquiectasias y del desarrollo de enfermedad pulmonar crónica mediante fisioterapia y tratamientos antimicrobianos apropiados.

TERCERA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Moderadora: C. Casas

ANAFILAXIA: REVISIÓN DE UNA SERIE

N. Arana, J.M. García, A. Bilbao, M.J. Escobal, M.I. Suinaga y M. Maruri

Sección de Alergia e Inmunología. Servicio de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Objetivo: Estudio de anafilaxia (causa, manifestaciones y tratamiento) durante los años 2006 y 2007 en consulta de Alergia Infantil.

Material y método: pacientes diagnosticados de anafilaxia (criterios clínicos, Sampson et al). Pruebas cutáneas e IgE específica, e instrucción acerca de medidas de evitación y uso de adrenalina autoinyectable.

Resultados: Son 47 pacientes, 72,3 %: sexo masculino. Edad: mediana 4 años, rango 2 meses-14 años, 32 % eran menores de 2 años. El 66 % tenían antecedentes personales de atopia: 38,3 % asma; 36,2 % dermatitis; 29 % alergia alimentos (2/3 sensibilizados a más de 1 alimento). Causas: 80,8 % alimentos, 2 casos por contacto con caballo, 1 caso de anafilaxia por ejercicio-manzana, en 6 (13 %) pacientes se identificó la causa. Los alimentos implicados fueron: frutos secos 24 %; leche 21,6 %; huevo 18,9 %; frutas 18,9 % pescado 8,1 %. Manifestaciones clínicas: 98 % urticaria/angioedema; 85 % presentaron síntomas respiratorios, siendo el asma (57 %) la manifestación más frecuente; 36 % síntomas digestivos y en 6 casos (13 %) los pacientes presentan síntomas de shock. En 70,4 % (33 casos) se administró adrenalina IM (2 pacientes precisaron más de 1 dosis). Habían acudido 35 pacientes a nuestro servicio de urgencias, donde la estancia media había sido de 12,5 horas (3-24 h). A 5 (10,6 %) se prescribió adrenalina autoinyectable en Urgencias, al resto en consulta.

Conclusiones: En nuestra serie hay mayor incidencia en varones. Destacamos que 1/3 de los casos ocurren en menores de 2 años y que en 34 % la anafilaxia fue el debut de su alergia, aunque un alto porcentaje tenía antecedentes de atopia. Alta incidencia de broncoespasmo, la manifestación más preocupante en niños, y número destacable de shock. Escasa instrucción inicial en adrenalina autoinyectable.

INCIDENCIA DE REACCIONES ANAFILÁCTICAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

E. Arroabarren¹, J.A. Muñoz¹, E. Lasa², H. Aristimuño¹, U. Astigarraga¹, I. Sota¹ y J. Landa¹

¹Sección Urgencias Pediatría. Servicio Pediatría. Hospital Donostia. Guipúzcoa. ²Servicio de Alergología Hospital de Mendara. Guipúzcoa.

Objetivos: Conocer la incidencia, características clínicas, etiología y el manejo de las anafilaxias en la Sección de Urgencias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los informes alta de Urgencias entre 01/01/2004 y 15/01/2008 con diagnósticos de urticaria, alergia inespecífica, angioedema o shock anafiláctico según la clasificación CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades), seleccionando aquellos con criterios de anafilaxia según la EAACI (European Academy of Allergy and Immunology). Se analizan: edad, sexo, antecedentes personales, síntomas, agente sospechoso, tratamiento y recomendaciones al alta (adrenalina autoinyectable).

Resultados: Se han atendido 11.000 niños, revisado 1405 informes y encontrado 59 con criterios de anafilaxia. La edad media fue 5,11 años, 32 (59,3 %) fueron varones y 27 (40,7 %) mujeres. El 72,4 % referían antecedentes de dermatitis atópica, asma o alergia alimentaria. Los síntomas referidos: cutáneos (96,6 %), respiratorios (79,3 %), digestivos (35,6 %), cardiovasculares (11,9 %), y neurológicos (1,7 %). Los alérgenos sospechados mediante la anamnesis fueron: leche (20,3 %), frutos secos (16,9 %), pescados (10,2 %), huevo (8,5 %), AINE (8,5 %), sin identificarse desencadenante en el 27,1 %. El 20,3 % no recibieron tratamiento, el 10,2 % fueron tratados con antihistamínicos, un 30,5 % con corticoides, el 13,6 % con antihistamínicos más corticoides, un 6,8 % con antihistamínicos, corticoides y broncodilatadores, 18 % con adrenalina más otros fármacos y un 1,7 % precisó dopamina. A 3 (6,8 %) se prescribió adrenalina autoinyectable al alta.

Comentarios: La incidencia de anafilaxias en nuestro Servicio ha sido de 1,34/1.000 niños/año. La adrenalina ha sido infrautilizada. Los alimentos parecen ser el alérgeno más frecuentemente implicado destacando también los AINES como causa de reacciones severas.

DIAGNÓSTICO MEDIANTE MICROARRAYS DE COMPONENTES ALERGÉNICOS EN LA DECISIÓN DE TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.J. Goikoetxea, M.L. Sanz y M. Fernández-Benítez

Departamento de Alergología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Varón de 5 años diagnosticado de asma bronquial persistente moderada, rinitis persistente y anafilaxia con marisco. Para valorar la sensibilización se realizaron pruebas cutáneas frente a inhalantes y alimentos, determinación de IgE específica a extractos completos de *D. pteronyssinus*, gamba y tropomiosina recombinante de gamba mediante ImmunoCap (Phadia, Suecia) y frente a 89 componentes alergénicos mediante microarray ISAC CRD89 (VBC-ge-nomics, Phadia, Suecia).

Las pruebas cutáneas fueron positivas a *D. pteronyssinus* y marisco con IgE específica de 67,7 kU/l para *D. pteronyssinus*, > 100 kU/l para gamba y > 100 kU/l para la tropomiosina de gamba. Mediante la técnica del microarray se observó una sensibilización a la tropomiosina de *D. pteronyssinus* (IgE específica a Der p 10 de 26,77 kU/l) sin sensibilización al resto de los alérgenos de ácaros evaluados (*D. pteronyssinus*-Der p 1, Der p 2-, *D. farinae*-Der f 1, Der f 2- y *D. siboney*-Der s 1-). Los valores de IgE específica frente a las otras 5 tropomiosinas evaluadas procedentes de fuentes distintas (gamba, cucaracha, caracol y anisakis) fueron altos y muy similares entre sí.

Este niño presenta una sensibilización exclusiva frente al panalérgeno tropomiosina sin sensibilización a los alérgenos mayoritarios de *D. pteronyssinus* por lo que estaría contraindicada la inmunoterapia convencional. La nueva técnica de diagnóstico basada en la determinación de IgE específica frente a componentes alergénicos mediante microarrays aporta un diagnóstico de precisión frente a la sensibilización alérgica.

TOLERANCIA DE CLARA COCIDA EN NIÑOS ALÉRGICOS A HUEVO

M.T. Boyano, M.C. García Ara, J.I. Larco, M.T. Bellver, J.M. Díaz Pena, F. Martín Muñoz y S. Quirce

Servicio de Alergia. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

Objetivo: Analizar el resultado de la prueba de provocación diagnóstica llevada a cabo de forma progresiva con clara cocida, y, si es tolerada, posteriormente con clara cruda, en un grupo de niños alérgicos a huevo.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 54 niños (36V), edad 19 meses (mediana; rango 11-102), diagnosticados de alergia a huevo mediante prick-tests, determinación de IgE específica (CAP system, Phadia) y prueba de provocación (PP) con el alimento. El protocolo de provocación fue el siguiente: Día 1.º: Clara cocida (10 minutos) 1/8 y 1/4 de huevo, separadas por 90 minutos; Día 2.º: Clara cocida 1/2 huevo; Día 3.º: Clara cruda 1/8 y 1/4 de huevo, separadas por 90 minutos; Día 4.º: Clara cruda 1/2 huevo.

Resultados: Treinta y un niños toleraron la clara cocida (57%), y reaccionaron con la clara cruda. En 23 (43%) la PP con clara cocida fue positiva, y no se realizó con el alimento crudo. El tamaño del prick-test con clara de huevo fue de 7,5 mm (mediana de la pápula media; rango 2,5-16,5) en los pacientes que reaccionaron con la clara cocida; y de 5,5 mm (rango 2,5-14) en el grupo que la toleraron ($p = 0,004$; U Mann-Whitney). La IgE específica para clara fue de 3,39 kU_A/l (mediana; rango 0,63- > 100) en el primer grupo; y de 1,13 kU_A/l (rango < 0,35-23,20) en el segundo ($p = 0,003$).

Conclusiones: Más de la mitad de los niños alérgicos al huevo toleraron la clara cocida en la PP. Este grupo presentaba menor grado de sensibilización al alimento. El protocolo utilizado permite identificar a pacientes que siendo alérgicos al huevo, pueden consumirlo cocido sin riesgo alguno.

CUÁNDO INTRODUCIR EL HUEVO EN LOS NIÑOS SENSIBILIZADOS, SIN INGESTA PREVIA

T. Fadeeva, O. Esteso, J.L. Eserverri, C. Blasco, E. Martínez y A.M. Marín

Unidad de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: Conducta a seguir en niños sensibilizados al huevo y momento de proceder a su introducción.

Material y métodos: Estudio comparativo de dos poblaciones sensibilizadas al huevo: 72 pacientes; 22 niños (edad media 7,5 meses, dx 4-15 m) sin ingesta previa huevo y 50 niños (edad media 11,52 meses, dx 5-21m) con clínica sugestiva. Tests cutáneos, IgE específicas y provocación oral positivas. En ambos grupos dieta de exclusión de huevo y controles de IgE específica hasta valores menores de 1 kU/l.

Resultados: El tiempo medio de evicción del huevo en cada grupo fue de 26,7 meses (r: 7-72) y 29,9 m (r: 2-100) respectivamente. En el primer grupo 15 niños toleraron el huevo (IgE específica a Yema 0,13 kU/l y Clara 0,32 kU/l en ese momento); 7 presentaron clínica tras la primera toma (Yema 0,22 kU/l y Clara 0,72 kU/l). En el segundo grupo 31 toleraron el huevo (IgE específicas en estos momentos Yema 0,15 kU/l y Clara 0,35 kU/l); los 19 niños que no toleraron presentaban IgE específica 0,14 kU/l para Yema y 0,61 kU/l para Clara. Con valores de IgE entre 0,5-1 kU/l encontramos que el 31,8% de los niños del grupo que nunca lo tomó y el 38% del grupo alérgico al huevo no toleraron tras un periodo de exclusión (26,7-29,9 m) y una evolución decreciente de la IgE específica (Clara: 0,72 y 0,61 kU/l).

Conclusiones: En nuestra experiencia y tratándose de dos grupos muy similares: edad, parámetros inmunológicos y tiempo de evicción, el seguimiento evolutivo en niños sensibilizados, sin ingesta previa, debería ser similar a los niños con sensibilización y clínica relacionada con huevo. Deberíamos establecer un punto de corte inferior (0,5 kU/l) para recomendar el momento de introducción del alimento.

CUARTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Moderador: S. Nevot

INDUCCIÓN DE TOLERANCIA A LECHE EN NIÑOS ALÉRGICOS MAYORES DE 5 AÑOS

O. Domínguez, A.M. Plaza, M.T. Giner, M. Piquer, I. Barón, M.A. Martín Mateos y J.I. Sierra Martínez

Sección de Alergia e Inmunología Clínica.

Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona. Barcelona.

Introducción: Un 10% de los alérgicos a proteínas de leche de vaca (APLV) siguen siéndolo a la edad de 10 años, con riesgo de accidentes graves y problemas ocasionados por la dieta de exclusión: sociales, económicos y nutricionales. La inducción de tolerancia es un método que intenta paliar estos riesgos e inconvenientes.

Objetivos: Valorar nuestra pauta de actuación ante reacciones adversas. Investigar si la comorbilidad con asma, aumenta el riesgo de reacciones.

Material y métodos: 17 pacientes mayores de 5 años con APLV mediada por IgE, con prueba de provocación positiva el año 2007. Se inicia inducción de tolerancia según pauta de la SEICAP, sin pretratamiento.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes (8 niños/9 niñas). Uno toleró en la PPO enmascarada. Clínica al diagnóstico: 6 cutánea, 10 anafilaxia. Desde el diagnóstico 6 tuvieron anafilaxias por transgresiones. 14 pacientes (87,5 %) tenían más alergias alimentarias: huevo (10, 62,5 %), pescado (3, 18,7 %), frutos secos (3, 18,7 %), legumbres (3, 18,7 %), ternera (1), y 7 (43,7 %) habían desarrollado asma. La media de IgE a leche basal fue 43,6 (0,44-100) kUI/l, ALA 9,7 kUI/l, BLG 5,8 kUI/l, caseína 40,1 kUI/l (0-100). Actualmente toleran 200 ml, 9 pacientes (56,2 %), la duración media de la inducción fue de 20,4 semanas (5-35), han tenido 81 reacciones (media de 5) (rango: 1-20): anafilaxia grado 1 (5), anafilaxia grado 2 (23, 11 de una sola paciente), urticaria (5), prurito oral (16), respiratoria (28), gastrointestinal (4).

Conclusiones: Es una posibilidad terapéutica que permite alcanzar la tolerancia clínica. La pauta es segura y administrable en domicilio. Nuestros datos no indican que el asma sea un factor de riesgo en cuanto a reacciones adversas.

PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA EN NIÑOS DE BAJO RIESGO

M.C. García Ara, M.T. Boyano, M.T. Belver, J.I. Larco, J.M. Díaz Pena, A.M. Fiandor, M.F. Martín Muñoz y S. Quirce

Servicio de Alergia. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: Adelantar la tolerancia a proteínas de leche de vaca (PLV) en niños mayores de 2 años que en la provocación con leche hubieran tolerado al menos 10 cc.

Pacientes y métodos: Dieciocho pacientes (11 V) diagnosticados de APLV a los 6 meses de edad (2,5-11). Inducción de tolerancia a una edad media de 57 meses (24-96) tras provocación positiva. Los niveles de IgE específica estaban por debajo de 10 kUI/l, 0,8 de mediana (0,34-7,49) para leche total y 0,34 (0,34-5,01) para caseína. La provocación comenzaba con 2 ml hasta llegar a 250 ml. La inducción de tolerancia se iniciaba con la dosis anterior a la tolerada, tomada en su domicilio 2 veces al día durante una semana aumentando en semanas sucesivas hasta llegar a la dosis total.

Resultados: La dosis de provocación positiva fue de 25 ml a 250 ml. Síntomas de la provocación: urticaria peribucal en 9, urticaria generalizada en 2, angioedema en 1 y 2 o más síntomas en

6 pacientes. Tiempo llevado a cabo en la inducción de tolerancia de 1 a 6 meses (media de 3,6). Todos ellos han llegado a tolerar la dosis total. Los efectos adversos han sido leves. En revisiones posteriores todos los pacientes toleran cantidades adecuadas para su edad y como efectos adversos un paciente ha presentado anafilaxia con ejercicio y otro reacción con quesos.

Conclusiones: La pauta utilizada ha sido eficaz y segura, permitiendo adelantar la tolerancia a pacientes alérgicos a PLV de bajo riesgo.

INDUCCIÓN DE TOLERANCIA A LECHE DE VACA EN PACIENTES CON ALERGIA PERSISTENTE: EVALUACIÓN DE TOLERANCIA A QUESO DE CABRA Y OVEJA

V. Fuentes¹, D. Pujadas¹, S. Pérez Bustamante¹, E. Alonso¹, L. Zapatero¹, F. Pineda² y M.I. Martínez¹

¹Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

²Departamento I+D. Laboratorios DIATER. Madrid.

Objetivos: Evaluar la tolerancia a quesos de cabra (LC)/oveja (LO) en pacientes alérgicos a leche de vaca (LV) superada mediante inducción de tolerancia.

Pacientes y métodos: Revisamos 20 pacientes con tolerancia inducida y una evolución mínima de un año. Se comprobó tolerancia a queso de oveja/cabra mediante provocación oral. Se realizaron pruebas cutáneas e IgE total y específica a LV y fracciones, LO y LC (UniCAP® Pharmacia). Se realizó SDS-PAGE, Immunoblotting e Immunoblotting-inhibición a LV, LO y LC.

Resultados: De los 20 pacientes, 15 (75 %) toleraron queso de cabra/oveja y 5 (25 %) presentaron reacción adversa tras su ingesta. Todos toleraban queso de vaca (v. tablas I y II).

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los niveles de IgE específica a LC y LO en los dos grupos de pacientes. El SDS-PAGE detectó múltiples bandas para LV, LC y LO. El immunoblotting-inhibición mostró una banda de 30 kDa que sólo se inhibía con la LC/LO, y que podría corresponder a la caseína.

Conclusiones: La tolerancia inducida a LV no implica necesariamente tolerancia a LC y LO. Debería indicarse dieta exenta de LC, LO y posiblemente de otros herbívoros hasta comprobar tolerancia. Las caseínas parecen ser las responsables del cuadro clínico.

Tabla I

Pruebas cutáneas (mm)

	Prick LV 1:1	Prick LV 1:10	Prick LV 1:100	Prick LV 1:1000
Tolerantes	9,2 ± -2,24	6,06 ± -2,35	3 ± -1,22	0,46 ± -0,68
No tolerantes	11,8 ± -3,41	10,4 ± -6,48	4,8 ± -2,7	3,6 ± -3,64

Media ± intervalo confianza.

Tabla II

Determinación de IgE específica (kU/L)

	LV	β lactoglobulina	α lactoalbumina	Caseína	LC	LO
Tolerantes	1,91 ± -1,15	0,80 ± -0,59	1,40 ± -0,93	0,64 ± -0,4	0,87 ± -0,42*	0,98 ± -0,61*
No tolerantes	7,56 ± -5,89	2,89 ± -3,3	3,09 ± -1,84	6,57 ± -7,54	12,45 ± -8,86*	14,74 ± -11,02*

* $p < 0,05$.

INCIDENCIAS EN PACIENTES CON ALERGI A LECHE DE VACA SUPERADA MEDIANTE INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL

L. Zapatero, E. Alonso, V. Fuentes, G. Dávila y M.I. Martínez

Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

De enero de 2005 a enero de 2008, 68 niños con APLV persistente han sido incluidos en un protocolo de inducción de tolerancia oral y 59 de ellos han finalizado con éxito dicho procedimiento siendo en la actualidad tolerantes a leche. Diez de estos pacientes (16 %) han presentado alguna reacción adversa relacionada con la toma de lácteos. Cinco niños presentaron síntomas al comer queso de cabra/oveja, continuando con buena tolerancia de leche de vaca y derivados.

Otros 5 pacientes sufrieron síntomas después de tomar leche. Una niña presentó urticaria aguda generalizada que requirió asistencia en urgencias y tratamiento con adrenalina. Tres presentaron episodio de anafilaxia (urticaria, vómitos, síntomas nasales y broncoespasmo). Finalmente el quinto paciente refería síntomas nasooculares y pápulas peribucales en relación con la toma de lácteos en abundancia (más de 500 cc al día).

Los tres pacientes que sufrieron anafilaxia eran asmáticos y el episodio coincidió con posible cuadro viral y desestabilización del asma. En los tres casos se les disminuyó la cantidad de leche durante unos días, se añadió antihistamínico y se ajustó el tratamiento del asma, después se incrementó progresivamente la dosis de leche hasta volver a alcanzar la cantidad normal para su edad. En la actualidad todos siguen tolerando leche diariamente en cantidades habituales.

Observaciones: La inducción de tolerancia a leche de vaca no implica tolerancia a leche de otras especies herbívoras. Las infecciones virales u otras patologías intercurrentes podrían en estos pacientes afectar transitoriamente a la tolerancia de leche.

SÍNDROME ARTEMISIA-ALIMENTOS. ESTUDIO DE PANALERGENOS

R. Artigas, M. Ridao, M.J. Castillo, M. Viñas y M. Ibero

Unitat d'Al·lèrgia. Hospital de Terrassa. Barcelona.

Objetivos: Valorar la sensibilización a panalergenos en una población pediátrica afecta de polinosis por *Artemisia vulgaris* y alergia a alimentos vegetales.

Pacientes y métodos: De 68 pacientes de nuestra Unidad diagnosticados de polinosis por *Artemisia vulgaris*, 21 presentaban clínica positiva a alimentos vegetales. Pudimos estudiar a 9 de ellos, realizando inicialmente estudio de panalergenos con profilina, polcalcina y LTP de melocotón (ALK-Abelló). Del grupo de 47 pacientes con clínica negativa realizamos en 9 pacientes pruebas cutáneas a los siguientes alimentos vegetales: frutos secos, melocotón, manzana, kiwi, zanahoria, legumbres, lechuga, soja y estudio de panalergenos.

Resultados: Los 9 pacientes con estudio clínicamente positivo presentaban todos un estudio a panalergenos exclusivamente positivo a LTP. De los 9 pacientes con estudio clínicamente negativo 3 de ellos refirieron clínica positiva una vez fueron realizadas las pruebas cutáneas, el estudio de panalergenos fue negativo en 5 pacientes, positivo a polcalcina en 3 y en 1 paciente positivo a profilina, polcalcina y LTP.

Conclusiones: En este estudio preliminar las pruebas cutáneas a panalergenos fueron positivas en 11 de los 12 pacientes que presentaban clínica. La sensibilización a LTP podría ser un marcador que predijese la alergia alimentaria.

QUINTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Moderadora: M.A. Martín Mateos

ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS DE PESCADO

C. Blasco, J.L. Eseverri, E. Martínez¹ y A.M. Marín

Unidad de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron¹. CAP Sant Gervasi. Barcelona.

Objetivos: Estudio de pacientes con enterocolitis no IgE mediada tras ingesta de pescado.

Material y métodos: Quince pacientes (7 niñas y 8 niños) que han presentado entre 3 y 10 episodios de síntomas gastrointestinales severos (dolor abdominal intenso, vómitos incoercibles y/o diarrea, 8 con síntomas "shock like") tras la ingesta de pescado (aparición de síntomas 1-4 horas después). Edad media de introducción del pescado de 8 meses y medio. Estudio realizado: tests cutáneos estándar, prick by prick, IgE específicas a pescados implicados y anisakis, epicutáneas con pescado crudo y cocido (13 pacientes) y test de provocación oral (6 pacientes).

Resultados: Los pescados más frecuentemente relacionados son: rape, merluza y lenguado. Tests cutáneos e IgE específicas a los pescados y anisakis: negativos en todos ellos. Epicutáneas positivas en cuatro pacientes para los pescados implicados (26,6 % de casos). Provocación oral abierta en seis niños con resultado positivo y síntomas similares al cuadro inicial. En 9 pacientes no se realizó por episodios cercanos muy sugestivos o negativa de los padres. Seis pacientes toleran pescado de otras familias (azul, marisco o cefalópodos).

Conclusiones: El pescado es un alimento frecuentemente implicado en enterocolitis por proteínas en nuestro medio por su gran consumo e introducción en el primer año de vida. La historia clínica detallada junto con las provocaciones orales pese al riesgo que conllevan siguen siendo imprescindibles para su diagnóstico. Las pruebas epicutáneas tienen poca rentabilidad diagnóstica. No deberían aconsejarse dietas restrictivas de pescado sin valorar la tolerancia a otras familias.

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: UNA ENTIDAD CADA VEZ MÁS PREVALENTE

M.C. Escudero, E. Balmaseda, I. Cuartero, C. Gutiérrez. M.E. Cabezas y B. Alfaro

Servicio de Pediatría. Alergia y Gastroenterología infantil. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

La esofagitis eosinofílica es una inflamación crónica del esófago con una intensa infiltración de eosinófilos. Los síntomas característicos son disfagia y/o impactación alimentaria. La etiología no es bien conocida, aunque se asocia en un alto porcentaje de casos a alergia alimentaria y/o neumoaergenos. Describimos los casos diagnosticados en nuestro servicio en los últimos 2 años.

Casos clínicos: *Caso 1:* varón de 13 años con disfagia a sólidos. Biopsia: esofagitis con infiltración eosinofílica. Prick positivo a sandía, olivo, perro, gato. Mejoría con dieta de exclusión y fluticasona deglutida. *Caso 2:* varón de 11 años. Debut: impactación alimentaria. Endoscopia: desimpactación de cuerpo extraño, esófago traquealizado. Biopsia: microabscesos de eosinófilos. Prick positivo: almendra, nuez, piñón, pipas, olivo. Tratamiento: dieta exenta de frutos secos, fluticasona deglutida y montelukast. *Caso 3:* varón de 9 años, con asma y disfagia a sólidos. Endoscopia: traquealización esofágica e infiltración de eosinófilos. Prick huevo, leche, pescados, carne, cereales, legumbres, frutos secos y neumoaergenos: negativo. Pruebas de parche con huevo, leche: negativas. Tratamiento: fluticasona deglutida y montelukast con regular evolución. *Caso 4:* varón de 12 años, con asma, alergia al huevo, prurito oral

con pescado azul, alergia al látex. Impactación alimentaria y disfgia. Prick plátano, kiwi, aguacate, castaña: negativos. Prick positivo a sardina y boquerón. En biopsia más de 50 eosinófilos/ campo. Mejoría tras dieta exenta, fluticasona deglutida y montelukast.

Conclusión: Todos nuestros pacientes salvo uno tienen una base alérgica, es importante sospechar este diagnóstico en niños con historia de alergia y síntomas esofágicos.

REACCIONES ALÉRGICAS ACCIDENTALES (RAA) EN NIÑOS CON ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV): I. ALIMENTOS INVOLUCRADOS

M. Pedrosa, M.T. Boyano, M.C. García-Ara, T. Cuevas y J.M. Díaz-Pena

Servicio de Alergia. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

Objetivo: Conocer el tipo de alimentos que con mayor frecuencia producen RAA en niños alérgicos a PLV, las circunstancias en las que se producen y el tratamiento requerido para su control.

Métodos: Se incluyeron 88 niños (44 V) mayores de 18 meses (mediana 32), diagnosticados de APLV en nuestra unidad, a los que se les había indicado dieta exenta de PLV y derivados. Se analizaron las RAA sufridas en los últimos 12 meses.

Resultados: Treinta y siete niños (42 %) refirieron 56 RAA en el último año. Sesenta y dos por ciento tuvieron lugar en el domicilio familiar (27 reacciones) o en casas de amigos o familiares (10); 22 % en la guardería (10 reacciones) o el colegio (3). Ochenta por ciento en circunstancias habituales (48 reacciones) y 11 % en fiestas o reuniones familiares (6). Cuarenta y seis RAA (77 %) se presentaron tras ingesta de alimentos, 2 tras aplicación de cosméticos y 1 tras ingesta de pienso para perros; en 7 reacciones no se identificó ningún alimento sospechoso. Leche de vaca o derivados fueron la causa de 15 reacciones. En 29 los desencadenantes fueron: fiambres 8, galletas o pan 6, aperitivos 8, golosinas 2, helados 2, chocolate 2 y puré de verduras comercial 1. En el etiquetado de 13 de estos productos figuraba leche o proteínas lácteas. Treinta y dos reacciones (57 %) necesitaron tratamiento para su control. Cuarenta y cuatro (79 %) se resolvieron espontáneamente o con antihistamínicos. Siete precisaron corticoides sistémicos, 4 adrenalina y 6 beta-agonistas. Sólo en 8 reacciones se utilizó más de un fármaco. Veinte fueron tratados *in situ*, y 12 en servicios de urgencias. Dos pacientes requirieron hospitalización.

Conclusiones: Los alimentos más frecuentes son fiambres, aperitivos, galletas, chocolate y golosinas. Muchas reacciones tienen lugar en el medio familiar en circunstancias ordinarias. La presencia de leche fue fácil de identificar en la mitad de los alimentos. Muchas reacciones se resuelven espontáneamente o con antihistamínicos, aunque 2 pacientes requirieron hospitalización.

REACCIONES ALÉRGICAS ACCIDENTALES (RAA) EN NIÑOS CON ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV): II. FACTORES DE RIESGO

M.T. Boyano, M. Pedrosa, M.C. García-Ara, T. Cuevas y J.M. Díaz-Pena

Servicio de Alergia. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

Objetivo: Se analizan la frecuencia y severidad de las reacciones alérgicas sufridas por niños con APLV de forma accidental, y se analizan las características clínicas y biológicas de los pacientes con las reacciones más severas.

Métodos: Se incluyeron 88 niños (44 V) mayores de 18 meses (mediana 32 m), diagnosticados de APLV en nuestra unidad, a los que se les había indicado dieta exenta de leche de vaca y derivados. Se analizan las RAA sufridas en el último año. Las RAA fueron clasificadas como leves (síntomas cutáneos o rinitis), moderadas (AE o digestivos), y severas (síntomas cardiovasculares o del tracto respiratorio inferior asociados). Para comparar proporciones y medias se usó test de chi cuadrado y Mann-Whitney, respectivamente.

Resultados: Treinta y cinco niños (40 %) refirieron 54 RAA en el último año. En 6 niños (6,8 %) fueron severas, en 11 (12,5 %) moderadas y leves en 18 (20,5 %). Los niños con RAA severas tenían niveles de IgE específica a leche de vaca más elevados que aquéllos con reacciones leves o moderadas (mediana 46,20 vs 7,00 kU_A/l; $p < 0,05$). La presencia de asma fue más frecuente en el grupo con RAA más severas (83 % vs 45 %; $p < 0,05$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en sexo, edad, síntomas en la primera reacción con leche, dermatitis o nivel de IgE total.

Conclusiones: Cerca de la mitad de los niños con APLV sufrió RAA en el último año. La proporción de reacciones severas fue baja en términos relativos. Los niños con reacciones más severas tienen niveles más altos de IgE específica y son asmáticos con mayor frecuencia. Se necesitan medidas adicionales a las empleadas para evitar la alta frecuencia de RAA.

ALERGIA AL LÁTEX EN POBLACIÓN NO SELECCIONADA

T. Toral¹, M.J. Fuentes¹, L. Moral², J. Garde³, M. Roig²

¹Hospital General de Elda. ²Hospital Vega Baja de Orihuela.

³Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

Objetivo: Conocer las características clínicas de los pacientes alérgicos al látex atendidos en las consultas de Alergia Infantil de 3 Hospitales Generales.

Material y métodos: Revisión de las historias clínicas de los niños diagnosticados de alergia al látex desde enero de 2001 hasta diciembre de 2007.

Resultados: De aproximadamente 10.000 niños atendidos por primera vez en nuestras consultas, se ha diagnosticado alergia al látex en 17 (8 mujeres, 9 varones), con edades entre los 2 y 13 años (media 7,1 años). Un niño presentaba sensibilización asintomática, los demás presentaban eritema-urticaria y/o angioedema en contacto con globos y guantes, asociado o no a rinoconjuntivitis. El desencadenante se refería espontáneamente en todos excepto en un paciente, en el que se realizó la provocación con guante. Dos niños presentaban además síntomas de asma en contacto con globos y uno había tenido una reacción anafiláctica durante una intervención quirúrgica. Cinco niños presentaban síntomas con la ingesta de frutas y/o frutos secos. Trece pacientes (76,4 %) habían sido intervenidos quirúrgicamente; de ellos, dos tenían espina bífida y 3 malformaciones urogenitales. Los 4 niños no intervenidos eran atópicos, incluido el paciente asintomático. El diagnóstico se hizo por la historia clínica y pruebas cutáneas con extracto comercial de látex y/o CAP; en un paciente se realizó además prueba de provocación con guante.

Conclusiones: Aunque la prevalencia de alergia al látex es baja en la población general, los niños intervenidos quirúrgicamente constituyen una población de riesgo. La urticaria de contacto es el síntoma más frecuente.

SEXTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Moderadores: J. Garde y M. Villar

IMPACTO FAMILIAR DEL ASMA INFANTIL. UN NUEVO INSTRUMENTO PARA SU VALORACIÓN

E. Tauler¹, D. Forns² y R. Prat²

¹Unidad de Alergia Pediátrica. Hospital de Martorell. Barcelona.

²Facultad de Psicología. Universidad Autónoma. Barcelona.

Objetivos: Conocer la repercusión familiar del asma infantil mediante un nuevo instrumento: el IFABI-R (Impacto Familiar Asma Bronquial Infantil-R).

Material y métodos: Incluimos 137 niños asmáticos y sus cuidadores. Estos han completado el cuestionario IFABI-R. Este cuestionario valora el impacto familiar del asma infantil en los últimos 3 meses. Comprende 15 ítems que exploran aspectos funcionales (3), emocionales (5) y socio-laborales (7). Datos analizados con SPSS -12 para Windows.

Resultados: Edad de los niños entre 1 y 17 años (8,27 ± 4,16), Género: 59 % varones, 41 % mujeres. Gravedad del asma: Episódica 56,9 % Persistente 43,1 %. Los niños con asma persistente presentan índices de morbilidad significativamente superiores a los niños con asma leve. Respuestas IFABI-R. En los últimos 3 meses, debido al asma del niño, como mínimo en una ocasión, 69 % de los cuidadores se han despertado por la noche, 65 % no han podido dormir, 50 % se han sentido cansados, 57 % han sobreprotegido al niño, 47 % se han asustado por los síntomas, 51 % se han sentido ansiosos, 37 % se han sentido inseguros. En 46 % han alterado las actividades, 46 % han cambiado planes, 35 % han tenido poco tiempo para familia y amigos, 17 % se han sentido poco apoyados, 61 % han tenido que realizar gastos adicionales, 51 % han perdido tiempo de trabajo, y 48 % ha tenido que ausentarse del lugar de trabajo. Todos estos ítems están relacionados con la gravedad del asma, excepto dos: sobreproteger al niño y sentirse inseguro para cuidarlo. Los 3 aspectos presentan correlaciones moderadas entre sí. Los funcionales y socio laborales están moderadamente relacionados con la edad del paciente: el impacto socio-laboral y funcional disminuye al aumentar la edad del niño. La relación entre el aspecto emocional y la edad del niño es baja, aunque se observa una tendencia a disminuir el impacto emocional al aumentar la edad del niño.

Conclusiones: El asma infantil repercute en la calidad de vida de sus cuidadores. El IFABI-R es un instrumento adecuado para su valoración.

MARCADORES INFLAMATORIOS EN EL CONDENSADO DEL AIRE EXHALADO CON LA RESPIRACIÓN EN NIÑOS CON ASMA EN RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN DE MONTELUKAST

S. Caballero¹, J.C. Cerdá¹, A. Navarro³, R. Navarro², F. Gómez⁴, A. García¹, R. Félix¹, J. Belda² y A. Martorell¹

¹Unidad de Alergología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. ²Servicio de Neumología.

³Bióloga Fundación de Investigación. ⁴Medicina Preventiva. Hospital Malvarrosa. Valencia.

Objetivos: Estudiar la modificación de la concentración de leucotrieno B4 (LTB4) e 8-isoprostano (8-ISP) en el condensado del aire exhalado con la respiración (CER) y del óxido nítrico exhalado (FE_{NO}) en niños con asma persistente en relación con el tratamiento con montelukast.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se estudiaron 10 niños/as de 6 a 14 años, con diagnóstico de asma bronquial alérgico persistente. Se determinaron las concentraciones de LTB4 y 9-ISP en el CER y la concentración de FE_{NO} antes y después de un mes de tratamiento con Montelukast. La muestra de aire exhalado se recogió mediante condensador de exhalado modelo ANACON. Las concentraciones de LTB4 e 8-ISP se analizaron mediante kit de enzimoimmunoanálisis (Cayman Chemical, Milán, Italia). La determinación de óxido nítrico exhalado (FE_{NO}) se realizó con el sistema NIOX-MINO (Aerocrine, Estocolmo, Suecia). Análisis estadístico: test de Wilcoxon para series apareadas.

Resultados: Expresados como media ± SD.

	LTB4 (pg/ml)	8-ISO (pg/ml)	FE _{NO} (ppb)
Antes del tratamiento	162,01 ± 139	44,08 ± 46,29	49,60 ± 24,77
Después del tratamiento	83,42 ± 108,74	23,44 ± 33,71	44,10 ± 22,89
p	0,017	0,069	0,139

Conclusiones: 1. Tras un mes de tratamiento con Montelukast: 1.a. Se observó un descenso significativo en la concentración de leucotrieno B4. 1.b. Se observó una reducción del 50 % en la concentración de 8-isoprostano que probablemente podría alcanzar significación estadística si se ampliara el tamaño de la muestra. 1.c. No se observaron cambios en la concentración de óxido nítrico. 2. La determinación de leucotrieno B4 y 8-isoprostano en el CER podrían ser útiles para establecer la indicación y posterior control del tratamiento con Montelukast en el asma bronquial infantil.

FUNCIÓN PULMONAR EN NIÑOS CON SOBREPESO-OBESIDAD CON Y SIN ASMA

C. Rivas¹, J. Caro², A. Ferrer-Franco¹, C. López-Cruz², F. Moreno², L. Bruno¹, J. Reyes¹, L. Marín¹, R. Pamies¹, L. Caballero³, Á. Mazón¹, A. Nieto¹ y J. Dalmau³

¹Unidad de Alergia Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

²Clinica Doctor Lobatón. Cádiz. ³Unidad de Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

Introducción: El sobrepeso-obesidad y el asma son unas alteraciones frecuentes en los países occidentales. Podría existir una conexión entre ambas alteraciones, ya que el tejido adiposo puede segregar citoquinas proinflamatorias que podrían contribuir a la inflamación de las vías aéreas. Nuestro objetivo fue comparar la función pulmonar de niños con sobrepeso-obesidad con y sin asma clínica.

Métodos: Estudiamos 29 niños (5-16 años) con índice de masa corporal IMC ≥ 25: 15 (A) con y 14 (NA) sin asma clínica. Se midió la función respiratoria con espirometría y oscilometría en un período libre de síntomas en los niños con asma. Se utilizó el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney U con el programa SPSS para comparar los flujos espiratorios y los parámetros de oscilometría impedancia Z5, resistencias R5 y R20, reactancia X5 y frecuencia de resonancia.

Resultados: Había un paciente en cada grupo con un VEMS < 80 % del teórico, y 5 en el grupo A y 2 en el grupo NA con FEF25-75 < 80 %. En cuanto a la oscilometría, se hallaron valores > 140 % del teórico en 3 pacientes para la Z5, y en un paciente para la R5, todos del grupo A. Ninguno de los pacientes tenía aumento de la R20. Valores de reactancia X5 > 140 % del teórico se encontraron en 5 y 6 pacientes de los grupos A y NA respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para ningún parámetro de función pulmonar. (p > 0,35 en todos).

Conclusión: La función respiratoria de niños con sobrepeso-obesidad sin asma es similar a la de niños asmáticos con el mismo IMC en los intervalos entre episodios. La reactancia periférica elevada es frecuente en niños no asmáticos con sobrepeso-obesidad, de modo que pueden tener un riesgo aumentado de desarrollar asma.

CORRELACIÓN DE MARCADORES DE SOBREPESO-OBESIDAD CON LA FUNCIÓN PULMONAR EN NIÑOS CON ASMA

C. Rivas¹, F. Moreno², A. Ferrer-Franco¹, C. López-Cruz², J. Caro², L. Bruno¹, J. Reyes¹, L. Marín¹, R. Pamies¹, L. Caballero³, Á. Mazón¹, A. Nieto¹ y J. Dalmau³

¹Unidad de Alergia Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

²Clinica Doctor Lobatón. Cádiz. ³Unidad de Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

Introducción: La obesidad se ha definido recientemente como una alteración inflamatoria. El tejido adiposo es capaz de segregar citoquinas proinflamatorias que podrían contribuir a la inflamación de las vías aéreas del asma. Nuestro objetivo fue investigar si existe una asociación entre marcadores de sobrepeso-obesidad y la función respiratoria en niños con asma.

Métodos: Estudiamos 23 niños (5-16 años) con asma clínica: 15 tenían sobrepeso-obesidad (Índice de masa corporal IMC $\geq$ 25) y se compararon con 8 con IMC $<$ 25. Se realizó un estudio de función respiratoria con espirometría y oscilometría, durante un periodo libre de síntomas, y se midió la leptina en suero. Se utilizó un estudio no paramétrico de correlación Rho de Spearman con el programa SPSS para valorar la asociación del IMC y la leptina con los flujos espiratorios y con los parámetros de oscilometría impedancia Z5, resistencias R5 y R20, reactancia X5 y frecuencia de resonancia.

Resultados: Encontramos una correlación positiva entre el IMC y la leptina ($p = 0,016$). No había asociación del IMC ni la leptina con los flujos espiratorios ($p > 0,12$ para todos). Encontramos una tendencia ($p = 0,084$) para la asociación entre los niveles altos de leptina y el aumento de la reactancia X5, que se considera un marcador del estado de las vías respiratorias periféricas. No se encontraron asociaciones con los demás parámetros de la oscilometría ($p > 0,12$).

Conclusión: Aunque el reducido tamaño de nuestro grupo la da un poder limitado para detectar diferencias significativas, el sobrepeso-obesidad parece asociado a un peor estado de las vías aéreas periféricas en los niños asmáticos. La leptina podría tener un efecto directo en ese estado, o podría corresponder simplemente a un marcador concurrente de sobrepeso-obesidad.

NIVELES DE INTERLEUQUINAS EN NIÑOS CON ASMA Y SOBREPESO

C. Rivas¹, F. Moreno², J. Reyes¹, C. López-Cruz², A. Ferrer-Franco¹, J. Caro², L. Bruno¹, L. Marín¹, R. Pamies¹, L. Caballero³, Á. Mazón¹, A. Nieto¹ y J. Dalmau³

¹Unidad de Alergia Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia. ²Clínica Doctor Lobatón. Cádiz.

³Unidad de Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

Introducción: Desde hace tiempo se considera que el asma es una enfermedad inflamatoria. Se ha descrito que el tejido adiposo puede segregar citoquinas proinflamatorias que podrían tener un efecto prejudicial sobre el asma. Nuestro objetivo fue estudiar la concentración de varias citoquinas involucradas en la patogénesis del asma y la alergia.

Métodos: Estudiamos 38 niños (4-16 años) divididos en tres grupos: grupo A ($n = 15$) niños con sobrepeso-obesidad (índice de masa corporal IMC $\geq$ 25) y asma, grupo B ($n = 15$) niños con IMC $\geq$ 25 sin asma, grupo C ($n = 8$) con asma y con IMC $<$ 25. Se midieron en suero las interleuquinas IL-4 e IL-10, la leptina y el interferón gamma (IFNG). Se usó el programa SPSS para comparar sus concentraciones con el test no paramétrico de Kruskal-Wallis, y el test de correlación Rho de Spearman para estudiar su correlación con el IMC.

Resultados: Encontramos niveles por debajo del umbral de detección para la IL-4 en 12 niños, para la IL-10 en 12, y para el IFNG en 15. Los niveles de IL-4 estaban más altos en los niños con IMC $\geq$ 25 (rango medio: A = 22,63, B = 21,13, C = 10,56, $p = 0,031$), y también los de IFNG (A = 24,23, B = 18,63, C = 12,25, $p = 0,036$). No hallamos diferencias significativas en la IL-10 (A = 22,37, B = 19,80, C = 13,56, $p = 0,18$). Las diferencias entre los niños con sobrepeso-obesidad con y sin asma no alcanzaron significación estadística. Había una correlación del IMC con la IL-4 ($r = 0,37$, $p = 0,024$), pero no con la IL-10 o el IFNG. No existía correlación de la leptina con la IL-4, la IL-10 o el IFNG.

Conclusión: Los niños con sobrepeso-obesidad, tengan o no asma, tienen concentraciones más altas de IL-4 e IFNG circulantes que los niños asmáticos sin sobrepeso. Esto sugiere un papel secretor del tejido adiposo, que no parece mediado por la leptina sino por otros factores desconocidos.

VALIDACIÓN DEL TEST DE CONTROL DE ASMA PARA NIÑOS (ACT-NIÑOS). COMPARACIÓN CON PARÁMETROS CLÍNICOS Y MARCADORES DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

M. Igartua, J.M. Olaguibel, M. Anda, M.J. Álvarez y M.L. Talens

Servicio de Alergología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción: Los cuestionarios de control del asma son herramientas sencillas y eficaces para valorar el grado de control de la enfermedad, pero es necesario su adaptación al entorno socio-cultural donde van a ser utilizados.

Objetivos: Dentro del proceso de adaptación y validación al castellano del cuestionario ACT-niños, hemos realizado un estudio transversal comparativo con parámetros clínicos y marcadores de la actividad de la enfermedad, funcionales e inflamatorios.

Métodos: se estudiaron un total de 45 niños entre 4 y 12 años con asma alérgica sensibilizados a alérgenos perennes de entre los que acudían a visitas programadas de seguimiento. En la misma visita se realizaron determinaciones de la fracción expirada de óxido nítrico (FENO; NiOx MINO; Aerocrine AB; Smidesvägen, Suecia), una espirometría forzada y una valoración clínica completa siendo determinado el grado de control de la enfermedad de acuerdo a la normativa de GINA 2006.

Resultados: Los valores de ACT-niños agrupados de acuerdo al grado de control fueron los siguientes (mediana y rango intercuartílico): controlados: 23 (19-25), parcialmente controlados: 18 (17-20), no controlados: 13 (7-17) (ANOVA; $p < 0,0001$). Los valores de ACT-niños no se correlacionaron con los niveles de FENO, que tampoco mostraron relación con el grado de control del asma, ni con los índices espirométricos.

Conclusiones: El cuestionario ACT-niños parece ser una herramienta útil, para evaluar y discriminar el grado de control de la enfermedad.

ASMA Y RINITIS: DIFERENCIAS EN LOS ALÉRGENOS SENSIBILIZANTES

L. Moral, M. Roig, T. Toral, M.J. Fuentes, A. Alós y J. Garde

Hospital Vega Baja de Orihuela. Hospital General de Elda. Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

Objetivos: Comprobar si los alérgenos implicados en el asma y en la rinitis de los niños de nuestra zona son diferentes.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de revisión de los pacientes atópicos menores de 15 años diagnosticados de asma o rinitis en nuestros hospitales entre 2001 y 2006. Se recopiló la información relativa a la edad, sexo, diagnóstico (asma, rinitis o ambos) y sensibilización a aeroalérgenos determinada por pruebas cutáneas.

Resultados: Se obtuvo información completa de 2202 pacientes (1345 hombres, 61 %, y 857 mujeres, 39 %). Se estratificaron por edades en tres grupos: menores de 3 años (61 pacientes), 3-5 años (362 pacientes), 6-8 años (563 pacientes) y mayores de 8 años (1216 pacientes). La frecuencia de sensibilización frente a los diferentes alérgenos en función del diagnóstico de asma o rinitis mostró diferencias significativas, excepto en el grupo de menores de 3 años, donde el número de casos era pequeño. Así, la sensibilización a ácaros fue más frecuente entre los pacientes asmáticos. Lo mismo ocurría, con menor intensidad, para *Alternaria* y epitelio de gato y perro. Por el contrario, la sensibilización a pólenes se observó con más frecuencia en pacientes con rinitis, siendo la diferencia más marcada en el caso de *Salsola* que con olivo gramíneas.

SÉPTIMA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Moderadores: C. Pedemonte y J.M. Mariscal

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN NIÑOS CON ASMA GRAVE

M. Bosque, H. Larramona, L. Valdesoiro, O. Asensio, N. López, J. del Bas y S. Loureda

Unidad Alergia y Neumología Pediátricas.
Hospital de Sabadell. CSPT. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la efectividad del tratamiento con omalizumab (anticuerpos anti-IgE) en niños con asma grave.

Material y métodos: Niños mayores de 5 años de edad con asma grave alérgicos a alergenios perennes, no controlados clínicamente en el último año a pesar del tratamiento con corticoides inhalados a dosis elevadas, beta2 de larga duración, antileucotrienos y necesidad de corticoides orales, así como metotrexate en un caso. Se realizó en todos los casos una valoración clínica, función pulmonar (espirometría forzada, FENO), esputo inducido según la metodología Belda) y test de calidad de vida en la visita antes de iniciar el tratamiento con omalizumab y en cada administración. Se estableció la dosis según la tabla de dosificación IgE UI/ml/peso kg cada 2-4 semanas siendo administrada por vía subcutánea.

Resultados: Hemos incluido 12 niños (6 niños y 6 niñas) con edades comprendidas entre 5-17 años. El estudio pre-tratamiento mostró: mala percepción de la calidad de vida en todos ellos, sintomatología prácticamente diaria, despertares nocturnos, visitas a Urgencias e ingresos, IgE 150-1285 UI/ml; alergia a ácaros, alterneria, perro o conejo; FEV1 entre 46-85 %, > 3 % eosinófilos en esputo y FENO > 15 ppb estando en tratamiento con corticoides orales e inhalados a dosis elevadas. A las 16 semanas de iniciar tratamiento con omalizumab el FEV1 mejoró con valores entre 65-100 % y disminución eosinófilos en esputo y FENO. Se pudo suspender los corticoides orales en 10 niños, reduciéndose a dosis bajas en 2 de ellos. No efectos secundarios durante el tratamiento.

Conclusiones: El omalizumab es un tratamiento eficaz, seguro y adicional en niños con asma grave.

SENSIBILIZACIÓN A AEROALERGENOS EN LACTANTES PREESCOLARES

D. Antolín-Amérigo, M. Zamorano-Serrano, M.S. Terrados, C. Vidal-Albareda, C. Magda, C. Vlaicu, J. González-Cervera y E. Álvarez-Cuesta

Servicio de Alergología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: La sensibilización precoz a neumoalergenios se ha descrito como factor de riesgo de severidad y persistencia de asma bronquial en la edad escolar. Se cree que la sensibilización a neumoalergenios es poco frecuente en lactantes y niños menores de 3 años, predominando la sensibilización a alergenios domésticos. Pretendemos estudiar la frecuencia y el tipo de sensibilizaciones alérgicas de los niños menores de 4 años diagnosticados en nuestra consulta de asma bronquial.

Material y métodos: Revisamos 190 historias de pacientes enviados por cuadro sugerente de asma bronquial, seleccionando 117 con diagnóstico de asma bronquial en los últimos 2 años. Usamos SPSS versión 12.0 analizando variables: edad, fecha de consulta, nacimiento, celiaquia, dermatitis atópica, bronquiolitis, alergia a distintos alimentos, grado de asma, tipo de sensibilización.

Resultados: El 59 % presentó asma intermitente leve, 22,5 % intermitente moderada, 10 % persistente moderada y 8,3 % persistente leve. 36,3 % presentaron dermatitis atópica. 40 % alergia a alimentos. Sensibilización a aeroalergenios 35 %, agrupándose la

mayor parte de las sensibilizaciones entre los 18 a 42 meses, encontrándose una proporción nada despreciable entre los 12 y 18 meses. La sensibilización más frecuente resultó a pólenes.

Conclusiones: La sensibilización a neumoalergenios en lactantes y menores de 4 años con clínica de asma bronquial en nuestra zona en el momento actual es frecuente, por lo que la valoración alérgica está indicada.

PRESENTACIÓN DE ASMA EN NIÑOS ALÉRGICOS A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA

J. Zatt¹, M. Bosque García² y M.A. Martín Mateos³

¹Hospital de Figueres. Girona. ²Hospital Parc Taulí, Sabadell. Barcelona. ³Hospital San Juan de Dios. Barcelona.

Objetivos: Analizar el proceso evolutivo de un grupo de niños con alergia IgE mediada a las proteínas de leche de vaca (APLV) y su asociación con cuadros respiratorios de tipo alérgico a edades más avanzadas. Analizar las manifestaciones clínicas de la APLV.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de niños diagnosticados de APLV controlados durante un periodo de 4 años. Se recogieron datos referentes a: edad, sexo, cuadro clínico, antecedentes familiares de asma, aparición de sintomatología de asma y se efectuaron determinaciones de IgE específica para leche y sus fracciones proteicas como así también Prick test para estos alergenios.

Resultados: Se analizaron 26 niños con edades entre los 9 meses y los 9 años de edad. La urticaria fue la manifestación inicial más frecuente (92,3 %) y en segundo lugar vómitos (7,7 %). Se observó una asociación entre la APLV y otras alergias alimentarias en el 69 % de los casos. La edad media de aparición de síntomas relacionados con la APLV fue de 6 meses, y la edad media en que se producía la tolerancia fue de 33 meses (16-62 meses). El valor de IgE específica para la leche fue en promedio de 5,23 kU/l con un rango de entre 0,6-51 kU/l; el valor para las subunidades caseína, alfa lactoalbúmina, beta lactoglobulina fue en promedio de 4,62, 4,87 y 3,93 kU/l respectivamente. El tamaño de la pápula del Prick test osciló entre los 3 y los 12 milímetros. Existieron síntomas de asma en 17 (65 %) de los niños y el periodo de inicio osciló entre 18 a 26 (23) meses de edad. Los antecedentes de asma en familiares de primer grado estuvieron presentes en 11 niños (64 %).

Conclusiones: En los niños con APLV mediada por IgE se detecta la aparición de asma bronquial extrínseca en el 65 % de los casos. Las manifestaciones clínicas de APLV han sido por orden de frecuencia: urticaria y vómitos.

DERMATITIS ATÓPICA EN LACTANTES: PREDICTORES DE ASMA EN LOS TRES PRIMEROS AÑOS DE EDAD

C. Rivas, R. Pamies, A. Ferrer-Franco, J. Reyes, S. León, L. Marín, L. Caballero, A. Nieto y Á. Mazón

Unidad de Alergia Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

Introducción: La dermatitis atópica (DA) es a veces la primera manifestación de la llamada Marcha Alérgica, pero no todos los niños con DA desarrollan otras enfermedades alérgicas. El objetivo de nuestro estudio era investigar si algunos factores clínicos, presentes en las primeras fases de la DA, pueden predecir la aparición de asma clínica (> 3 episodios de sibilantes) en los tres primeros años de vida.

Métodos: Evaluamos de modo prospectivo 30 lactantes con DA. Se recogieron datos de historia familiar de alergia, IgE sérica total, sensibilización a leche o huevo, y cuantificación de IgA, IgG e IgM. Se usó el programa SPSS para comparar los pacientes que desarrollaron asma y los que no, usando el test exacto de Fisher, el test de la U de Mann-Whitney, y el análisis de regresión logística.

Resultados: Estudiamos 21 niños y 9 niñas con una edad media de 7,9 ± 4,4 meses en la primera visita, y 37 ± 2,6 meses en la última. Presentaron asma 12 (40 %), el 47,6 % de los niños y el 22,2 % de las niñas. El 33,3 % (4/12) de los pacientes con historia

familiar de alergia desarrollaron asma comparado con el 44,4 % (8/18) de los pacientes sin historia familiar. No apareció asma más frecuentemente en los sensibilizados a huevo (43 % = 6/14) que en los no sensibilizados. Dos de tres niños sensibilizados a leche desarrollaron asma comparado con 10 de 27 no sensibilizado. Ninguno de estos factores alcanzó diferencias significativas. Los niveles de IgA, IgG, IgM e IgE no diferían entre los que desarrollaron asma y los que no; sin embargo había una tendencia a niveles más bajos de IgG en los que sí desarrollaron asma ($p = 0,082$). Un modelo de regresión logística usando estos factores predecía correctamente el desarrollo o no de asma en el 86,4 % de los casos.

Conclusión: La combinación de los factores estudiados permite una correcta identificación de muchos de los lactantes con DA que desarrollarán asma en los tres primeros años de vida.

INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL EN NIÑOS: EFICACIA, CUMPLIMIENTO Y TOLERANCIA

M.C. Escudero, B. Alfaro, I. Cuartero, A. Moreno, M. Tarrasa y A. Correas

Pediatría. Alergia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Estudiar la eficacia, tolerancia y cumplimiento de la inmunoterapia sublingual en pacientes pediátricos con rinitis y/o asma.

Material y métodos: Se incluyen 76 niños entre 5 y 15 años de edad (55 niños y 21 niñas) diagnosticados de asma y/o rinitis alérgica sensibilizados a pólenes o ácaros en tratamiento con inmunoterapia sublingual desde julio del 2006 hasta enero del 2008. Se estudió el grado de cumplimiento, los efectos secundarios y la respuesta tras un año de tratamiento. La eficacia se evaluó en función de la disminución de síntomas clínicos y la reducción de la medicación sintomática.

Resultados: El diagnóstico inicial fue de rinitis en el 27,6 %, de asma en el 2,6 % y rinitis y asma en el 69,7 %. Los agentes etiológicos más comunes fueron los pólenes siendo olivo + gramíneas el más frecuente (39,47 %), en 4 casos recibieron inmunoterapia frente a ácaros. Sólo un 2,6 % abandonaron la medicación, se suspendió en 8 pacientes (10,5 %) por ausencia de respuesta y en 2 por no tolerancia. El efecto secundario más frecuente fue el prurito oral (32,89 %) y el 27,6 % aftas orales. En 6 casos presentaron crisis de asma leve y en 3 casos urticaria sin una causa demostrable de la misma. El 64,5 % presentaron una disminución en la sintomatología y en la utilización de medicación y el 26,3 % no precisaron medicación sintomática.

Conclusiones: El grado de cumplimiento de inmunoterapia sublingual fue elevado con una buena tolerancia a la misma y una mejoría significativa de los síntomas.

ESTUDIO DE SEGURIDAD DE INMUNOTERAPIA CLUSTER CON ALERGOIDE DEPOT EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

M.J. García Catalán¹, M.J. Cruz², M. Bosque¹, H. Larramona¹, O. Asensio¹, R. Grau¹, D. Jaramillo¹, M. García González¹

¹Unidad de Alergia. ²Neumología Pediátrica. Hospital de Sabadell. SCPT. Barcelona.

Introducción: La inmunoterapia específica es un método reconocido para el tratamiento de las alergias IgE mediadas, particularmente en edad pediátrica. Purethal es un alérgoide absorbido con hidróxido de aluminio para el tratamiento de este tipo de alergia. El objetivo es investigar la seguridad de la pauta agrupada para alcanzar la dosis de mantenimiento de Purethal en la población pediátrica.

Métodos: El extracto fue testado en 29 pacientes (14 niñas) de entre 4 a 15 años ($9,41 \pm 3,54$ años), administrando una dosis inicial de 0,5 ml del vial de máxima concentración (primera inyección 0,2 ml + 0,3 ml tras 30 minutos, y esperando un periodo de una hora después de la segunda dosis), alcanzando la máxima do-

sis de 0,5 ml el primer mes y repitiendo la dosis cada mes. La seguridad del tratamiento se evaluó con un cuestionario basado en efectos secundarios, síntomas y necesidad de tratamiento sintomático tras el inicio del tratamiento.

Resultados: La dosis propuesta pudo ser administrada en todos los pacientes. En 2 de los 29 pacientes se observó reacción local (7 %) (en uno de ellos apareció al día siguiente, teniendo que cambiar a pauta de administración convencional por no ser capaz de controlar las posibles reacciones adversas en el hospital). En los dos casos fue necesario tratamiento: antihistamínicos orales, corticoides locales y frío local en uno de los casos; corticoides locales y frío en el otro. No se observaron reacciones adversas sistémicas.

Conclusiones: La frecuencia y la severidad de los efectos adversos en la inmunoterapia específica con pauta agrupada no se diferencian de la hallada en el esquema de dosificación convencional (pauta lenta). El extracto modificado PURETHAL parece ser un tratamiento seguro y bien tolerado para la alergia en pacientes pediátricos.

TOLERANCIA DE UN EXTRACTO DEPOT DE OLIVO

I. García Núñez, B. Ruiz León, M.J. Barasona Villarejo, A.M. Medina Fernández, C. Moreno Aguilar y F. Guerra Pasadas
Servicio de Alergología. H.U. Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: Describir una pauta empleada en la que se alcanza la dosis de mantenimiento en 4 visitas y 8 inyecciones, con un extracto biológicamente estandarizado, conteniendo dosis controladas de Ole e 1 y Ole e 9. Mostrar las características de una población menor de 18 años altamente sensibilizada al polen de olivo que recibe este tratamiento. Comprobar la tolerancia del extracto y de la pauta empleada.

Material y métodos: 58 pacientes (27 chicos y 31 chicas) de edades comprendidas entre 5 y 17 años, con clínica de rinoconjuntivitis y de asma bronquial, en los que se demostró que el polen de olivo era la causa principal de su enfermedad. Todos iniciaron tratamiento con Pangramin Plus UM2[®] (ALK-Abelló, Madrid) de olivo 100 % que fue administrado siguiendo la siguiente pauta:

Día	Vial	Volumen	Observación (minutos)
0	B	0,04	30
		0,06	30
7	B	0,1	30
		0,1	30 + 60
14	B	0,2	30
		0,2	30 + 60
21	B	0,4	30
		0,4	30 + 60

Las guías de la EAACI fueron aplicadas en nuestra Unidad de Inmunoterapia en la administración y en la catalogación de las reacciones adversas.

Resultados: Nuestros pacientes tenían unos niveles de Ole e 1 mayores de 10 kU/ml (rango 15-189 kU/ml). Todos los pacientes alcanzaron la dosis recomendada por el fabricante. Dos pacientes presentaron reacción local y uno presentó una reacción sistémica tipo II, que revirtió en pocos minutos por control en la Unidad de Inmunoterapia administrando terbutalina y dexclorfeniramina. Ningún paciente precisó ralentización de la pauta.

Conclusiones: 1. La pauta de inicio de 4 visitas y 8 inyecciones y el extracto de olea 100 % empleado son seguros. 2. Dada la seguridad mostrada, este esquema de administración puede ser empleado en pacientes asmáticos muy sensibilizados, cuando el extracto terapéutico es altamente seleccionado.

INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA CON UN EXTRACTO 100 % ALTERNARIA: SEGURIDAD EN MENORES DE 18 AÑOS

A.M. Medina Fernández, B. Ruiz León, M.J. Barasona Villarejo, I. García Núñez, P. Serrano Delgado, C. Moreno Aguilar, L. Fernández Delgado y F. Guerra Pasadas

Servicio de Alergología. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: Describir una pauta cluster empleada en nuestro Servicio donde la dosis de mantenimiento se alcanza en 4 visitas empleando un extracto de Alternaria 100 %. Describir las características de los pacientes que están sometidos a este tratamiento. Comprobar la tolerancia a dicho extracto y a la pauta cluster empleada.

Material y métodos: 19 pacientes menores de 18 años con una edad media de 13,4 años (7-18) nueve varones (47,4 %) y diez mujeres (52,6 %) fueron tratados desde junio a diciembre de 2007 con un extracto de Alternaria alternata 100 % estandarizado biológicamente en U-SQ: Alutard SQ® ALK-Abelló, mediante una pauta donde se alcanza la dosis de mantenimiento a la 4.ª visita y tras 8 dosis.

Día	Vial	Volumen	Observación
0	4	0,04	30 minutos
		0,06	30 minutos
7	4	0,1	30 minutos
		0,2	30 + 60 minutos
21	4	0,4	30 minutos
		0,4	30 + 60 minutos

La clasificación de las reacciones adversas se realizó siguiendo las indicaciones descritas por la Academia Europea de Alergología.

Resultados: De los 19 pacientes, once (58 %) fueron diagnosticados de rinoconjuntivitis y asma bronquial, cuatro (21 %) de asma bronquial y cuatro (21 %) de rinoconjuntivitis exclusivamente. Todos alcanzaron la dosis de mantenimiento sin incidencias excepto un paciente que en la segunda dosis del segundo cluster presentó una reacción sistémica grado I que no necesitó tratamiento, tolerando posteriormente el resto de las dosis.

Conclusión: La pauta cluster de administración en 4 visitas revisada y el extracto Alutard 100 % Alternaria es actualmente viable en la práctica clínica por la seguridad demostrada durante su administración.

SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA CON EXTRACTOS ALERGÉNICOS POLIMERIZADOS Y DESPIGMENTADOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

M. Ridaó, M. Viñas, R. Artigas, M.J. Castillo y M. Ibero

Unitat d'Al·lèrgia. Hospital de Terrassa. Barcelona.

La inmunoterapia específica se ha demostrado eficaz en el tratamiento del asma bronquial mediado por IgE. Algunos documentos de opinión exponen dudas sobre la edad a que puede iniciarse esta modalidad terapéutica, y abogan por su inicio por encima de los 5 años de edad.

Pacientes: Se revisaron las historias clínicas de 31 pacientes (19 niños y 12 niñas), con una edad media de 4,4 años (límites: 3,2 y 5,6 años), diagnosticados 28 asma bronquial extrínseca (90,3 %), 3 tos espasmódica extrínseca (9,7 %), y con criterios clínicos adecuados de administración de inmunoterapia específica. **Extractos utilizados:** se prescribieron extractos alérgicos polimerizados y despigmentados (Depigoid®. Laboratorios LETI. Barcelona). El extracto nativo contenía 20,35 µg de Der p1 y 12,3 µg de Der p2 por mg de extracto liofilizado. En el extracto modificado no se detectaron ninguno de los alérgenos mayores. **Pauta de administración:** Pauta cluster inicial (2 semanas) administrada en la unidad de inmunoterapia de nuestro Servicio, seguida de una dosis de mantenimiento mensual, administrada a nivel de atención pediátrica primaria.

Día	Vial	Dosis	µg de alérgeno modificado
1	1	0,2 cc + 0,3 cc	4,25
7	2	0,2 cc + 0,3 cc	4,25
35	2	0,5 cc	4,25
Cada mes	2	0,5 cc	4,25

Resultados: Todos los niños iniciaron la inmunoterapia antes de cumplir los 5 años de edad (excepto uno que tenía 5,6 años), y hasta el momento de la revisión se habían administrado 811 dosis en 31 niños. No se observó ninguna reacción sistémica. Abandonaron el tratamiento: 2 pacientes: uno a los 9 meses de tratamiento por reacción local grado 1 y otro a la segunda dosis de mantenimiento por decisión familiar.

Conclusión: La inmunoterapia específica con este tipo de extractos es segura en niños de menos de 5 años.

Pósteres

PRIMERA SESIÓN DE PÓSTERES

Moderador: A. Mazón

SÍNDROME AUTOINMUNE LINFOPROLIFERATIVO (SALP)

A. Bilbao, N. Maruri¹, I. Luque¹, N. Arana, J.M. García, I. Astigarraga y A. Navajas

Servicio de Pediatría. Unidad de Oncología infantil e Inmunología. Servicio de Inmunología. ¹Hospital de Cruces. Vizcaya.

Objetivos: Presentar un caso diagnosticado de S. autoinmune linfoproliferativo (OMIM 601859). Clasificado como inmunodeficiencias primarias por alteración de la regulación inmune. Es debido a un defecto en la apoptosis de los linfocitos. Existe riesgo evolutivo de desarrollo de enfermedades autoinmunes y linfomas. Los 3 criterios diagnósticos requeridos son: 1) Clínica de linfadenopatía crónica no maligna ± esplenomegalia de más de 6 meses de evolución; 2) > 1 % de linfocitos T doble negativos (DN) y 3) defecto en la apoptosis.

Pacientes y métodos: Niño 13 años en seguimiento por esplenomegalia con antecedentes de hipertrofia de adenopatías cervicales e hipergammaglobulinemia. El padre y la hermana han sido diagnosticados de esplenomegalia. Se determina el fenotipo linfocitario (linfocitos T doble negativos) en ambos padres y hermanos. Se realiza estudio funcional de apoptosis en niño. Los linfocitos doble negativos (CD3+ α/β CD4-CD8-) se cuantifican con anticuerpos monoclonales por citometría de flujo. Para el estudio funcional de la apoptosis se estimulan los linfocitos, induciendo la apoptosis con anti-CD95, cuantificando la apoptosis con anexina.

Resultados: Tabla de abajo.

	Hermano	Hermana
Esplenomegalia	Ecográficamente	En la exploración
% de linf T DN	16 %	6 %
Apoptosis	Defecto	Pendiente
	Madre	Padre
Esplenomegalia	Ausente	Anamnesis
% de linf T DN	1 %	6 %
Apoptosis	Pendiente	Pendiente

Conclusiones: a) El niño cumple criterios de SALP. Es probable que estén afectos la hermana y el padre; b) La presencia de esplenomegalia y/o adenopatías persistentes no malignas justifica descartar esta entidad sobre todo si existen antecedentes familiares; c) El diagnóstico facilita el seguimiento con alto índice de sospecha del desarrollo de linfomas y enfermedades autoinmunes.

LINFOMA PULMONAR EN UNA PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMÚN (IDVC)

M. Piquer Gibert, A. Machinena, M.T. Giner Muñoz, R. Jiménez Feijoo¹, O. Cruz Martínez², O. Domínguez Sánchez, A.M. Plaza Martín y M.A. Martín Mateos

Sección Inmunología. Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona. ¹Servicio de Pediatría Hospital Sant Joan de Reus. Tarragona. ²Sección Oncología Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona. Barcelona.

Objetivo: Describir un caso de linfoma MALT pulmonar en una paciente respiratoriamente asintomática y la favorable respuesta a tratamiento con rituximab.

Caso clínico: Niña magrebí, hija de padres consanguíneos, desde el año de vida diarrea crónica tratada con dieta sin gluten ni lácteos. A los 10 años de edad en España se estudia la diarrea crónica y falta de medro detectándose: anemia, hipogammaglobulinemia y adenopatías mediastínicas remitiéndose a nuestro centro. A la exploración destaca palidez cutánea, crepitantes pulmonares bibasales y esplenomegalia. Analítica: Hb 10,2 g/dl, IgG 1835 mg/l, IgA 175 mg/l, IgM 55 mg/l, ferritina 6,2 μ g/l, cobalamina 103 ng/l. Fibroscopia esófago-gastro-duodenal: mucosa duodenal con lesiones mínimas, vellosidades normales. Pletismografía con patrón mixto y prueba broncodilatadora negativa. Fibrobroncoscopia: estenosis de bronquio LMD, con citología inflamatoria aguda en lavado bronquio-alveolar. Biopsia pulmonar: linfoma B de bajo grado sugestivo de linfoma MALT extranodal, PCR a VEB positivo. Estudio de extensión: actividad adenopática en hilos pulmonares en rastreo corporal con Ga67. Diagnóstico: IDVC, linfoma MALT pulmonar, anemia ferropénica/déficit de cobalamina y diarrea crónica secundaria a IDVC. Tratamiento: gammaglobulinas endovenosas, rituximab (anticuerpos anti-CD20), suplementos de hierro y cobalamina y cotrimoxazol profiláctico. Buena respuesta a rituximab con regresión de las adenopatías y del número y tamaño de los nódulos pulmonares. Por diarrea persistente se realiza fibroscopia digestiva completa observándose úlceras serpiginosas de margen anal hasta recto-sigma. Mejoría con budesonida oral y mesalazina.

Comentarios: Se trata de la paciente más joven diagnosticada de linfoma MALT asociado a IDVC. Destacar la importancia de la exploración funcional pulmonar y de imagen en los pacientes con IDVC, incluso en ausencia de síntomas. El tratamiento con rituximab se considera de elección en estos pacientes por seguridad, tolerancia y efectividad.

MENINGITIS EN LA AGAMMAGLOBULINEMIA LIGADA AL X. DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN

S. Castrillo Bustamante, C. Santana Rodríguez, T. Raga Poveda, M.L. Casado Sánchez, E. Domínguez Bernal y C. Ortega Casanueva

Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción: La agammaglobulinemia ligada al X (ALX) es una inmunodeficiencia primaria que. Ocasiona susceptibilidad para infecciones piogénicas, evitables bajo tratamiento con inmunoglobulinas.

bulinas (Igs), mejorando el pronóstico de forma drástica. Estos pacientes pueden tener afectación meníngea, bien producida por la infusión de Igs, o por gérmenes patógenos, entre los que destacan los enterovirus. Presentemos un paciente afecto de ALX que padeció meningitis en dos ocasiones, siendo la primera aséptica, y años después por *Campylobacter coli*.

Caso clínico: Paciente diagnosticado de ALX a los 2 años de edad. Desde entonces recibe cada 4 semanas tratamiento sustitutivo con Igs, inicialmente bien tolerado, y que le ha permitido mantener buenos niveles séricos de IgG y permanecer libre de infecciones. A los 8 años de edad presenta cuadro de cefalea y diplopía de una semana de evolución, varios días después de la última dosis de Igs. En la exploración destaca edema de papila bilateral. Exploraciones complementarias: LCR con 69 células (S20 %, M 80 %), glucosa, proteínas, gram, cultivo, PCR para virus incluyendo herpes, CMV, VEB y enterovirus: normales. Hemograma, bioquímica y PCR sanguíneos normales. TC craneal normal. Evolución favorablemente con tratamiento sintomático. A los 10 años de edad consulta por cefalea y fiebre de horas de evolución, con signos meníngeos positivos. Hemograma: leucocitos 13,900 (84 % segmentados), PCR 3,4 mg/dl. TC craneal normal. LCR con 293 células (S 90 %, M 10 %), proteínas 111 mg/dl, glucosa 43 mg/dl. Se aísla *Campylobacter coli* en LCR y sangre. Buena evolución con tratamiento antibiótico con imipenem.

Discusión: El tratamiento con Igs es un recurso terapéutico vital en estados de inmunodeficiencia como la ALX. Aunque relativamente seguro puede tener efectos adversos, como la meningitis aséptica, que puede cursar con sintomatología neurológica diversa, y cuyo diagnóstico es de exclusión. Los procesos meníngeos en los pacientes con ALX obligan al diagnóstico diferencial entre etiología microbiana (bacteriana o vírica) y farmacológica. Ambas ocurrieron en nuestro paciente.

VALIDACIÓN DEL INMUNOCAP® RAPID PARA EL DIAGNÓSTICO DE ALERGIA EN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

J.M. Lucas, M. Bahillo, A. Martínez-Torres, V. Hernando, M. Sánchez-Solís y L. García-Marcos

Unidades de Alergia y de Neumología. Hospital Infantil Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Antecedentes: La validación del nuevo InmunoCAP® rapid (ICR) frente al prick-test (PT) no se ha realizado aún en el terreno epidemiológico. El objetivo de este estudio es determinar la exactitud diagnóstica del ICR en este terreno.

Material y métodos: Se usaron 270 sueros (180 positivos a alguno de los siguientes alérgenos: D. Pter, gato y olivo; y 90 negativos) provenientes de niños de 9-12 años que formaron parte del estudio ISAAC-II en Cartagena. Los niños tenían un PT realizado durante este estudio. La medición del ICR se realizó según las instrucciones del fabricante. Se usó el método de pruebas diagnósticas del programa estadístico STATA (College Station, TX, EE.UU.), usando los resultados del PT como estándar «de oro» cuando la pápula había tenido un diámetro de más de 3 mm, una vez descontado el negativo.

Resultados: Los resultados de las pruebas diagnósticas se muestran en la tabla. También se indica el número de muestras que se usó para cada alérgeno.

	PT+ n	PT- n	Sens.	Espec.	VP+	VP-
Al menos una pápula positiva	180	90	86,7	98,9	99,4	78,8
D. Pter	123	147	87,8	89,1	87,1	89,7
Gato	48	222	64,6	96,8	81,6	92,8
Olivo	62	208	90,3	90,9	74,7	96,9

Conclusiones: El InmunoCAP® rapid es un método fiable para diagnosticar alergia a D. Pter, olivo y gato en el terreno epidemiológico en niños escolares.

SÍNDROME NEFRÓTICO Y ALERGIA

A. Ferrer-Franco, J. Reyes, L. Marín, A. Mazón, R. Palies y A. Nieto

Unidad de Alergia Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

Introducción: Algunos estudios en niños y adultos han encontrado una asociación de síndrome nefrótico sensible a corticoides, atopia e IgE sérica elevada.

Casos clínicos: Comunicamos tres casos de síndrome nefrótico relacionado con síntomas alérgicos en tres niños de entre 10 y 15 años diagnosticados de síndrome nefrótico de cambios mínimos con buena respuesta a corticoides. Estaban en remisión con Cellcept® y corticoides dos de ellos, y sin tratamiento el tercero, pero todos tenían episodios de proteinuria coincidiendo con exacerbaciones de asma y rinitis.

Resultados: Los tests cutáneos eran positivos frente a aeroalérgenos inhalantes en todos los pacientes y frente a alimentos en el tercero. Los niveles de IgE sérica total estaban elevados en los dos pacientes que llevaban tratamiento y eran normales en el que no lo llevaba. Los niveles de IgE específica y el óxido nítrico en aire exhalado estaban elevados en los tres casos. Los pacientes medían la proteinuria diariamente y la registraban en un diario. Únicamente tenían proteinuria cuando presentaban exacerbaciones de asma y rinitis.

Conclusión: Describimos tres casos de síndrome nefrótico relacionado con exacerbaciones de asma y rinitis. El síndrome nefrótico se ha relacionado con síntomas alérgicos y su patogénesis y fisiopatología no está aclarada. Hay pruebas de una correlación de los niveles de IgE total, la liberación de citoquinas Th2 y la activación de células inflamatorias en pacientes con síndrome nefrótico activo. Nosotros hemos encontrado una relación entre la inflamación alérgica y la aparición de proteinuria en nuestros pacientes, aunque no podemos demostrar el mecanismo inmunológico específico.

ALERGIA A HIMENÓPTEROS EN NIÑOS: EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA

I. García Núñez, B. Ruiz León, A.M. Medina Fernández, M.J. Barasona Villarejo, C. Moreno Aguilar y F. Guerra Pasadas

Servicio de Alergología. H.U. Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: Describir la experiencia clínica de nuestra unidad en reacciones sistémicas por picaduras de himenópteros en menores de 18 años. Se consideran aspectos demográficos y asistenciales.

Pacientes y métodos: Presentamos a 19 pacientes, 17 chicos y 2 chicas, con edades comprendidas entre 3 y 17 años, que consultaron entre 2000 y 2004 en nuestro Servicio por cuadros compatibles con anafilaxia tras picadura de himenópteros (9 con avispa y 10 con abejas). El protocolo diagnóstico se basó en lo siguiente: datos anamnésticos, determinación de IgE específica en suero e intradermorreacción seriada con batería sistemática de tres venenos: *Apis mellifera*, *Polistes spp* y *Véspula spp*. Se indicó inmunoterapia a los pacientes con anafilaxia grado I de Müller o mayor con diagnóstico positivo al veneno del insecto relacionado. Se propuso alcanzar la dosis de mantenimiento de 100 µg de Pharmedgen (Apis, Véspula o Polistes) mediante pauta agrupada de 2 o 3 visitas. Los hijos de apicultores recibieron 200 µg de Aquagen Apis mellifera, igualmente mediante pauta agrupada.

Resultados: Había 14 estudiantes, 7 ayudantes apícolas, y 2 trabajaban al aire libre. 10 estaban sensibilizados al veneno de *Apis mellifera*, 2 a *Véspula spp*, 4 a *Polistes spp* y 3 a ambos véspidos. Los niveles basales de IgE específica fueron siempre superiores a 1.8 kU/l. Los 19 pacientes recibieron inmunoterapia, alcanzando dosis máxima de 100 o 200 µg y no hubo ninguna reacción sistémica.

mica. De los 19,8 han finalizado la inmunoterapia. Se realizaron 14 repicaduras (8 Apis, 4 Polistes, 2 Vespula) con resultado negativo. Se registró un descenso progresivo en los niveles de IgE específica, así como un aumento de la IgG4 específica. La concentración de veneno necesaria para positivizar la pápula diagnóstica igualmente se redujo progresivamente.

Conclusiones: Nuestro protocolo diagnóstico es útil y aplicable a niños. Las dosis de inmunoterapia estandarizadas son bien toleradas en niños, incluso con pautas agrupadas de pocas visitas. El test de repicadura es bien aceptado en población infantil y puede monitorizar la eficacia de la inmunoterapia.

DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR PROPÓLEO

N. Bernedo, O. Uriel, M. Velasco, S. Esnal, E. Santolaya y D. Muñoz

Servicio de Alergia e Inmunología, Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz.

Introducción: El propóleo o propolis es una sustancia resinosa recolectada por las abejas y empleada para proteger y mantener aséptica la colmena dado su carácter antimicrobiano. El uso del propolis es amplio en la industria cosmética y medicinal natural en forma de preparados tópicos, colutorios y presentaciones para la ingesta oral. Se han descrito casos de hipersensibilidad a propóleo tanto inmediata (IgE mediada) como retardada (tipo IV).

Material y métodos: Niño de 9 años que consulta por varios episodios de estomatitis en el último año, coincidiendo con la toma de un preparado natural con propóleo (Propol Pur®). En el último episodio, asociaba edematización labial y tos con opresión torácica. Se realizan pruebas cutáneas (Prick) con batería de inhalantes (ácaros, pólenes y látex), alimentos (manzana, fresa y frutos secos) y Propol Pur®. Se realizan pruebas epicutáneas con batería estándar ampliada con propóleo, cera de abeja, miel, flores compuestas, alcohol y aldehído cinámico, vainillina y bálsamo de Perú.

Resultados: Pruebas cutáneas (prick) positivas con polen de gramíneas, negativas con los alimentos testados y Propol Pur®. Pruebas epicutáneas: positivas en lectura a las 96h con: propóleo (+++); miel (+++); Propol Pur® (+++) y mercurio (+++), resto negativas.

NO TODO HA DE SER ALERGIA

O. Estesó, T. Fadeeva, J.L. Esevenri, C. Blasco, E. Martínez y A.M. Marín

Unidad de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

Caso clínico: Paciente de 16 meses sin antecedentes familiares ni personales de atopia que acude a consulta por presentar lesiones cutáneas maculo-papulosas en tronco, cara y extremidades de 3 meses de evolución, en un hemograma de screening se constata eosinofilia de 780 células/mm³. **Estudio inmunológico:** hemograma, bioquímica básica: normal. Inmunoglobulinas normales. IgE 45 KU/l. Prick Test a aeroalergenos y alimentos: negativo. Triptasa sérica: normal. Serologías: negativas. Sedimento orina: normal. Estudio de parásitos: negativo. Radiografía de tórax: normal. Frente a un estudio negativo y sin afectación de otro órgano salvo la piel se realiza biopsia cutánea con estudio inmunohistoquímico (CD1, S100) positivo para histiocitosis de células de Langerhans (HL). Estudio por imagen: seriada ósea, TAC toracoabdominal y cerebral, normales. Se trató con viblastina y prednisolona con buena respuesta. Controles oncológicos: enfermedad inactiva.

Conclusión: Ante eosinofilia y lesiones cutáneas en lactante o niño hay que descartar las siguientes causas: parasitosis, atopia, enfermedades sistémicas (mastocitosis), oncológicas, inmunodeficiencias o medicamentosas. Nuestro caso se diagnóstico de HL. Edad de aparición más frecuente entre 1-4 años. Las lesiones cutáneas son la primera manifestación en un 10 % de casos. El diagnóstico definitivo es histológico e inmunohistoquímico. El estudio se completa descartando afectación de otros órganos (hueso, sis-

tema nervioso central y médula ósea). Si su manifestación es localizada el curso es más benigno. El tratamiento es quimioterápico.

FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ALERGIA ALIMENTARIA

I. González Mahave, M.D. Del Pozo, R. Escudero, B. Navarro, E. Alarcón, A. Blasco y T. Lobera

Centro de Alta Resolución San Millán (CARPA). Logroño.

Caso clínico: Paciente de 4 años de edad, remitida por su pediatra, por abdominalgia de 2 años de evolución, con sensibilización para clara de huevo. Desde la edad de 2 años, a partir de un episodio de un mes de duración, diagnosticado de salmonelosis y tratado con amoxicilina, presenta episodios de dolor abdominal cólico, con afectación importante del estado general. En alguna ocasión asociados con fiebre de 38°. Remiten en 48 horas. No presenta edema a otros niveles. No presenta otros antecedentes patológicos de interés. No se conocen antecedentes familiares alérgicos o de angioedema. Niña adoptada de origen chino. Además refiere tos y rinorrea mucosa de forma habitual. **Estudio alergológico:** Se realizan pruebas con alimentos, siendo negativos. Pruebas con aeroalergenos, son positivas para alternaria. IgE específica: alternaria 12,9 KU/l, clara de huevo 1,67 y caseína, 1,13 KU/l. **Estudio analítico:** bioquímica, hemograma, serología, complemento, inmunoglobulinas, anticuerpos celiaquía, todos sin hallazgos patológicos. **Evolución:** mientras se realiza el estudio, la paciente presenta un episodio agudo de dolor abdominal y fiebre asociado a empiema, que requiere, asistencia médica urgente.

Discusión: Paciente con episodios repetidos de dolor abdominal, fiebre y serositis, nos hace sospechar de un síndrome autoinflamatorio, posiblemente FMF. Se remite para estudio genético, siendo positivo para la alteración en el gen de la FMF. Realiza tratamiento con colchicina, encontrándose estable. En el momento actual tiene buena tolerancia alimentaria, en general.

Conclusión: Ante una clínica de dolor abdominal recurrente, es importante hacer un diagnóstico diferencial amplio, para tener sospecha de este tipo de enfermedades.

CAUSA INFRECUENTE EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ALERGIA ALIMENTARIA

M. Casellas, L. Ymbert, J. Lozano, O. García, R.M. Busquets y M. Álvaro

Unidad de Neumología y Alergia Infantil. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.

Introducción: En la práctica clínica, la sospecha de alergia alimentaria es una situación frecuente en lactantes en los que se introduce la alimentación complementaria. No es inhabitual que algunas reacciones aparentemente adversas a alimentos den lugar a estudios alérgicos y a dietas de exclusión alimentaria no justificadas.

Caso clínico: Se presenta el caso de 3 pacientes de 4,5 y 15 meses de edad respectivamente que acuden a la consulta de alergia para estudio de episodios recurrentes de eritema facial coincidiendo con la introducción de la alimentación complementaria (papilla de fruta), con la sospecha diagnóstica de alergia alimentaria. Los pacientes carecen de antecedentes personales y patológicos de interés, excepto parto por fórceps por distocia dinámica los primeros 2 casos. El 3.º presentó bronquiolitis a los 2 meses y posteriormente episodios repetidos de bronquitis. Ante la sospecha de alergia alimentaria se realizan pruebas cutáneas alérgicas y determinación de IgE específicas, que resultan negativas, por lo que se sospecha un síndrome de Frey. Se realiza prueba de provocación en la consulta, con administración de fruta, e inmediatamente después presentan enrojecimiento facial unilateral derecho y bilateral respectivamente, con resolución espontánea en algunos minutos, lo cual corrobora el diagnóstico.

Discusión: El síndrome de Frey (o síndrome del nervio aurículo-temporal) es un cuadro de diagnóstico infrecuente en niños. Se caracteriza por la aparición de signos parasimpáticos, sudoración y enrojecimiento facial unilateral, coincidiendo con la ingesta de alimentos sialogogos. Está causado habitualmente por la lesión traumática de la raíz nerviosa auriculotemporal (por parto instrumentado por fórceps, cirugía parotídea...) y su regeneración aberrante posterior. Con la ingesta y la masticación de determinados alimentos se produce una vasodilatación, en lugar de la secreción salival fisiológica. En la infancia suele tener una evolución benigna, con disminución progresiva de los síntomas y generalmente no requiere tratamiento.

Conclusiones: El síndrome de Frey es un diagnóstico exclusivamente clínico que se debe tener en cuenta para evitar exploraciones.

LARINGITIS RECURRENTE POR SENSIBILIZACIÓN AL LÁTEX

M.J. Barasona, I. García, B. Ruiz, A. Medina, E. Peñuelas, C. Moreno y F. Guerra

Sección de Alergología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: Presentar un caso clínico de laringitis recurrente por sensibilización a látex, aunque esta forma de manifestación no es muy frecuente.

Método: Niña de 11 años con antecedentes de múltiples intervenciones quirúrgicas por anomalía congénita en miembros superiores que acude a nuestra consulta por presentar 2 episodios de laringitis, angioedema facial, urticaria diseminada y disnea tras asistir a 2 fiestas de cumpleaños. Desde pequeña presenta edema palpebral y labial con el inflado de globos. Tolerancia a frutas y castaña. A la paciente se le solicitó prick con neuroalergenos, prick con látex y frutas e IgE específica frente a los alérgenos positivos y al látex, junto con sus recombinantes.

Resultados: El prick resultó positivo para gramíneas, caballo y látex. Se obtuvo una IgE específica frente a látex de 22,7 (hebv1: 2,6, hebv3: 1,4 y hebv5: 10) y negativa para los otros alérgenos. La paciente fue diagnosticada de sensibilización al látex y se le recomendó inmunoterapia sublingual con dicho alérgeno (SLIT-látex ALK-Abelló, S.A). Actualmente la paciente está en dosis de mantenimiento (lleva 27 meses), tolerando la vacuna sin problemas y desde entonces está asintomática tras contacto con látex.

Conclusiones: Presentamos un caso de laringitis aguda recurrente y angioedema facial por sensibilización a látex en una niña de riesgo de sensibilización a dicho alérgeno. A pesar que las manifestaciones clínicas de alergia al látex son variadas, la laringitis no es una manifestación común de dicha sensibilización, por lo que no debemos infravalorar su diagnóstico para poder recomendar medidas de evitación de la exposición e incluso tratamiento específico del que se beneficie el paciente.

SEGUNDA SESIÓN DE PÓSTERES

Moderadora: A. Martínez-Cañavate

ALERGIA A MEDICAMENTOS: INCIDENCIA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE

E. Rodríguez Plata, G. Hernández Santana, R. González Pérez, E. Pérez Rodríguez, J.A. Martínez Tadeo, P. Poza Guedes y J.C. García Robaina

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

Objetivos: Las reacciones adversas a medicamentos en la edad pediátrica son frecuentes, sin embargo sólo una pequeña parte es-

tán mediadas por mecanismos inmunológicos. El objetivo de nuestro estudio es determinar qué porcentaje de pacientes consultaron por reacción adversa con medicamentos, así como los fármacos más frecuentemente implicados.

Material y métodos: Se han revisado las historias clínicas de los pacientes con edades comprendidas entre 4 y 14 años que han consultado a nuestro servicio por reacción adversa medicamentosa durante los años 2006 y 2007. Para estudiar dichas reacciones adversas utilizamos pruebas cutáneas en prick e intradermorreacción, así como exposición oral controlada simple ciego.

Resultados: Durante los años 2006 y 2007 se completaron un total de 154 estudios de reacciones adversas a medicamentos en pacientes con un rango de edad de 4 y 14 años. El 59,74 % (92 pacientes) consultaban por reacciones con betalactámicos, 16,88 % (26 pacientes) con AINEs y 19,48 % (30 pacientes) con otros fármacos. Tras realizar estudio diagnóstico se obtuvieron los siguientes resultados: 4 estudios positivos con betalactámicos (4,35 %), 7 estudios positivos con AINEs (26,9 %) y 2 estudios positivos con otros fármacos (articaína y timoglobulina) (6,66 %).

Conclusiones: Los niños con reacciones adversas medicamentosas son parte importante de nuestra consulta diaria. A pesar de que las reacciones adversas más frecuentemente consultadas son por betalactámicos, resultan ser los AINEs los fármacos responsables en la mayoría de estudios positivos.

ALERGIA A β -LACTÁMICOS. ESTUDIO DE UNA POBLACIÓN INFANTIL EN UN SERVICIO DE ALERGIA

B. Vilá Indurain, M.T. Dordal Cullá, E. Muñoz García, M.J. Castillo Marchuet, R. Serra Juanpere, E. Scorza¹, M. Viñas Domingo, L. Pau Casanovas y E. Martí Guadaño

Unidad Diagnóstica Alergia Medicamentosa. Hospital Dos de Mayo. Barcelona. ¹Unidad de Alergia. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

Objetivo: Conocer las características de una población infantil remitida para estudio por clínica sugerente a alergia penicilinas en nuestra Unidad. Estudio descriptivo.

Material y métodos: Se estudian 78 niños (44 varones) de un total de 993 pacientes que consultan por reacción adversa a penicilinas (clínica compatible). La metodología aplicada ha sido anamnesis, Pruebas in vitro (CAP System), Pruebas in vivo (Prick, intradermorreacción (IDR), prueba de exposición controlada), y estudio según indicaciones.

Resultados: Los betalactámicos implicados fueron: amoxicilina y amoxicilinaclavulánico en el 92 % de casos, siendo la vía oral la más frecuente (96 %). La clínica relacionada mostró: 53 % urticaria y/o angioedema, 21 % rash maculopapular, 22 % rash morbiliforme, 1 % anafilaxia, 1 % disnea, 3 % imprecisa. Tipo de reacción: 48,7 % inmediata, 48,7 % no inmediata, 2,6 % no filiada. El intervalo desde la reacción clínica y el estudio osciló entre 0,5 a 13 años. En 42 niños se efectuó determinación de IgE específica, siendo todos negativos. 2 casos (3 %) tuvieron pruebas cutáneas positivas (IDR) (1 amoxicilina y 1 PPL) y 76 (97 %) fueron negativos. Pruebas cutáneas: sensibilidad: 28,6 %. especificidad 100 %. En 77 ocasiones se efectuó prueba de exposición oral controlada (61 % amoxicilina, 32 % amoxicilinaclavulánico, 4 % penicilina V, 3 % cefuroxima), siendo positiva en 4 (5 %) niños (3 amoxicilina, 1 amoxicilina clavulánico). Todos los reestudios efectuados fueron negativos.

Comentarios: Nuestra prevalencia de consultas pediátricas para estudio de alergia a penicilinas sobre la población total remitida es 7,8 %. Los betalactámicos implicados mayoritariamente son aminopenicilinas, con predominio de reacciones cutáneas. Se diagnostican de alergia a penicilinas 7 pacientes (9 % del total), la mayoría mediante la prueba de exposición oral.

ALERGIA A ANTIBIÓTICOS BETALECTÁMICOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE AMPLIA

L. Moral, M. Roig, T. Toral, M.J. Fuentes, M.D. Martos y J. Garde
Hospital Vega Baja de Orihuela, Hospital General de Elda,
Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes atendidos por sospecha de hipersensibilidad a los antibióticos betalactámicos (ABL), el estudio realizado y el diagnóstico definitivo.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de revisión de los pacientes pediátricos atendidos por sospecha de alergia a ABL en nuestros hospitales entre 2001 y 2007.

Resultados: Se incluyeron 503 pacientes. Los antibióticos implicados fueron: 5 penicilina (1 %), 161 amoxicilina (32 %), 237 amoxicilina-clavulánico (47 %), 119 cefalosporinas (24 %; destacando 41 cefixima, 35 cefuroxima y 17 cefaclor), 12 otra penicilina o no especificada. En 344 (68,4 %) se comprobó la tolerancia del fármaco sospechoso por provocación oral y en 127 (25,2 %) no se pudo completar el estudio. En 32 se diagnosticó la alergia al fármaco: 29 amoxicilina (sola o con clavulánico), 1 cefotaxima y cloxacilina, 1 cefotaxima y 1 cefixima. Se llegó al diagnóstico por IgE específica elevada en 5 pacientes, por pruebas cutáneas en 12, por provocación oral en 9 y por otros aspectos de la historia en 6. La probabilidad de obtener un diagnóstico positivo fue significativamente mayor en los pacientes con historia de reacciones repetidas o graves, o de administración del ABL por vía parenteral.

Conclusiones: La sospecha de alergia a ABL es un motivo de consulta que generalmente no se confirma. Algunos datos de la historia aumentan la probabilidad de llegar a un diagnóstico de alergia. Aun en los casos diagnosticados como alérgicos cabría determinar la firmeza del diagnóstico con estudios de provocación y reproprovocación, aunque en la práctica clínica este grado de precisión no suele ser necesario ni aceptable.

ALERGIA A LA AMOXICILINA Y ERITEMA MULTIFORME POR INFECCIÓN POR EPSTEIN BARR

M.A. Gairí¹, A. López¹, J. Bosch¹ y J.L. Esseverí²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ²Servicio de Alergia Pediátrica. Hospital Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La incidencia de exantema tras la administración de derivados de penicilinas es relativamente frecuente en la mononucleosis infecciosa; pero la presencia de exantemas severos tipo eritema multiforme o Stevens-Johnson es una rara manifestación cutánea de la interacción entre el agente etiológico y antibiótico.

Caso clínico: Paciente de 3 años donde como antecedente personal destaca que 1 año antes presentó una lesión eritematosa en la zona genital coincidiendo con la toma de amoxicilina-clavulánico. Acude a urgencias por cuadro respiratorio prolongado; en los últimos 6 días se asocia fiebre hasta 39,1 °C. Diagnosticado de otitis media aguda inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico, 48 horas después presentó un exantema fijo maculopapuloso, confluyente, generalizado que inició en la cara, posteriormente se extendió a tronco y afectación de plantas y palmas. Presentó elementos en diana y sensación de quemazón. Diagnosticada de infección de vías respiratorias bajas y eritema multiforme se solicitan: radiografía de tórax donde se observaba un infiltrado retrocardíaco, serologías con resultado positivo Epstein Barr. Por el antecedente de la erupción un año antes con la toma de amoxicilina clavulánico se realiza estudio alérgico que resultó positivo exclusivamente a amoxicilina y negativo al resto de betalactámicos.

Conclusiones: La interacción entre agente infeccioso virus Epstein Barr y la alergia a la amoxicilina precipita la expresión clínica cutáneo severa. La negatividad a la penicilina y otros betalactámicos sugiere que el grupo aminobencilpenicilina de la cadena lateral

de la amoxicilina juega un papel predominante en esta reacción y a su vez repercute para tratamiento antibióticos posteriores.

ANAFILAXIA POR CLORHEXIDINA TÓPICA EN UN NIÑO. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y SU CORRELACIÓN CON LA CLÍNICA

M. Ferrer Vázquez, A. Michavila Gómez, F. Pronzato Cuello, M.D. Latorre¹ y J.M. Martín Arenós

Alergia Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital General de Castellón. ¹Laboratorio RIA. Consorcio Hospitalario Provincial. Castellón.

Introducción: La hipersensibilidad inmediata a clorhexidina tópica es poco frecuente y escasamente reportada, relacionada mayoritariamente con dispositivos quirúrgicos y con una incidencia muy limitada en edad pediátrica. Presentamos un episodio de anafilaxia repetido inmediato tras su administración en un niño.

Caso clínico: Niño de 8 años que presenta en 2 ocasiones distintas episodios de urticaria generalizada, angioedema y broncoespasmo tras administración cutánea en sendas heridas de clorhexidina en domicilio, en un plazo menor a una hora. Ceden con la administración en un centro sanitario de corticoides y antihistamínicos sistémicos y salbutamol inhalado. Sin antecedentes familiares ni personales de interés. Se realiza prick test a clorhexidina resultando positivo, con un tamaño de 10 mm y una histamina de 3 mm. Confirmándose posteriormente con una IgE específica a clorhexidina por UniCAP de 1,00 kUA/l.

Comentarios: Los casos de anafilaxia por clorhexidina tópica son infrecuentes y generalmente relacionados con su utilización en cáteretes quirúrgicos, siendo especialmente infrecuente en edad pediátrica, con escasa incidencia de casos reportados. La alergia a clorhexidina es debida generalmente a un mecanismo IgE mediado donde la severidad de la clínica varía desde un cuadro local hasta anafilaxia, dependiendo principalmente de la zona expuesta, siendo mayor en heridas amplias y en mucosas. Se considera que existe una buena correlación entre la aparición de anafilaxia y el tamaño de la reacción local en prick test, existiendo más riesgo cuando es mayor de 3-4 mm, utilizando ésta como marcador predictivo. La correlación con cifras de IgE específica es más variable, aunque suelen estar elevadas éstas no se corresponden de forma proporcional con el tamaño de la reacción local ni con la presencia de anafilaxia. El correcto diagnóstico es crucial en un producto universalizado en la práctica clínica diaria, tanto domiciliaria, con productos de acceso libre, como en procedimientos quirúrgicos y odontológicos habituales.

EXANTEMA FIJO POR CEFIXIMA EN NIÑAS

I. Leanizbarrutia

Consulta privada.

Objetivos: Se presentan tres casos en niñas con episodios repetidos de exantema fijo con cefixima, confirmando buena tolerancia para la toma de otros betalactámicos y cefalosporinas.

Material y métodos: *Casos clínicos:* niña de 10 años. Al segundo día de iniciar tratamiento con Necopen y Dalsy, presenta lesiones maculo-eritematosas en fosa iliaca de derecha 5 x 3 cm, mitad superior de espalda, espacio interdental de mano izquierda y labio mayor de vulva con hiperpigmentación residual, perdurando lesión de fosa iliaca un año. Había tolerado Denvar. Niña de 4 años. En tres ocasiones tras la toma de Necopen y Apiretal, ha presentado lesión eritematosa, pruriginosa en cuello de 4 x 6 cm con hiperpigmentación residual. Niña de 8 años. Tras varios días iniciar tratamiento con Denvar lesión eritematosa de 4 x 5 cm, pruriginosa en cuello con hiperpigmentación residual. Se repite tras la toma de Necopen. En ninguna hay afectación de mucosas ni del estado general. Pruebas alérgicas: prueba cutánea y epicutáneas con betalactámicos: negativas. Epicutáneas con cefixima en lesión residual: negativa. Exposición con penicilina v, amoxicilina,

amoxicilina + clavulánico, cefuroxima, cefaclor y ceftibuteno, ibuprofeno y paracetamol: buena tolerancia. Un caso provocación oral con cefixima positivo.

Resultados: Exantema fijo por cefixima.

Conclusiones: Las reacciones alérgicas medicamentosas son poco frecuentes en niños. El exantema fijo, es de diagnóstico eminentemente clínico, con especial selectividad por el fármaco implicado. Aunque no sean cuadros severos, muchos se infradiagnostican, con recidivas del proceso con las consiguientes molestias para los niños. Es importante ajustar el diagnóstico, confirmando buena tolerancia para otros betalactámicos.

URTICARIA Y ANGIOEDEMA CON PARACETAMOL

B. Ruiz, A.M. Medina, M.J. Barasona, I. García Núñez, V. Sainz, E. Peñuelas, C. Moreno y F. Guerra

Servicio de Alergología. H.U. Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: Los AINEs son responsables de un gran número de reacciones adversas a medicamentos. El paracetamol, AINE del grupo de los paraaminofenoles, es uno de los fármacos antipiréticos y analgésicos más utilizados. Presentamos un caso de hipersensibilidad selectiva al paracetamol.

Material y métodos: Pacientes de 16 años de edad que acude a nuestra consulta por presentar, hace 3 meses, dos episodios de urticaria generalizada acompañado de angioedema (sin compromiso respiratorio), a los pocos minutos, tras la toma del primer comprimido de paracetamol 650 mg. El cuadro se resolvió tras tratamiento con Urbason® intramuscular. Sin antecedentes atópicos de interés. Previamente había tolerado AAS 500mg e ibuprofeno jarabe. No relacionado con otro tipo de desencadenante. En el estudio alergológico se realizaron *prick-test* con Apiretal® (100 mg/ml) y test de provocación controlada con AAS 1 g.

Resultados: El *prick-test* fue positivo con Apiretal® con una pápula de 6 mm; por lo que no se llevó a cabo provocación con paracetamol. La provocación con AAS fue negativa, tolerando dosis terapéuticas. Se diagnostica al paciente de hipersensibilidad a paracetamol. Descartándose intolerancia a AINES. Se indica evitar la ingesta de paracetamol.

Conclusiones: La hipersensibilidad a paracetamol puede presentarse en pacientes que toleran AAS y otros antiinflamatorios no esteroideos. La hipersensibilidad selectiva al paracetamol es muy poco frecuente y más aún entre la población pediátrica, normalmente es bien tolerado en aquellos pacientes con intolerancia a otros AINEs. En nuestro caso, la clínica y los test cutáneos con paracetamol positivos pueden confirmar la existencia de mecanismo IgE mediado.

ANAFILAXIA POR TETRACICLINAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

S.J. Quevedo Teruel, T. Bracamonte Bermejo, L. Echeverría Zudaire y M.L. García García

Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Introducción: Las reacciones por hipersensibilidad a tetraciclinas no son frecuentes en niños dado que su uso está restringido en menores de 12 años. Sin embargo, en adolescentes con acné adquieren un papel importante en el tratamiento.

Caso clínico: Niño de 14 años remitido porque hace varios años, tras cuadro febril recibió tratamiento con doxiciclina y 30 minutos tras la primera dosis, presentó edema palpebral y labial, cediendo con tratamiento, que no recuerda, a las 3 horas del inicio. No sibilancias ni dificultad respiratoria. No recuerda que dosis tomó. No administración previa de tetraciclinas. Antecedentes: alergia a proteínas de leche de vaca y huevo (actualmente resueltas), obesidad exógena. Antecedentes familiares: rinoconjuntivitis polínica. Madre alérgica a medicamentos. Exploración física: normal. Peso: 84 Kg. Pruebas complementarias: No se realizó CAP. Prick test doxiciclina e intradermorreacción: negativas. Prueba de provocación

(PPO) con doxiciclina: 30-35 minutos tras la segunda dosis (dosis acumulada 200 mg) presenta prurito ocular, rinorrea, estornudos, edema labial, dificultad respiratoria y dolor en costado izquierdo. ACP: sibilancias espiratorias difusas. Se administra adrenalina i.m., cediendo la sintomatología en menos de 1 hora. Tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación normales en todo momento. Se diagnosticó de reacción por hipersensibilidad a tetraciclinas, recomendándose evitar su administración.

Comentarios: Las reacciones por hipersensibilidad a tetraciclinas pueden llegar a ser graves, estando descritas en la literatura reacciones anafilácticas, por ello debemos evitar la PPO en caso de clínica muy compatible. Si se realiza se deben monitorizar estrechamente las constantes para el tratamiento precoz de posibles reacciones.

TWEEN-80. ESE GRAN DESCONOCIDO

G. Moreno Solís, M. Calvo Fernández, A.B. Molina Terán y J. Torres Borrego

Unidad de Alergia y Neumología Pediátrica. H.U. Infantil Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El polisorbato 80 es un componente sintético empleado como solubilizante en preparaciones médicas, tanto intravenosas como orales, y productos cosméticos. Está bien documentada su capacidad para originar respuestas alérgicas tipo IV, siendo menos conocido su papel como inductor de reacciones anafilácticas.

Caso clínico: Niña de 10 años con antecedente de cardiopatía congénita ingresada en Unidad de Cuidados intensivos tras cateterismo diagnóstico. Durante su ingreso en UCIP presentó 2 episodios de reacción urticarial generalizada y angioedema facial, de párpados y labios, coincidiendo con el suplemento de complejo polivitamínico (Infuvite pediatric-Baxter®) a la solución de nutrición parenteral en días alternos. Los síntomas aparecieron 15 minutos tras el inicio de la infusión de nutrición parenteral. No presentó otra sintomatología a distancia (respiratoria, digestiva). No se realizó estudio inmediato (dosificación de histamina o triptasa en suero y metilhistamina en orina). La paciente tolera bebidas refrescantes que contienen vitaminas del complejo B. *Exploraciones complementarias:* Prick: vial 1 infuvite® (con polisorbato-80) pápula 4 x 6 mm; vial 2 infuvite® (sin polisorbato-80) -, látex -. Controles SF-. Histamina+. Intradermorreacción: positiva para vial 1 infuvite a dilución 1/100. IDR para polisorbato-80 (pápula de 9 x 5 mm). Prueba de provocación oral controlada (ciego simple) con vitaminas del complejo B: se administraron dosis crecientes de vit B1, B6 y B12 (Almirall®) y vit. B12 (fórmula magistral) hasta un total de 500 mg, sin que la paciente presentase ninguna reacción adversa. Se recomendó leer detenidamente los prospectos de cada medicación (apartado excipientes) antes de tomar cualquier medicación, evitando el uso de fármacos que presentasen polisorbato-80 en su composición.

Comentario: El polisorbato-80 (Tween-80; E-433) es un excipiente presente en diversos fármacos (budesonida solución, tuberculina, vacunas, antibióticos; supositorios y cápsulas). Pese a su amplia distribución en preparaciones médicas la incidencia de notificaciones adversas atribuidas a este compuesto es baja. Consideramos que sería interesante incluir este excipiente en la batería diagnóstica de sospecha de alergia a medicamentos.

REACCIONES CUTÁNEAS A INSULINA HUMANA

M.C. Escudero, R. Ruiz, I. Cuartero, M.E. Cabezas, B. Alfaro y J.M. Siurana

Servicio de Pediatría. Alergia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Desde la introducción de la insulina humana la incidencia de alergia a insulina es menor de un 1 %. Se describen reacciones locales y sistémicas mediadas por Ig E y menos frecuentes tipo III y IV. Se

presenta un niño de 7 años de edad con reacciones locales a insulina.

Caso clínico: Diagnosticado de diabetes mellitus tipo 1 en noviembre de 2002, a los 23 meses de edad. Desde junio del 2005 presenta lesiones de atrofia subcutánea en brazos, muslos y abdomen con diversos tipos de insulina por lo que se decide su administración en bomba de perfusión en marzo-2006 mejorando la lipoatrofia. En nov. 2006 presenta lesiones papulosas, eritematosas y pruriginosas en la zona de infusión que obliga a cambiar la localización cada 48 h. Se intenta insulina inhalada si conseguir control de glucemia. *Pruebas alérgicas:* CAP insulina porcina: 2,80, bovina: 1,74, humana: 1,46. Prick e intradermorreacción (1/100): NPH 8 x 8 mm, insulina regular: 8 x 8 mm, humalog: 10 x 10 mm, detemir: 10 x 7 mm. Prick e intradermorreacción protamina: negativo. Prick e ID: negativos a m-cresol, fenol, fosfatomonosódico, acetato de cinc, cloruro sódico. Prick látex: negativo. *Evolución:* se inició tratamiento con un antihistamínico oral con mejoría inicial transitoria. Se realizan pruebas cutáneas con insulina glulisina (apidra) siendo negativas por lo que se decide su administración en bomba.

Conclusión: Se presenta un caso de alergia a insulina de difícil diagnóstico y manejo ya que pensamos que esta mejoría es transitoria y el riesgo de reacciones sistémicas es elevado.

TERCERA SESIÓN DE PÓSTERES

Moderadora: E. Alonso

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS TRAS INGESTIÓN DE ARROZ QUE PROVOCA INVAGINACIÓN ÍLEO-ILEAL

N. Arana, A. Gozal¹, A. Bilbao, A. Sojo, J.M. García y F. Saez¹

Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Radiología infantil. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Objetivos: Documentamos los hallazgos ecográficos tras realizar una provocación con arroz que causa dolor abdominal agudo.

Paciente y métodos: Niño de 3 años diagnosticado de alergia alimentaria múltiple con manifestaciones de enterocolitis. En relación con ingesta de arroz, refiere dolor abdominal, deposiciones diarreicas y anorexia. Tras retirar el arroz estando asintomático se objetiva una ecografía normal. La provocación controlada con una ración de arroz es bien tolerada las primeras 24 horas. El segundo día sólo admite una pequeña cantidad de arroz presentando el tercer día vómitos y dolor abdominal intenso sin deposiciones diarreicas. Se realiza ecografía y esofagogastroduodenoscopia.

Resultados: *Ecografía:* durante la realización de la ecografía se objetivan 3 invaginaciones íleo-ileales que se resuelven espontáneamente apreciándose un engrosamiento de la pared antral gástrica a expensas de la muscular (2,7 mm) y un engrosamiento de la pared del ileon terminal de 3,9 mm. *Esofagogastroduodenoscopia:* normal. Ante sospecha de gastroenteritis eosinofílica recibe prednisolona durante 7 días. *Biopsia de mucosa esofágica, duodenal y antro gástrico:* sin presencia de eosinófilos. *Control ecográfico:* antro mínimamente engrosado (muscular de 1,7 mm) e ileon terminal dentro de límites normales.

Conclusiones: 1. La ingestión de arroz provocó síntomas de dolor abdominal agudo con pseudo-obstrucción intestinal sin enteritis. 2. El engrosamiento de la pared del antro y del ileon terminal fue a expensas de la muscular normalizándose tras el ciclo de prednisolona. 3. Dichos hallazgos son sugestivos de la Gastroenteritis eosinofílica con afectación muscular exclusiva causante de clínica de obstrucción intestinal, sin afectación de la mucosa.

ESCOMBROIDOSIS: UNA FORMA DE REACCIÓN TÓXICA POR ALIMENTOS

M.A. Guíu Solano, B. Rocandio Cilveti, D. Jiménez Villarreal, I. Iturralde Orive, C. Canduela Fernández, J. Sala Ayma y A. Ona Otxoa

Servicio de Pediatría. Hospital Alto-Deba Mondragón. Guipúzcoa.

Introducción: La escombroidosis, es la forma más frecuente de intoxicación por pescado que por su presentación clínica puede ser confundida con una alergia alimentaria.

Objetivos: Insistir en la existencia de esta entidad. Recordar la importancia de la anamnesis en alergia alimentaria.

Caso clínico: Niña de 13 años que tras la ingesta de anchoas refiere; hormigueo en boca, enrojecimiento en cara y cuello, sensación de calor, prurito intenso, cefalea pulsátil, dolor abdominal y náuseas. *Exploración:* eritema no habonoso, en cara, cuello y parte superior de tórax. Resto exploración negativa. Tras tratamiento con adrenalina y dexclorfeniramina presenta evolución favorable. La anamnesis posterior hizo sospechar el diagnóstico detectándose horas después, sintomatología similar en otros 6 comensales. Descartándose reacción alérgica tras la determinación de IgE específica y pruebas cutáneas a anchoas y negatividad de la prueba de provocación.

Comentarios: La escombroidosis es una intoxicación por histamina debida a la ingestión de alimentos que contienen altos niveles de histamina. Los principales productos implicados son los pescados; escómbridos (atún, bonito, caballa), otras especies (chicarro, sardina, anchoa), así como quesos, vinos y embutidos. La histamina se forma en el pescado por descarboxilación bacteriana del aminoácido histidina, siendo el resultado de una preservación inadecuada. Cuando esta concentración rebasa 500 ppm aparecen síntomas en personas sensibles y si supera 1000 ppm, la intoxicación es prácticamente segura. La intoxicación por histamina ocasiona el cuadro de «choque histamínico». El diagnóstico es clínico. Su tratamiento paliativo lo constituyen: antihistamínicos (H1 y H2), líquidos, esteroides, y adrenalina, según el grado del broncoespasmo.

NO EFICACIA DE OMALIZUMAB (XOLAIR) EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

L. Echeverría Zudaire¹, S. Fernández Fernández², A. Rayo Fernández², T. Bracamonte Bermejo¹ y M.L. Cilleruelo Pascual²

Unidad de Alergia¹. Unidad de Gastroenterología Infantil². Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad inflamatoria crónica del esófago caracterizada por una infiltración de eosinófilos. El tratamiento habitual consiste en la eliminación de la dieta de los alimentos implicados llegando incluso a la dieta elemental y el uso de corticoides inhalados deglutidos. En ocasiones la respuesta no es favorable empleándose el tratamiento bien con anti-IgE (omalizumab) (Xolair) o anti interleuquina 5 (mepolizumab). Exponemos el caso de un paciente que fracasa con el tratamiento habitual en el que se realizó tratamiento subcutáneo con omalizumab.

Caso clínico: Niño de 9 años de edad con epigastralgia y pirosis y antecedentes de asma, rinoconjuntivitis alérgica y alergia alimentaria múltiple. Es diagnosticado de EE y recibe tratamiento con dieta de exclusión alimentaria, montelukast y fluticasona deglutida, sin mejoría. Debido a la grave afectación esofágica se decide alimentación con dieta elemental durante 2 meses con mejoría parcial. El paciente se encuentra asintomático, pero los controles endoscópicos muestran esofagitis moderada persistente. Inicia tratamiento con anti-IgE (Omalizumab) 225 mg cada 2 semanas (9 dosis) con mejoría clínica pero no anatomopatológica. No se detectaron efectos secundarios. En el momento actual y ante el

fracaso de los tratamientos anteriormente citados, se inicia terapia con budesonida viscosa.

Comentarios: 1. La EE es una patología cada vez más frecuente, cuyo tratamiento es diverso como podemos apreciar en el caso que nos ocupa y en algunos casos de difícil curación. 2. En nuestro caso el tratamiento con anti-IgE fue seguro pero ineficaz para conseguir la normalización anatomopatológica.

COLITIS ALÉRGICA: DOS HERMANOS RECIÉN NACIDOS

F. Guerra García, A. Salvador Amores, M.R. Del Olmo de la Lama y M. Sebastián Planas

Unidad de Respiratorio-Alergia Infantil. H. G. Móstoles. Madrid.

Introducción: Presentación precoz de colitis alérgica en dos hermanos sugiriendo sensibilización durante la gestación.

Caso 1: Primer hermano. Recién nacido de embarazo y parto normales, que presenta desde las 36 horas de vida, moco y sangre en todas las deposiciones. Lactancia materna a demanda, aunque le han administrado a las 9 y 15 horas de vida sendos biberones de 10 cc de fórmula adaptada al 10 %. Ausencia de atopia (asma, rinoconjuntivitis, D. atópica) en ambos padres. Madre con ingesta normal de lácteos durante el embarazo. Exploraciones complementarias (hemograma, coagulación, bioquímica, de alergia, bacteriología) normales, salvo 750 eosinófilos totales. Rectoscopia/biopsia: (8 días de vida): compatibles con colitis alérgica. *Evolución:* lactancia materna exclusiva con restricción de lácteos. Deposiciones numerosas (12/día) al octavo día, con moco y sangre, pautando alimentación exclusiva con fórmula elemental (Neocate). La sangre desaparece a los 4 días y el moco a los 6 días.

Caso 2: Segundo hermano. Neonato hermano del anterior, con embarazo y parto normales que a los 3 días de vida comienza a presentar deposiciones con moco y sangre. Lactancia materna exclusiva sin restricción dietética, aunque le han dado en las primeras 24 horas 5 cc de fórmula adaptada. Análítica: 770 eosinófilos totales. Rectoscopia (15 días): normal. Biopsia: moderada presencia de eosinófilos compatible con colitis alérgica. *Evolución:* alimentación con lactancia materna con exclusión de lácteos (3 días) y fórmula elemental (Neocate). Persisten deposiciones con moco y sangre hasta los 8 días de vida.

Comentarios: Restricción dietética frente a diagnóstico precoz.

INDUCCIÓN DE TOLERANCIA A LECHE EN PACIENTE ANAFILÁCTICO MEDIANTE PAUTA CLUSTER

E. Alonso Lebrero, A. Rodríguez Marco, V. Fuentes Aparicio, L. Zapatero Remón y M.I. Martínez Molero

Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La inducción de tolerancia en alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) viene siendo practicada con éxito por diversos grupos. El abordaje habitual es de pauta lenta con incrementos periódicos en consulta o domicilio. Con menor frecuencia se han empleado pautas rápidas en pacientes ingresados.

Caso clínico: Paciente de 5 años de edad, asmático, con APLV con clínica anafiláctica y reacciones adversas graves recientes por ingestión accidental, que inicia protocolo de inducción de tolerancia. Tras tolerar en consulta la dilución de 1 gota en 25 (pauta Meglio) presentó en su domicilio, con esta cantidad, cuadro de disfga y tos lo que motivó suspensión del protocolo. Unos meses más tarde, con premedicación (antihistamínicos y corticoides inhalados), se reinicia inducción de tolerancia en hospital de día, con ingreso parcial durante la mañana. Se utilizan diluciones de 1/100 incrementándose la cantidad en 4 tomas el primer día y en tres en días sucesivos a lo largo de 3 días hasta conseguir una dosis segura y cómoda a administrar en domicilio. El paciente presentó en varias ocasiones síntomas cutáneos, vías altas y tos espasmódica que fueron tratados inmediatamente con broncodilatadores y antihistamínicos cediendo en minutos. Posteriormente se continuó con incrementos semanales en consulta en régimen am-

bulatorio alcanzándose los 200 cc de leche en 25 semanas. Desde hace 6 meses tolera diariamente 200 cc de leche.

	Al inicio	Al finalizar inducción	A los 6 meses
IgE total kU/L	1.535	1.177	504
Leche vaca kU/L			
CAP Pharmacia	> 100	> 100	78,4
Caseína kU/L			
CAP Pharmacia	> 100	86	33,5

Conclusiones: Es factible alcanzar la tolerancia aun en pacientes anafilácticos. Resulta seguro y eficaz utilizar dosis agrupadas hasta alcanzar una cantidad fácilmente manejable por los familiares. Debe realizarse en régimen de ingreso y con supervisión continua por personal entrenado.

DESENSIBILIZACIÓN A LECHE DE VACA EN NIÑOS

G. Hernández Santana, P. Poza Guedes, E. Rodríguez Plata, J. Iglesias Souto, R. González Pérez y J.C. García Robaina
Servicio de Alergia, Hospital Univ. Ntra. Sra. de Candelaria. Sta Cruz de Tenerife.

Objetivos: La leche de vaca está considerada una de las causas más frecuentes de alergia alimentaria en niños. Actualmente la única alternativa terapéutica válida en alergia alimentaria es la dieta restrictiva. Nuestro objetivo es ofrecer una nueva alternativa de tratamiento mediante una pauta de desensibilización que permita la tolerancia clínica a leche.

Material y métodos: Pacientes: niños diagnosticados de alergia a leche de vaca que mantienen una sensibilización PLV clínicamente significativa (últimos 6 meses). Se reclutan 2 pacientes ya diagnosticados (7 y 15 años) con episodios de anafilaxia previos, que han mantenido dieta restrictiva y han presentado ingestas accidentales con clínica de urticaria generalizada. *Método:* se utiliza leche de vaca en 3 concentraciones. Se realiza pauta dividida en 2 fases: fase de inicio con el paciente monitorizado durante 2 días, se le administran dosis que se incrementan cada 30 minutos, y una fase de mantenimiento: sigue tomando la última dosis tolerada en su domicilio cada 12 horas, acudiendo semanalmente a consulta para incrementar la dosis hasta 240 ml/12 h.

Resultados: Los 2 pacientes han completado el protocolo sin acontecimientos adversos significativos. Actualmente en fase de mantenimiento con buena tolerancia.

Conclusiones: La desensibilización con alimentos puede ser una alternativa segura en pacientes con alergia a leche de vaca. Son necesarios estudio más amplios para valorar su seguridad, así como su repercusión en la evolución de la sensibilización alimentaria.

ALERGIA A LECHE DE CABRA, EN UN NIÑO CON ALERGIA ALIMENTARIA MÚLTIPLE, SIN APLV

M.R. del Olmo de la Lama, F. Guerra García, A. Salvador Amores, G. Tesorero Caicedo

Unidad de Alergia-Neumología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles. Madrid.

Objetivo: Se conoce la reactividad cruzada que existe entre la leche de vaca y la leche de otros mamíferos en la patología alérgica. Presentamos el caso de un niño alérgico a la leche de cabra que nunca ha sido alérgico a la leche de vaca.

Métodos: Se realiza la historia clínica a los padres de un niño de 4,5 años remitido a la consulta por sospecha de alergia alimentaria múltiple. Se llevan a cabo PC en PRICK para los alimentos sos-

pechosos, además de PLV, huevo e inhalantes habituales. Se determina Ig E específica en suero mediante CAP-Pharmacia para los alimentos estudiados.

Resultados: En la historia clínica se recoge que el niño presenta vómitos de manera inmediata y eritema perioral tras la ingesta de lentejas, garbanzos, guisantes, kiwi, melocotón y cacahuetes. Al contacto con gamba aparece urticaria local. En 2 ocasiones tras tomar queso de cabra cuadro de sibilancias generalizadas. Las PC fueron positivas para los alimentos sospechosos y la IgE específica para leche de cabra fue de 8,17 KU/l y para queso de cabra 1,16 KU/l.

Conclusiones: Presentamos el caso de un niño alérgico a la leche de cabra, dentro del contexto de alergia alimentaria múltiple, sin alergia a PLV. La incidencia de la sensibilización a la leche de cabra está aumentando en los últimos años, no por la sustitución de leche de vaca por leche de cabra en la alimentación infantil, sino por la ingesta de nuevos productos alimentarios desde las primeras etapas de la infancia.

ALERGENOS OCULTOS EN ALERGIA ALIMENTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.T Dordal Culla, L. García Ollé¹, C. Lucas Giral, L. Vives José, X. Perramon Montoliu¹, Y. Muñoz Blázquez¹, E. Martí Guadaño y L. Ancochea Serraima¹

*Servei d'Al·lèrgia. Fundació Hospital Sant Pere Claver. Barcelona.
¹Servei de Pediatria. EAP Dreta de l'Eixample. Barcelona.*

Introducción: Ante un niño con alergia alimentaria, debemos informar y asesorar a los familiares y cuidadores para evitar la ingesta inadvertida del alérgico responsable. La introducción de la Normativa Europea sobre el etiquetaje de productos alimentarios ha reducido la incidencia de reacciones alérgicas por ingesta de alérgenos alimentarios ocultos. No obstante, en ocasiones la «contaminación» puede pasar inadvertida incluso para los propios fabricantes del producto.

Caso clínico: Niña de 21 meses diagnosticada de dermatitis atópica, alergia alimentaria (proteínas de leche de vaca y huevo) y asma del lactante (sensibilización a ácaros del polvo doméstico). Tras el diagnóstico se instauró una dieta de evitación estricta y se introdujo una bebida a base de proteínas de soja con buena tolerancia. Consulta por un cuadro de estornudos, rinoarrea, urticaria facial, vómitos e irritabilidad coincidiendo con la administración de un bote nuevo de la bebida de soja que habitualmente consume (tres episodios con tres botes distintos pertenecientes al mismo lote de fabricación), tolerando la ingesta de bebida de soja de la misma marca pero de otros lotes. Pruebas cutáneas (prick-prick) con la bebida de soja: positivas para el lote implicado (pápula 10 x 7, histamina 4 x 4) y negativas para el lote que tolera. El fabricante inicia la investigación correspondiente y detecta la presencia de proteínas de leche de vaca en el lote afectado, por lo que se procede a su retirada del mercado.

Conclusión: Los fabricantes deberían insistir en el control de los procesos de fabricación para garantizar la ausencia de proteínas alérgicas en sus productos.

ANAFILAXIA TRAS LA INGESTA DE CALDO DE POLLO: ALERGIA A ADITIVOS ALIMENTARIOS

A. Claver, M. Suso, M. Salvatierra, I. Guayar y J. Boné
Unidad de Alergia Infantil. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Caso clínico: Niño de 10 años, sin antecedentes familiares de atopia, remitido para estudio por anafilaxia (afonía, estridor, dificultad respiratoria y urticaria en tronco), tras ingesta de caldo de pollo precocinado. Episodio anterior de prurito faríngeo y afonía, con el mismo alimento los días previos. No refiere síntomas con ninguno de los ingredientes aislado ni con caldo casero. Diagnosticado de asma bronquial extrínseco ocasional con sensibilización a alternaria.

Resultados:

Pruebas cutáneas – Neumoalérgenos: positividad a mohos, gramíneas y dérmicos – Alimentos: negativo
Prick-Prick – Apio y puerro: negativo – Caldo: positivo (menor histamina) – Sulfitos: negativo – Extracto de levadura: 100 mg: 5 x 3 mm
Analítica – IgE: 183 UI/ml – CAPS: alternaria: 7,90 UI/ml, cladosporium: 0,92 UI/ml, phleum: 2,71 UI/ml, gato: 1,98 UI/ml. Alimentos: menor 0,35 UI/ml
Prueba de tolerancia oral – Caldo: prurito faríngeo y cutáneo, afonía, inyección conjuntival – Sulfitos: negativa – Extracto de levadura: afonía, angioedema facial, rinoconjuntivitis, disnea con sibilantes.

Comentarios: Los primeros estudios descartan alergia a los ingredientes del caldo, sospechándose reacción adversa a aditivos. EL *prick-prick* y la provocación con el extracto de levadura aportado por la distribuidora, confirman la existencia de alergia IgE mediada.

Conclusiones: El diagnóstico de las reacciones adversas a aditivos alimentarios debe sospecharse en pacientes con historia de reacción a múltiples alimentos, sin relación aparente entre ellos, o como en el caso que presentamos, cuando los síntomas se desencadenan sólo con preparados comerciales pero no con alimentos caseros. Estas reacciones se producen por mecanismos de naturaleza muy diversa, generalmente no IgE-mediados. Sin embargo, existen ciertos aditivos, derivados de sustancias naturales, capaces de generar una respuesta mediada por IgE, que conduzca a un cuadro de anafilaxia.

VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA EN NIÑO ALÉRGICO AL HUEVO

M. Escarrer y A. Madroño
Clínica Juaneda. Palma de Mallorca.

Objetivos: Establecer sistemática para vacunación de fiebre amarilla en niños alérgicos a huevo.

Material y métodos: Varón de 8 años con escasos AF de alergia, al año de vida coincidiendo con la introducción del huevo presento reacción urticariforme por lo que se diagnostica de alérgico a huevo presentando las siguientes pruebas diagnósticas.

	Al diagnóstico	A los 6 años	A los 8 años
PRICK huevo	3+	3+	3+
PRICK clara	4+	3+	3+
PRICK yema	2+	2+	2+
PRICK-PRICK clara			2+
PRICK-PRICK yema			1+
RAST huevo	1,28		0,5
RAST clara	1,25	0,7	2,36
RAST yema	0,38	< 0,35	0,92
RAST ovoalbumina	1,43	0,84	0,48
RAST ovomucoide	0,8	0,55	0

A los 8 años se realiza prueba de provocación con huevo cocido inicialmente la yema con cantidades crecientes a intervalos de 30 minutos sin presentar reacción, posteriormente se realiza con clara de huevo cocida a intervalos crecientes cada 30 minutos presentando reacción urticariforme a la mitad de ingesta de clara. Se confirma la alergia a clara de huevo. El paciente debe viajar a un país donde es obligatoria la vacuna de fiebre amarilla, se propone pauta de vacunación. Se realiza primero PRICK a vacuna 1/100 y sin diluir que es negativo. Posteriormente se realiza intradermoreacción a vacuna 1/1000 y 1/100 que es negativo. Al no presentar reacción se inyecta en un brazo 1/10 parte de vacuna Stamaril sin presentar reacción en 30 minutos, inyectándose el resto de vacuna sin presentar reacción en 60 minutos.

Resultado y conclusiones: Es excepcional la coincidencia de alergia a huevo y necesidad de vacuna de fiebre amarilla, existe por tanto mucha menos documentación sobre pautas de vacunación en estos niños, en nuestro caso hemos seguido la pauta de la vacunación de la gripe con buena tolerancia.

ANAFILAXIA POR SENSIBILIZACIÓN A HUEVAS DE TRUCHA

G. Dávila¹, V. Fuentes¹, A. Rodríguez-Marco¹, E. Alonso¹, L. Zapatero¹, J. Carnés² y M.I Martínez-Molero¹

¹Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.
²Departamento I + D. Laboratorios LETI. Barcelona.

Objetivos: Presentamos un caso poco común de anafilaxia por sensibilización a huevos de trucha.

Material y métodos: Paciente de 6 años de edad que tras ingesta de huevos de trucha presentó, de forma inmediata, edema labial, prurito faríngeo, disfagia y un vómito alimenticio. Posteriormente toleró todo tipo de pescados salvo trucha que, por precaución, evitó su ingesta. Preparación de los extractos: La trucha y huevos de trucha se desengrasaron con acetona y se extrajeron en PBS 0,01 M, pH 7,4. La fracción proteica se dializó, congeló y liofilizó. El perfil proteico de ambos extractos se analizó mediante SDS-PAGE. La determinación de IgE se llevó a cabo mediante ELISA directo e inmunoblot.

Resultados: Se realizó el siguiente estudio alergológico: pruebas cutáneas en prick con merluza, bacalao, lenguado, gallo, sardina, atún y *anisakis*: negativas. Prick-prick con trucha: negativo. Prick-prick con huevos de trucha: positivo (21 x 15 mm), en 10 controles negativos. IgE total: 403 KU/L. IgE específica frente a atún, salmón y trucha < 0,35 KU/L. Provocación oral controlada con trucha: negativa. El perfil proteico de las huevas de trucha mostró una banda muy prominente en torno a 18 kDa y otras menos representativas de alto peso molecular. La determinación *in vitro* de IgE fue positiva para extracto de huevas de trucha y negativas para la trucha.

Conclusiones: Son pocos los casos descritos de anafilaxia por sensibilización a huevos de trucha y, en nuestro conocimiento, ninguno en población infantil.

CUARTA SESIÓN DE PÓSTERES

Moderadora: M.T. Giner

BRONCOESPASMO GRAVE POR ESPIROMETRÍA

F. Guerra García, M.R. Del Olmo de la Lama y A. Salvador Amores
Unidad de Respiratorio-Alergia Infantil. H.G. Móstoles, Madrid.

Objetivo: Mostrar el broncoespasmo grave generado por la propia maniobra de la espirometría, tras prueba habitual de espirometría basal y broncodilatador.

Caso clínico: Paciente de 15 años diagnosticado de asma perenne leve a la edad de 6 años. Seguido en consulta semestral/annual-

mente con controles espirométricos basales y ejercicio libre, presenta una gravedad del asma entre leve intermitente y moderado. Entre las exploraciones complementarias destacamos: p. cutáneas (prick): A. Farinae-3 mm; gramíneas 10 mm; olivo 10 mm; histamina 6 mm. IgE: A. Pteronissynus y farinae, clase 2. Espirometrías en sucesivas visitas: FEV1 basal/ejercicio libre: 100 %/ ↓ 15-20 %. En noviembre 2006 (15 años) refiere disnea con ejercicio y sibilancias nocturnas, con tratamiento de symbicort 80/4.5, dos inhalaciones, que el paciente sólo realiza a demanda, refiriendo alivio de los síntomas. Se realiza espirometría basal/BD con los siguientes resultados:

Espirometría (%)	FEV1	FEV1/CV	FEF 25-75
Basal	91	90	47
BD (4 puff de ventolín)	-52	-34	-65

Se inicia búsqueda de broncodilatador adecuado con los siguientes resultados:

Espirometría %	Atrovent (4 puff)	Symbicort 160/9	Terbasmin T.	Ventolín s. resp 0,5 cc
FEV ₁ basal/BD	114/-45	105/-38	100/-13	101/-1,6
FEF ₂₅₋₇₅ basal/BD	74/-63	69/-55	59/-27	60/-1,8

Realizamos espirometrías sucesivas cada 10 minutos con los siguientes resultados:

Espirometría	Teórico	Basal	10'	20'	30'
FEV1 (L)	2,98	3,68	2,18	1,77	1,55
FEF25-75 (L/s)	3,74	3,55	0,76	-	-

El paciente refiere disnea y se aprecian hipoventilación y sibilancias, con SatO₂ de 90 %. Revierte el cuadro con salbutamol en nebulización.

Comentarios: Se evidencia broncoespasmo por maniobra de espirometría. Este broncoespasmo puede quedar oculto por el efecto del broncodilatador(en nuestro caso salbutamol en nebulización) mostrando espirometrías postbroncodilatador normales, como sucede habitualmente en los estadios leves de gravedad del asma.

TOS CRÓNICA DE CAUSA INFRECUENTE

A. Ferrer-Franco, J. Reyes, L. Marín, M.J. Martín, R. Pamies, A. Nieto y A. Mazón

Unidad de Alergia Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

Introducción: La tos crónica es un hallazgo frecuente en niños. La valoración diagnóstica incluye la radiografía de tórax, que es necesaria para el diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Varón de 11 años con episodios de tos y disnea en los últimos seis meses y síntomas rinoconjuntivales durante los 3-4 últimos años. Cuando tenía 7 años por frío en el brazo izquierdo fue valorado por cirugía cardiovascular objetivándose una disminución de intensidad en el pulso axilar, humeral y radial izquierdos, diagnosticándose de síndrome vagal.

Resultados: Examen físico: ptosis palpebral izquierda y miosis del ojo izquierdo, sin otros hallazgos. Tests cutáneos con aeroalergenos: positivos para ácaros, Alternaria, polen de olivo y caspa de gato. Espirometría y oscilometría: normales; óxido nítrico en aire

espirado: 42 ppb. Radiografía de tórax: condensación de 10 x 9 cm en ápex pulmonar izquierdo que desplazaba la tráquea. Se diagnosticó un ganglioneuroma por biopsia y se extirpó quirúrgicamente. La radiografía de tórax a los 4 meses de la intervención era normal. Seis meses después de la cirugía el paciente permanece asintomático sin tratamiento.

Conclusión: Presentamos un caso de tos crónica debida a un ganglioneuroma que se diagnosticó mediante radiografía de tórax. El paciente había tenido otros síntomas durante cuatro años y había sido evaluado por cirugía cardiovascular, pero no se le había solicitado ningún estudio complementario. La radiografía de tórax es una técnica no invasiva, de bajo coste que debe ser obligatoria en los niños con síntomas respiratorios crónicos, y no debe ser omitida aunque se encuentren otras causas que justifiquen los síntomas.

USO COMBINADO DE OMALIZUMAB E INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA A ÁCAROS EN UN NIÑO CON ASMA GRAVE

H. Larramona, M. Bosque, CH. Domingo, L. Valdesoiro, O. Asensio, J. del Bas y S. Loureda

Unidad de Alergia y Neumología Pediátrica. Hospital de Sabadell. CSPT. Barcelona.

Introducción: Se ha demostrado efectividad y buena tolerancia con el uso de omalizumab en el tratamiento del asma grave consiguiendo una mejoría clínica-funcional que puede permitir iniciar tratamiento con inmunoterapia específica logrando una inmunotolerancia duradera.

Caso clínico: Niño de 9 años afecto de asma con sensibilización a ácaros. Se inicia inmunoterapia específica a ácaros en pauta convencional que se suspendió a los 3 meses por sibilancias y tos tras su administración. Presenta un empeoramiento clínico y funcional en los últimos 6 meses con necesidad de corticosteroides orales y beta2-corta duración a diario, a pesar de tratamiento con corticoides inhalados a dosis elevadas, beta2-larga duración y antileucotrienos. Se repite estudio que muestra aumento sensibilización a ácaros sin nuevas sensibilizaciones, eosinofilia en esputo (5,12 %) y empeoramiento funcionalismo respiratorio. Requiere tratamiento con corticoides orales prácticamente diario en los últimos 6 meses por lo que se inicia omalizumab. A los 4 meses de iniciar éste se logra suspender corticoides orales, con mejoría funcionalismo pulmonar y disminución eosinófilos (1,39 %) en esputo. A los 12 meses, se añade inmunoterapia específica a ácaros en pauta rápida, alcanzándose dosis de mantenimiento a los 3 meses. Presenta buena tolerancia de ambos tratamientos con mejoría clínica y funcional disminuyendo la necesidad de controles clínicos y adecuada escolarización con mejoría en resultados académicos.

Conclusiones: La mejoría clínica y funcional observada con el uso de omalizumab ha permitido iniciar tratamiento con inmunoterapia específica a ácaros con buena tolerancia.

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN UN CASO DE ASMA DE CONTROL DIFÍCIL

E. Campos Alonso, A. Sánchez Carrión, C. Toro Ibáñez, C. Suso Llamas, D. Falcón Neyra y T. Tort Pérez.

Servicio de Pediatría. Hospital Comarcal Nuestra Señora de la Merced de Osuna. Sevilla.

Objetivos: Exponer la experiencia del tratamiento (por uso pasivo) de Omalizumab, en Hospital Comarcal en un paciente con asma difícil de tratar, polisensibilizado.

Material y métodos: Varón de 10 años de edad, comienza con crisis de asma a los 3 años, sin predominio estacional, polisensibilizado. Dos intentos fallidos de I.T. para Alternaria, por reagudizaciones frecuentes. Curva estaturponderal siempre P3. Ingresos anuales por crisis de asma graves desde los 5 1/2 años, generalmente en otoño, que se van haciendo más frecuentes siendo en el año 2007 mensuales. Ciclos de corticoides orales cada 1-2 me-

ses. Presenta síntomas intercrisis continuos, uso muy frecuente de salbutamol en domicilio y aerosoles en urgencias, despertares nocturnos frecuentes para usar salbutamol. Tratamiento preventivo: Budesonida 200/12 h + Budesonida 80 + Formoterol 4,5 (polvo seco) + Montelukast. Teofilinas retardadas y corticoides orales desde marzo a junio 2007 (no efectivos). Hemogramas: normales. IgA, M y G: Normales. IgE: elevadas. Acgluten: Negativos. RAST positivos: Alternaria, Aspergillus, D. pteronyssinus, olivo, gramíneas, parietaria, artemisa, céñigo, trigo, soja, cacahuete, bacalao. TAC tórax normal. Test del sudor: normal. Espirometría: patrón obstructivo.

Resultados: Mejoría clínica desde el primer mes de tratamiento con Omalizumab. En los últimos 5 meses no precisa ingresos, el uso de salbutamol ha disminuido, dos ciclos de corticoides orales, mantiene los inhalados, mejoran parámetros de función respiratoria.

Conclusiones: Omalizumab es un medicamento con el que todavía tenemos poca experiencia, que podría ser otro arma a considerar en pacientes relativamente insensibles a los glucocorticoides. Por ello creemos que toda las aportaciones de su uso pueden resultar valiosas.

ANTI-IgE EN EL CONTROL DEL ASMA GRAVE, ALERGIA ALIMENTARIA E INSTAURACIÓN DE INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA

J. González-Cervera, M. Hinojosa Macías, V. Rodríguez García, C. Vidal-Albareda, D. Antolín Amerigo, S. Terrados Cepeda y E. Álvarez-Cuesta

Servicio de Alergología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Control del asma con terapia anti-IgE. Superar alergia persistente a huevo. Conseguir tratamiento con ITE.

Material y métodos: Niño de 13 años que desde los 2 años presenta asma grave no controlado por polisensibilización a aeroalérgenos (alternaria, pólenes y epitelios) y alergia alimentaria persistente (huevo, manzana y frutos secos). Se intentó iniciar inmunoterapia para alternaria sin éxito por anafilaxia en varias ocasiones. Test de provocación con clara cruda positivo. Debido al mal control del asma pese a dosis altas de corticoides inhalados y LABA (precisó 2 visitas a urgencias y 2 ciclos de corticoides orales en el último año), iniciamos terapia anti-IgE, 300 mg/15 días.

Resultados: Tras 16 semanas de tratamiento el paciente presentó una significativa mejoría de su enfermedad, mejorando la función pulmonar, con incremento de la puntuación en los cuestionarios de calidad de vida, AQLQ, y de control del asma, ACQ. Realizamos pruebas cutáneas con titulación a punto final con la idea de iniciar ITE para lolium y alternaria y test cutáneos a huevo y sus fracciones. Los tests cutáneos a punto final resultaron positivos a 1/10.000 para alternaria y lolium, iniciándose ITE subcutánea para estos alérgenos con excelente tolerancia. Las pruebas con huevo resultaron negativas, realizándose provocación exitosa con huevo.

Conclusiones: Presentamos un paciente pediátrico con asma grave y alergia alimentaria en el que la terapia anti-IgE ha sido decisiva para el control del asma, la superación de alergia persistente a proteínas de huevo y la instauración de inmunoterapia específica con intención futura de retirar la anti-IgE.

TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA EN NIÑOS CON RINITIS ALÉRGICA E HIPERTROFIA DE CORNETES

A. Valls Ordina¹, R. Cortés², A. Ramírez¹, C. Briales¹, R. Hoyos¹, J.D. Abril¹, A. Rojo¹, J. Salinero² y A. Martínez-Cañavate¹

¹U. Alergia Pediátrica. ²Servicio de ORL. H.V. Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivo: Valorar la eficacia de la turbinoplastia con radiofrecuencia en los pacientes pediátricos con rinitis alérgica y asma extrínseco.

Material y método: Se han controlado a 15 pacientes mayores de 8 a. y < 16 a. con rinitis alérgica perenne, a los que se han diagnosticado de hipertrofia de cornetes inferiores, por endoscopia nasal, descartándose otras patologías nasales y adenoideas; realizándoles una turbinoplastia con radiofrecuencia. Se ha valorado la gravedad de la rinitis por ARIA. Estudios complementarios alergológicos realizados son: IgE cap y tests cutáneos a neuroalergenos. Se ha realizado un seguimiento entre 0,6 a 1,5 años.

Resultados: Presentamos datos preliminares. La gravedad de la rinitis fue: 80 % de los pacientes presentaban una rinitis moderada grave con respiración bucal; 13 pacientes están diagnosticados de asma extrínseco. La sensibilización alérgica fue: en 86,7 % a olivo, 60 % a gramíneas, 60 % alternaria, 33 % epitelios de animales, y a ácaros: 26,7 %. Se ha realizado a turbinoplastia con radiofrecuencia a todos los pacientes. Sólo 1 paciente ha presentado una complicación: epistaxis recidivante. El 86,7 % ha tenido una resolución completa y sólo en el 13,3 % fue parcial

Conclusiones: Mayor sensibilización a alérgenos estacionales, con un elevado porcentaje de sensibilización a Alternaria. Damos una alternativa de tratamiento a los niños con rinitis alérgica que sufren insuficiencia nasal. Pendiente de la evaluación de la evolución clínica de la sintomatología asmática.

ASMA POR SENSIBILIZACIÓN A EPITELIO DE CHINCHILLA

A. Losada, E. González, F. Pineda, M. Cuevas y S. Terrados

¹Servicio de Alergia del Hospital Ramón y Cajal.

²Laboratorio Diater. ³Servicio de Inmunología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Las manifestaciones de la alergia (asma, rinoconjuntivitis, urticaria) producidas por animales son cada vez más frecuentes debido al incremento de animales de compañía en los hogares.

Material y métodos: Paciente de 9 años diagnosticado de dermatitis atópica y alergia a pescado. Refiere disnea sibilante desde que comenzó a convivir con una chinchilla, precisando tratamiento con salbutamol de forma ocasional. No presentaba síntomas al contacto con perros ni con gatos. Se realizaron tests cutáneos con inhalantes habituales (ácaros, hongos, epitelios de perro, gato y hámster), espirometría, hemograma y bioquímica. Se realizó una radiografía de tórax y se determinó la IgE total e IgE específica para chinchilla por CAP (Phadia). Se separaron las proteínas del epitelio de chinchilla mediante SDS-PAGE y se realizó una inmunotransferencia utilizando el suero del paciente.

Resultados: Los tests cutáneos fueron positivos para pólenes, ácaros, hongos y epitelio de hámster, siendo negativos para epitelio de perro y gato. Presentaba eosinofilia de 8.03 % en el hemograma como única alteración analítica. La espirometría presentaba parámetros dentro de la normalidad. La IgE total e IgE específica fue de 2131 kU/L y de 9.2 kU/L respectivamente. El suero del paciente reconoció dos proteínas con masas moleculares de 50 y 70 kDa.

Conclusiones: La chinchilla es un mamífero de la familia de los roedores que cada vez tiene un papel más importante como animal de compañía. Presentamos un caso de asma por sensibilidad a epitelio de chinchilla en que la responsable son dos proteínas de 50 y 70 kDa.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ASMA BRONQUIAL EN NUESTRO MEDIO

E. Quevedo Sánchez, M.P. Samper Villagrasa, M.D. Yécora Navarro y J.L. Olivares López

Departamento de Pediatría. Sección Alergia. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos: Analizar los aspectos epidemiológicos del asma en nuestro medio, con especial referencia a los antecedentes de prematuridad.

Material y métodos: Niños atendidos por asma bronquial en la consulta de Alergología de nuestro centro, durante el año 2006. Estudio trasversal analizando diversas variables epidemiológicas. Un total de 136 niños, 88 varones (64,7 %) y 48 mujeres (35,3 %).

Resultados: Edad media de consulta 5,8 años (rango de 0-14 años). Antecedentes familiares en 99 (72,8 %) siendo mayoritariamente asma bronquial. Antecedentes personales de atopia en 70 (51,5 %). En la serie 14 niños fueron prematuros (10 %), con edad gestacional ($35,6 \pm 0,7$ semanas) y ninguno de ellos presentó patología pulmonar que requiriera ventilación mecánica en el período neonatal. Procedían de medio rural el 55 % (n = 75) frente al 45 % urbano (n = 61). Las condiciones de la vivienda eran buenas en la mayoría, pero el 24 % (n = 33) referían vivienda antigua. Convivían con animales de pelo, el 25 % (n = 34) de los niños. Había ambiente tabáquico en el 58,1 % de los casos (n = 79). Analizando cada una de las variables por sexo, no se encontraron diferencias significativas.

Conclusiones: Según nuestro estudio se confirma que el asma infantil es más frecuente en varones; predominan los antecedentes familiares y personales de atopia. No se encontraron antecedentes de prematuridad y patología pulmonar neonatal que pudieran justificar mayor riesgo de asma bronquial. El ambiente tabáquico como desencadenante ambiental de crisis asmáticas ha estado presente en más de la mitad de los casos.

USO DE LA CITA DE URGENCIAS POR PARTE DE LOS ASMÁTICOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

F.J. Caro Contreras, M.C. López Cruz¹, G. Lobón Fernández, M. Vena, O. Castrillón

Centro de Salud Loreto-Puntales. ¹Clínica Dr. Lobatón. Cádiz.

Objetivos: Evaluar los factores que pueden aumentar el uso por parte de los pacientes asmáticos de las citas de Urgencias y no de las programadas.

Métodos: Recogimos los datos de los pacientes que hicieron uso de citas de Urgencias en nuestro Centro de Salud en el primer semestre del año 2007, y de toda la población adscrita. Se seleccionan los asmáticos y se estudia según un modelo de casos-contróles de tipo retrospectivo.

Resultados: Del total de asmáticos (220) completaron la encuesta el 85,9 % (189). El 58,7 % de los asmáticos acudieron como Urgencias (OR 1,66), con OR 1,58 para los no alérgicos (65 %) y 0,63 para alérgicos. Exposición a humo de tabaco 61 % (OR 1,35), con OR 1,61 para no alérgicos y 0,62 para alérgicos. Primer hijo 59 % (OR 1,25), OR 0,43 para no alérgicos y 2,27 para alérgicos. Al evaluar el nivel educativo parental observamos riesgo incrementado para no alérgicos en estudios básicos y universitarios. Para los alérgicos el riesgo era alto en niveles educativos medios. En el 33 % de los casos el motivo de consulta estaba relacionado con su diagnóstico de base.

Conclusiones: Encontramos en esta serie de casos que existe mayor riesgo de acudir a consulta de Urgencias en el caso asma no alérgico si hay exposición a humo de tabaco. En el asma alérgico si se es primer hijo. El nivel educativo se correlaciona con la exposición a humo de tabaco y con el asma no alérgico. Acuden con mayor frecuencia si tienen asma no alérgico.