



Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



COMUNICACIONES ORALES

XXXV Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica

Granada, 5-7 de mayo de 2011

Comunicaciones Orales I (Jueves, 5 de mayo, 11:00-12:30 h)

Moderadores: S. Nevot y J.A. Porto

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE ANAFILAXIA POR PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL DEPARTAMENTO 12 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA TRAS LA PUBLICACIÓN DE LA GUÍA GALAXIA EN 2009

M. Ramos Gracia^a, D. Gómez Sánchez^a, P. Santafé Ríos^b y S. Nevot Falcó^a

^aServicio de Alergología. Departamento Materno-Infantil. Althaia-Hospital Sant Joan de Déu. Manresa. ^bCS Gandía-Beniopa. Valencia. España.

Objetivo: Evaluar los conocimientos sobre anafilaxia de los pediatras de Atención Primaria del Departamento 12, de la Comunidad Valenciana, a través de encuesta, después de la presentación de la Guía de actuación en anafilaxia "GALAXIA" en 2009.

Material y métodos: Estudio descriptivo a través de encuesta tipo test, con 10 preguntas, cada una de ellas con 4 opciones de respuesta, y 1 sola respuesta correcta, diseñada por el grupo de trabajo Galaxia, un año después de la presentación de la guía GALAXIA. Se pasa a 29 pediatras de Atención Primaria del Departamento 12 de la Comunidad Valenciana, de los cuales responden 24.

Resultados: El nivel de conocimiento de anafilaxia por pediatras de Atención Primaria es elevado (73% de respuestas correctas), sobre todo en los conceptos relativos a definición, causas, síntomas, tratamiento de elección y derivación al alergólogo. Menor conocimiento en conceptos como incidencia (6% respuestas correctas), pruebas de laboratorio para diagnóstico (29% respuestas correctas) y vía de administración de adrenalina (42% respuestas correctas). La guía solo había sido consultada por 1 de los encuestados.

Conclusiones: 1. Los resultados deberían ser comparados con otros centros de salud, servicios hospitalarios, así como en puntos de atención continuada, para conocer qué sabemos de la anafilaxia y establecer medidas para mejorar el manejo de la anafilaxia en los centros que se encargan de la atención urgente de los pacientes pediátricos con anafilaxia. 2. Es necesario conseguir una mayor

transmisión de la guía, ya que salvo en las páginas web de las sociedades científicas participantes, no se ha difundido suficientemente la guía ni las nuevas presentaciones de adrenalina a los profesionales que se ven implicados en la atención urgente de la anafilaxia.

MANEJO DE LA ALERGIA ALIMENTARIA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

N. Cortés Alvarez, L. Rodríguez Ferran, R. Cilveti Portillo, F. Molina Jiménez, L. Rivera y M. Olmo González

Sección de Alergia Pediátrica. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

Introducción: Las reacciones alérgicas a alimentos están aumentando y dada su potencial gravedad es importante su diagnóstico y tratamiento precoz.

Objetivos: Examinar el manejo inicial de las reacciones alérgicas a alimentos en nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas. Valorar las principales formas de presentación y gravedad. Analizar las instrucciones facilitadas por el profesional sanitario al alta para prevenir y tratar futuras reacciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las reacciones alérgicas a alimentos diagnosticadas en nuestro Servicio de Urgencias durante un periodo de 3 años (enero 2008-2011). Se recogen las variables: edad, sexo, antecedentes de atopia, alérgenos implicados, manifestaciones clínicas y tratamiento. Se valora al alta: entrega de normas de evitación, remisión al alergólogo e indicación de adrenalina autoinyectable y normas de uso en las anafilaxias.

Resultados: 100 pacientes, edad media 4,5 años y predominio de varones. El 35%, alérgicos a otros alimentos. La urticaria, principal forma de presentación seguida de los vómitos y las diarreas. El 15% presentó compromiso respiratorio y un 5% compromiso hemodinámico. El 30% cumplía criterios de anafilaxia. En el 90% se pudo identificar el alérgeno implicado, siendo la leche, el huevo y los frutos secos los más frecuentes. El 90% recibió tratamiento antihistamínico, 70% corticoides y un 15% broncodilatadores. En las anafilaxias sólo se administró la adrenalina en un 50% aunque en 2010 aumentó hasta el 80%. Al alta únicamente un 40% recibió normas de evitación y sólo la mitad se remitieron al alergólogo. La adrenalina autoinyectable se pautó en un 30%.

Conclusiones: La urticaria es la principal manifestación y la leche y el huevo los principales agentes. Es importante concienciar al profesional sanitario sobre la necesidad de la educación del paciente alérgico al alta para evitar futuras reacciones. Hay que seguir desarrollando estrategias para conseguir un uso precoz de la adrenalina en las anafilaxias.

INFLUENCIA DE LA GUÍA GALAXIA EN EL MANEJO DE LA ANAFILAXIA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

L. Call, M. Bosque, O. Asensio, A. Peñas, M. García, L. Valdesoiro, H. Larramona y J. Travería

Hospital de Sabadell. CPT UAB. España.

Objetivo: Evaluar el manejo de la anafilaxia en el servicio de urgencias pediátricas de un hospital con Unidad de Alergia Pediátrica comparando antes y después de la divulgación de la Guía Galaxia.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye a todos los niños diagnosticados de anafilaxia comparando los periodos 2008-2009 y 2010. Divulgación de la anafilaxia mediante sesión clínica y distribución de la Guía Galaxia. Se analizó la adecuación diagnóstica según criterios clínicos aceptados, tratamiento administrado, tiempo de observación hospitalaria, determinación de triptasa sérica, indicaciones al alta y derivación al especialista. Se evaluó la influencia de la publicación de la Guía Galaxia (2009). Valoración estadística: SPSS versión 18, comparando porcentajes mediante el test Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: Un total de 57 casos diagnosticados de anafilaxia (29 en 2008-2009 y 28 en 2010), 6 casos excluidos por no cumplir criterios diagnósticos. La principal causa fue la alergia alimentaria. El tratamiento con adrenalina en el periodo 2008-2009 fue 17/24 (70%) y 25/27 (92%) en 2010, $p < 0,05$, vía intramuscular en 2008-2009: 10/17 (58,8%) y 22/25 (88%) en 2010, $p < 0,05$. Se administraron antihistamínicos en: 18/24 (75%) en 2008-2009 y 20/27 (26%) en 2010, corticoides en 17/24 (70,8%) en 2008-2009 y 23/27 (85,1%) en 2010, broncodilatadores en 11/42 (45,8%) en 2008-2009 y 16/27 (59,2%) en 2010. Observación: 6 h: 8/24 (33%) en 2008-2009 y 7/27 (26%) en 2010. Triptasa sérica en 4/24 (16,6%) en 2008-2009 y 7/27 (26%) en 2010. Adrenalina autoinyectable tras el alta en: 1/24 (4,1%) en 2008-2009 y 4/27 (14,8%) en 2010. No fueron derivados a la Unidad de Alergia: 3/24 (12,5%) en 2008-2009 y 4/27 (14,8%) en 2010.

Conclusiones: En el periodo posdivulgativo se observó un aumento del diagnóstico de anafilaxia, creemos que debido a un mejor conocimiento de la entidad. El tratamiento con adrenalina intramuscular comparando los 2 periodos resulta estadísticamente significativo. Creemos que la educación sanitaria especializada en el ámbito de urgencias mejora claramente el manejo de la anafilaxia.

ANAFILAXIA EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

P. Cesar, I. Sanz, B. Pacho, N. Arana, A. Bilbao y J.M. García

Servicio de Pediatría. Alergia Infantil. Hospital de Cruces. Barakaldo. España.

Objetivo: Conocer las causas y circunstancias donde ocurren los episodios de anafilaxia que ingresan en el Servicio de Urgencias.

Pacientes y métodos: Estudio transversal de datos de la historia clínica de niños menores de 14 años que ingresan en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital entre los años 2008-2010 con el diagnóstico de anafilaxia según los criterios de Sampson et al. Se estudian los desencadenantes y las circunstancias donde ocurren los episodios.

Resultados: Se estudian 69 episodios de procedencia extrahospitalaria: Sexo: 42 varones (60%) y 27 mujeres (40%). Edades: 8 (11,5%) menores de 2 años; 34 entre 2 y 6 años (49,2%) y 27 (39%) mayores de 6 años. Antecedentes de alergia a alimentos en 41 (59%). Desencadenantes: Alimentos en 60 (86%): los más frecuentes leche, huevo y frutos secos; medicamentos en 2 (2,8%), ambos por AINE (ibuprofeno) y 7 de causa desconocida (10%). Los episodios desencadenados por alimentos ocurrieron en el domicilio en 53 (88%), 3 (4,5%) en la escuela y 4 (6,6%) en ámbito social. Disponían de adrenalina autoinyectable 21 niños; se empleó en 5 casos (19%): 4 por los padres (un intento fallido) y 1 en el comedor de la escuela.

Conclusiones: En los niños, los alimentos son la principal causa (86%) de anafilaxia en el medio extrahospitalario. La mayoría (60%) de casos sucede en menores de 6 años y ocurre en el domicilio familiar (88%), siendo muy baja la proporción de casos que se desencadenan en la escuela. De los que disponían de adrenalina autoinyectable, sólo se empleó en el 19% de casos. Creemos que los padres deben disponer de mejor información sobre las medidas de prevención y administración de adrenalina autoinyectable.

REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD POR CONTRASTES RADIOLÓGICOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

M. Tomás, C. Álava, S. Infante, E. Alonso, L. Zapatero y V. Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: Las reacciones de hipersensibilidad a contrastes radiológicos (CR) son excepcionales en la población infantil. Presentamos 4 casos de hipersensibilidad a CR, 2 por contrastes iodados (CI) y 2 por contrastes de gadolinio (CG) con resultado positivo en pruebas cutáneas (PC).

Casos clínicos: Caso 1: Varón, 7 años, trasplantado cardíaco. Inmediatamente después de un cateterismo con CI (ioversol) presentó una urticaria generalizada. Estudio alergológico: Pricks con iopamidol, ioversol, iobitridol, iomeprol: negativos. Intradermoreacción (ID) con iopamidol, ioversol, iobitridol e iomeprol: positiva para ioversol y negativas el resto. Prueba de exposición controlada (PEC) con iopamidol con buena tolerancia. Caso 2: Varón, 9 años, síndrome de Down y cardiopatía congénita. Veinticuatro horas después de un cateterismo con CI (ioversol) presentó un exantema micropapular y eosinofilia. Estudio alergológico: pruebas epicutáneas para iopamidol, ioversol, iobitridol e iomeprol: negativas. Pricks con iopamidol, ioversol e iobitridol: positivos, y negativo para iomeprol. ID y PEC con iomeprol con resultado negativo. Caso 3: Mujer, 16 años, diagnosticada de carcinoma epidermoide. Tras RMN con CG (gadopentotato de dimeglumina) presentó una urticaria generalizada. Estudio alergológico: pricks e ID con resultado negativo a gadopentotato de dimeglumina, gadobutrol, ácido gadobénico, gadoxetato de disodio y gadoteridol. PEC con gadoteridol con buena tolerancia. Caso 4: Mujer, 4 años con un glioma hipotálamo-quiasmático. Presentó un eritema generalizado inmediatamente después a la realización de una RMN con gadoteridol. Estudio alergológico: pricks e ID con gadopentotato de dimeglumina, gadobutrol, ácido gadobénico, gadoxetato de disodio y gadoteridol con resultado positivo en ID a gadobutrol, gadoxetato de disodio y gadoteridol, siendo negativas el resto. PEC con ácido gadobénico con buena tolerancia.

Conclusiones: Las PC pueden ser útiles en el diagnóstico de reacciones de hipersensibilidad por CR. Resulta imprescindible dar alternativas a este tipo de pacientes para la realización de exploraciones radiológicas futuras que requieran la utilización de estos contrastes.

ADOLESCENTES CON SENSIBILIZACIÓN A ÁCIDOS PROPIÓNICOS

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

Sección de Alergología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.

Objetivos: El aumento de consumo de ácidos propiónicos en los últimos años (especialmente ibuprofeno, naproxeno y ketoprofeno) está incrementando la sensibilización a dichos fármacos. Mostramos 3 adolescentes que no son intolerantes a AINE pero sí son alérgicos a los ácidos propiónicos.

Material y método: Fueron estudiados 3 pacientes que acudieron a consulta por presentar reacción con el empleo de ácidos propiónicos. A los 3 se les realizó historia clínica completa insistiendo en la tolerancia posterior de antiinflamatorios y a los 3 se les realizó test de provocación controlada (TPC) con ácido acetilsalicílico 1 g.

Resultados: Los 3 pacientes estudiados, 3 varones, con una edad media de 15 años, referían en conjunto 9 episodios de reacciones tras el empleo de ibuprofeno 600 mg. Siempre ocurrió tras la primera dosis y en todos los episodios se precisó tratamiento para revertir la reacción. En 5 ocasiones hubo sintomatología respiratoria. En 9 episodios la clínica fue de angioedema labial, palpebral o facial. Los 3 pacientes referían haber tolerado posteriormente antiinflamatorios no propiónicos, concretamente paracetamol. A los 3 pacientes se les realizó test de administración controlada con ácido acetilsalicílico 1 g (250-250-250-250, con intervalo de 30 min), siendo negativo en todos los casos.

Conclusiones: Es importante considerar la importancia de una metuculosa anamnesis en el estudio de alergia a antiinflamatorios, lo cual nos orientará a la existencia o no de una intolerancia, aunque el diagnóstico definitivo venga dado por la administración de ácido acetilsalicílico 1 g.

REACCIONES TARDÍAS A AMOXICILINA. ¿ES ÚTIL LA PRUEBA DEL PARCHES?

F. Viada, S. Quevedo, A. Marañón Pérez, P. Ambrona, M. Rico Pajares, T. Bracamonte y L. Echeverría

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. España.

Objetivo: Evaluar la utilidad de las pruebas cutáneas en el estudio de las reacciones adversas (RAM) tardías a amoxicilina, con el fin de evitar la realización de la prueba de exposición oral a antibiótico.

Material y métodos: A 46 pacientes con RAM tardía por amoxicilina se les realizaron pruebas cutáneas por prick e intradermorreacción (ID) con PPL, MDM, penicilina G, amoxicilina, amoxicilina-clavulánico y ampicilina, con lectura inmediata y tardía y pruebas de parches con amoxicilina al 5, 10 y 30% en vaselina con oclusión durante 48 h y lectura a las 48, 72 y 96 h. Prueba de exposición oral hospitalaria y posteriormente domiciliaria durante 5 días.

Resultados: Mediana de edad 3 años (rango 1-14). Tiempo de aparición de la reacción tras inicio del tratamiento: mediana 6 días (rango 2-9). Clínica: urticaria 50%, exantema maculopapular: 41,3%, enfermedad "serum like": 6,5% y angioedema: 2,2%. El 26,1% era la primera vez que utilizaba amoxicilina. Resolución de los síntomas: mediana 3 días. Ninguno de los parches cutáneos ni de las ID fueron positivas. Dos pacientes (4,3%) presentaron prick test positivo a amoxicilina, presentando uno de ellos prueba de exposición oral hospitalaria negativa y positiva en domicilio (urticaria). El otro paciente no se ha realizado exposición oral. La prueba de exposición oral fue negativa en el hospital en todos los casos y positiva en el domicilio en el 15,2%.

Conclusiones: 1. Los parches cutáneos y la ID para el estudio de reacciones tardías a amoxicilina carecen de utilidad en nuestra se-

rie. 2. El aumento de las concentraciones de amoxicilina en la prueba del parche no mejora el rendimiento diagnóstico de la prueba. 3. La prueba de exposición oral, a pesar de los riesgos que puede conllevar, constituye el pilar fundamental para el diagnóstico de estos pacientes.

REEXPOSICIÓN A ANTIBIÓTICOS BETALACTÁMICOS TRAS EL ESTUDIO POR SOSPECHA DE HIPERSENSIBILIDAD EN LA CONSULTA DE ALERGOLOGÍA PEDIÁTRICA

L. Moral^a, N. Marco^b, T. Toral^c, M.J. Fuentes^c y J. Garde^d

^aHospital General Universitario de Alicante. ^bHospital Vega Baja de Orihuela. ^cHospital General de Elda. ^dHospital General Universitario de Elche. Alicante. España.

Objetivos: Conocer la actitud de los padres frente al antibiótico betalactámico implicado (ABLI) después de un estudio alérgico y los efectos de la reexposición cuando ésta haya ocurrido.

Material y métodos: Se realizó una encuesta telefónica a los pacientes estudiados en nuestras consultas durante los años 2008 y 2009 por sospecha de hipersensibilidad a algún betalactámico, para conocer los antibióticos administrados tras el estudio y la tolerancia observada por los padres.

Resultados: Se encuestó a 109 de 120 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Desde la finalización del estudio 72 niños (66%) habían precisado tomar algún antibiótico y 46 habían vuelto a tomar el ABLI (42% del total y 64% de todos los que habían precisado tratamiento). Dos niños fueron considerados alérgicos por provocación positiva y no habían vuelto a tomar el ABLI. De los 18 niños (17%) en los que no se completó el estudio, 4 habían tomado el ABLI y todos ellos lo toleraron. Finalmente, de los 89 pacientes (82%) en los que se comprobó la tolerancia y se permitió tomar el ABLI, 29 no habían precisado ningún antibiótico mientras que 42 habían tomado el ABLI (47% del total y 70% de los que habían tomado algún antibiótico). De estos 42 niños uno tuvo una urticaria al 5.º día de tratamiento (la provocación oral durante 3 días en el domicilio había sido negativa), 3 tuvieron diarrea y los demás lo toleraron. A pesar de la provocación oral negativa, 9 pacientes habían evitado el ABLI, incluyendo a 7 que habían sido sometidos a una provocación oral prolongada en el domicilio.

Conclusiones: El 12% de nuestros pacientes no siguió las indicaciones dadas tras el estudio en la consulta. No se aprecia beneficio en prolongar la prueba de exposición oral durante unos días en el domicilio.

2 AÑOS DESPUÉS: ¿TOMAN LOS NIÑOS BETALACTÁMICOS O AINE DESPUÉS DE UNA PROVOCACIÓN ORAL NEGATIVA?

R.F Ocaña-Vela, T. Fadeeva, C. Blasco, B. Vila y A.M. Marín

Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Objetivos: Valorar la situación actual de niños con tolerancia a betalactámicos o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) demostrada por provocación oral tras 2 años del estudio.

Material y métodos: Encuesta telefónica a los padres de los pacientes estudiados durante 2008, remitidos por sospecha de alergia a betalactámicos o AINE.

Resultados: De 150 pacientes (59,3% varones), 9 resultados positivos, 7 alérgicos a betalactámicos (amoxicilina y amoxicilina-ácido clavulánico) y 2 intolerantes a AINE. Se contactó con 94 pacientes de los 141 con provocación negativa. No se pudo contactar con 47 pacientes. Dos padres no quisieron participar y de los 92 restantes, 47 (51%) referían que sus hijos habían vuelto a tomar el medicamento, de los cuales 3 presentaron reacción retardada (2 ibuprofeno y 1 amoxicilina). Un total de 41 (44,6%)

referían no haberlo tomado, 16 porque lo evitaban y 25 porque no necesitaron nueva administración. De estos últimos, 23 (92%) se lo darían y sólo 2 (8%) lo evitarían. Cuatro padres desconocían si se había administrado el medicamento. De los 16 que evitaban la reexposición, 12 lo hacían por temor a una nueva reacción, 3 por temor al pediatra y 1 porque dudaba del resultado de la prueba de exposición.

Conclusiones: Tras 2 años del estudio alergológico, el 47,8% de casos con estudio negativo toleraba los fármacos implicados. El 27,2% refería no haber precisado su administración y el 7,6% lo desconocía. Un porcentaje considerable (17,4%) de casos rechazaba la readministración a pesar de haber demostrado tolerancia.

NUEVO PROTOCOLO DE ESTUDIO DE HIPERSENSIBILIDAD NO INMEDIATA A AMOXICILINA: 1 AÑO DE EXPERIENCIA

L. Herrero, N. Arana, M.A. Guiu, A. Castillo, A. Bilbao y J.M. García
Hospital de Cruces. Barakaldo. España.

Introducción: Las reacciones no inmediatas durante el tratamiento con aminopenicilinas son una causa de consulta frecuente en Alergia Infantil. Estudios previos han comunicado la limitada utilidad de las pruebas complementarias, siendo necesaria la prueba de tolerancia oral (PTO) para confirmación diagnóstica. Un estudio previo de nuestro grupo confirmó también estos datos.

Objetivo: Evaluar un protocolo de estudio de reacciones no inmediatas a aminopenicilinas en términos de eficiencia mediante la realización de la PTO, sin estudio alergológico previo.

Material y métodos: Estudio transversal de los pacientes remitidos a consulta de Alergia Infantil con sospecha de HS retardada a aminopenicilinas entre julio de 2009 y junio de 2010. Se realiza historia clínica detallada para excluir reacción inmediata. Se realiza PTO en dosis crecientes hasta dosis terapéutica bajo vigilancia hospitalaria, los pacientes con buena tolerancia continúan tratamiento en domicilio el mismo número de días que cuando ocurrió la reacción.

Resultados: Se estudiaron 217 pacientes (105 niñas y 112 niños), de 1 a 14 años. El antibiótico implicado fue amoxicilina 184 (85%) y amoxicilina-clavulánico 33 (15%). Ningún paciente presenta reacción positiva durante la PTO en nuestro centro, presentando reacción en domicilio (exantema maculopapular o urticaria) 25 pacientes (14%), cifra más elevada a la objetivada en nuestro estudio previo. La realización de PTO sin exploraciones complementarias acorta el tiempo entre la reacción y la provocación, lo que puede explicar este aumento de las positividades.

Conclusiones: La sospecha de hipersensibilidad no inmediata a aminopenicilinas es una causa frecuente de consulta. La PTO sin estudio alérgico previo es una alternativa segura y necesaria para el diagnóstico. En este estudio observamos una prevalencia de reacciones retardadas a aminopenicilinas algo superior a la objetivada en estudios previos incluyendo el nuestro.

“NO ES ALERGIA TODO LO QUE LO PARECE”: HISTAMINOSIS ALIMENTARIA NO ALÉRGICA (HANA)

J.A. Gil, A. Rosell, M. Fiol, S. Zibetti, M.M. Vila y J. Figuerola
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: La histamina es una molécula imprescindible para la vida, pero cuando las concentraciones normales de la misma son sobrepasadas, puede ocasionar síntomas localizados o generalizados. Se presentan 2 casos clínicos de HANA.

Casos clínicos: Caso 1: Niña de 2 años con cuadro de vómitos, diarrea, irritabilidad y abdominalgia de 4 meses de evolución. Asocia pérdida de peso (2 kg) y distensión abdominal. Se descarta celia-

quía. Evolutivamente tiene episodios de exantema pruriginoso generalizado y tos seca. Se realizan test cutáneos a 14 alimentos que son negativos. No tolera leche, huevo, ternera, pescado y fruta. Caso 2: Niña de 4 meses con irritabilidad, regurgitaciones, diarrea y estancamiento ponderal de 2 meses de evolución. Tras descartar RGE y APLV recibe hidrolizado de caseína sin mejoría. Se sustituye por fórmula elemental con buena respuesta, catalogándose de IPLV. Al iniciar alimentación complementaria, se objetivan vómitos tras la ingesta de fruta y verdura. Se realiza estudio de fructosemia negativo. A los 18 meses, con algunos alimentos refiere eritema perioral y prurito. Se realizan test cutáneos a 19 alimentos negativos. No tolera leche, huevo, carne, pescado y algunas frutas. En ambos se realiza estudio de intolerancia a la histamina: diaminoxidasa (DAO) e histamina en sangre y orina. Los resultados de la DAO muestran una deficiencia de este enzima: 8,2 Ku/L en el primer caso y 5,6 Ku/L en el segundo (normal > 10). Inician dieta baja en histamina y tratamiento con anti-H1 y anti-H2, resolviéndose la sintomatología.

Conclusiones: La HANA es una enfermedad emergente, multisistémica e infradiagnosticada en la actualidad. Tras descartar causa alérgica, se debe sospechar en casos de intolerancia alimentaria múltiple que mejora con una dieta baja en histamina. La confirmación diagnóstica se puede realizar mediante determinación de DAO en plasma o con prueba de provocación oral con histamina.

DIAGNÓSTICO MOLECULAR Y GENÉTICO DE ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA

L. Martínez-Martínez, C. González-Santesteban, I. Badell, A. Martín-Nalda, R. López, M. Piquer y O. de la Calle-Martín
Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: Los pacientes con enfermedad granulomatosa crónica (CGD) sufren infecciones bacterianas y fúngicas, severas y recurrentes. La CGD está causada por un defecto en la respiración oxidativa, catalizada por el complejo enzimático NADPH oxidasa, que consta de 5 subunidades.

Objetivos: Diagnosticar molecular y genéticamente pacientes con sospecha de CGD para establecer el defecto responsable y ampliar el estudio a familiares para identificar portadores y pacientes no diagnosticados.

Material y métodos: Se estudiaron diversos pacientes con sospecha de CGD. La prueba funcional se realizó mediante la detección de dihidrorodamina (DHR) oxidada por citometría de flujo. La determinación de proteínas se hizo por citometría e inmunoblot. Los análisis genéticos se realizaron por RT-PCR, PCR y digestión enzimática con SspBI.

Resultados: Seis pacientes fueron detectados en la prueba de oxidación de la DHR. En el caso clínico 1 no encontramos gp91phox y el estudio genético mostró la alteración p.Cys59Arg en el gen CYBB, que es responsable de la forma ligada al X (X-CGD). Tanto la madre (portadora) como un hermano suyo, fallecido previamente, tenían la alteración. En el caso clínico 2 había consanguinidad, pero el análisis de los genes implicados en las formas autosómicas recesivas no arrojó resultados. Curiosamente, hayamos una mutación de novo en el gen CYBB (p.Lys247fsX7). El caso clínico 3 presentó la recombinación homóloga entre NCF1 y su pseudogen, al igual que sus 2 hermanos, que no habían presentado sintomatología. El caso clínico 4 resultó ser un heterocigoto compuesto para 2 mutaciones en NCF2: p.Lys161STOP y duplicación génica de los exones 9 y 10. Los casos clínicos 5 y 6 eran 2 hermanos homocigotos para la alteración p.Arg77STOP, también en NCF2.

Conclusiones: Hemos diagnosticado molecular y genéticamente a 6 pacientes con sospecha de CGD, así como un hermano fallecido del caso clínico 1 y 2 hermanos del caso clínico 3.

PROVOCACIÓN NASAL ESPECÍFICA VALORADA MEDIANTE RINOMETRÍA ACÚSTICA. NUESTRA EXPERIENCIA

F.M. Ruiz Salas, A.M. Martínez-Cañavate Burgos,
A. Rojo Hernández, A. Montoro Sánchez, M. Díaz Molina
y C. Rondón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: La rinometría acústica (RA) consiste en la valoración de la reflexión de los sonidos emitidos a través de las fosas nasales y supone una técnica objetiva, rápida, no invasiva, reproducible y que precisa una mínima colaboración del paciente, útil en la confirmación diagnóstica de la rinitis alérgica.

Objetivo: La realización de provocación nasal específica (PNE) puede mejorar el diagnóstico de los pacientes sensibilizados a *Alternaria alternata* (AA) cuando existen discordancias entre clínica y pruebas diagnósticas.

Material y métodos: Se realiza en 8 pacientes, entre 8 y 14 años, con rinitis alérgica persistente y polisensibilizados demostrada por positividad de pruebas cutáneas e IgE (CAP) todos a AA y a pólenes

6 y epitelio de gato 1 paciente. Se realizó, en periodo asintomático, PNE mediante pulverización de extracto alérgico de AA en mucosa nasal, a concentraciones progresivas valorando respuesta nasal mediante escala visual analógica de síntomas (estornudos, picor y congestión nasal y mucosidad) y RA.

Resultados: PNE induce aumento de los síntomas nasales acompañándose de una disminución del volumen entre los centímetros 2 y 6 en la RA. En 2 pacientes hubo que suspenderla debido a sintomatología mantenida y obstrucción nasal importante. En el resto fue positiva, disminuyendo el volumen de las fosas nasales entre los centímetros 2 y 6 al menos un 30% respecto al basal (promedio en nuestra muestra del 45%). Con aumento de EVA de 6 puntos en promedio. No presentaron otra sintomatología asociada ni clínica respiratoria.

Conclusiones: PNE es una prueba sencilla, fiable, con escasas contraindicaciones, útil para demostrar la sensibilización a AA, y que debiera estandarizarse en la actividad de las consultas de Alergología Pediátrica, siendo muy útil a la hora de confirmar el papel real de un alérgeno en sintomatología de paciente polisensibilizado.



Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



COMUNICACIONES ORALES

XXXV Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica

Granada, 5-7 de mayo de 2011

Comunicaciones Orales II

(Jueves, 5 de mayo, 11:00-12:30 h)

Moderadores: M. Martín Mateos y L. Echeverría

SEGURIDAD Y RESULTADOS DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN ESPECÍFICA CON LECHE DE VACA EN NIÑOS CON ANAFILAXIA

M.F Martín-Muñoz, T. Belver, T. Caballero, D. Guillén, N. Carceller, C. García, T. Boyano, M. Pedrosa y S. Quirce

Hospital La Paz. Madrid. España.

Introducción: Los padres y los pacientes con anafilaxia por pequeñas cantidades de leche solicitan de un tratamiento seguro para mejorar esta situación.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue la desensibilización de niños alérgicos a leche de vaca con reacciones severas con el mínimo riesgo.

Pacientes y métodos: Se incluyeron niños con alergia persistente a leche de vaca que habían sufrido reacciones anafilácticas por ingestión inadvertida de pequeñas cantidades en los 6 meses previos al tratamiento. Se inició protocolo de desensibilización con 1 ml de la dilución 1/1.000, las dosis se administraban cada 30 min, doblando la dosis anterior hasta que el paciente iniciaba los síntomas. A partir de ese momento el paciente ingería la dosis tolerada diariamente. Entonces, se realizaba semanalmente un solo aumento de dosis (no superior al 20% de la cantidad previamente tolerada) hasta alcanzar los 250 ml. Se determinaron niveles séricos de triptasa al inicio e IgE específica frente a leche de vaca y sus proteínas al inicio del tratamiento y al alcanzar los 100 y 200 ml de leche y a los 3 meses de finalizar el tratamiento.

Resultados: Se incluyó a 10 niños con edades comprendidas entre 6 y 14 años. Los niveles séricos de IgE frente a leche de vaca oscilaban entre 0,73-100 Ku/L, BLG: 0,38-61,4, ALA: 0,05-74 y caseína: 0,69-1708 ku/L. Solo 3 niños precisaron tratamiento con adrenalina durante la fase de inducción, coincidiendo con los incrementos de dosis. Cada uno tuvo una sola reacción. Nueve niños alcanzaron los 250 ml de leche. Un niño alcanzó 175 ml sin desarrollar reacciones importantes; únicamente tuvo dolor abdominal con todas las dosis

y en la última vómitos. Los niveles de IgE mostraron un descenso en la evolución a largo plazo.

Conclusión: La desensibilización con un protocolo de incrementos que no superen el 20% aumenta la seguridad del tratamiento.

DIFERENCIAS EVOLUTIVAS EN UNA POBLACIÓN INFANTIL SENSIBILIZADA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA Y/O HUEVO

R. Moreno Sanchez, E.M. Macias Iglesias, I. Dávila González, M. Isidoro García y F. Lorente Toledano

Hospital del Tajo. Madrid. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Objetivo: Analizar la existencia de diferencias clínicas y biológicas en una población de niños sensibilizados a las proteínas de la leche de vaca (PLV) y/o del huevo (PH).

Material y métodos: Se recogieron de forma consecutiva, no seleccionada, 205 pacientes con pruebas cutáneas e IgE específica positivas a PLV, PH o ambas que acudieron a consulta de Inmunoalergia Infantil. Se obtuvieron 317 variables para cada paciente (64.985 datos). Los datos se analizaron mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados: Estaban sensibilizados a PH el 92,2% y a PLV el 40% de los 205 pacientes. Durante el seguimiento evolutivo los sensibilizados a las PH desarrollaron mayor porcentaje de sensibilización a aeroalérgenos que los sensibilizados a las PLV de manera estadísticamente significativa ($p = 0,001$), en especial, desarrollaron un mayor porcentaje de sensibilización a los pólenes ($p = 0,003$). Asimismo, los niños sensibilizados a las PH desarrollaron a lo largo de la evolución mayor porcentaje de asma y de dermatitis atópica que aquellos sensibilizados exclusivamente a las proteínas de la leche ($p = 0,023$ y $p = 0,008$, respectivamente).

Conclusiones: 1. Los pacientes sensibilizados a PH desarrollaron un mayor porcentaje de sensibilizaciones a aeroalérgenos en general y pólenes en particular, así como de dermatitis atópica y asma alérgica que los sensibilizados a PLV. 2. Consideramos que estos niños precisan seguimiento evolutivo prolongado más estrecho dado que podría considerarse la sensibilización a PH como un marcador de desarrollo futuro de sensibilizaciones a aeroalérgenos y de dermatitis atópica y enfermedades respiratorias alérgicas.

ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA Y ASMA

C. Troyano, R. Martín, A. Martínez, G. García-Hernández y C. Luna
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Objetivo: Observar la evolución a los 10 años de los niños diagnosticados de alergia a proteínas de leche de vaca en época de lactante en nuestra unidad y analizar las diferencias con respecto a la población general.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo y analítico. Revisión de las historias clínicas de 70 niños diagnosticados de alergia a proteínas de leche de vaca durante el año 2000 y encuesta telefónica sobre su estado actual en el caso de que no siguieran en consulta. Para la comparación con la población general se utilizaron los datos de Madrid recogidos en el estudio ISAAC fase III.

Resultados: Media de edad al diagnóstico: 8 meses. Media de edad para alcanzar tolerancia: 3 años. Llega a tolerar el 63%. Un 37% tiene otras alergias alimentarias, de las cuales el 70% de ellas correspondía al huevo. Un 23% tenía sibilancias con los procesos infecciosos y un 45% dermatitis atópica. A los 10 años, tiene rinitis un 38% y asma un 23%. Cuando además estaban diagnosticados de alergia al huevo, estos porcentajes subían a sibilancias un 38%, rinitis un 55% y asma un 50%, siendo la diferencia respecto a los niños sin alergia al huevo estadísticamente significativa para asma ($p < 0,05$). No se encontró relación estadísticamente significativa entre dermatitis atópica y asma o rinitis. Los porcentajes de asma y rinitis en ISAAC son: 10,3 y 19,0%, respectivamente para niños de 13-14 años, las cuales son mucho más bajas en comparación con nuestra muestra.

Conclusión: La frecuencia de asma y rinitis a los 10 años en nuestra muestra de alérgicos a la leche es 2 veces superior para rinitis y asma que en la población general. La comorbilidad con alergia al huevo parece aumentar la frecuencia de asma en esta población, no así la dermatitis atópica.

TOLERANCIA A QUESO DE CABRA Y OVEJA EN PACIENTES SOMETIDOS A PROTOCOLO DE INDUCCIÓN DE TOLERANCIA A LECHE DE VACA: VARIABLES PREDICTORAS

J. Kilimajer, M. Tomás, S. Infante, A. Álvarez-Perea, V. Fuentes-Aparicio, I. Zapatero y E. Alonso

Sección de Alergia Infantil. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: Los protocolos de inducción oral de tolerancia (SOTI) a leche de vaca (LV) en la infancia inducen tolerancia específica de especie. Desconocemos cuántos de estos pacientes tolerarán leche de otros mamíferos. Nuestro objetivo es evaluar la tolerancia a queso de cabra/oveja (QC/O) en pacientes alérgicos a LV superada mediante SOTI.

Material y métodos: Se incluyeron 60 pacientes con alergia a LV superada mediante SOTI con evolución mínima de 12 meses. El estudio incluyó pruebas cutáneas con QC/O, determinación de IgE total y específica a leche de cabra (LC), oveja (LO), LV, caseína de LV (UniCAP Pharmacia) y prueba de provocación oral controlada (POC) con QC/O. Mediante análisis estadístico multivariante y estudio de curvas ROC se relacionaron niveles de IgE específica con tolerancia posterior a QC/O calculándose las variables predictoras. **Resultados:** Cuarenta pacientes (66,7%) toleraron QC/O. Comparando la media de valores de IgE específica se objetivó que los niveles de IgE a caseína de LV a los 12 meses de SOTI, LC y LO fueron menores en los pacientes tolerantes a QC/O ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias significativas entre las IgE a LV antes y después de SOTI entre ambos grupos. Los niveles de IgE a caseína a los 12 meses de SOTI ($> 2,5$ KU/L), IgE a LC ($> 7,0$ KU/L) e IgE a LO ($> 10,0$ KU/L) predicen qué tipo de pacientes no tolerarán LC y LO, con un área bajo la curva ROC de 0,97, 0,99 y 0,99, respectivamente.

Conclusiones: Los valores de IgE específica a caseína de LV, LC y LO se asocian a la tolerancia a QC/O. Objetivamos en nuestro estudio que valores de IgE superiores a 2,5 KU/L, 7,0 KU/L y 10,0 KU/L, respectivamente, permiten predecir con alta sensibilidad y especificidad qué pacientes no tolerarán queso de estas especies.

REACCIONES ALÉRGICAS POR PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (PLV) EN 66 NIÑOS ALÉRGICOS A PLV EN FASE DE MANTENIMIENTO DE INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL ESPECÍFICA (ITOE). ¿SON PREDECIBLES LAS REACCIONES? ¿QUÉ PACIENTES TIENEN MÁS RIESGO DE RECCIÓN?

M. Vázquez, S. Del Valle, M. Álvaro, M. Giner, A. Machinena y A.M. Plaza

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

Objetivos: Evaluación de reacciones por PLV y factores potenciadores durante fase de mantenimiento de ITOE a PLV. Análisis comparativo de datos clínico-analíticos entre pacientes con y sin reacciones.

Métodos: 66 niños alérgicos a PLV sometidos a ITOE. Entrevista con padres. Revisión de historias.

Resultados: Tiempo medio en mantenimiento: 22 meses. Dosis umbral mediana en prueba de exposición controlada (PEC) a PLV pre-ITOE: 5 ml. 52 casos presentaron anafilaxia en PEC. IgE mediana a leche y caseína pre-ITOE: 54 KU/L. Dosis mediana tolerada tras ITOE: 200 ml. Reacciones por leche en fase de mantenimiento. 42 niños (63%) han tenido reacciones. Del total de reacciones, 18% consistió en anafilaxia, 35% incluía asma y 38% tuvo causa identificable. Distribución: > 15 reacciones: 14 niños, 14-6 reacciones: 16. 1-5: 17. Ninguna reacción: 24. Factores potenciadores: ejercicio: 12 casos, ayuno: 5, aumento de dosis: 4, interrupción: 3, decúbito: 12, infección: 8, nerviosismo: 5, cansancio: 3, asma no controlada post-ITOE: 6. En base a las reacciones en mantenimiento, definimos 3 grupos: Grupo I: 12 niños en situación clínica inestable, por la frecuencia o gravedad de reacciones, ausencia de causa identificable o coexistencia de asma no controlada post-ITOE. Grupo II: 30 niños, con reacciones leves esporádicas. Grupo III: 24 niños, sin reacciones. Los grupos I y II presentan, respecto al grupo III ($p < 0,01$), menor dosis umbral y mayor proporción de anafilaxia en PEC, así como mayor IgE a caseína y leche pre-ITOE. El porcentaje de disminución de IgE a caseína y leche 1 año post-ITOE y la proporción de asmáticos pre-ITOE son similares en los 3 grupos.

Conclusiones: Las reacciones en mantenimiento de ITOE no son infrecuentes (63%). Un 38% tiene causa identificable. Una mayor IgE a caseína y leche, anafilaxia y menor dosis umbral en PEC se asocian a riesgo de reacciones. La educación sanitaria y seguimiento estricto son cruciales para la seguridad del tratamiento.

EFFECTOS ADVERSOS DURANTE LA INMUNOTERAPIA ORAL CON LECHE DE VACA

J.F. Viada Bris, S.J. Quevedo Teruel, A. Marañón Pérez, P. Ambrona Villadangos, M. Rico Pajares, T. Bracamonte Bermejo y L.A. Echeverría Zudaire

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. España.

Objetivo: Demostrar la eficacia y la seguridad de la inmunoterapia oral (ITO) con leche de vaca en pacientes alérgicos.

Material y métodos: Se estudian 41 pacientes con alergia IgE mediada demostrada por prueba de provocación oral en los que se realizó tratamiento con ITO (inicio hospitalario, incremento en consulta y mantenimiento domiciliario). Se analizan eficacia y efectos adversos acontecidos.

Resultados: Mediana de edad: 7 años (2-16). Durante la fase inicial presentó reacción adversa el 48,8% (35% anafilaxia), siendo el resto reacciones leves, la mayoría cutáneas (20%), con buena respuesta al tratamiento. La dosis más baja que desencadenó reacción fue 2 cc de leche diluida al 1/100. Presentó reacciones con incremento de dosis en consulta un 58,5%, siendo todas leves (dificultad respiratoria: 17,1%, síntomas digestivos: 17,1%, urticaria: 12,2%), con buena respuesta al tratamiento. Presentó reacciones con el mantenimiento de dosis en domicilio un 80,5% (anafilaxia 2,4%, síntomas digestivos 34,1%, dificultad respiratoria 29,3%, con buena respuesta al tratamiento. Mediana de días con síntomas en domicilio: 5 (0-36). Todos consiguieron una ingesta mínima de 200 cc de leche de vaca. El tiempo medio para completar la pauta fue 114 ± 39 días. Un 39% precisó de forma continua tratamiento con antihistamínicos durante la ITO. Un 29,2% presentó incidencias los 7 días posteriores a terminar la ITO (2,4% anafilaxia, siendo el resto de reacciones leves principalmente respiratorias: 12,2%). En 17 pacientes en seguimiento tras la ITO un 23,5% presentó algún problema (digestivos: 50%); todos siguen tomando leche de vaca.

Conclusiones: En nuestra serie el tratamiento con ITO con leche es eficaz y seguro en todos los casos. Las reacciones adversas, aunque frecuentes, se producen principalmente en domicilio, siendo fácilmente controlables. En el seguimiento casi un 25% de los pacientes al año de finalizar la ITO presenta algún efecto adverso.

VARIABLES PREDICTORAS DEL CURSO DE LA EVOLUCIÓN EN INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL A LA LECHE

A. Álvarez-Perea, E. Alonso-Lebrero, M. Tomás Pérez, V. Fuentes-Aparicio, S. Infante Herrero y L. Zapatero Remón

Sección de Alergología Infantil. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivos: Conocer los datos clínicos y analíticos predictivos del curso del proceso de inducción de tolerancia oral (SOTI) en niños con alergia persistente a proteínas de la leche de vaca (PLV).

Material y métodos: Se incluyeron 94 pacientes edad media $6,25 \pm 2,91$ años, que habían realizado un protocolo de SOTI. Toleraron el 91,4% de ellos. Se diseñó un algoritmo categorizando a los pacientes en 2 grupos, según evolución clínica final y durante el proceso. Aquellos que no alcanzaron tolerancia presentaron reacciones graves, precisaron repetición > 3 dosis y/o alcanzaron tolerancia < 200 ml, fueron considerados "evolución tórpida". Mediante análisis multivariante, se determinó la influencia sobre la evolución del proceso de los valores de IgE específica para leche y caseína y la prueba cutánea con leche en dilución 1:1.000. Mediante curvas ROC se calculó la sensibilidad y la especificidad de las variables predictoras.

Resultados: El 50% (47 pacientes) había presentado "evolución tórpida". La IgE específica a caseína $\geq 17,5$ kU/l (OR 7,6; IC 95%, 2,1-28,2), la IgE específica a leche $\geq 17,5$ kU/l (OR 15,8; IC 95%, 3,8-64,9) y la prueba cutánea en dilución 1:1.000 > 5 mm (OR 8,3; IC 95%, 1,9-35,5) se comportaron como factores de riesgo para presentar "evolución tórpida", independientemente de la edad, el sexo y los antecedentes de asma. La variable mejor predictora de la evolución fue la IgE específica a caseína, con un área bajo la curva ROC de 0,82. Para una IgE = 9 kU/l, presentaba una sensibilidad del 70% y una especificidad del 85%.

Conclusiones: Un valor igual/mayor de 17,5 kU/l de IgE específica a leche y a caseína aumenta el riesgo de presentar "evolución tórpida" durante el SOTI, independientemente de edad, sexo y comorbilidad con asma. La IgE específica a caseína permite predecir la evolución con alta sensibilidad y especificidad. Estos datos permiten catalogar a los pacientes en grupos diferentes que deberían seguir distintas pautas que minimicen las incidencias.

CAMBIOS INMUNOLÓGICOS AL AÑO Y 2 AÑOS EN PACIENTES CON ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA IgE MEDIADA TRATADOS CON INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL ESPECÍFICA

E. Chapman, M. Álvaro, B. García, J. Lozano, O. Domínguez y L. Alsina

Sección de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Objetivo: Describir el comportamiento de parámetros inmunológicos en pacientes con alergia a proteínas de leche de vaca IgE mediada (APLV-IgE) al año y 2 años de iniciar la inducción de tolerancia oral específica (ITOE).

Material y métodos: 87 pacientes de 5 a 16 años, con APLV-IgE. Se les practicó prueba de exposición controlada a leche (PEC). Veintinueve (24,1%) fueron negativos y 66 (75,9%) positivos. Se valoraron cambios en niveles de IgE específicas (IgEs) (CAPs: KUI/L) y pruebas cutáneas (PC) a leche y caseína al inicio, al año y 2 años.

Resultados: 66 pacientes tenían APLV-IgE; de éstos 44 presentaron anafilaxia (grupo 1) y 22 clínica diversa (grupo 2). IgE a leche al inicio significativamente más elevada en el grupo 1 que en el grupo 2 (101,99 y 31,1 KUI/L; $p = 0,006$). Igual patrón para la IgEs a caseína (119,64 y 30,66 KUI/L; $p = 0,011$). Grupo 1: IgEs (KUI/L) a leche al inicio 101,99, al año 23,58 ($p = 0,0009$), a los 2 años 9,54 ($p = 0,0068$). IgEs (KUI/L) a caseína al inicio 119,64, al año 25,12 ($p = 0,0012$), a los 2 años 9,64 ($p = 0,028$). Grupo 2: IgEs (KUI/L) a leche al inicio 31,1, al año 9,44 ($p = 0,056$), a los 2 años 5,98 ($p = 0,026$). IgEs (KUI/L) a caseína al inicio 30,66, al año 7,28 ($p = 0,054$), a los 2 años 4,32 ($p = 0,033$). Las PC para ambos grupos no cambiaron durante el tratamiento.

Conclusión: Los valores altos de IgEs a leche y caseína antes de PEC a leche se correlacionan con reacciones anafilácticas. El comportamiento inmunológico evolutivo en pacientes con APLV-IgE, que realizaron ITOE al año y 2 años, muestra un patrón descendente en las cifras de IgEs a leche y caseína, no siendo así en las PC.

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN NIÑO CON APLV SOMETIDO A INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL ESPECÍFICA

A. Alcoba Conde, J. Torres Borrego, N. Saldaña García y G. Moreno Solís

Unidad de Neumología y Alergia Pediátrica. UGC Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: Hasta hace una década la esofagitis eosinofílica (EE) era una entidad prácticamente desconocida en Pediatría. Predomina en varones, existiendo comorbilidad con alergia alimentaria y otros fenómenos de hipersensibilidad. La clínica es similar a la del reflujo gastroesofágico, aunque sin respuesta a tratamiento específico. Existe infiltración esofágica con > 15-20 eosinófilos/campo. Según nuestro conocimiento, la asociación entre EE e inducción de tolerancia específica (ITOE) con leche no ha sido descrita previamente.

Caso clínico: Niño de 2 años diagnosticado a los 5 meses de APLV (IgE específicas feb 10, en KU/l: a-lactoalbúmina 7,2, β -lactoglobulina 1,65, caseína 28,6, leche 25,7) que presentó EE durante ITOE con leche de vaca. El procedimiento comenzó a nivel hospitalario, con 1, 2 y 4 ml los 3 primeros días. Posteriormente toleró aumento semanal de dosis hasta un máximo de 60 ml (4ª semana), con los que presentó vómitos esporádicos. Con 80 ml (5ª semana) vómitos, disfagia y sangre en heces. Con la sospecha de EE se desciende a 40 ml y se solicita valoración por Gastroenterología Infantil, donde se realiza endoscopia digestiva alta confirmando el diagnóstico y se instaura tratamiento diario con montelukast 5 mg y budesonida deglutida 800 mcg. Al mes de iniciado el tratamiento, mejoría clínica y tolerancia progresiva de leche de vaca, alcanzando 120 ml. A los

5 meses, permanece asintomático y tolera 200 ml diarios de leche. Dada la buena evolución no se contempla endoscopia de control.

Conclusiones: Es necesario tener presente la posibilidad de EE en niños sometidos a ITOE. Al no tomar PLV anteriormente no podemos confirmar si la EE existía previamente o fue desencadenada por la ITOE. Aunque el tratamiento estándar es la evitación del trofoalérgeno, como en este caso podría conseguirse tolerancia no sólo para hipersensibilidad IgE mediada, sino también para otros mecanismos fisiopatológicos responsables de EE.

NIVELES DE ALUMINIO EN PACIENTES ALÉRGICOS A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA

B. García Avilés, J.L. Mestre Ricote, M. Juste Ruiz, F. Sánchez Ferrer y G. García Ron

Hospital Universitario de San Juan. Alicante. España.

Objetivo: Analizar los niveles de aluminio en sangre de niños alérgicos a leche de vaca que han estado en tratamiento sustitutivo con formulas de soja durante al menos 3 años.

Material y métodos: Hemos analizado los niveles de aluminio sanguíneos en 5 pacientes a los que se les ha realizado la desensibilización a leche de vaca en nuestra unidad durante el último año (marzo de 2010 a enero de 2011) con edades comprendidas entre los 5 y los 9 años. Todos ellos son alérgicos a proteínas vacunas, no tolerantes, comprobado con una prueba de provocación oral a leche de vaca. Previamente a iniciar la desensibilización, se les realiza una analítica de sangre donde se determina, entre otros parámetros, los niveles de aluminio en sangre.

Resultados: Los valores de aluminio que hemos obtenido en nuestros pacientes según el tiempo de exposición a la soja son: 20 (3 años), 25 (4 años), 35 (5 años y medio), 45 (6 años), 56 (7 años y medio). En todos ellos los valores están muy por encima de los límites normales (VN aluminio en sangre hasta 15 mcg/L), y son directamente proporcionales al tiempo de exposición a la soja, así como también se les ha realizado una densitometría ósea a cada uno de los pacientes presentando todos menos uno valores por debajo de -1SD del Z-score, que indican osteopenia.

Conclusiones: Se observa unos niveles de aluminio en sangre elevados en pacientes que toman fórmulas de soja por alergia a proteínas de leche de vaca, que son directamente proporcionales al tiempo de exposición del paciente. Es muy conveniente la realización de prueba de desensibilización a leche de vaca a edades tempranas en pacientes que reciben fórmulas de soja, para evitar el depósito de aluminio en el hueso y prevenir osteopenias y osteoporosis en el futuro.

ALERGIA A LECHE DE CABRA Y OVEJA EN NIÑOS CON BUENA TOLERANCIA A LECHE DE VACA (APLV)

C. Muñoz Román, G. Requena Quesada, A. Jurado Ortiz y J.L. Corzo Higuera

Servicio de Pediatría Materno-Infantil. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: La alergia a leche de cabra-oveja sin asociación a alergia a leche de vaca es muy rara. Las caseínas son las responsables en la mayoría de los casos descritos. Mostramos 3 casos de anafilaxia con quesos de oveja-cabra y tolerancia a leche de vaca.

Casos clínicos: Caso 1: Niño de 8 años que desde los 2 años tiene urticaria-angioedema y vómitos tras ingesta de queso de oveja. En últimas ocasiones con helado y queso, tiene anafilaxia. Tolerancia diaria a leche de vaca y derivados. Caso 2: Niño de 6 años con episodios de urticaria-angioedema, dificultad respiratoria desde los 2 años en contacto (no ingesta) de comidas con quesos mezcla, tolerando leche de vaca y derivados. Caso 3: Niño de 9 años con dermatitis atópica y alergia a pescado, desde los 3 años presenta

prurito local, urticaria-angioedema con ingesta de queso oveja-cabra. Tolerancia a leche de vaca y derivados.

Resultados: Prick test con leche de vaca y fracciones negativas en todos los casos y positivos para leche de cabra y oveja. La IgE específica frente a leche de cabra y oveja fue muy elevada, y negativa o muy baja para vaca.

Conclusiones: La alergia a leche de cabra-oveja puede existir incluso cuando la leche de vaca y derivados son bien tolerados. Existe reactividad cruzada entre proteínas de leche de distintos mamíferos, por lo que se pueden detectar niveles significativos de IgE sin repercusión clínica. En caso de anafilaxia recurrente se debe descartar alergia a leche de cabra-oveja.

CASUÍSTICA DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN NIÑOS

N. Cancelliere, M. Caminoa, M.T. Belver, T. Boyano, I. Bobolea, M. Pedrosa, S. Quirce y C. García-Ara

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

Objetivo: Valoración de sensibilizaciones alérgicas en niños diagnosticados de esofagitis eosinofílica (EE).

Métodos: Se estudiaron 16 niños diagnosticados de EE, 14 varones y 2 mujeres, edad media de 9 años. Se diagnosticaron por los síntomas clínicos y la presencia de más de 15 eosinófilos/campo de gran aumento (HPF) en las biopsias de esófago. Se recogieron los antecedentes alergológicos y los alimentos implicados en el desarrollo de los síntomas de la enfermedad. Se realizaron prick test, pruebas epicutáneas e IgE específica con los alimentos implicados. Se realizó seguimiento clínico a 9 pacientes después del tratamiento con fluticasona ingerida en todos ellos y dieta solo en los pacientes con sensibilizaciones demostradas.

Resultados: 11/16 pacientes tenían antecedentes de alergia antes del diagnóstico de EE, 6 alergia alimentaria mediada por IgE y 8 rinoconjuntivitis y/o asma, 5 a ambos y 5 no tenían alergias. Los principales síntomas fueron disfgia (16 pacientes), impactación (5), sialorrea (5) y epigastralgia (5). Doce pacientes referían síntomas claros con algún alimento, 5 de ellos estaban sensibilizados a estos: 3 con reacciones inmediatas, 1 reacción tardía y 1 ambas. Los alimentos asociados con los síntomas fueron carne (9 pacientes), cereales (4), legumbres (2), mariscos (2), pescado (2) y patatas fritas (2). A 9 de los 16 pacientes les seguimos durante 1 año: 5 pacientes no estaban sensibilizados a ningún alimento, de los cuales 4 permanecieron asintomáticos tras recibir tratamiento con corticoides deglutidos y 1 tuvo mala evolución a pesar del tratamiento. Los otros 4 pacientes estaban sensibilizados a los alimentos involucrados y solo 1 presentó mejoría tras realizar tratamiento con corticoides deglutidos y dieta de exclusión.

Conclusiones: Aproximadamente 1/3 de los pacientes estaban sensibilizados a los alimentos implicados, con sensibilización inmediata. Los pacientes sin sensibilización alérgica tuvieron mejor evolución.

DERMATITIS ATÓPICA INDUCIDA POR PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA EN LA LECHE MATERNA

X. Rodríguez, M. Bermúdez, D. Ángel, L. Farrarons, R. Madrigal, S. Terrados y P. Berges

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: La dermatitis atópica (DA) es una patología frecuente en lactantes alimentados con leche materna (LM) exclusivamente y un subgrupo de ellos está sensibilizado a alimentos. La evidencia del beneficio de la dieta de exclusión de alimentos en la madre en lactantes con DA sensibilizados es aún limitada.

Caso clínico: Presentamos el caso de un lactante de 2 meses, alimentado con LM exclusivamente, que al mes de vida comenzó a presen-

tar brotes de eccema en cara y cuello. La madre realizaba dieta rica en leche de vaca (LV) y tras la evitación de lácteos la sintomatología cutánea cedió, salvo en 2 ocasiones en que dichas lesiones reaparecieron por trasgresiones dietéticas de la madre. Se realizó IgE total y específica frente a LV, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina y caseína. PC frente a LV y fracciones, prick-prick frente a leche hidrolizada y LM con y sin ingesta previa de lácteos. Provocación oral con LM con ingesta previa de lácteos por la madre y con el paciente exento de lesiones. PC positivas a LV y fracciones. Negativas para leche hidrolizada y LM con y sin ingesta previa de lácteos. IgE espe-

cífica frente a LV y alfa-lactoalbúmina fueron débil positivas, beta-lactoglobulina y caseína fueron negativas. La respuesta inmediata de la provocación oral con LM con ingesta previa de lácteos fue negativa, pero a los 6 días de continuar la madre con una dieta rica en lácteos, el paciente presentó nuevamente DA en cabeza y cuello que cedieron luego que la madre evitara de nuevo LV.

Conclusiones: Presentamos el caso de un lactante con DA asociada a alergia a proteínas de LV. Este caso demuestra que el paso de proteínas de LV a través de la LM puede producir una sensibilización frente a éstas, pudiendo ser un factor causal y desencadenante de DA.



Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



COMUNICACIONES ORALES

XXXV Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica

Granada, 5-7 de mayo de 2011

Comunicaciones Orales III (Viernes, 6 de mayo, 08:30-10:30 h)

Moderadores: A. Tabar y J.C. Cerdà

LA RELACIÓN DEL CUESTIONARIO DEL CONTROL DEL ASMA CON ON Y ESPIROMETRÍA

N. Álvarez, F. Berroa y M. Fernández-Benítez

Clinica Universidad de Navarra. Navarra. España.

Objetivo: Evaluar la relación existente entre el cuestionario de control del asma (CAN), la clasificación de asma de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA), espirometría y óxido nítrico.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo a los niños y padres que acudieron a la consulta de alergología que aceptasen cumplimentar el cuestionario CAN, realizar una espirometría y una determinación de fracción de óxido nítrico exhalado (FeNO).

Resultados: Estudiamos 41 niños con edad media 10 años, predominio de varones (70,7%). El 75,6% presentaba asma bronquial asociada o no a rinitis, 19,5% rinitis y 4,9% no fueron diagnosticados de asma. El 67,7% de los niños presentaba asma episódica ocasional, 9,8% asma episódica frecuente y 22,5% asma persistente moderada. Se realizaron 39 espirometrías, el FEV1 disminuido lo presentaban el 15% de los pacientes con asma episódica ocasional, 33,3% con asma episódica frecuente y el 16,7% con asma persistente moderada. El CAN con buen control < 8 con el FEV1 valores normales lo encontramos en el 70,6% de los casos, frente a un 29,4% de los niños con CAN > 8, encontrando una asociación significativa ($p < 0,047$). Más de la mitad de los niños presentaron FENO elevado; por el contrario, con FENO observamos que de 22 pacientes con FENO elevado, el 63,6% tiene CAN < 8 frente a un 36,8% con CAN > 8, no encontrando ninguna asociación significativa.

Conclusiones: El CAN es un buen recurso para evaluar la situación del paciente asmático en ausencia de parámetros como FEV o FENO. La disminución del FEV guarda una asociación significativa con el mal control del asma según CAN. El aumento de FENO no se asocia con la gravedad ni control del asma.

REUBICACIÓN DEL PUNTO DE CORTE PARA IDENTIFICAR ASMA BIEN CONTROLADA EN EL CUESTIONARIO DE CONTROL DEL ASMA (ACQ). SUBANÁLISIS DE LA POBLACION PEDIÁTRICA DEL ESTUDIO MAGIC (MEASURING ASTHMA GINA CONTROL)

M.D. Ibáñez^a, A. Nieto^b, A. Medina^c y S. Quirce^d

^aServicio de Alergia. Hospital del Niño Jesús. Madrid. ^bServicio de Neumología y Alergia Pediátrica. Hospital La Fe. Valencia.

^cDepartamento Médico. MSD. Madrid. ^dServicio de Alergia. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Objetivo: Definir puntos de corte precisos para el ACQ que sirvan para discriminar el grado de control de acuerdo a los niveles que determinan las guías GINA y GEMA, en una submuestra de pacientes asmáticos de 12 a 18 años de edad procedentes del estudio MAGIC, recogidos en las consultas de Alergología y Alergia Infantil de todo el territorio español.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, que incluyó pacientes entre 12 y 18 años con asma estable. La valoración del control del asma según GINA2006 y GEMA2009 se realizó mediante un cuestionario ad-hoc, y con la cumplimentación de los cuestionarios ACQ y MiniAQLQ. Se realizó asimismo espirometría, prick test y medición de óxido nítrico exhalado mediante Niox Mino.

Resultados: Se incluyeron en el análisis los datos de 123 pacientes (media 15 a, 50,40% mujeres). La clasificación del nivel de control de su asma según GINA-GEMA fue: 13% controlados, 40,70% parcialmente controlados, y 46,30% no controlados. Según el ACQ: 52,10% buen control, 28,60% control parcial y 19,30% mal control. Los puntos de corte óptimos del ACQ (curvas COR) que presentaron una mejor correlación con los criterios GINA-GEMA para establecer el nivel de control fueron: < 0,5 para asma controlada (sensibilidad [S] 84%, especificidad [E] 75%), 0,5-1,06 para asma parcialmente controlada y = 1,07 para asma no controlada (S 52%, E 83%). El índice Kappa para establecer el nivel de concordancia entre los criterios GINA-GEMA y el ACQ fue 0,42 ($p < 0,001$).

Conclusión: El grado de concordancia para establecer los niveles de control de asma observado entre GINA-GEMA y el ACQ es subóptimo. Los puntos de corte adecuados en el ACQ para establecer los niveles de control del asma en la práctica clínica real deberían

descender a 0,5 para asma controlada, de 0,5 a 1,06 para parcialmente controlada y a > 1,07 para asma no controlada.

UTILIDAD DE LAS PRUEBAS DE METACOLINA Y MANITOL EN EL ESTUDIO DE HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL (HRB) EN NIÑOS

I. Fermín, S. Sánchez-García, C. Escudero, P. Rodríguez del Río y M.D. Ibáñez

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Objetivo: Las pruebas de provocación bronquial con metacolina y manitol son métodos utilizados en el diagnóstico de HRB en pacientes con sospecha de asma. Describimos nuestra experiencia con estas 2 técnicas.

Material y métodos: Se incluyeron 27 pacientes que consultaron durante el año 2010 por síntomas de asma, con espirometría basal normal y prueba broncodilatadora negativa. Se realizaron pruebas cutáneas a neuroalergenos. La metacolina se realizó inhalando la sustancia a volumen corriente durante 2 minutos, considerando resultado positivo PC20 = 8 mg/ml. La prueba con manitol (Osmohale TM®) se realizó según instrucciones del fabricante y se consideró positiva PD15 = 635 mg. Ambas pruebas se realizaron en semanas diferentes y sin medicación durante al menos 2 semanas antes.

Resultados: Los pacientes tenían entre 7 y 15 años (media $9,7 \pm 2,3$), el 66,6% eran varones. Los síntomas por los que consultaron fueron: 20 (74%) tos persistente, 6 (18,51%) dificultad respiratoria estacional, 1 (3,7%) tos y sibilancias en relación con infecciones respiratorias y 1 (3,7%) disnea con ejercicio físico. El 59,2% mostró positividad en las pruebas cutáneas. La prueba de metacolina fue positiva en 19 de 27 pacientes (70,3%) con una PC20 media de $0,64 \pm 4,08$ mg/ml, 10 de ellos eran no atópicos (52,6%), lo que indica que la presencia de atopía no se relacionó con la presencia de HRB. La prueba con manitol resultó positiva en 8 de 16 pacientes (50%) en los que se realizó, con una PD15 media de $146,8 \pm 246,49$ mg. Todos los pacientes con respuesta positiva a manitol mostraron positividad a metacolina. En 2 pacientes (25%) con prueba de manitol negativo la prueba de metacolina fue positiva.

Conclusiones: La utilización de las pruebas de provocación inespecíficas es útil en el diagnóstico de asma en niños. En nuestra población la metacolina es más sensible que el manitol para el diagnóstico de HRB.

ASMA INFANTIL Y OBESIDAD: ESTUDIO DE LA FUNCIÓN PULMONAR POR ESPIROMETRÍA Y OSCILOMETRÍA

R. Calderón, L. Fernández-Silveira, A. Mazón y A. Nieto

Servicio de Neumología y Alergia Infantil. Hospital La Fe. Valencia. España.

Objetivo: Determinar cómo la obesidad produce un deterioro en la función respiratoria del niño asmático (espirometría basal forzada y oscilometría de impulsos).

Material y métodos: Se recogieron los datos de 123 pacientes, con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años. La distribución en función del sexo fue de 84 niños y 39 niñas. Respecto a la obesidad, 66 pacientes fueron considerados normales con pIMC < 85 (24 niñas y 42 niños), 32 pacientes con sobrepeso con pIMC 85-95 (9 niñas y 23 niños) y 25 pacientes con obesidad pIMC > 95 (6 niñas y 19 niños). Para la realización del estudio se utilizó un espirómetro y oscilómetro de impulsos de Jaeger. Como parámetros de referencia se utilizaron los de la ERS/ATS y para el análisis estadístico se utilizó la correlación lineal de Pearson y el análisis de la covarianza, dado que las variables tienen una distribución normal, utilizando el programa estadístico SPSS 15.0v.

Resultados: Se obtuvieron las siguientes correlaciones que se acompañan de su correspondiente significación estadística. IMC: FEV1 ($r = 0,269$; $p = 0,004$), FEV1/CVF ($r = -0,878$; $p = 0,0001$), FEV1/CVF ($r = 0,309$; $p = 0,001$), PEF% ($r = -0,183$; $p = 0,047$). Z-score IMC: FEV1/CVF ($r = -0,576$; $p = 0,0001$), FEV1/CVF% ($r = -0,200$; $p = 0,029$). En la oscilométrica de impulsos se obtuvieron los siguientes resultados: IMC: x5 ($r = 0,618$; $p = 0,0001$); r5 (0,342; $p = 0,0001$), z5 ($r = 0,204$; $p = 0,001$). Z score IMC: x5 ($r = 0,323$; $p = 0,0001$), r5 ($r = 0,216$; $p = 0,017$).

Conclusiones: La función respiratoria en el niño empeora con la obesidad. De esta forma, en la espirometría basal forzada la variable más influenciada por la obesidad es el ratio FEV1/CVF y el VEF1. En la oscilometría de impulsos, las variables más influenciadas son la reactancia (x5) y las resistencias totales (r5).

PREVALENCIA DE ASMA DE ESFUERZO Y FACTORES ASOCIADOS EN ESCOLARES DE 10 Y 11 AÑOS DE GRANADA CAPITAL

M. de Felipe, A. Rojo, A. Martínez-Cañavate, A. Valenzuela, M. Díaz, E. Martínez y M. Muñoz

Unidad de Alergia y Neumología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil. CS Virgen de las Nieves. Granada. España.

Objetivos: Determinar la prevalencia de asma en escolares de 10 y 11 años y su relación con factores de riesgo, así como la prevalencia de asma polínica en esa población.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, con una muestra de 494 niños de 10 y 11 años mediante muestreo aleatorio simple. Tras obtener el consentimiento informado, los padres de los alumnos realizaron un cuestionario validado sobre síntomas de asma de sus hijos, así como de otros factores relacionados (cuestionario para padres ISAAC II). A todos los niños se les realizó una prueba de función respiratoria: test de esfuerzo (test de carrera libre-metodología de ATS) en el patio del colegio con espirómetro portátil, y fuera de la época polínica, para confirmar o no el diagnóstico de asma. Posteriormente, a los niños con historia clínica sugestiva de enfermedad asmática o alérgica por el cuestionario se les realizó Prick-test a pólenes, determinando la prevalencia de asma polínica o estacional en población escolar de Granada, así como a controles apareados por aula escolar.

Resultados: La participación fue del 82,18% para el cuestionario, del 79,75% para el test de esfuerzo y del 60% para los Prick. Espirometría simple: alterada 3,1%. Test de esfuerzo positivo: 7,10%, de ellos el 28,57% eran asmáticos ya diagnosticados y el 71,43% no. Se obtuvo una prevalencia de "asma actual" del 12,1% y "asma cierta actual" del 2,5%. El porcentaje de niños con atopía fue del 18,1%, "asma atópica actual" 6,9% y "alergia actual" 10,4%, siendo el olivo el aeroalergeno más frecuente.

Conclusiones: Existe un porcentaje de niños con asma de esfuerzo no diagnosticado que condiciona su calidad de vida, por lo que un diagnóstico precoz, unas adecuadas medidas preventivas y un tratamiento correcto conllevan una mejora en la calidad de vida de nuestros escolares.

LA FARMACIA. ¿OTRO ÁMBITO DONDE REALIZAR EDUCACIÓN EN ASMA?

A. Valenzuela^a, A. Martínez-Cañavate^a, A. Rojo^a, M.J. Oya^b, M. Díaz^a, A. Montoro^a y F. Ruiz^a

^aUnidad de Alergia y Neumología Infantil. HU Virgen de las Nieves. Granada. España. ^bCoordinadora del Grupo Farmanova.

Objetivos: Las guías sobre tratamiento del asma se dan más importancia a la educación a la hora de conseguir una mejor calidad de vida del paciente asmático. Hay estudios que evalúan la educación en pacientes, familia y educadores. Este estudio intenta evaluar la

necesidad de iniciar medidas educativas sobre asma en la infancia en los farmacéuticos.

Material y métodos: Desarrollamos 2 cuestionarios: uno sobre conocimientos en tratamiento del asma en la infancia (fármacos y su indicación, formas de administración), su interacción con los padres y su opinión sobre la necesidad de formación sobre este tema. Otro para pacientes para evaluar las dudas con las que los pacientes acuden a las farmacias. Con la colaboración de FARMANOVA se pasaron los cuestionarios a los farmacéuticos de Granada Jaén, Almería, Málaga, Jerez, Tenerife y Gran Canarias.

Resultados: Se recogieron 95 encuestas de farmacéuticos y 116 de pacientes. Los farmacéuticos reconocieron los fármacos utilizados en las crisis un 60%. Identificaban el sistema de inhalación un 74,7% en un paciente de 3 años y un 55,7% en pacientes mayores. Los padres solicitaban información en cuanto a la forma de administración de la medicación (45% la solicitan habitualmente y 45% ocasional) y sobre el fármaco a administrar (22,1% habitualmente y 40% ocasional). Casi el 80% consideraba rentable o aconsejable recibir formación sobre tratamiento del asma. A un 56,3% no le habían explicado (16,3%) o le quedaban dudas (40%) de la actitud ante una crisis.

Conclusiones: La demanda de información por parte de familiares de los pacientes asmáticos en el ámbito de la farmacia hace pensar que las medidas educativas centradas en el personal de las farmacias podrían contribuir en un mejor control de los pacientes, ya que existe una alta proporción de farmacéuticos a los que les interesa recibir formación sobre asma.

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE PERSISTENTE NO CONTROLADA Y DE SUS CUIDADORES EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA ESPAÑOLA

A.M. Plaza, M.C. Vennera, L. Herráez, J. Casafont y J. Galera

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida de los pacientes con asma grave persistente no controlada y la de sus cuidadores, en la población pediátrica española con asma en consultas especializadas.

Materiales y métodos: Estudio observacional, epidemiológico, multicéntrico y transversal en consultas especializadas (neumología y alergia). Los criterios de selección fueron: pacientes de ambos sexos, edad > 6 años y = 14 años, diagnóstico de asma grave persistente (controlada y no controlada [5:2], según criterio clínico), que dispusieran de datos historia clínica y espirometría en los últimos 6 meses. Se determinó la calidad de vida (QoL) en pacientes pediátricos y sus cuidadores con los cuestionarios PAQLQ y PACQLQ, respectivamente, y la concordancia del diagnóstico entre criterio clínico y GEMA.

Resultados: Se incluyeron 207 pacientes, 33,8% con asma grave persistente no controlada y edad media \pm DE de $11,5 \pm 2,1$ vs $10,4 \pm 2,3$ años en pacientes no controlados ($p = 0,0015$). Del total de pacientes, el 61,4% eran de sexo masculino, IMC $19,4 \pm 3,8$ kg/m² y un tiempo de evolución de $5,5 \pm 3,4$ años. Los pacientes con asma no controlada presentaron mayor número de exacerbaciones ($7,4 \pm 5,2$ vs $3,2 \pm 2,8$; $p < 0,0001$), número de visitas a urgencias ($2,4 \pm 3,3$ vs $1,0 \pm 1,3$; $p < 0,0001$), porcentaje FVC < 80% (28,4 vs 18,5%; $p < 0,0270$) y FEV1 < 80% (47,5 vs 28,6%; $p < 0,0069$). La QoL en los pacientes con asma no controlada ($114,2 \pm 30,2$ vs $137,8 \pm 25,6$) y la de sus cuidadores ($64,2 \pm 17,3$ vs $74,7 \pm 17,9$) fue peor en comparación a los pacientes con asma controlada ($p < 0,0001$ en ambos casos). La concordancia entre la estimación del control del asma según investigador vs GEMA fue moderada, observándose que un 34,3% de los pacientes con mal control del asma según la GEMA serían considerados controlados a criterio clínico ($k: 0,4$; IC95%, 0,3-0,6).

Conclusiones: Los pacientes con asma no controlada presentan peor QoL, afectando a la de sus cuidadores. Una tercera parte de los médicos infravalora a los pacientes con asma no controlada.

FRECUENCIA DEL ASMA INDUCIDA POR EL EJERCICIO. PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS

J.M. Garde^a, L. Fuentes^b, A. Bayo^a, N. Marco^c, M.J. Fuentes^d, T. Toral^d, L. Moral^b y T. Díez^e

^aHospital General Universitario de Elche. ^bHospital General Universitario de Alicante. ^cHospital Vega Baja de Orihuela. ^dHospital General de Elda. ^eInstituto de Educación Secundaria Nit de l'Albà. España.

Objetivos: Determinar la frecuencia del asma inducida por ejercicio (AIE) en niños asmáticos y la correlación entre datos clínicos y test de esfuerzo (TSF).

Material y métodos: Se incluyeron 185 niños: 65 asmáticos = 7 años, atendidos en nuestras consultas en octubre de 2010 y 120 niños escolares de primero de ESO. Todos los niños cumplimentaron un cuestionario de tolerancia al ejercicio de elaboración propia. Los niños atendidos en la consulta cumplimentaron el cuestionario CAN y se sometieron a un TSF mediante cinta ergométrica (metodología SEPAR). Los escolares realizaron el TSF en su centro escolar mediante carrera libre y determinación de la variación del flujo espiratorio máximo. Se consideró TSF positivo al descenso del FEV1 = 15% o del flujo espiratorio máximo = 25% sobre el basal.

Resultados: El TSF fue valorable en 61 de los niños atendidos en la consulta y en 113 de los escolares (9 de ellos con diagnóstico médico de asma). Mediante cuestionario el 22% de los niños (21% escolares y 26% asmáticos) refieren intolerancia al ejercicio. El TSF resultó positivo en: el 13% de los niños (9% escolares y 19% asmáticos) (NS). El 15% de los asmáticos con tolerancia y en el 21% que referían intolerancia (NS). El 11% de los asmáticos con tolerancia completa, según criterio médico, en el 20% con tolerancia dudosa y en el 38% con mala tolerancia.

Conclusiones: 1. Resulta difícil fijar los criterios diagnósticos de AIE. 2. Un TSF positivo, por sí mismo, no debe ser considerado diagnóstico AIE. 3. Si diagnosticamos AIE en todo niño asmático con síntomas evidentes (mala tolerancia según criterio médico) (12 niños) y a los que presentan síntomas sugestivos con TSF positivo (3 niños), la frecuencia estimada de AIE, en nuestro medio, ha sido del 23% (15/70).

“ASMA Y ESCUELA”: UN PROYECTO PARA LA FORMACIÓN DE LOS PROFESORES DE EDUCACIÓN FÍSICA

M.J. Granados^a, A. Montoro^a, A. Rojo^b, A. Valenzuela^b, F. Girón^c, J.M. Fernández^d y A. Martínez-Cañavate^b

^aResidentes de Pediatría. ^bUnidad de Alergia-Neumología Pediátrica. HU Virgen de las Nieves. ^cUnidad de Alergia Pediátrica. HU San Cecilio. ^dPediatra de Atención Primaria. Granada. España.

Introducción: Los niños pasan gran parte de su tiempo en el colegio, y es de gran importancia que los profesionales de la educación tengan un mínimo de formación sobre el asma.

Objetivo y métodos: Realizamos cursos de formación dirigidos a los profesores de educación física, para mejorar control de los niños y adolescentes asmáticos en el entorno escolar. Regular y dosificar el esfuerzo llegando a un nivel de autoexigencia acorde con las posibilidades del alumnado afecto de esta enfermedad, utilizando como criterio fundamental de valoración el esfuerzo realizado y no el resultado obtenido. Se llevó a cabo un curso, estructurado en dos bloques. El primero ocupaba la parte médico-sanitaria de la enfermedad, impartida por profesionales sanitarios de la Delegación Provincial de Salud, y el segundo, la parte educativa y de salud escolar de la patología y fue impartido por profesionales sanitarios y docentes de la Delegación Provincial de Educación.

Resultados: La acogida del mismo fue muy positiva, con la participaron 14 profesores de educación física. Al final del mismo, se rea-

lizó una encuesta de satisfacción entre los asistentes, los cuales valoraron el curso de forma muy satisfactoria > 75% y de adquisición de conocimientos: con aprendizaje de reconocimiento de síntomas, uso/técnicas de inhalación de medicación y la realización de adaptaciones curriculares en los pacientes con limitaciones en el ejercicio físico.

EL IMPACTO FAMILIAR DEL ASMA INFANTIL: ¿ES IGUAL PARA TODOS?

E. Tauler, S. Balfagón, A. Castellote, C. Escardó, E. López y M.J. García

ABS y Hospital Sant Joan de Déu. Martorell. Barcelona. España.

Objetivos: Conocer si el impacto del asma infantil es igual en el cuidador principal del niño que en el secundario mediante el cuestionario IFABI-R (Impacto Familiar Asma Bronquial Infantil-R).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Incluimos pacientes asmáticos y sus cuidadores. Se administran los cuestionarios Control Asma Niños (CAN) y el Impacto Familiar del Asma Bronquial Infantil - Revisado (IFABI-R) a los cuidadores. Métodos estadísticos y análisis descriptivo de las variables relacionadas con los niños y sus cuidadores. Se calculan proporciones para variables cualitativas y medias y DE para cuantitativas, e IC al 95%. Se comparan medias para datos apareados de las puntuaciones del IFABI-R entre los cuidadores de cada niño mediante la prueba de Wilcoxon. Análisis mediante SPSS (versión 18).

Resultados: Niños: 52. Edad: 2 y 6 años (media $4,36 \pm 1,44$), 63,5% varones. Gravedad del asma: episódica 71%, persistente 29%. CAN: puntuación media: $9,35 \pm 8,34$, mal control (= 8) 52% de casos. Morbilidad (media): ausencias escolares: 4,38 días, visitas a urgencias: 1,41, días en casa: 5,56. Cuidadores: cuidador 1 (C1): edad: media 36,4, género: 85% hembras, situación laboral 73% activos, tabaquismo: 31%, faltan algún día al trabajo 16%. Cuidador 2 (C2): edad: 37,4, género: 85% varones, situación laboral 87% activos, tabaquismo: 48%, faltan algún día al trabajo 10%. Respuestas IFABI-R: puntuaciones para C1 y C2, respectivamente: total 2,17 y 1,93 ($p = 0,008$), dimensión física: 2,39 y 2,12 ($p = 0,041$), dimensión emocional: 2,28 y 1,90 ($p = 0,001$), dimensión socioeconómica: 1,95 y 1,85 (ns).

Conclusiones: El asma de los niños repercute en la calidad de vida de sus cuidadores. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el cuidador principal, generalmente la madre, con más afectación y el segundo cuidador, generalmente el padre, en la puntuación total y en las dimensiones física y emocional. Estas diferencias no están relacionadas con la situación laboral.

ASMA. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL COLEGIO: IMPORTANCIA DE LA IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.E. Callejas^a, M. Aguilera^a, A. Martínez-Cañavate^b y A. Rojo^b

^aCS La Zubia. DS Metropolitano. ^bUnidad de Alergia-Neumología Pediátrica. HU Virgen de las Nieves. Granada. España.

Objetivo: El asma es la enfermedad crónica más prevalente en la edad pediátrica, estimándose que en torno al 10% de la población infantil la padece. El tratamiento se debe basar en 3 pilares fundamentales: tratamiento farmacológico, medidas de evitación y control de factores de riesgo. Educación: es necesaria la implicación de todos los ámbitos en los que se desenvuelve el niño asmático, el colegio supone una excelente oportunidad en cuanto al proceso educativo, pasando los profesores a ser excelentes colaboradores si conocen la enfermedad y saben cómo actuar ante ella.

Material y métodos: Se realizó una presentación que incluye los siguientes puntos: Conocimiento de la enfermedad como proceso crónico. Prevalencia. Identificación de síntomas y signos de inicio de una crisis de asma. Actuación ante la crisis si ésta se presenta durante horario escolar. Medidas para fomentar una actividad física saludable. Mantenimiento adecuado del entorno físico (decálogo de un colegio saludable). Con la colaboración de todos los pediatras del Distrito Metropolitano se organiza la realización de talleres en cada uno de los colegios (130) pertenecientes a nuestra zona de trabajo a través de un acuerdo entre la Delegación de Salud y la Delegación de Educación.

Resultados: Cobertura: 109 colegios (84%), 1.369 profesores. Encuesta de satisfacción: tanto el contenido temático como la utilidad para su trabajo era buena o muy buena. La calificación que obtuvieron los ponentes fue de 8,9 de media, la satisfacción con el curso de 8,6.

Conclusiones: Es importante la implicación de los pediatras de los EBAP en cuanto a educación, así como la receptividad del profesorado cuando se les presentan temas que son de utilidad en su práctica diaria, llegando a un punto de acuerdo de colaboración entre ambos ámbitos (educativo y sanitario), de gran rentabilidad dada la colaboración de agentes tan importantes como el profesorado.

INFLUENCIA A LARGO PLAZO DE LA INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA A ÁCAROS SOBRE EL CONSUMO DE FÁRMACOS EN EL ASMA ATÓPICO INFANTIL

B. Ruiz Cobos, J.J. Momblan de Cabo, Y. González Jiménez, M. González-Ripoll Garzón, J. Batlles Garrido y A. Bonillo Perales

Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

Introducción y objetivos: El asma bronquial es la enfermedad de mayor morbilidad pediátrica, y una de las que mayor gasto sanitario genera. Su tratamiento continúa siendo controvertido, los corticoides inhalados el tratamiento más extendido, aunque los últimos años la inmunoterapia específica parece eficaz en el control de síntomas y consumo farmacológico. Por ello nos planteamos analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en los síntomas asmáticos y necesidad de medicación en niños asmáticos monosensibilizados a ácaros, según hayan sido tratados o no con inmunoterapia.

Material y métodos: Estudio de seguimiento durante 5 años a 68 niños entre 6-14 años con asma moderado persistente monosensibilizados a ácaros, asignados aleatoriamente a 2 grupos (Grupo I: 34 pacientes: tratamiento escalonado con budesonida inhalada, grupo II: 34 pacientes además con inmunoterapia específica a ácaros Retard-Leti subcutánea). Las variables recogidas son: número de crisis asma, pérdidas escolares, asistencia a urgencias-hospitalizaciones y consumo de fármacos inhalados. Comparamos si existieron diferencias estadísticamente significativas (χ^2 y "t" student) en consumo de fármacos y clínicamente relevantes entre ambos grupos.

Resultados: La dosis media de budesonida y porcentaje de niños que la necesitan disminuye de forma estadísticamente significativa tanto en el grupo II ($p < 0,001$) como en el grupo I ($p < 0,001$) aunque $p = NS$ al comparar ambos grupos. Descenso más llamativo 4.º-5.º años en el grupo II. Al 5.º año, sólo el 16% de los niños del grupo II precisan corticoides inhalados (45% en grupo I), necesitan menor dosis media de budesonida ($109 \pm 252 \mu\text{g}$ vs $237,5 \pm 324 \mu\text{g}$; $p = 0,06$) y durante menos días ($p = 0,02$). El grupo II precisó menos días de rescate con salbutamol ($p = NS$).

Conclusiones: La dosis media de budesonida inhalada disminuye significativamente en ambos grupos, destacando un descenso del 50% a los 12 meses. En los pacientes tratados con inmunoterapia se producen descensos más importantes y con frecuencia significativos de dosis media, número de días y porcentaje de pacientes que necesitan medicación.

INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA EN NIÑOS CON ASMA ATÓPICO MONOSENSIBILIZADOS A ÁCAROS. ANÁLISIS DE COSTE Y EFECTIVIDAD

B. Ruiz Cobos, T. Rubí Ruiz, M. González-Ripoll Garzón, J.J. Momblan de Cabo, Y. González Jiménez, J. Batlles Garrido y A. Bonillo Perales

Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

Justificación y objetivos: El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, generando gran demanda asistencial, tanto en Urgencias como en Asistencia Primaria y Especializada. Analizamos el gasto hospitalario y la efectividad clínica de la inmunoterapia específica a ácaros.

Material y métodos: Cohorte de 69 niños entre 5-14 años con asma persistente-moderado monosensibilizados a ácaros. Aleatoriamente asignados en 2 grupos: Grupo I (35 niños, tratamiento escalonado con budesonida inhalada) y grupo II (34 niños, budesonida inhalada, inmunoterapia específica a ácaros Retard-Leti). Fueron excluidos 8 niños: 3 por negativa de los padres a continuar el estudio y 5 por no rellenar fiablemente la hoja de recogida de síntomas. Durante 5 años se evaluaron anualmente las variables: número de crisis, pérdidas escolares, visitas a urgencias-hospitalizaciones, sibilancias nocturnas, diurnas y tras ejercicio, consumo de budesonida, salmeterol, salbutamol, corticoides orales e inmunoterapia. Comparamos si existieron diferencias estadísticamente significativas (χ^2 y "t" student) y clínicamente relevantes entre ambos grupos de estudio.

Resultados: Globalmente, el gasto hospitalario de cada niño del grupo II fue 1.564 euros (312,8 euros/año) y 954 euros (190,8 euros/año) en niños del grupo I (t: 1,43, NS), siendo el coste de la inmunoterapia 813 euros. Aunque no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p > 0,2$, NS), a partir del 2.º-3.º año los niños del grupo II precisaron menor frecuencia corticoides inhalados (25 vs 48%) y salbutamol (15 vs 25%), menor dosis de corticoides inhalados (270 vs 360 $\mu\text{g}/\text{día}$ de budesonida), presentaron menos crisis asmáticas (9 vs 15%) y sibilancias (7 vs 15%), menos hospitalizaciones (0 vs 21%) y visitas a servicios de urgencias que los del grupo I.

Conclusiones: Los niños tratados con inmunoterapia precisan menos consumo de fármacos antiasmáticos y utilizan menos los servicios sanitarios (servicios de urgencias y hospitalizaciones). Consideramos la inmunoterapia específica coste/efectiva en el tratamiento de niños asmáticos monosensibilizados a ácaros.

SEGURIDAD DE PAUTA CLÚSTER DE INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

A. Peñas, M. Bosque, M. García González, J. Costa, O. Asensio, L. Valdesoiro, H. Larramona y R. Grau

Unidad de Alergia y Neumología Pediátrica. Corporació Parc Taulí de Sabadell. España.

Objetivo: Evaluación retrospectiva sobre la seguridad de pauta agrupada de inmunoterapia subcutánea en población pediátrica.

Material y métodos: Evaluación de 200 pacientes pediátricos sensibilizados a ácaros del polvo y tratados con PURETHAL® (HAL Allergy BV, Holanda). Los extractos contienen 20.000 AUeq/ml de ácaros modificados y absorbidos en hidróxido de aluminio. La dosis de mantenimiento de 0,5 ml se alcanzaba en el primer día, dividiéndose en 2 dosis (0,2 y 0,3 ml) y separadas entre ellas por un intervalo de 30 min, con un periodo de observación de una hora tras la última dosis.

Resultados: El tratamiento fue indicado por sufrir de asma (34,5%), rinitis (24%) o bien la coexistencia de ambas (41%). Entre los pacientes incluidos fueron frecuentes tanto los antecedentes de atopía en familiares de primer grado (80,5%) como aquellos personales, ya cursaran en forma de dermatitis atópica (36,5%) o bien en forma de

alergia alimentaria (11,5%). Los valores medios de la IgE total estaban elevados (535 UI/ml). La edad media de inicio fue de 9,3 años y el 10,5% de los pacientes incluidos fueron menores de 5 años. Los efectos adversos se clasificaron en reacciones sistémicas (4% cursaron como prurito-urticaria, el 2% como rinitis y el 3% como sibilancias) y en reacciones locales (inmediatas < 5 mm en 15%, inmediatas = 5 mm en 5%, tardías < 5 mm en 4%, tardías = 5 mm en 2,5%).

Conclusiones: Estudios controlados han demostrado que la inmunoterapia con extractos purificados de ácaros del polvo es efectiva para el tratamiento del asma y de la rinitis. Se han obtenido grandes mejoras en la purificación, caracterización y estandarización de los alérgenos. Esto permite realizar pautas agrupadas que comportan un descenso significativo en el número de visitas durante la fase de inicio con una buena tolerabilidad y un aceptable balance riesgo-beneficio.

DURACIÓN ÓPTIMA DE LA INMUNOTERAPIA CON D. PTERONYSSINUS EN NIÑOS CON ALERGIA RESPIRATORIA

E. Arroabarren^a, A.I. Tabar^a, S. Echechipia^a, B.E. García^a, K. Cambra^b y M.J. Álvarez^a

^aServicio de Alergia. Complejo Hospitalario de Navarra. ^bUnidad de Metodología. Fundación Miguel Servet. Pamplona. España.

Introducción: La suspensión del tratamiento con inmunoterapia específica (ITE) en alergia respiratoria se basa hoy en día en decisiones individuales. Nuestro objetivo fue evaluar la existencia de diferencias en la eficacia de la ITE en niños con alergia respiratoria a ácaros atribuibles a la duración.

Material y métodos: Ensayo clínico con asignación aleatoria de la duración de la ITE (Pangramin Depot, ALK-Abelló), incluyendo 71 niños (rinitis: 7, asma: 17, rinitis y asma: 47) (edad mediana: 5 años), 40 tratados con ITE durante 5 años (grupo IT5) y 31 (IT3) durante 3 años. La eficacia clínica se valoró mediante escalas combinadas de síntomas y medicación para rinitis y asma, y escala visual analógica (EVA), antes del inicio de ITE (T0), al 3er año de ITE (T3) y al 5.º año (T5).

Resultados: Tras 3 años de inmunoterapia, se constataron reducciones en los score globales de rinitis del 44% en el grupo IT3 ($p = 0,002$) y del 50% en el grupo IT5 ($p < 0,001$). En la valoración del asma, ambos grupos presentaron reducciones del 100% en las puntuaciones de síntomas (IT3: $p = 0,001$, IT5: $p = 0,001$), medicación (IT3: $p = 0,001$, IT5: $p = 0,001$) y puntuaciones globales (IT3: $p = 0,001$, IT5: $p = 0,002$). Además, se detectaron diferencias en las puntuaciones de EVA (IT3: reducción del 70%, $p = 0,001$, IT5: reducción del 62,5%, $p = 0,001$). Al 5.º año, el grupo IT5 presentó una reducción adicional del 40% en el score global de rinitis ($p = 0,012$), sin detectarse modificaciones en el resto de variables en ambos grupos. No se observaron diferencias en la severidad de rinitis ($p = 0,055$), gravedad del asma ($p = 0,948$), ni en la puntuación de EVA ($p = 0,519$) en la comparación inter-grupo.

Conclusión: Tres años de ITE con ácaros inducen una mejoría clínica significativa en niños con rinitis y asma. Dos años más de ITE producen una mejoría adicional en los síntomas nasales.

INMUNOTERAPIA EN NIÑOS CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB

M. García González, M. Bosque, A. Peñas, O. Asensio, L. Valdesoiro, H. Larramona, R. Grau y J. Costa

Hospital de Sabadell. España.

Objetivos: Describir la epidemiología, evolución clínica y tolerabilidad de inmunoterapia específica (ITE) subcutánea de pacientes con asma alérgico grave en tratamiento con omalizumab.

Metodos: Niños controlados en la Unidad de Alergia Pediátrica del Hospital de Sabadell. Periodo 2006-2010. Diagnosticados de asma alérgico grave, tratados con omalizumab, que inician ITE.

Resultados: 11 pacientes (2 niñas, 9 niños) iniciaron ITE tras alcanzar control del asma con omalizumab. La mediana de edad fue de 14 años (rango: 7-18 años). Todos presentaban sensibilización a aeroalérgenos (7 a ácaros, 4 a alternaria), y 3 además a alimentos. Habían iniciado omalizumab con mediana de edad de 12 años (rango: 6-14 años), con mediana de intervalo hasta inicio ITE de 32 meses (rango: 2-46 meses). Siete habían iniciado previamente ITE, siendo abandonada por imposibilidad de administración continuada debida a mal control clínico. En 4 de los pacientes se ha espaciado tratamiento con omalizumab cada 2 meses. Todos los pacientes iniciaron ITE en pauta clúster, sin incidencias, y tras un periodo de control de 7 meses de mediana (rango: 4-40) no se han producido reacciones adversas ni abandonos. Una vez iniciada la ITE los pacientes han mantenido buen control clínico, sin aumento en el número de exacerbaciones y con parámetros de control dentro de la normalidad: media FEV1 87,3% (desviación estándar: 13%), media de FENO 17,3 ppb (desviación estándar: 6 ppb), mediana eosinófilos en esputo de 2% (rango: 0-6,2%).

Conclusiones: Los pacientes con asma alérgico grave, debido a las frecuentes exacerbaciones y necesidad de tratamiento corticoideo sistémico, presentan una gran dificultad para realizar tratamiento con inmunoterapia específica (ITE). El tratamiento con omalizumab permite iniciar ITE en niños con asma alérgico grave, sin reacciones adversas. La ITE puede instaurarse, tras conseguir el control clínico, con el propósito de obtener una respuesta inmunológica que permita suspender el tratamiento con omalizumab.

VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LA VACUNACIÓN CON ALERGOIDE EN POBLACIÓN INFANTIL MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE POSIBLES CAMBIOS EN LA HIPERRESPUESTA BRONQUIAL Y EN MARCADORES INFLAMATORIOS EN EL AIRE EXHALADO

J. Lozano, M. Piquer, M.J. Cruz, M.T. Giner, O. Domínguez, M. Álvaro y A.M. Plaza

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

Introducción: Existen escasos datos que evalúen el efecto de la inmunoterapia (IT) específica con alérgenos en la hiperrespuesta bronquial y en los marcadores inflamatorios del aire exhalado. El objetivo del presente estudio ha sido valorar la eficacia de la administración de IT con alergoide, en niños con asma alérgica, mediante la monitorización de posibles cambios en la hiperrespuesta bronquial y en diferentes marcadores inflamatorios en el aire exhalado.

Material y métodos: Población de estudio: 41 pacientes (18 mujeres), edad 6-14 años, con asma alérgica, sensibilizados a ácaros. Veintiún individuos fueron tratados con IT subcutánea (PURETHAL®, Hal Allergy) durante 4 meses y en 20 pacientes únicamente se ad-

ministró medicación para tratar los síntomas. Antes de tratamiento y a los 4 meses postratamiento, se realizó una prueba de metacolina, se determinaron los niveles de óxido nítrico (NO) exhalado y el pH del condensado de aire exhalado (CAE).

Resultados: En el grupo de pacientes que no recibió IT, la mediana (rango) de los niveles de NO exhalado incrementó de 48,8 ppb (14,7-133,6) en el momento basal a 61,8 ppb (9,3-134,3) a los 4 meses. Estos niveles fueron significativamente mayores tras 4 meses comparado con el grupo que recibió IT; $p = 0,033$. En el grupo de pacientes tratados con IT existe una tendencia a descender los valores de pH del CAE a los 4 meses postratamiento; $p = 0,093$. No se observaron cambios significativos en los valores de metacolina en los grupos estudiados.

Conclusiones: En los pacientes asmáticos no tratados con IT persiste la inflamación, observándose un incremento de NO. Esta persistencia de la inflamación no se observa en los pacientes tratados con IT. La medida del pH de CAE no parece útil para monitorizar la eficacia de la IT específica con alérgenos tras 4 meses de tratamiento.

VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL EN PACIENTES CON RINITIS ALÉRGICA ESTACIONAL

J.L. Corzo, G. Bernaola, J. Domínguez, C. Lucas, I. Ojeda y J. Torres, en nombre del Grupo ARIAL

Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Málaga. España.

Objetivos: Conocer la adherencia de los pacientes con rinitis alérgica estacional en tratamiento con inmunoterapia sublingual (SLIT).

Material y métodos: Se incluyeron 241 pacientes por 29 grupos clínicos de toda España, padeciendo el 42,2% rinitis alérgica estacional, de los cuales el 36,7% eran < 14 años. Cada paciente acudía 3 veces a revisión (basal, 6 y 12 meses), valorándose la adherencia mediante un cuestionario para el médico y otro para el paciente.

Resultados: El 61,1% de los pacientes < 14 años presentaba rinitis persistente frente al 85,2% de los > 14 años, siendo moderada-severa en el 43% de los casos de los < 14 frente al 69,6% en los > 14 años ($p = 0,0158$). El 70% de los pacientes consideraba que la rinitis afectaba su calidad de vida, de los que el 37,8% de los pacientes > 14 años no aceptan las limitaciones en las actividades diarias que su rinitis le produce cuando está con síntomas, frente al 18,5% de los pacientes > 14 años ($p = 0,0399$). El 43% de los pacientes < 14 años declara que su rinitis le impide llevar a cabo sus actividades escolares/laborales. A los 6 meses de tratamiento, el 85,3% de los pacientes < 14 años continuaba tomando el tratamiento frente al 76,8% de los > 14 años ($p = 0,3279$). De estos, a los 12 meses continuaban el 81,8 y el 57,8%, respectivamente ($p = 0,0246$).

Conclusiones: La rinitis alérgica estacional produce un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes. La adherencia al tratamiento con SLIT es superior en los pacientes < 14 años.



Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



COMUNICACIONES ORALES

XXXV Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica

Granada, 5-7 de mayo de 2011

Comunicaciones Orales IV (Sábado, 7 de mayo, 09:00-10:30 h)

Moderadores: C. Santana y J.L. Corzo

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE DESARROLLO DE NUEVAS SENSIBILIZACIONES O ENFERMEDADES ALÉRGICAS EN PACIENTES SENSIBILIZADOS A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA Y/O HUEVO

R. Moreno Sánchez, E.M. Macías Iglesias, I. Dávila González, M. Isidoro García y F. Lorente Toledano

Hospital del Tajo. Madrid. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Objetivo: Describir las variables epidemiológicas y ambientales que pueden ejercer más influencia en el desarrollo de nuevas sensibilizaciones o enfermedades atópicas en pacientes sensibilizados a las proteínas de la leche de vaca (PLV) y/o del huevo (PH).

Material y métodos: Se recogieron de forma consecutiva, no seleccionada, 205 pacientes con pruebas cutáneas e IgE específica positivas a PLV, PH o ambas que acudieron a consulta de Inmunología Infantil. Se obtuvieron 317 variables para cada paciente (64.985 datos). Los datos se analizaron mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados: La edad media fue de $6,61 \pm 4,01$ años, predominando varones (67,3%). El tiempo medio de seguimiento fue de $4,86 \pm 2,97$ años. Nacieron por cesárea el 28%, los cuales duplicaban las pruebas cutáneas (PC) positivas a la leche en comparación a los nacidos por vía vaginal ($p = 0,038$). Recibieron el "biberón pirata" el 28%, presentando éstos PC positivas frente a la leche con una frecuencia superior ($p = 0,024$). Tanto los hijos nacidos de madres que fumaron durante el embarazo (16%) como los que crecieron en ambiente tabáquico (54%) desarrollaron mayor porcentaje de asma alérgica durante la evolución ($p = 0,005$ y $p = 0,031$, respectivamente). Vivían en domicilio con humedad el 15%, los cuales desarrollaron mayor porcentaje de sensibilización a ácaros del polvo ($p = 0,019$) y a esporas de hongos ($p = 0,017$). Presentaban antecedente de bronquiolitis el 52,9%, desarrollando mayor porcentaje de sensibilización a aeroalérgenos ($p = 0,045$), rinoconjuntivitis ($p = 0,017$) y asma ($p < 0,001$). Acudieron a guardería el 57,7%, los

cuales desarrollaron mayor porcentaje de sensibilización a ácaros ($p = 0,003$).

Conclusiones: La exposición en etapas precoces de la vida a varios factores ambientales (tabaquismo materno y ambiente tabáquico familiar, bronquiolitis o sibilancias asociadas a infecciones respiratorias, vivienda con humedad o asistencia a guarderías) se asocia a mayor probabilidad de desarrollar diversas enfermedades atópicas o sensibilizaciones.

EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON SENSIBILIZACIÓN A HUEVO Y BUENA TOLERANCIA A HUEVO COCINADO TRAS SU INTRODUCCIÓN

M. Bermúdez, X. Rodríguez, D. Ángel, P. Berges y S. Terrados

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: Tradicionalmente, la introducción de huevo en la dieta de los pacientes alérgicos no se realiza hasta que el paciente tolera huevo en todas sus formas. Sin embargo, estudios recientes sugieren que la ingesta regular de huevo cocinado (HC) en los pacientes alérgicos pero tolerantes a éste podría alterar la historia natural de la enfermedad, favoreciendo su resolución.

Métodos: Realizamos estudio prospectivo en el cual se incluyen 30 pacientes con alergia a proteínas de huevo que presentaron PO negativa a HC y positiva con clara cruda (CC) y se les introdujo el huevo cocinado en la dieta habitual. La media de edad fue de 4 años, con un intervalo comprendido entre 2 y 15 años. A los 12 meses de haber tomado frecuentemente HC, se determinaron IgE específica (CAP) y test cutáneo a clara de huevo, yema, ovoalbúmina y ovomucoide. Posteriormente se realizó provocación oral con (CC).

Resultados: 8 pacientes negativizaron las pruebas cutáneas y otros 2 negativizaron 1 o 2 fracciones. Los 11 pacientes que tenían CAPs $> 0,35$ en el momento de la inclusión, al año de introducir huevo cocinado el valor del CAP disminuyó significativamente. Del total de pacientes la provocación oral con CC fue negativa en 15 de ellos (El 50% superó su alergia).

Conclusiones: La introducción de HC en los pacientes alérgicos pero tolerantes parece ser beneficiosa ya que todos nuestros pacientes presentan una disminución de los parámetros inmunológicos

y la mitad de ellos toleraron huevo crudo al año de seguimiento. Se necesitan estudios comparativos entre los pacientes tolerantes que continúan evitando huevo y los que lo incluyen en la dieta.

FACTORES ASOCIADOS A LA PERSISTENCIA DE ALERGIA A HUEVO IGE MEDIADA

F.J. Ruano, M.I. Garcimartín, N. Blanca, M. Vázquez de la Torre, E. Seoane y G. Canto

Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

Objetivos: Conocer en los niños con alergia a proteínas de huevo (APH) IgE mediada, los factores que se asocian a persistencia de esta alergia alimentaria.

Material y métodos: En un periodo de 24 meses, se analizó de manera prospectiva a los niños remitidos por sospecha de APH. El diagnóstico se realizó tras obtener un resultado positivo en las pruebas intraepidérmicas, en la determinación de IgE específica a proteínas de huevo o tras la administración controlada. La tolerancia se comprobó mediante administración oral abierta y continuación en domicilio. En la historia clínica se recogieron: datos demográficos, antecedentes personales y familiares de atopia, edad de inicio de la reacción, número de episodios, cantidad tomada, intervalo hasta aparición de los síntomas, presentación clínica, alergia a otros alimentos y la adquisición de tolerancia.

Resultados: Se estudió a 112 niños, 102 (92%) fueron diagnosticados de APH: 51% varones, 43% con dermatitis atópica, 47% con antecedentes familiares de atopia, 42% con alergia a otros alimentos. La edad media de inicio de los síntomas fue de 12 meses y el 45,1% fueron estudiados en menos de 1 mes de la reacción. La clínica fue inmediata en un 78% (63% cutánea, 19% evitación, 16% gastrointestinal), 24% presentaron más de un episodio y 15,7% al introducir la yema. A los 6 meses se reevaluó a 72 niños, persistiendo un diagnóstico positivo en 40 (68%). La presencia de antecedentes personales de dermatitis atópica ha resultado ser un factor independiente para la persistencia de APH. En el seguimiento se descartó APH en 6 pacientes: 21, 8 y 0% a los 12, 18 y 24 meses, respectivamente. Se analizaron las diferentes variables recogidas en la historia clínica sin encontrarse diferencias significativas.

Conclusiones: En los primeros meses de seguimiento los antecedentes personales de atopia parecen ser un factor asociado a la persistencia de APH. Consideramos que para confirmar estos datos se necesita ampliar la muestra.

ESTUDIO DE TOLERANCIA A PROTEÍNAS DE HUEVO EN LACTANTES SENSIBILIZADOS AL MISMO SIN INGESTA PREVIA. RESULTADOS INICIALES

M.B. García, M. Álvaro, M.T. Giner, E. Chapman, M.A. Martín Mateos y A.M. Plaza

Sección de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Esplugues. Barcelona. España.

Objetivos: 1. Evaluar la tolerancia al huevo en niños sensibilizados al mismo sin ingesta previa. 2. Relacionar pruebas de exposición controlada (PEC) con pruebas cutáneas (PC) e IgE específicas (IgEs) a proteínas de huevo.

Material y métodos: 46 pacientes con dermatitis atópica y/o alergia a proteína de leche de vaca, edad media 6,7 meses (2-16), sensibilizados a huevo (prick y/o IgEs positiva), sin ingesta previa. Se realizaron PC e IgEs a huevo y fracciones en primera visita y 3 meses previos a PEC. Entre 12 y 18 meses de edad se realizó PEC a yema y clara cocidas y huevo crudo.

Resultados: 15 pacientes toleraron huevo cocido y crudo (32,6%). 31 presentaron reacción (67,4%): 15 con cocido (32,7%) y 16 con crudo (34,7%). En total, 31 pacientes toleraron cocido (67,4%).

Alérgicos a huevo: entre la primera visita y la valoración previa a PEC aumentaron las PC a ovoalbúmina y ovomucoide ($p < 0,001$) y la mediana de IgE a ovomucoide de 0 a 0,57 KU/L ($p = 0,047$). En el resto de datos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Cuatro pacientes (12,9%) tuvieron IgEs negativas antes de PEC. Los alérgicos a huevo cocido tenían PC mayores, principalmente a ovomucoide (mediana 9 mm) antes de PEC que los alérgicos a huevo crudo (mediana de 3,5 mm) ($p = 0,0038$). Tolerantes a huevo: 12 pacientes negativizaron PC (80%). En los 3 restantes (20%) los niveles se mantuvieron o disminuyeron. Catorce pacientes (93%) tenían IgEs negativas antes de PEC. Los alérgicos a huevo tenían PC e IgEs mayores antes de PEC que los tolerantes a huevo ($p < 0,001$).

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes sensibilizados toleraron huevo cocido. Se debe realizar PEC intrahospitalaria tempranamente para evitar dietas de eliminación innecesarias. Los cambios en PC ayudan a predecir tolerancia o alergia a huevo.

INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL ESPECÍFICA (ITOE) A CLARA DE HUEVO CRUDA. EVALUACIÓN DE SEGURIDAD Y EFICACIA. EVOLUCIÓN DE PARÁMETROS INMUNOLÓGICOS A LOS 9 MESES DE TRATAMIENTO

M. Vázquez, M. Piquer, O. Domínguez, R. Jiménez, M.A. Martín y A.M. Plaza

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

Objetivos: Evaluar seguridad y eficacia de pauta de SEICAP de ITOE a clara de huevo cruda y analizar factores asociados a ambas. Evaluar evolución de IgE específicas (a yema, clara, ovoalbúmina y ovomucoide) pre-ITOE y 9 meses post-ITOE.

Métodos: Estudio prospectivo cuasiexperimental controlado abierto. Material: 59 niños > 5 años con alergia a huevo IgE mediada, confirmada por prueba de exposición controlada (PEC). Métodos: recogida de datos clínico-analíticos. Análisis descriptivo y comparativo de grupos.

Resultados: 59 niños candidatos a ITOE. 21 rechazan iniciar el tratamiento (11 por tolerar cocido, 10 por miedo a reacciones). 38 niños aceptan ITOE (grupo I). En fase de ascenso de ITOE, 26 niños no presentan reacciones significativas (grupo IA, 68%), 12 niños han sufrido reacciones moderadas (grupo IB, 31%), abandonando el tratamiento 5 de ellos pese a seguimiento estricto e individualizado. De los 38 niños, 21 han completado la pauta hasta tolerar 1 huevo crudo -16 de ellos en 16 semanas, 5 niños en 30 semanas de media por presentar reacciones-. Análisis comparativo ($p < 0,01$): 1. En los niños que han completado ITOE, las IgE específicas 9 meses post-ITOE han disminuido. 2. Los niños que reaccionan durante ITOE (grupo IB) respecto a los que toleran bien el tratamiento (grupo IA) tienen IgE específicas pre-ITOE mayores, presentaron anafilaxia moderada en PEC en mayor proporción y su dosis umbral en PEC fue menor. 3. Los niños que rechazan ITOE por miedo a reacciones tienen IgE específicas mayores y asma en mayor proporción que los que aceptan ITOE.

Conclusiones: Un 68% de niños sometidos a ITOE adquiere tolerancia de 1 huevo crudo con buen perfil de seguridad. Un 31% de niños tiene reacciones significativas. Se asocian a peor tolerancia al tratamiento IgE específicas elevadas, mayor gravedad de reacción en PEC y menor dosis umbral.

BUENA TOLERANCIA A HUEVO HORNEADO EN LA ALERGIA A HUEVO IGE MEDIADA

N. Arana, L. Herrero, A. Bilbao, J.M. García, L. Dopazo y M.A. Guiu

Hospital de Cruces. Barakaldo. España.

Objetivo: Recientes estudios objetivan una mayor tolerancia en niños alérgicos al huevo cuando es horneado junto con harinas que

disminuyen la solubilidad del ovomucoide (OM) y su administración continuada contribuye a la tolerancia posterior del huevo en otras preparaciones. Nuestro objetivo es comprobar la tolerancia al huevo horneado en niños con alergia a huevo IgE mediada, lo que permite una liberalización amplia de la dieta.

Pacientes y métodos: Niños mayores de 2 años, alergia a huevo IgE mediada: provocación oral positiva en los 6 meses previos, o IgE específica (CAP) a clara > 2 Ku/l y/u OM > 1,2 KU y/o pruebas cutáneas frente a clara y/u ovomucoide superiores a 6 mm. Se solicita consentimiento informado y se entrega receta de bizcocho especificando ingredientes y tiempo de cocción. Se administran dosis crecientes de huevo horneado (bizcocho) hasta ½ huevo diario, permitiendo posteriormente dieta libre de alimentos que contengan huevo sometido a cocción.

Resultados: Se estudian 118 niños, edad 2 a 15 años, 30 con provocación oral positiva previa y 88 que cumplían criterios según estudio alergológico. De los 118 pacientes, 5 abandonan el protocolo, 8 no lo han completado, 9 se retiran tras presentar síntomas y 96 pacientes toleran huevo horneado (4 presentan clínica con buena tolerancia posterior). Durante el proceso 13 pacientes presentan reacción: 11 vómitos y/o abdominalgia que en un caso eritema asociado y un episodio de rinoconjuntivitis. Sólo un paciente con provocación previa positiva presenta síntomas con el bizcocho. Los 96 pacientes tolerantes han introducido en su dieta alimentos con huevo en su composición sin incidencias.

Conclusiones: La tolerancia a huevo horneado en pacientes con alergia IgE mediada es muy elevada. Esto permite ampliar la dieta, lo que conlleva una gran mejoría en la calidad de vida.

HISTORIA NATURAL DE LA ALERGIA AL HUEVO

N. Marco^a, T. Toral^b, M.J. Fuentes^b, L. Moral^c y J. Garde^d

^aHospital Vega Baja de Orihuela. ^bHospital General de Elda.

^cHospital General Universitario de Alicante. ^dHospital General Universitario de Elche. Alicante. España.

Objetivos: Conocer la evolución de los pacientes diagnosticados de alergia al huevo en nuestras consultas y correlacionar la aparición de la tolerancia con la edad y los resultados de las pruebas alergológicas practicadas.

Material y métodos: Se revisó el historial médico de los pacientes menores de 15 años atendidos por primera vez entre los años 2001 y 2009, diagnosticados de alergia al huevo (mediada o no por IgE) por la presencia de signos o síntomas atribuidos a su ingestión (por historia clínica o provocación). Se excluyeron los pacientes sensibilizados que nunca habían tomado huevo o que lo toleraban sin problemas.

Resultados: Se obtuvo información de 237 pacientes, 129 varones (54%). La edad media al inicio de los síntomas era de 9 meses y la de la primera visita de 21. En 27 pacientes (11%) la sensibilización al huevo se detectó antes del inicio de los síntomas. La clínica fue: urticaria (77%), alteraciones gastrointestinales (33%), anafilaxia (9%), dermatitis atópica (3%) y otros síntomas (3%). Padeían otras enfermedades atópicas 159 niños (67%): dermatitis atópica (39%), asma (25%), rinitis (27%), alergia a leche de vaca (13%) y alergia a otros alimentos (31%). Se alcanzó la tolerancia al huevo en 128 pacientes (54%) con una edad media de 7,7 años, la mitad de los niños toleraron el huevo a los 5 años. La respuesta al prick y la IgE específica a clara de huevo al diagnóstico eran significativamente menores en los que toleraron (mediana de 4 mm y 1,02 kU/l) que en los que no (6 mm y 5,34 kU/l). La tolerancia al huevo se relacionó con la ausencia dermatitis atópica o de rinitis.

Conclusiones: Se muestran las características de nuestros pacientes alérgicos al huevo en una época previa a la consideración de la inducción de la tolerancia oral como opción terapéutica.

PROTOCOLO PATRIARCA DE INDUCCIÓN DE TOLERANCIA EN ALÉRGICOS AL HUEVO: RESULTADOS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD, CAMBIOS EN LAS PRUEBAS CUTÁNEAS Y NIVELES DE IGE ESPECÍFICAS

P. Gamboa, C. González, I. Uriagereka, I. Anguiano, N. Ortiz y K. Vrotsou

Unidad de Alergia Infantil. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Objetivo: Analizar el porcentaje de éxitos y los cambios ocurridos en las pruebas cutáneas y niveles de IgE sérica específicas en el curso de inducción de tolerancia en alérgicos a proteínas de huevo mediante protocolo de inducción a tolerancia validado Protocolo Patriarca.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 23 pacientes alérgicos al huevo en los que se inicia protocolo de inducción de tolerancia según protocolo validado (Protocolo Patriarca). Se realizaron Prick test e IgE específicas, previamente y a la finalización de la pauta de inducción.

Resultados: De los 23 pacientes, 3 se encuentran todavía en fase de inducción de tolerancia. De los 20 que han finalizado el protocolo, 17 alcanzaron tolerancia completa, 2 tolerancia parcial y en 1 paciente (IgE clara > 30 KU/l) fracasó el protocolo (angioedema palpebral y dolor abdominal). La duración media del protocolo fue de 24,6 semanas. Se objetivó un descenso significativo en los valores de las pruebas cutáneas e IgE específicas en todos ellos, fundamentalmente en la clara de huevo y ovomucoide. En 15 casos (65,2%) se apreciaron reacciones leves cutáneas que cedieron con antihistamínicos orales. En 2 casos de los que toleraron (11,8%) se produjeron varias reacciones severas (anafilaxia moderada) que precisaron administración de adrenalina IM. Presentaban historia clínica de asma 12 casos, no encontrándose en éstos diferencias en la duración del protocolo ni en los efectos secundarios.

Conclusiones: Consideramos este protocolo efectivo y razonablemente seguro, evidenciándose la tolerancia completa en el 80,5% de las inducciones, alcanzándose el 95% de los pacientes si incluimos tolerancia parcial. Los pacientes con IgE > 30 kU/l de clara de huevo pueden ser una limitación para el éxito de la tolerancia. En todos se constató una disminución significativa de los resultados de las pruebas alérgicas tanto in vivo como in vitro.

ALERGIA AL PIMENTÓN EN PEDIATRÍA. NO TODAS SON IGUALES

M. Martí, L. Soto, C. Blasco, B. Vila y A.M. Marín

Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: Revisión bibliográfica de alergia al pimentón a raíz de 3 casos estudiados en nuestra consulta.

Casos clínicos: Caso 1: Anafilaxia tras ingesta de chorizo y salchichón. Tests cutáneos (TC) inhalantes: negativos. TC condimentos y especias: positivos a pimentón, curry y tomillo. Resto de solanáceas: negativo. Prick by prick (PbP) a carne de cerdo negativo. IgE total 117 U/ml, IgE pimiento rojo dulce 6.92 KU/l. Caso 2: Urticaria inmediata con embutidos. TC inhalantes negativo. TC condimentos y especias: positivos a pimentón. TC otras solanáceas: negativos. PbP a carne de cerdo: negativo. IgE total 149 U/ml, IgE pimiento rojo dulce 1,19 KU/l. Caso 3: Ex prematuro con hidrocefalia y válvula de derivación ventrículo-peritoneal. Alérgico al látex. Anafilaxia a plátano, castaña y tomate. Sensibilizado a artemisia, DPT y parietaria. TC condimentos: positivo mostaza y pimentón. Buena tolerancia a pimentón.

Conclusiones: El pimentón es un condimento obtenido al moler diferentes tipos de pimientos (familia solanaceae, genero capsicum). Sólo un 2% de los alérgicos a alimentos lo son a especias (casos 1 y 2: sensibilización primaria) pero las reacciones cruzadas son comunes, forman parte del síndrome apio-zanahoria-abadul-artemisa-especies o del látex-frutas (caso 3). Estamos pendientes de

realización de inmunoblotting en nuestros pacientes. Existe reactividad cruzada entre las profilinas del polen de abedul (Bet v2) y entre las profilinas (Hev b8) y las glucanasas (Hev b2) del látex con homólogas del pimiento. Una proteína de 23 Kda del pimiento es idéntica a la porción N-terminal de la proteína P23 del tomate. Una proteína de 28 Kda del pimiento es similar a una proteína germinadora del trigo. A través de un proyecto internacional se ha secuenciado recientemente el genoma del tomate, que será de gran utilidad para continuar el estudio de las solanáceas.

ALERGIA A ROSÁCEAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

M. Martí, A. Izquierdo, C. Blasco, B. Vila y A.M. Marín

Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Objetivo: Estudio descriptivo de pacientes con alergia a rosáceas controlados en nuestra consulta de alergia pediátrica.

Material y métodos: Se incluyeron 52 pacientes alérgicos a rosáceas visitados entre 2009 y 2010. Se realizaron pruebas cutáneas a alimentos, inhalantes, LTP, profilinas y analítica con IgE específicas.

Resultados: 52 pacientes, 77% hombres y 23% mujeres. Media de edad: 11,8 años (rango 3-19). Antecedentes familiares de atopia positivos en el 53,5%. Se objetivó predominio de melocotón (40%), manzana (22,5%), fresa, ciruela y cereza (9,8%), albaricoque (4,9%) y pera (2,94%). IgE media total: 513,5 U/ml. Melocotón 8,42, manzana 6,33, fresa 7,46, ciruela 5,65, cereza 4,42, albaricoque 5,57, pera 1,42 KU/l. La LTP fue positiva en un 86,5% y la profilina en un 11,11%. El 42,3% de los pacientes presentaron anafilaxia, siendo el 90,9% de ellos LTP positivos. La sensibilización a inhalantes fue del 78,8%, siendo pólenes el 71,15% (olivo 22%, gramíneas 20%, platanero 19,5%, artemisia 15%, ciprés 10,6%, parietaria 7,14%, pino 5,3% y otros 8,85%), epitelios 28,8%, ácaros 55,77% y hongos 9,61%. La sensibilización a látex fue del 9,61%, de los cuales el 100% era profilina positivo. La sensibilización a otros alimentos fue del 86,5%, predominando frutos secos 67,3%, legumbres 44,2%, cereales 34,6%, marisco 13,5%, pescado 7,7%, huevo 9,61% y leche 1,92%. Un 36,6% de los que presentaban alergia alimentaria lo eran sólo a rosáceas. Un 25% toleran alguna rosácea y un 15,4% las toleran sin piel.

Conclusiones: En los pacientes alérgicos a rosáceas deben realizarse tests cutáneos a otros alimentos e inhalantes debido al alto porcentaje de ellos que presentan múltiples sensibilizaciones. Hay un gran predominio de positividad de estos pacientes a LTP en nuestro medio, que asocian clínica de anafilaxia en la mayoría de los casos.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS SEROLÓGICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS PRESENTES EN PACIENTES CON CLÍNICA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA

S. García Linares, J. Mora Valledano, R. Sánchez Navarro, A. Poyatos Andújar y R. Ruíz Requena

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Objetivo: Es nuestro objetivo realizar un estudio descriptivo de la serología de pacientes con clínica de EC sometidos a biopsia diagnóstica en el HUSC durante el año 2010.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de pacientes con sintomatología clínica de EC y sin déficit de inmunoglobulina A (IgA) demostrado que se han sometido a biopsia diagnóstica durante el año 2010. La biopsia se realizó con al menos 4 tomas de mucosa duodeno-yeyunal y el análisis anatomopatológico clasificó las muestras como positivas o negativas según los criterios de Marsh; en todos los casos biopsiados se realizó un estudio del estado serológico del paciente con respecto a los anticuerpos (AC) an-

ti-gladiada (AGD), antitransglutaminasa (ATG) y antiendomio (EMA) mediante el analizador ImmunoCAP 250 (Phadia) para AGD y ATG, y con inmunofluorescencia indirecta (IFI) para EMA.

Resultados: A lo largo del año 2010 se han practicado en el HUSC 30 biopsias en pacientes, se ha determinado el rango de edad, la distribución por sexo de los mismos, de edad de los mismos y se han analizado pormenorizadamente los porcentajes de pacientes con serología positiva para los distintos AC según se obtuviera la biopsia positiva o negativa.

Conclusiones: Conocer el estado serológico de un paciente con sospecha de EC es fundamental a la hora de decidirse por la biopsia como exploración diagnóstica de confirmación. En nuestro caso, la muestra de pacientes estudiada resulta insuficiente para hacer estudios de correlación entre los distintos marcadores serológicos y la positividad de las biopsias. En algunos de biopsia negativa para EC se ha detectado positividad de la misma para otras enfermedades intestinales de origen inflamatorio.

INVAGINACIÓN INTESTINAL COMO MANIFESTACIÓN DE ALERGIA ALIMENTARIA

L. Herrero, N. Arana, A. Bilbao, J.M. García, L. Santos-Díez, A. Gonzalo y F. Sáez

Hospital de Cruces. Barakaldo. España.

Introducción: En los últimos años estamos presenciando un incremento importante de las manifestaciones digestivas de la alergia alimentaria en niños, sobre todo no IgE mediadas. La enteropatía eosinofílica (Klein 1970) puede presentarse con diferentes síntomas digestivos, incluyendo la invaginación intestinal cuando la infiltración afecta a la capa muscular. Sin embargo, la prevalencia, el mecanismo y la historia natural no son todavía bien conocidos.

Objetivos: Evaluar la posible etiología alérgica alimentaria en casos de invaginación intestinal recurrente constatada por ecografía.

Casos clínicos: Se presentan 4 pacientes varones diagnosticados de invaginación intestinal entre agosto y octubre de 2010, a la edad de 6, 7 meses, 5 y 6 años, respectivamente. Se constatan episodios de invaginación recurrente en relación con la ingesta de ternera, pollo, arroz, leche y cereales. Uno de los pacientes presentó una invaginación ileo-ileal tanto al diagnóstico como tras la provocación y 2 de ellos presentaron hasta 6 episodios de invaginación ileo-cecal diagnosticada ecográficamente y resuelta por enema. La sospecha de alergia alimentaria se confirmó a través de una provocación controlada con el alimento sospechoso con reproducción de clínica y de hallazgos ecográficos. La dieta de exclusión ha controlado los síntomas.

Conclusiones: Hay que considerar la alergia alimentaria dentro del diagnóstico diferencial de la invaginación intestinal, para lo cual es fundamental una adecuada historia clínica. La provocación oral con el alimento sospechoso, con reaparición de síntomas y/o hallazgos ecográficos, confirmará el diagnóstico. El tratamiento consiste en la dieta de exclusión.

TOLERANCIA DE PULPA DE MELOCOTÓN EN NIÑOS SENSIBILIZADOS A PRU P 3

M.T. Belver, M. Pedrosa, C. García-Ara, M. Caminoa, S. Quirce y T. Boyano-Martínez

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

Objetivo: Valorar la tolerancia de la pulpa del melocotón en niños con antecedentes de reacción alérgica a esta fruta.

Pacientes y métodos: Treinta y seis niños con antecedente de reacciones alérgicas tras ingesta o contacto de melocotón. Se realizaron prick-tests con antígenos comerciales de piel y pulpa de melocotón (LETI) y Pru p 3 (BIAL-Aristegui), prick-prick tests con piel y pulpa

de melocotón natural, e IgE específica a melocotón y Pru p 3 (ImmunoCAP). Se llevaron a cabo pruebas de provocación abiertas con pulpa de melocotón natural (fruta pelada y lavada).

Resultados: Treinta y seis pacientes (V/M: 24/12) de edad media 7,6 años (DT 3,6). Referían clínica cutánea 34 (94%) (urticaria y/o angioedema 24, SAO 13, exclusivo 9), vómitos 7 (19%) y síntomas respiratorios 8 (22%). En 26 (72%) la fruta natural había sido la causante de la reacción. Recibieron tratamiento 19 niños (53%) (antiH1 15, corticoides 10, adrenalina 5 y beta-2 adrenérgicos 2 pacientes), 13 en urgencias. Las pruebas cutáneas fueron positivas con antígeno comercial de piel en 30/36 (83%), con pulpa en 13/36

(36%) y con Pru p 3 en 24/29 (83%). Los prick-prick tests con piel fresca fueron positivos en 31/31 (100%) y con pulpa fresca en 26/31 (84%). IgE específica a melocotón se halló en todos los casos (mediana 4,95 KU/L, rango 0,86-41,40) y a Pru p 3 en 35/36 (mediana 4,39 KU/L, rango 0,01-55,70). Se realizó prueba de provocación con pulpa de melocotón en 33 niños. Resultó negativa en 29 y positiva en 4.

Conclusiones: El 97% de los niños mostró sensibilización a Pru p 3. Más del 80% toleró la pulpa fresca. La localización exclusiva de Pru p 3 en la piel de la fruta permite que niños sensibilizados a este alérgeno puedan tomar la fruta pelada con total seguridad.



Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



PÓSTERS

XXXV Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica

Granada, 5-7 de mayo de 2011

Pósters I

(Viernes, 6 de mayo, 15:30-17:00 h)

Moderadores: M. Giner y J.M. García

PÓLIPO ANTROCOANAL: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

T. Domínguez^a, J. Martín-Lagos^b, L. Marín^a, J.J. García-Valdecasas^b y F. Girón^a

^aServicio de Pediatría. ^bServicio de ORL. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: La obstrucción nasal es un síntoma frecuente de consulta en la otorrinolaringología pediátrica, siendo su etiología más frecuente la hipertrofia adenoidea. La presencia de cuerpos extraños nasales, encefalocele, lesiones tumorales malignas, angiofibromas nasofaríngeos e incluso la poliposis nasal debe ser descartada. Los pólipos antrocoanales (PAC) son una entidad clínica infrecuente que representa el 28-33% de las poliposis nasosinusales en la población infantil.

Pacientes y métodos: Se expone un caso clínico de una niña de 8 años de edad con el único antecedente de adenoidectomía y con síntomas de insuficiencia respiratoria nasal, rinorrea en ocasiones purulenta y cefaleas fronto-orbitarias sin epistaxis. El estudio endoscópico nasal y las pruebas de imagen diagnosticaron la naturaleza polipoidea de la lesión que ocupaba ambas fosas nasales y coanas, siendo tratada mediante cirugía endoscópica nasosinusal y exéresis de la lesión con limpieza completa del seno maxilar izquierdo, de donde provenía. El estudio histológico demostró pólipo de casi 5 cm de longitud sin características eosinofílicas y el estudio alérgico mediante prick-test descartó la existencia de alergias. Se presentan las imágenes de TAC, RMN y pieza quirúrgica.

Discusión: Dado la inespecificidad de la clínica nasal y la alta prevalencia de la hipertrofia adenoidea y adenoiditis crónica en la población infantil, el diagnóstico diferencial con otras lesiones nasales y faríngeas (hemangiomas, angiofibromas, hamartomas, quistes de Tornwald, encefaloceles, craneofaringiomas, quistes nasofaríngeos, papilomas invertidos, etc.) debe realizarse sobre todo ante la presencia de clínicas recidivantes o no solucionadas. Por otro lado, hoy día aún no disponemos de la suficiente evidencia histológica y/o

alérgica que determine el origen etiológico de los pólipos antrocoanales.

PÓLIPO ANTROCOANAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA

M. Muñoz^a, R.F. Cortes^b, J. Hornos^b, M. Díaz^a, A. Rojo^a y A. Martínez-Cañavate^a

^aUnidad de Alergia Pediátrica. ^bUnidad de ORL Infantil. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: La obstrucción nasal persistente en un niño con rinitis alérgica obliga a descartar otras patologías asociadas. En el diagnóstico diferencial no debemos olvidar patologías que constituyen un diagnóstico poco habitual en la edad pediátrica. Presentamos un caso de insuficiencia respiratoria nasal infantil, actitud diagnóstica y terapéutica adoptada.

Caso clínico: Varón de 8 años, seguido en consulta de Alergia por rinitis estacional leve. Refiere obstrucción de fosa nasal izquierda y rinorrea acuosa unilateral de larga evolución. La rinoscopia anterior revela hipertrofia de cornetes inferiores, derivándose a consulta de otorrinolaringología infantil. La rinofibrolaringoscopia muestra una formación de aspecto polipoideo en fosa nasal izquierda que se extiende desde meato medio hasta cavum, colapsando totalmente la luz de la fosa y apareciendo en orofaringe bajo la úvula. En la Rx de senos paranasales se aprecia velamiento del seno maxilar izquierdo y la TAC confirma la sospecha endoscópica de pólipo antrocoanal. Se realiza resección quirúrgica endoscópica con evidente mejoría clínica.

Conclusiones: El pólipo antrocoanal es una lesión benigna, generalmente unilateral, originada en el antro maxilar, que crece a través del meato medio hacia la región posterior de la fosa nasal y orofaringe. Su incidencia es muy baja, y es muy raro en la edad pediátrica. La etiología y mecanismo fisiopatológico no están claros aunque puede estar asociado con procesos inflamatorios o alérgicos. Se manifiesta con obstrucción nasal unilateral y lentamente progresiva asociada con frecuencia a rinorrea anterior unilateral. El diagnóstico se realiza mediante visualización por rinoscopia y pruebas de imagen, siendo la TAC la técnica de elección. El tratamiento es siempre quirúrgico. Es preciso establecer el diagnóstico diferencial con otros síndromes de obstrucción nasal, masas nasales, tumores de senos nasales y tumores nasofaríngeos. Remarcar la importancia

de realizar endoscopia nasal a niños con rinitis alérgica perenne, especialmente si evolucionan desfavorablemente.

URTICARIA A FRIGORE: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Dionicio Elera, M. Reaño Martos, M. López San Martín, A. Iglesias Cadarso, A. Bueso Fernández y E. Rivera Celma

Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. España.

Introducción: La urticaria a frigore es una patología poco frecuente en niños, forma parte del grupo de urticarias físicas y representa el 2-3% del total de urticarias. Se caracteriza por la rápida aparición de prurito, eritema, habones y angioedema tras la exposición a un estímulo frío.

Paciente y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 4 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por urticaria generalizada, intensamente pruriginosa y progresiva de 6 meses de evolución. Inicialmente los síntomas sólo se relacionaban con la inmersión en agua fría (piscinas), pero posteriormente se desencadenaban por estímulos fríos menores, principalmente la baja temperatura ambiental. No presentaba síntomas con la ingesta de alimentos fríos ni historia de anafilaxia. Durante el curso de la enfermedad asoció gonalgias.

Estudio alérgico: Pruebas cutáneas en prick-test con extractos comerciales de neumoaérgenos habituales (pólenes, ácaros, hongos y epitelios de perro y gato) y anisakis, test del cubito de hielo, hemograma, VSG, bioquímica sérica, coagulación, estudio serológico, cuantificación de inmunoglobulinas, crioaglutininas, crioaglobulinas, complemento, determinación de autoanticuerpos, hormonas tiroideas, test del aliento para detección de *Helicobacter Pylori*, orina elemental y sedimento y examen parasitológico en heces. Se realizó también ecografía de rodillas y estudio oftalmológico para descartar uveítis.

Resultados: Se evidenció positividad frente al test del cubito de hielo (pápula 15 x 15 mm) a los 5 min, así como anticuerpos antinucleares positivos 1/320 (patrón homogéneo granular), en 2 muestras analizadas con intervalo de 2 meses. El resto del estudio realizado resultó negativo.

Conclusión: La urticaria a frigore es una patología de causa desconocida en la mayoría de los casos; no obstante, es obligado descartar posibles causas subyacentes tales como infecciones, neoplasias, o, como en nuestro caso, enfermedades autoinmunes. De ello dependerá la evolución y tratamiento de la enfermedad.

DERMATITIS DE CONTACTO CON TATUAJE DE HENNA NEGRA

B. Ruiz^a, M. Verdú^b, M.J. Barasona^b, L. Fernández^b, E. Moreno^a, P. Gajate^a, A. Burgos^a y L.A. González^a

^aServicio de Alergología. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. ^bHospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: La realización de tatuajes temporales de henna negra está aumentando en la población pediátrica, es una práctica frecuente en puestos ambulantes, sin control sanitario de zonas turísticas. La henna natural es un producto considerado de bajo poder sensibilizante, pero para obtener el color negro y hacerlo más permanente se mezcla con aditivos como la parafenilendiamina, que son los responsables de la mayoría de las dermatitis alérgicas. Presentamos el caso de un niño con dermatitis de contacto alérgica por tatuaje temporal de henna negra.

Caso clínico: Niño de 9 años que presenta, a las 24 h de la realización de un tatuaje de henna negra temporal en el codo, intenso prurito y eritema con reacción micropapulovesiculosa, dibujando la zona. Remite en 1 mes con corticoide tópico, permaneciendo una zona de hipopigmentación. Ante la sospecha de dermatitis alérgica de contacto se realiza test epicutáneos con contactantes True Test

(Stallergenes) y henna natural con intensa positividad a las 48 y 96 h a la parafenilendiamina y gomas negras, negativa para la henna natural. Nuestro paciente presenta dermatitis de contacto con henna negra por hipersensibilidad tipo IV a parafenilendiamina.

Conclusiones: La parafenilendiamina puede sensibilizar en concentraciones muy bajas y tras el primer contacto, como en nuestro paciente. Sus concentraciones para los seudotatuajes oscilan entre el 15 y el 2%. Es un componente de los tintes textiles y de peluquería que por reacción cruzada puede estar presente en anestésicos locales tópicos, hipoglucemiante y en cremas fotoprotectoras. Creemos que es importante el control de los tatuajes de henna negra y el conocimiento de sus aditivos, de gran poder sensibilizante, y en casos de dermatitis, la necesidad de explicar detalladamente las sustancias que hay que evitar y las consecuencias que pueden tener ante futuras profesiones de estos niños.

DERMATITIS ICTIOSIFORME CON LESIONES PERIANALES ULCERADAS Y AUMENTO DE IGM EN PERÍODO PERINATAL. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INMUNODEFICIENCIA CONGÉNITA

N. Llanos, M. Piquer, M. Álvaro, M. Caballero, M. Dias y L. Alsina

Sección de Inmunoalergia Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Caso clínico: Recién nacida de 1 mes y 31 días, que desde el primer mes de vida inicia eritrodermia generalizada que aumenta de intensidad en los últimos 15 días, afectando a toda la superficie corporal, con aspecto ictiosiforme y lesiones perianales simétricas profundas con rotura de epidermis, infección del tracto urinario, sensación de pérdida de la audición, falta de fijación de la mirada, irritabilidad, vómitos, diarrea, fiebre derecha, hipotonía axial e hiperreflexia. Se sospecha de inmunodeficiencia congénita, probablemente combinada, y se inicia diagnóstico diferencial entre síndrome de Ommen y otras inmunodeficiencias conatales. En el curso evolutivo presenta importante esplenomegalia, con discreta hepatomegalia. Antecedentes: nacida de parto eutócico, de madre con tuberculosis ganglionar tratada durante el embarazo. Anomalía de Ebstein, CIA. Pruebas complementarias de inmunidad celular, linfocitos totales 3,4 mil/mmcc, linfocitos B 18%, linfocitos T 65%, linfocitos T4 48%, linfocitos T4 absolutos 1.068 mil/mmcc, linfocitos T8 17%, linfocitos natural killer 14%, índice T4/T8 2,82, IgA 801 mg/l, IgG 5.110 mg/l, IgM 1375 mg/l. IgE 74mg/l, eosinófilos 1% (0,2 mil/mmcc), llama la atención el aumento progresivo de IgM. Ante la sospecha de infección perinatal se determina CMV en sangre periférica, IgM específica a CMV (positivo) carga viral CMV en: orina 2.352.537 c/ml, sangre 14.094 c/ml, úlceras perianales: 305.163 c/ml, carga viral en sangre seca a CMV al nacer negativo, potenciales evocados que evidencian sordera de transmisión. Se diagnostica citomegalovirus adquirida en el periodo perinatal de manifestación tardía y se inicia tratamiento con gammaglobulina con resultados espectaculares y mejoría de todas las manifestaciones clínicas.

Conclusiones: Describimos el caso de una citomegalovirus adquirida en el periodo perinatal, en un paciente inmunocompetente, el cual presentó como primera manifestación lesiones cutáneas, las cuales son infrecuentes, poco características, tardías y de mal pronóstico, y que plantean el diagnóstico diferencial con inmunodeficiencias congénitas.

SÍNDROME DE FREY. NUESTRA EXPERIENCIA

J. Zatt, I. Valdesoiro Navarrete, M. Bosque García y P. Villalobos

Hospital de Figueras. Figueras. España.

Introducción: El síndrome de Frey es un trastorno raro en pediatría caracterizado por episodios recurrentes de eritema y sudoración en

el área facial tras la ingesta de determinados alimentos, lo que puede orientarse erróneamente como un cuadro de alergia alimentaria.

Casos clínicos: Presentamos 3 pacientes que fueron derivados para estudio de alergia alimentaria. Todos consultaron en el periodo de lactantes por episodios autolimitados de eritema y sudoración en la mejilla, en 2 de ellos de manera unilateral, sin prurito ni otro síntoma asociado. En todos los casos los síntomas comenzaron con la introducción de la papilla de frutas entre los 5-7 meses de vida. En uno de los pacientes el diagnóstico se realizó a los 6 años, tras haber consultado a múltiples especialistas. La determinación de IgE específica y las pruebas cutáneas para frutas y cereales fueron negativas en todos los niños. Dos de los pacientes tenían antecedentes de instrumentalización con fórceps durante el parto y ninguno tenía antecedentes familiares. Actualmente, a la edad de 1, 6 y 9 años ninguno realiza dieta de exclusión, a pesar de seguir presentando los mismos síntomas autolimitados.

Discusión: El síndrome de Frey no es una patología alérgica. Se origina por una fusión anormal entre las fibras simpáticas del nervio auriculotemporal, encargadas de inervar arteriolas subcutáneas y glándulas sudoríparas, con las fibras parasimpáticas que regulan las glándulas salivales. Se ha asociado a antecedentes traumáticos durante el parto, como el uso de fórceps. Existen, también, formas familiares aunque son extremadamente infrecuentes. Suele autolimitarse con la edad. La trascendencia del reconocimiento de esta entidad clínica radica en ahorrar estudios innecesarios y los costes económicos que supone, evitando dietas de exclusión de alimentos, ya que es un proceso que se autolimita en el tiempo y no representa ningún riesgo para el niño.

ANGIOEDEMA HEREDITARIO TIPO I MANIFESTADO COMO EDEMA DE QUINCKE A LOS 3 AÑOS DE EDAD

J.M. Lucas, I.M. López, V. Hernando, L. García-Marcos y M. Sánchez-Solís

Sección de Alergia Pediátrica. Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Murcia. España.

Introducción: El angioedema hereditario es una rara enfermedad (1/10.000-1/50.000 nacimientos), de herencia autosómica dominante, caracterizada por el déficit cuantitativo y/o funcional del inhibidor de la esterasa C1. Inician síntomas entre 8-12 años, aunque el diagnóstico se retrasa más de una década. El edema laríngeo es una manifestación infrecuente (1%), aunque de gran letalidad (50%), sin tratamiento. Comunicamos un caso de inusual precocidad y expresión clínica.

Caso clínico: Varón de 3 años, con padre, tía paterna e hijo de ella afectos de angioedema hereditario y abuela paterna fallecida por edema de glotis. Dos semanas antes de consultar presentó edema intenso unilateral de párpados, extendiéndose a la frente y los otros párpados al día siguiente, remitiendo en 4 días, sin fiebre, eritema, prurito, ni secreciones. Se precedió de mucosidad nasal y tos seca, no disfónica. Posteriormente tuvo un episodio de estridor y disfonía, que precisó atención en urgencias hospitalarias, cedido tras metilprednisolona, sin fiebre ni catarro. No ha presentado dolor abdominal. Analítica (valores normales): C3 147 mg% (80-160), C4 7 mg% (10-40), vía clásica < 269 U/mL (392-1.019), vía alternativa > 129 (66-129), C1 INH 6 mg% (15-25) C1q 22 mg% (9-27). Se diagnostica de angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor tipo I.

Conclusiones: Este caso muestra las peculiaridades de la enfermedad en la edad pediátrica, con las que debemos familiarizarnos para el adecuado manejo de esta enfermedad. Es vital el diagnóstico precoz, antes de la aparición de síntomas; para ello han de remitirse los hijos de adultos afectos prontamente (6-12 meses) para estudio. Con la información a familiares, cuidadores y médicos del paciente, la prevención de factores precipitantes, la profilaxis

y el adecuado manejo de los síntomas y la emergencia, podremos mejorar su calidad de vida y evitar consecuencias graves, en ocasiones fatales, para el paciente.

ANAFILAXIA POR ALÉRGENO ALIMENTARIO OCULTO EN PANKREOFLAT®

N. Cancelliere, M.T. Caballero, M. Pedrosa, M.T. Belver, C. García-Ara, S. Quirce y T. Boyano

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

Introducción: Las reacciones alérgicas accidentales son un hecho frecuente en niños con alergia alimentaria. Los alimentos nativos o procesados son la principal causa de estas reacciones, y excepcionalmente pueden ser desencadenadas por alérgenos ocultos en fármacos o cosméticos.

Caso clínico: Mujer de 16 años diagnosticada de alergia a proteínas de leche de vaca y huevo (esta última en fase de tolerancia), y asma bronquial. Refería haber presentado un cuadro de urticaria generalizada, angioedema de labios y pabellones auriculares, disnea, afonía y sudoración 15 min después de tomar 2 comprimidos de Pankreoflat® por aerofagia. La reacción remitió en unas horas tras recibir tratamiento en su domicilio con antihistamínico y corticoide orales, y beta-2 mimético inhalado. Composición del Pankreoflat: principios activos: pancreatina (amilasa, lipasa y proteasa) y simeticona. Excipientes: sacarosa, hidroxipropilcelulosa, estearato de Mg, copolímero vinilpirrolidona/acetato de vinilo, goma laca, polivinilpirrolidona, polietilenglicol 6000, carboximetilcelulosa sódica, dióxido de titanio (E171), cera de abejas y cera carnauba. Los prick-tests con extractos de Pankreoflat y simeticona fueron positivos. Estudios "in vitro": mediante técnicas de inmunodifusión de Ouchterlony, Inmunoblot e inhibición de Inmunoblot, con suero pool de niños alérgicos a proteínas de leche de vaca y suero de la paciente, se demostró la presencia de PLV en la simeticona.

Conclusiones: Se describe un caso de anafilaxia por PLV como alérgeno oculto en el fármaco Pankreoflat. La legislación vigente no obliga a la declaración de alimentos en la composición de fármacos.

FOTORREACTIVACIÓN TRAS QUEMADURA SOLAR INDUCIDA POR METOTREXATE

R. Calderón, P. Alba, J.M. Fernández, A. Verdeguer, A. Mazón y A. Nieto

Servicio de Neumología y Alergia Infantil. Hospital La Fe. Valencia. España.

Introducción: El metotrexate (MTX) es un agente quimioterápico bien conocido, que se utiliza ampliamente desde hace 60 años, con diferentes indicaciones. El MTX podría ser el agente quimioterápico más frecuentemente implicado en la fotorreactivación y la fotoexacerbación aunque conjuntamente constituyen reacciones adversas infrecuentes y los casos descritos son escasos.

Caso clínico: Niño lactante de 10 meses de edad, diagnosticado de leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo. Recibió tratamiento siguiendo el protocolo español LAL-SHOP 2002 y alcanzó su primera remisión completa a los 2 meses de tratamiento. Veinte días tras finalizar la terapia de inducción, y antes del primer ciclo de consolidación, el paciente presentó eritema malar por quemadura solar tras una exposición directa en su domicilio. Posteriormente, inicia el primer ciclo de consolidación (con MTX a dosis altas y rescate con ácido folínico) y a las 48 h de esta administración el paciente presentó el mismo cuadro cutáneo, en la misma localización, pero mucho más intenso, esto es eritema y vesículas. En los siguientes ciclos el paciente ha continuado presentando la misma reacción adversa tras las siguientes administraciones de MTX.

Conclusiones: El diagnóstico clínico se basó en la reacción local cutánea con la relación temporal tras la administración del agente agresor. La fotorreactivación con MTX se define por la reaparición de lesiones cutáneas tras la readministración. Esto no ocurre en el fenómeno de fotoexacerbación. Aunque la quemadura solar inducida por MTX es infrecuente, los clínicos deberían estar precavidos de este potencial efecto adverso y considerar retrasar la administración de MTX en 5-7 días si un paciente describe eritema secundario a radiación ultravioleta en los 2-4 días previos o presenta una evidente quemadura solar.

ANGIOEDEMA POR METOCLORPRAMIDA (PRIMPERAN®)

L. Ferré Ybarz, C. Gómez Galán, A. Sansosti, J.M. de la Borbolla y S. Nevot Falcó

Althia. Servicio de Alergia. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa. España.

Introducción: La metoclopramida es un antiemético antagonista de los receptores dopaminérgicos del que se han documentado de forma amplia reacciones adversas, sobre todo de tipo extrapiramidal. A pesar de que su uso es habitual existen pocos casos documentados de alergia a la metoclopramida.

Caso clínico: Niña de 9 años de edad sin antecedentes familiares de atopia controlada en el servicio de alergia desde los 13 meses por alergia al huevo (actualmente tolerante), dermatitis atópica moderada y asma no atópico. Refiere que a los 5 años por cuadro gastro-intestinal le administran Primperan® (metoclopramida) vía oral y tras la tercera toma del fármaco presenta a los 40-50 min angioedema labial pruriginoso que remite tras la administración de antihistamínico en el servicio de urgencias. Estudio alergológico realizado: prick test a neumoalérgenos negativo, prick test a alimentos positivo para clara de huevo (4 × 4 mm), prick test a Primperan® (1 mg/ml): negativo, histamina (4 × 4 mm). Prueba de provocación oral con Primperan®: positiva en forma de angioedema de labio superior con lesión habonosa en cuello tras 30 min de la segunda dosis (2 mg). Prick- prick con Motilium® (domperidona) 1 mg/ml: negativo. Prueba de tolerancia oral con domperidona: buena tolerancia inmediata y retardada de 12,5 mg del fármaco.

Conclusiones: Presentamos el caso de una niña que presenta episodio de angioedema secundario a metoclopramida tras prueba de provocación oral. Existen pocos casos documentados de alergia a este principio activo ya que su uso es poco habitual en pediatría. Ante un paciente con alergia a metoclopramida habría que confirmar la tolerancia a otros antieméticos.

ANAFILAXIA POR INGESTA DE POVIDONA PRESENTE EN FÁRMACOS EN UN NIÑO DE CORTA EDAD

C. Tarín Balaguer, A. Jarque Bou, A. Michavila Gómez, M. Ferrer Vázquez, M.A. Moreno Palanques y B. Bartolomé

Hospital General de Castellón. Castellón. España.

Introducción: Las reacciones IgE mediadas a la povidona son muy poco frecuentes pero potencialmente severas, existiendo solo 3 casos reportados en niños. Esta sustancia está ampliamente distribuida, estando presente en fármacos, colirios, antisépticos, soluciones para lentes de contacto, sprays para el cabello y en algunos alimentos.

Caso clínico: Niño de 4 años con asma alérgica que, estando en un episodio de asma, a los 3 años y 10 meses presentó entre 1 y 2 h después de tomar estilsona, eritema con edema facial, y prurito e hiperemia ocular. En el estudio inicial el Prick test resultó positivo a varios neumoalérgenos, y a estilsona (3 × 2 mm), con histamina (4 × 3 mm), siendo negativo a budesonida y metilprednisolona. Se realizó provocación oral con estilsona presentando urticaria y eritema perioral al llegar a ¼ de la dosis terapéutica, y al repetirla

de nuevo, cuadro de rinitis, tos laringea, disnea, sibilancias y urticaria generalizada. Se amplió el estudio con test cutáneos a manitol, tween 80 (polisorbato), betametasona e hidrocortisona con resultado negativo. Se obtuvieron resultados positivos con prick test a povidona yodada (betadine diluido 1/10 11 × 6,5 mm), y a povidona pura al 2,5% (6 × 6 mm), con histamina (5 × 5 mm). No se pudo detectar IgE específica a povidona por los métodos de Dot-blott y ELISA. La provocación oral con metilprednisolona fue negativa. Un mes después recibe por error Zinnat sobres (cefuroxima y povidona), presentando reacción similar a la referida en la provocación.

Conclusiones: Presentamos el caso de más corta edad reportado hasta el momento de anafilaxia por povidona y el único confirmado mediante provocación. En las reacciones alérgicas a medicamentos se deben considerar también otros componentes y no solo los principios activos de los mismos. La confirmación diagnóstica precoz en esos casos es fundamental para prevenir futuras reacciones.

HIPERSENSIBILIDAD SELECTIVA A PARACETAMOL NO INMEDIATA

C. Muñoz Román, G. Requena Quesada, A. Jurado Ortiz y J.L. Corzo Higuera

Servicio de Pediatría Materno-Infantil. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: Se llama "reacción no inmediata" a la que ocurre después de una hora tras la administración del fármaco implicado. Son mediadas por células Th1 (IFN- γ , IL-2, IL-12). Todos los AINE pueden producirlas, incluyendo paracetamol.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 5 años que comienza tratamiento con amoxicilina-clavulánico y paracetamol alternado con ibuprofeno por cuadro faringoamigdalario con fiebre elevada. Tras recibir 2 dosis de paracetamol, con intervalo de más de 1 h, aparece una reacción cutánea tipo erupción puntiforme pruriginosa con predominio en cara, pies y pliegues inguinales. Acompañado de angioedema en ambos pies, precisando acudir a urgencias y administración de antihistamínico y corticoide para su resolución, cediendo en unas horas. Después ha tolerado ibuprofeno. Pruebas diagnósticas: IgE específica penicilina G y amoxicilina: negativas. Pruebas cutáneas intraepidérmicas e intradermorreacción con determinantes mayores y menores de penicilina: negativas con lectura inmediata y tardía. Pruebas epicutáneas con paracetamol: negativas. Test de administración controlada de paracetamol: positivo. Tras la administración de 2 dosis totales de paracetamol, con intervalo de 24 h, aparece una reacción de características similares a las descritas en el caso clínico, considerando el test positivo.

Conclusión: Presentamos un caso de hipersensibilidad no inmediata selectiva a paracetamol, demostrada mediante pruebas de provocación controladas en la consulta de alergia infantil. Descartamos la idiosincrasia a AINE dado que tolera ibuprofeno normalmente. La hipersensibilidad selectiva a paracetamol es infrecuente, más aun la de tipo no inmediata, y en niños es anecdótica

S DRESS (DRUG RASH WITH EOSINOPHILIA AND SYSTEMIC SYMPTOMS) POR TUBERCULOSTÁTICOS. PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE EN LA INFANCIA

G. Requena Quesada, C. Muñoz Román, A. Jurado Ortiz y J.L. Corzo Higuera

Servicio de Pediatría Materno-Infantil. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Caso clínico: Niña de 3 años diagnosticada de TBC abdominal con obstrucción intestinal. Presenta clínica de fiebre y dolor abdominal. A los 10 días del inicio de tratamiento con isoniazida, rifampicina y

amikacina, presenta exantema maculopapular pruriginoso en cara, tronco y raíz de miembros, acompañado de angioedema labial moderado. Se suspende la medicación antituberculosa, se añade medicación antihistamínica y corticoide (una dosis). Al día siguiente presenta fiebre de 40 °C, por lo que se decide reintroducir tratamiento previo. Se comienza amikacina (27-1-2001), con buena tolerancia en los días siguientes y descenso de la fiebre. Se reintroduce rifampicina, y con intervalo de unas 4 h, presenta la misma reacción con mejoría casi total en las siguientes 24 h. Análítica: eosinofilia 7% (absolutos 800), GOT: 48, GPT: 91, GGT: 155, LDH: 327, PCR: 54,8, IgE total 26, triptasa: normal, serología CMV, herpes virus 6, parvovirus B19 negativas, Epstein Barr IgG positivo. Pruebas epicutáneas con lectura a las 24, 48, 72 h con rifampicina, amikacina e isoniacida negativas. Pendiente realización de TTL.

Discusión: EL DRESS es una enfermedad rara, a veces mortal; en pediatría no están definidos los criterios diagnósticos que se establecen por la exposición al fármaco, los hallazgos clínicos y de laboratorio y pruebas epicutáneas con los fármacos implicados. Al TTL se le da importancia aunque no está validado. El manejo terapéutico incluye la rápida retirada del fármaco responsable, tratamiento de soporte y prevención de sepsis si es necesario. Debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial.

HIPERSENSIBILIDAD IGE MEDIADA A VANCOMICINA

A. Callero Viera, E. Rodríguez Plata, Z. Almeida Sánchez, G. Hernández Santana, J.A. Martínez Tadeo y E. Rodríguez Pérez

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. España.

Introducción: La vancomicina es un glucopéptido con gran potencia de acción ante gérmenes Gram incluyendo aquellos resistentes a meticilina. La reacción adversa descrita con más frecuencia es el síndrome del hombre rojo (1,6-14%), directamente relacionado con la rápida velocidad de infusión intravenosa del antibiótico. Los mecanismos IgE mediados han sido demostrados en muy pocos casos.

Material y métodos: Historia clínica: se nos remite a consulta varón de 14 años ingresado por neumonitis bacteria que tras la infusión lenta de vancomicina presenta exantema micropapular generalizado muy pruriginoso sin posterior descamación ni compromiso respiratorio. Se realizan pruebas cutáneas en prick e intradérmicas (ID) para vancomicina y teicoplanina.

Resultados: Se realizan: pruebas cutáneas en prick e ID para teicoplanina negativas. Pruebas cutáneas en prick para vancomicina negativa. Pruebas cutáneas ID para vancomicina: mostró positividad para concentraciones 1/10, 1/100 y 1/1.000 cada vez con un diámetro de pápula menor, hasta negativizarse en 1/10.000.

Conclusiones: Presentamos un caso de exantema micropapular generalizado de aparición inmediata tras la infusión de vancomicina, demostrándose a través de las pruebas cutáneas mecanismos inmunológicos IgE mediados.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTROS PACIENTES ALÉRGICOS A BETALACTÁMICOS MENORES DE 18 AÑOS DIAGNOSTICADOS POR TEST CUTÁNEOS

I. García, M.J. Barasona, M.A. Algaba, C. Moreno y F. Guerra

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Objetivos: Describir los pacientes diagnosticados de alergia a betalactámicos mediante el empleo de test cutáneos (TC). Mostrar el protocolo diagnóstico que se realiza.

Pacientes y métodos: 238 pacientes menores de 18 años acudieron a nuestra consulta por cuadro compatible con alergia a betalactámicos para realización de estudio. A todos ellos, se les realizó el siguiente protocolo: historia clínica meticulosa, niveles de IgE específica (si la reacción había ocurrido en el último año) y test cutáneos (TC) para betalactámicos: PPL, MDM, penicilina G, ampicilina,

amoxicilina-clavulánico. Cuando estos resultados eran negativos, se pasaba a un test de provocación controlada (TPC) con amoxicilina-ácido clavulánico. Si el medicamento implicado era una cefalosporina, los TC se ampliarían con cefuroxima, cefadroxilo y ceftriaxona. **Resultados:** 9 pacientes (3,78%), 5 chicos y 4 chicas, con una edad media de 15,6 años (8-17), fueron diagnosticados mediante TC. El medicamento implicado en la reacción fue la amoxicilina-clavulánico en 4 pacientes, y la amoxicilina en otros 2. Hubo un total de 17 TC positivos: 12 intradermorreacciones (3 a amoxicilina-clavulánico o MDM) y 5 prick test (2 a amoxicilina-clavulánico). No hubo reacciones sistémicas tras la realización, salvo leve picor en la zona de inyección.

Conclusiones: El perfil del paciente menor de 18 años diagnosticado de alergia a betalactámicos es un chico, que consulta por haber presentado una reacción tras la ingesta de aminopenicilinas. Nuestro protocolo diagnóstico y la realización de TC es un método barato, fiable, seguro y cómodo de diagnosticar a nuestros pacientes de alergia a betalactámicos.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTROS PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS DIAGNOSTICADOS DE ALERGIA A BETALACTÁMICOS

I. García, M.J. Barasona, M.A. Algaba, C. Moreno y F. Guerra

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Objetivos: Describir las características y los medicamentos más frecuentemente implicados en los pacientes menores de 18 años que son diagnosticados de alergia a betalactámicos. Mostrar el protocolo diagnóstico que se realiza.

Pacientes y métodos: 238 pacientes menores de 18 años acudieron a nuestra consulta por cuadro compatible con alergia a betalactámicos para realización de estudio. A todos ellos se les realizó el siguiente protocolo: historia clínica meticulosa, niveles de IgE específica (si la reacción había ocurrido en el último año) y test cutáneos (TC) para betalactámicos: PPL, MDM, penicilina G, ampicilina, amoxicilina-clavulánico. Cuando estos resultados eran negativos, se pasaba a un test de provocación controlada (TPC) con amoxicilina-clavulánico. Si el medicamento implicado era una cefalosporina, los TC se ampliarían con cefuroxima, cefadroxilo y ceftriaxona.

Resultados: Se diagnosticó de alergia a betalactámicos a un total de 16 pacientes (6,72%) con una edad media de 14,6 años: 9 mediante TC (2 pacientes presentaron un prick test positivo para amoxicilina-clavulánico, y 3 una intradermorreacción positiva a amoxicilina-clavulánico o MDM), 2 mediante IgE específica y 5 mediante TPC con amoxicilina-clavulánico positivo. De todos los diagnosticados, el medicamento más frecuentemente implicado en la reacción por la que acudieron a consulta fue la amoxicilina (5 pacientes) y el amoxicilina-clavulánico (7).

Conclusiones: Los pacientes que acuden al alergólogo para estudio que creen ser alérgicos a penicilinas son muchos más de lo que son en realidad. Las aminopenicilinas son los medicamentos más frecuentemente implicados en este tipo de pacientes, lo que denota su mayor consumo, sobre todo en población infantil. Nuestro protocolo es capaz de descartar alergia a betalactámicos de una forma segura y rentable.

REACCIONES ADVERSAS A ANTIBIÓTICOS EN NUESTRA UNIDAD DE ALERGIA PEDIÁTRICA

J.A. Porto Arceo y J. Moure González

Unidad de Alergia Pediátrica. Servicio de Pediatría.

Hospital Clínico de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Objetivos: Analizar la incidencia de alergia a antibióticos en nuestra consulta de alergia pediátrica durante el año 2010.

Material y métodos: Pacientes de edades comprendidas entre 0 y 15 años remitidos a nuestra unidad para descartar alergia a antibióticos durante el año 2010. A dichos pacientes se les practicó: anamnesis detallada, determinación de IgE total y de IgE específica para: penicilina G, V, ampicilina, amoxicilina y cefaclor (en aquellos pacientes con sospecha de reacción a beta-lactámicos). Pruebas cutáneas (Prick e intradermoreacción). Prueba de exposición controlada (PEC) en aquellos pacientes en que no existía contraindicación y en aquellos con estudios previos negativos.

Resultados: Han sido estudiados 87 pacientes; esta cifra representa un 8,4% del total de pacientes remitidos a nuestra unidad (primeras visitas), de los cuales han finalizado el estudio 85 pacientes, el número de PEC realizadas ha sido de 82, en 5 pacientes no se ha realizado PEC: 2 fue por abandono del estudio y otros 3 por positividad manifiesta en los tests cutáneos. Los antibióticos implicados en el estudio han sido: betalactámicos: 76 (87,3%), macrólidos: 7 (10,4%) y otros: 2 (2,3%) De las 82 PEC practicadas, 4 han resultado positivas (4,8%), siendo la manifestación en todas ellas de exantema máculo-papular generalizado pruriginoso, con manifestaciones clínicas tardías. La incidencia de alergia confirmada a antibióticos durante el año 2010 ha sido de un 8% de los pacientes remitidos a estudio por supuesta reacción adversa (RA) a antibióticos, siendo en todos los casos betalactámicos los antibióticos implicados.

Conclusiones: Las RA a antibióticos son cada vez más un motivo de consulta en alergia pediátrica; tras el estudio de estas reacciones se evidencia una baja prevalencia. Los antibióticos más frecuentemente implicados son los betalactámicos. Tal como se evidencia en nuestro estudio, la PEC es imprescindible para efectuar un diagnóstico certero.

ESTUDIO ALERGOLÓGICO DE RAM EN PEDIATRÍA: ¿ESTAMOS HACIENDO LO CORRECTO O DEBERÍAMOS CAMBIAR ALGO?

C. Gómez Galán, L. Ferré Ybarz, A. Sansosti, J.M. de la Borbolla y S. Nevot

Althaia. Servicio de Alergia. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa. España.

Introducción: Una reacción adversa medicamentosa (RAM) es un efecto indeseable inducido por un fármaco utilizado en dosis adecuadas como prevención/tratamiento de una patología. Existen dos categorías: 1. Reacciones dependientes de mecanismos inmunopatológicos conocidos. 2. Reacciones dependientes de características fisicoquímicas/farmacocinéticas del fármaco. La incidencia de RAM en niños es baja aunque son motivo de consulta frecuente aquellos exantemas coincidiendo con la toma de fármacos e infecciones concomitantes y que se etiquetan como "alérgicos", conllevando un estudio alergológico para confirmar el diagnóstico.

Objetivo: Analizar resultados obtenidos en el estudio de RAM en nuestras consultas de alergia pediátrica durante 2010. Conocer los fármacos más frecuentemente implicados, reacciones presentadas, duración y costes del estudio. Plantear posibles medidas que mejoren la eficiencia del estudio.

Material y métodos: Se realiza una revisión de las 172 pruebas de provocación realizadas durante 2010, incluyéndose 59 casos de sospecha de alergia a medicamentos (34,3%). Se efectúa un análisis de coste médico, enfermería y material.

Resultados: Se analizaron 59 pruebas de provocación. Media de edad 7,2 años. Fueron realizadas 43 visitas, 43 pruebas cutáneas, 25 determinaciones analíticas y 59 pruebas de provocación. Tiempo medio del estudio (TME): 9 meses. Coste medio del estudio por paciente: 298,55 euros (TME: 6 meses). En el caso del estudio de amoxicilina-clavulánico el coste medio fue un 56,4% superior, 529,32 euros (TME 9 meses).

	Amoxicilina	Amoxi-clavulánico	Ibuprofeno	Paracetamol	Otros fármacos
Síntomas cutáneos	24	16	7	4	8
Otros síntomas	0	0	0	0	0
Estudio positivo	0	0	1	0	1*
Estudio negativo	24	16	6	4	7

Conclusiones: Los fármacos más frecuentemente implicados fueron los betalactámicos. El 96,6% de niños estudiados había presentado síntomas cutáneos durante el tratamiento con fármaco sospechoso. En aquellos niños con síntomas cutáneos en el contexto de cuadro infeccioso en tratamiento con betalactámicos, tras una historia clínica bien detallada, ¿se debería realizar una sola prueba de provocación? (reducción 43% de los costes y en 3-6 meses el TME).

ALERGIA RETARDADA A AMOXICILINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Rico, L. Alfredo, C. Domínguez, B. Veleiro y P. Iriarte

Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña. España.

Introducción: El 10% de los niños son etiquetados de alérgicos a betalactámicos. El protocolo diagnóstico se basa en la determinación de IgE específica sérica, pruebas cutáneas y, si estas son negativas, la realización de pruebas de tolerancia. Algunos autores encuentran que el 9% de los pacientes con reacciones de exantemas maculopapulares en el transcurso de un tratamiento con betalactámicos presentan pruebas cutáneas positivas en la lectura tardía.

Material y métodos: Paciente de 5 años de edad que consulta porque a los 18 meses, con motivo de una infección respiratoria, inicia un tratamiento con amoxicilina y a los 2 días de iniciado presenta un exantema maculopapular generalizado con angioedema y eritema de cara, que cede sin descamación con un tratamiento con antihistamínicos y corticoides. Determinación sérica de IgE: penicilina G, penicilina V, amoxicilina y ampicilina (Phadia CAP system Uppsala Suecia). Pruebas cutáneas en prick e intradermoreacción con PPL (5×10^{-5} mmol/l), MDM (2×10^{-2} mmol/l) (Diater), penicilina G a 10.00 UI/ml, amoxicilina (20 mg/ml), cefuroxima (20 mg/ml). Lecturas: 15-20 min, 48-72 h, 7 días. Se considera positiva toda pápula con eritema > 5 mm en relación al control negativo. Controles negativo y positivo con histamina: 10 mg/ml, 1 mg/ml. Prueba de tolerancia oral con cefuroxima: 250 mg vía oral.

Resultados: IgE penicilina G, V, amoxicilina y ampicilina: < 0,35 KU/l Pruebas cutáneas en prick e intradermoreacción en lectura inmediata: negativas. Lectura tardía positiva a las 48-72 h para amoxicilina, persiste a los 7 días. Negativas para el resto de alérgenos. Prueba de tolerancia oral con cefuroxima hasta 250 mg vía oral: negativa.

Conclusiones: Las pruebas cutáneas constituyen una prueba diagnóstica fácil de realizar y segura, resultando útiles en algunos pacientes; nos dan información del núcleo estructural implicado y del riesgo de reactividad cruzada y nos ayudan a decidir qué pruebas de provocación son las que debemos realizar.

ABANDONO EN EL ESTUDIO DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM) EN UNIDADES DE ALERGIA INFANTIL

C. Muñoz Román, G. Requena Quesada, A. Jurado Ortiz y J.L. Corzo Higuera

Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil. HRU Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: El estudio de RAM supone una carga asistencial importante, los tiempos de estudio son prolongados, la historia clínica

es muy poco sensible y los criterios de derivación no están establecidos. Puede afectar a los resultados finales.

Objetivos y métodos: Determinar el número de abandonos del total de estudiados en 2010 por RAM. Mediante estudio retrospectivo cronológico de historias clínicas.

Resultados: Total de niños estudiados: 298 pacientes. Han abandonado 83, lo que supone un 27,8%. Por medicamentos se dividen en: betalactámicos: 65 (30% betalactámicos estudiados), con mas de un fármaco: 2 (amoxicilina-clavulánico y nolotil, amoxicilina y cefuroxima); AINE 11 (15% de los AINE estudiados), anestésicos 2 (3 estudiados), corticoides 1 (3 estudiados), salbutamol 1 (2 estudiados), neomicina 1. Todos los betalactámicos que abandonaron eran estudios no inmediatos, 3 abandonaron al inicio y el resto al continuar en casa 5 días o más. El número de abandonos aumenta cuando el tiempo de la prueba diagnóstica aumenta. Para el resto de medicamentos no hay una causa común que justifique el abandono. Suponemos que dan por hecho que el paciente es alérgico sin un diagnóstico sólido. Estos pacientes se escapan a las estadísticas y suponen un porcentaje significativo. Es un reto acortar los tiempos de estudio de RAM, por lo que se intenta en lo posible reducir el número de días que se dedican. Asimismo, sospechamos que los padres van perdiendo interés con el paso del tiempo.

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM) PEDIÁTRICAS ESTUDIADAS EN 2010

J.L. Corzo Higuera, C. Muñoz Román, G. Requena Quesada y A. Jurado Ortiz

Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil. HRU Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: La alergia a fármacos en pediatría es baja, pero la sospecha de RAM es el tercer motivo de consulta en alergología pediátrica.

Objetivos: Valorar la incidencia real de alergia a medicamentos en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de RAM derivadas a sección alergología infantil en 2010. Se estudió tipo de fármaco implicado, clínica, intervalo de aparición de síntomas, test realizados y tasa de estudios no completados.

Resultados: 298 pacientes en total. Los fármacos estudiados: 309, de los que 222 (72%) eran B-lactámicos y 5 macrólidos; AINE fueron 72 (23%): ibuprofeno 40, metamizol 12, meloxicam 8, paracetamol 12; otros grupos farmacológicos 15. Con historia de reacción inmediata 60 pacientes (20%), ingestión previa 119 (40%). Presentaban fiebre en el momento de la reacción 238 (80%). La reacción consistió en: urticaria (38%), urticaria-angioedema (20%), angioedema (22%), exantema maculopapular (32%), broncoespasmo (3%), otros síntomas (2%). Fueron positivos 32 (1,1%): 14 antibióticos (4 mayores de 5 años) y 18 idiosincrasias AINE, 1 fue selectivo a paracetamol. Se diagnosticaron mediante pruebas de exposición controlada. Las pruebas cutáneas siempre fueron negativas. En los pacientes con alergia a B-lactámicos, se realizó provocación a cefalosporina alternativa. Ochenta y tres pacientes (28%) no completaron el estudio de la reacción adversa.

Conclusiones: Encontramos incidencia menor de alergia a lo publicado y similar a nuestras series de años anteriores. Los B-lactámicos son el principal motivo de consulta, seguidos de los AINE. La tasa de estudios no completados es muy significativa, por lo que ampliamos su análisis en otro estudio.



Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



PÓSTERS

XXXV Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica

Granada, 5-7 de mayo de 2011

Pósters II

(Viernes, 6 de mayo, 15:30-17:00 h)

Moderadores: M. Fernández y M. Mesa

¿ES NECESARIA LA ENDOSCOPIA NASAL EN PACIENTES CON RINITIS ALÉRGICA?

A. Montoro Sánchez, R.F. Cortés Sánchez, M.J. Granados Prieto, M. Díaz Molina, A.M. Martínez-Cañavate Burgos, E.I. Martínez Martínez y F.M. Ruíz Salas

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Objetivo: Valoración de los hallazgos endoscópicos encontrados en niños diagnosticados de rinitis alérgica.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, con una muestra de 70 pacientes mayores de 7 años diagnosticados de rinitis alérgica, mediante test cutáneos y/o IgE cap. Se realiza una endoscopia nasal, empleando un endoscopio rígido y/o un fibroscopio flexible. En los pacientes en los que se aprecia patología a nivel de meato medio, se completó el estudio mediante una TAC de senos paranasales. La gravedad de la rinitis alérgica se estadió mediante la clasificación de la guía ARIA: 8 pacientes rinitis intermitente leve (11,4%), 7 intermitente moderada-grave (10%), 10 persistente leve (14,3%) y 45 persistente moderada-grave (64,3%). Asocian asma alérgica 65 (92,9%). Las sensibilizaciones encontradas: olivo (92,9%), seguido de gramíneas (60%) y alternaria (34,3%)

Resultados: La media de edad es de 12,5 años, con 53 varones (71,71%) y 17 mujeres (24,28%). La patología nasal más frecuente es la hipertrofia de cornetes inferiores (97,14%), seguida de la hipertrofia adenoidea (40%), la desviación septal (25,7%) y lesiones costrosas a nivel del área I de Cottle (11,4%). En un 4,3% se evidenció patología a nivel del meato medio, completándose el estudio con una TAC de senos. El 90% de las exploraciones radiológicas se realizó en pacientes con rinitis alérgica persistente moderada-grave; en un 81,81% de ellas se detectó patología rinosinusal (pólipos, sinusitis).

Conclusiones: El uso de la endoscopia mejora el diagnóstico de rinitis alérgica permitiendo reducir costes y uso de medicación inne-

cesaria. Esto supone un fuerte argumento para la incorporación de la endoscopia en la rutina de atención de cualquier paciente con síntomas nasales perennes, independientemente de la etiología de estos.

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE ALERGOLOGÍA EN 1 AÑO

P. Alba, R. Calderón e I. Iglesias

Hospital de Manises. Valencia. España.

Objetivo: Pretendemos realizar un estudio descriptivo de los pacientes pediátricos que acuden a un servicio de alergia en un hospital público de gestión privada durante 1 año, con el fin de proporcionar evidencias importantes para posteriores estudios y mejorar la calidad de servicio ofrecido a los pacientes

Material y métodos: Se recogieron los datos demográficos y clínicos de las primeras visitas (4.532), procedentes de un área de 196.379 habitantes, que acuden al Servicio de Alergología del Hospital de Manises desde mayo de 2009 hasta julio de 2010. Seleccionamos los pacientes menores de 15 años (580) y realizamos un estudio estadístico SPSS 15.0 de los tipos de enfermedades alérgicas.

Resultados: 1. Motivos de consulta: rinitis 61%, asma y conjuntivitis 35%, urticaria 10%, dermatitis 7%, angioedema y alergia a fármacos 3,5%, anafilaxia y SAO 1%. 2. Igual número de pacientes de cada sexo. 3. La mayoría de los pacientes comprenden edades entre 11 y 15 años (61%), por consiguiente con una distribución de la prevalencia similar a la del total, 17% de pacientes < 5 años y 22% entre 6 y 10 años. 4. Igual prevalencia por poblaciones.

Conclusiones: 1. La alergia respiratoria representa el 69% de las visitas. 2. Ligero aumento de la proporción de patología respiratoria en niños (74%) respecto a niñas (63%), pero más niñas que niños por angioedema (5-2%) y urticaria (11-8%). 3. En los menores de 5 años hay menos patología respiratoria proporcionalmente (50 frente al 80% que presentan los mayores). En los menores de 10 años hay mayor porcentaje de patología asmática (40%) que en los mayores de 11 años (29%). Discreto aumento de las urticarias en los menores de 5 (15 frente a 10%) y disminución de las dermatitis en los mayores de 11 años (5 frente a 10%).

PERFIL DE SENSIBILIZACIÓN MOLECULAR A OLEA EUROPEA EN PACIENTES ALÉRGICOS PEDIÁTRICOS

M. Díaz Molina^a, E. Martínez^a, A. Martínez-Cañavate^a, H. Navarro^a, A. Rojo^a y L. Jimeno^b

^aUnidad de Alergia y Neumología Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil Virgen de las Nieves. Granada.
^bALK-Abelló. Madrid. España.

Objetivos: Determinar el perfil de sensibilización molecular en pacientes pediátricos alérgicos a olivo (*Olea europea*).

Material y métodos: Se incluyeron 14 pacientes con edades entre 3 y 14 años (media 7,5) y con un promedio de evolución de 2,8 años. Todos presentaban síntomas de abril a julio (93% asma, 85% rinitis) e IgE CAP y/o prick positivo a olivo. Ninguno había recibido inmunoterapia específica. El diagnóstico molecular se realizó mediante plataforma ADVIA Centauro con el siguiente panel de alérgenos: Ole e 1, 7 y 9, Phl p 5 y 1, Pho d 2 (profilina), Che a 3 (polcalcina).

Resultados: La sensibilización a Ole e 1, Ole e 7 y Ole e 9 fue del 100, 43 y 57%, respectivamente, comportándose Ole e 9 en nuestra población como un antígeno mayor. El 50% de los pacientes estaban también sensibilizados a gramíneas: 6 eran positivos para Phl p 1-5 y solo 2 lo eran para Pho d 2 y Che a 3. Los niveles de sensibilización para Ole e 9 fueron mayores en los casos de asma persistente moderado (M: 36,74 kU/l), frente a aquellos con asma episódica frecuente (M: 26,34 kU/l). Los pacientes con rinitis persistente presentaban mayores niveles de sensibilización a gramíneas (M: 22,6 kU/l), que los que presentaban síntomas intermitentes (M: 6,03 kU/l).

Discusión: El olivo es una de las principales causas de alergia estacional en la zona mediterránea. En nuestra área de alta exposición a polen de Ole hemos encontrado que alérgenos minoritarios como Ole e 9 se comporta como mayoritario y marcador de gravedad. Conocer el perfil de sensibilización molecular de nuestros pacientes nos ayudaría a entender los diferentes patrones de respuesta a la inmunoterapia y a realizar un tratamiento etiológico de mayor eficacia.

SEGURIDAD DE UNA PAUTA CLÚSTER DE INMUNOTERAPIA CON EXTRACTOS DE ÁCAROS MODIFICADOS CON GLUTARALDEHÍDO EN PEDIATRÍA

S. Albaladejo, M. Bosque, J. Costa, M. González, G. Roca, O. Asensio, L. Valdesoiro y H. Larramona

Unidad de Neumoalergia Pediátrica. Servicio de Pediatría. Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

Objetivo: Evaluar la seguridad de la inmunoterapia frente a ácaros con extractos modificados con glutaraldehído en una población pediátrica utilizando pauta cluster.

Material y métodos: Se estudiaron 17 pacientes de 4-17 años de edad con clínica de asma y/o rinitis por alergia a ácaros. Todos recibieron tratamiento con inmunoterapia subcutánea con extractos modificados con glutaraldehído (Acaroid, Laboratorios Merck). La pauta utilizada consistió en la administración de 2 inyecciones el primer día (0,1 0,2 cc) con un intervalo de 30 min entre ellas y observación durante 1 h después de la segunda dosis, y otras 2 inyecciones (0,3 0,3 cc) un segundo día una semana después. Posteriormente se administran 0,6 cc mensualmente. Se registraron los efectos adversos en la historia clínica del paciente.

Resultados: Se registraron 7 reacciones locales inmediatas, todas < 5 cm y ninguna reacción sistémica. En ningún caso fue necesario modificar la pauta de inmunoterapia.

Conclusiones: Las pautas clúster en inmunoterapia han demostrado una mayor rapidez en alcanzar beneficios clínicos y una mayor adherencia por parte de los pacientes. A pesar de que también se ha observado en algunos casos un aumento de las reacciones adversas, los resultados obtenidos en nuestro estudio sugieren la seguridad de

la inmunoterapia con extractos de ácaros modificados con glutaraldehído utilizando esta pauta.

REACCIÓN ADVERSA AL INICIO DE INMUNOTERAPIA FRENTE A HIMENÓPTEROS: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Verdú^a, M.J. Barasona^a, B. Ruiz^b, C. Moreno^a y F. Guerra^a

^aServicio de Alergología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^bServicio de Alergología. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España.

Introducción: Las reacciones sistémicas graves tras picadura de abeja en niños suelen darse en hijos de apicultores, que presentan un alto grado de exposición. La inmunoterapia (IT) es el tratamiento de elección en estos casos. Presentamos un caso de mala tolerancia al inicio de IT con extracto de abeja y la estrategia llevada a cabo para alcanzar la dosis terapéutica necesaria.

Caso clínico: Niño de 11 años, hijo de apicultores. Tras picadura de abeja, inmediatamente presentó anafilaxia grado III de Müller, que cede con adrenalina y corticosteroides intramusculares. En estudio alergológico: intradermorreacción positiva a 0,0001 µg/ml para veneno de Apis, anticuerpos frente a veneno total de Apis (ImmunoCAP): IgE 63,8 kU/l, IgG4 3.687 µg/l. IgE específica en kU/l (Advia Centaur) frente a rApi m 1: 83,6, Api m2: 2,01, Api m4: 3,79, peroxidasa 1,07. Se inicia inmunoterapia con Pharmedin[®] Apis mellífera en pauta clúster planificada de 3 visitas/8 dosis. En la primera visita, tras dosis de 0,2 µg, presenta eritema cervicofacial y crisis de tos, que cede con adrenalina y corticoides i.v., se administra una nueva dosis de 0,2 µg, que es tolerada. A partir de este momento, se programa pauta de premedicación (desclorfeniramina, metilprednisolona) y administración agrupada, evitando en todo momento la reducción de dosis. Se inicia el mantenimiento con 200 µg tras 9 visitas y 18 dosis, habiéndose registrado varios episodios de prurito faríngeo aislado que revirtieron con broncodilatador.

Conclusiones: La reducción de dosis tras reacciones durante la inducción es una práctica que a menudo se relaciona con la aparición de sucesivas reacciones. La premedicación con antihistamínicos, junto con la estrategia de no reducción de dosis, contribuye a alcanzar la dosis terapéutica pretendida, en niños gravemente expuestos a picaduras de abejas a pesar de haber presentado reacciones sistémicas durante el inicio de la inmunoterapia.

SEGURIDAD DE UNA PAUTA RUSH DE INMUNOTERAPIA CON EXTRACTOS DE ÁCAROS DESPIGMENTADOS Y MODIFICADOS CON GLUTARALDEHÍDO EN PEDIATRÍA

M. González, G. Roca, J. Costa, M. Bosque, O. Asensio, L. Valdesoiro, H. Larramona, M. García y A. Peñas

Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona. España.

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar la seguridad de la inmunoterapia frente a ácaros con extractos despigmentados y modificados con glutaraldehído en una población pediátrica y utilizando pauta rush.

Material y métodos: Se estudiaron 146 niños entre 3-18 años con historia de asma y/o rinitis alérgica mediada por IgE por alergia a ácaros. Recibieron inmunoterapia subcutánea con extractos despigmentados y modificados con glutaraldehído (Depigoid-Laboratorios Leti, España). La pauta utilizada consistía en la administración de 2 inyecciones el primer día (0,2-0,3 cc) con un intervalo de 30 min entre ellas y observación de 1 h después de la segunda dosis, seguidas de 05 cc mensualmente. Se registraron los efectos adversos en la historia clínica del paciente.

Resultados: Se registraron 2 reacciones sistémicas, consistentes en rinitis y sibilancias, ambas de carácter leve. Se detectaron 32 reacciones locales, 25 < 5 cm y 7 > 5 cm. En ningún caso fue necesario modificar la pauta.

Conclusiones: La utilización de pautas rush y clúster ha permitido alcanzar las dosis óptimas de alérgeno más precozmente, favoreciendo alcanzar más rápidamente mejoría en los síntomas y obteniendo mayor adherencia al tratamiento. La utilización de vacunas modificadas con glutaraldehído reduce los efectos adversos manteniendo su efectividad. La despigmentación como paso previo a la polimerización con glutaraldehído elimina material no inmunogénico, purifica el extracto de alérgeno, inactiva la actividad enzimática de los ácaros y aumenta la solubilidad final del alérgeno. Los resultados de nuestro estudio sugieren la seguridad de la inmunoterapia con extractos despigmentados y modificados con glutaraldehído utilizando pauta rush, siendo esta inmunoterapia bien tolerada por parte de los pacientes.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN EL USO DE EXTRACTOS ALERGÉNICOS DE ÁCAROS DE POLVO DE CASA (*DERMATOPHAGOIDES FARINAE/DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS*) ADSORBIDOS EN L-TIROSINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON RINOCONJUNTIVITIS ALÉRGICA

J. Fraj y J. Amat

Consulta privada. España.

Objetivos: Conocer el perfil de tolerabilidad del tratamiento de inicio con Tyrosin TU t.o.p. Conocer la opinión del alergólogo sobre su utilidad clínica en su práctica habitual, las pautas de uso y la aceptabilidad del tratamiento de los pacientes pediátricos y adultos. **Métodos:** Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico. Veinte alergólogos fueron invitados a participar como investigadores. El investigador rellenó la encuesta dividida en: encuesta al investigador y encuesta al paciente.

Resultados: Participaron 19 alergólogos, todos con experiencia mínima de 5 años y que recibían mínimo 15 pacientes con rinoconjuntivitis por mes. Tras la administración de Tyrosin TU t.o.p. el uso de medicación de rescate se redujo en un 50,7% (DE 17,3) (media de porcentajes). Las principales ventajas de Tyrosin TU t.o.p. frente a vacunas subcutáneas fueron: buena tolerancia (63,2%, n = 12), libre de hidróxido de aluminio (63,2%, n = 12), flexibilidad (57,9%, n = 11) y mayor rapidez en el tratamiento de inicio (52,6%, n = 10). Se recibieron encuestas para 113 pacientes (11 = 14 años). El 54,6% (n = 59) utilizó tratamiento "Clúster". Un 56,8% (n = 63) de los pacientes considera que el tratamiento de inicio con Tyrosin TU top es aceptable y un 34,2% (n = 38) muy aceptable. El 72,7% (n = 8) de los menores de 14 años lo considera aceptable y el 27,3% (n = 3) muy aceptable. Un 8,8% (n = 10) presentó reacciones adversas locales y ninguno presentó reacciones adversas sistémicas.

Conclusiones: Aunque la información relativa a menores de 14 años derivada de esta encuesta es limitada, la alta participación, la experiencia profesional del encuestado y el número de pacientes recibidos por mes, demuestran que los resultados son representativos de la práctica clínica habitual. El Tratamiento de Inicio con Tyrosin TU t.o.p. es, según el investigador, una herramienta terapéutica de gran utilidad debido a sus ventajas, y muestra una gran aceptación por parte de los pacientes pediátricos y adultos.

MANEJO DEL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ. DATOS EXTRAÍDOS DEL ESTUDIO ESANIC

J.E. Sancha Pacheco y J.R. Fernández García

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España.

Objetivos: Describir la realidad del tratamiento de control del asma en niños de Cádiz.

Material y métodos: Incluimos 80 niños de 1 a 12 años, con bronquitis silbantes recurrentes o asma, estratificados por edad

(1-5 años) y (6-12 años), respectivamente. Métodos estadísticos: para realizar el análisis final de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 11.0.

Resultados: Analizamos tratamientos, predominando el grupo montelukast (Mtk) más corticoides inhalados (CI) 30%, seguidos de montelukast en solitario, 16%. Hubo diferencias significativas analizando (Mtk, Mtk CI) por grupos de edad. La implantación de CI LABAs era mínima en relación a los dos grupos anteriores. Hubo significancia estadística analizando por gravedad, el uso de Mtk CI. El uso de Mtk fue significativo por edad: 79,1% en < 6 años y 35,1 en > 6 años (p < 0,05). Su uso crecía según gravedad, p < 0,05. La asociación CI LABAs tenía poca implantación y había diferencias significativas por edad, 4,7% en < 6 y 18,9% en > 6 años (p < 0,05). Al analizar gravedad, los resultados no eran significativos. La inmunoterapia apenas tenía implantación en < 6 años (9,3%), en el grupo > 6 años su implantación llegaba al 37,8% (p < 0,05). El análisis por gravedad del asma no era significativo. En inhaladores hubo diferencias significativas en MDI cámara a favor del grupo < 6 años (97,7 frente a 75,7%; p < 0,05) y también en sistema de polvo seco a favor del grupo > 6 años (43,2 frente a 14%; p < 0,05).

Conclusiones: Existen diferencias significativas en la medicación de control, con escasa implantación de CI LABAs, especialmente en asma persistente. El estudio muestra una importante implantación del montelukast a cualquier edad, disminuyendo con la misma, con diferencias significativas. No se encontraron diferencias significativas en el uso de inmunoterapia según gravedad.

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL ASMA Y SATISFACCIÓN DE LOS PADRES EN NIÑOS ASMÁTICOS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ. DATOS EXTRAÍDOS DEL ESTUDIO ESANIC

J.E. Sancha Pacheco y J.R. Fernández García

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España.

Objetivos: Describir datos epidemiológicos del asma en niños de Cádiz (provincia), estudios practicados y relación con el nivel de asistencia donde son controlados.

Material y métodos: Incluimos 80 niños de 1-12 años, afectados de bronquitis silbantes recurrentes o asma, estratificados por grupos (1-5 años) y (6-12 años), respectivamente. Desarrollo del estudio: cada investigador recogió datos de cuatro niños atendidos consecutivamente, en su consulta de APS, durante el periodo del estudio. Métodos estadísticos: para realizar el análisis final de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 11.0.

Resultados: La mayoría de los niños eran controlados por su pediatra de AP (52). Hubo un predominio de niños sobre niñas tanto en el grupo de 0 a 5 años (29-14) como en el de 6 a 12 años (21-16), siendo el total de 50 niños y 30 niñas. El hábitat era preferentemente urbano (59-21). El comienzo era antes del primer año el 52,5% del total, y antes del 2.º año, el 22,5%. En los exámenes complementarios practicados, una mayoría tenía realizados IgE total e IgE específica, siendo más frecuente en su control en APS que en hospital (61,3-23,8% para la IgE total) y (57,5-25% para la IgE específica). Tenía realizados pruebas funcionales respiratorias el 15% tanto en APS como en hospital. Por lo que respecta al diagnóstico y gravedad del asma, el 41,3% de los niños estaban diagnosticados de asma atópica, frente al 33,8% de asma infantil y el 12,5% de bronquitis asmática.

Conclusiones: El asma y las bronquitis sibilantes recurrentes tienen un impacto importante en las familias y el sistema sanitario. No parece existir unidad en el diagnóstico y seguimiento de los niños, diferentes según zona básica y especialista implicado. Estas diferencias son significativas según profesionales y zonas básicas en las pruebas de diagnóstico y tratamiento.

¿CÓMO SON NUESTROS SIBILANTES? DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ASMÁTICA DE UN CENTRO DE SALUD

F.J. Caro Contreras, M.C. López Cruz, P. Carrasco Sánchez, F. Vázquez Reyes y M.T. Martín-Arroyal

Centro de Salud Puerto de Santa María Sur. España.

Material y métodos: Recogemos los datos de clasificación y tratamiento de los asmáticos diagnosticados en 4 cupos de Atención Primaria del mismo Centro de Salud de Cádiz (5.591 niños, de ellos el 51,9% de hasta 6 años y el 48,1% mayores de 6 años).

Resultados: Se identifican 442 niños con diagnóstico de asma, prevalencia 7,90%. De ellos el 60% son niños y el 40% niñas, y el 55% menores de 6 años. Los alérgicos suponen el 42,8% de los asmáticos, de ellos el 65% son mayores de 6 años. Con respecto a su clasificación de gravedad, el 55% son episódicos ocasionales, el 26% episódicos frecuentes, el 19% persistente moderado y no hay persistentes graves. La distribución es diferente según la edad, predominando los grados leves en los menores y los persistentes en los mayores de 6 años. Cuando se relaciona con la presencia de alergia, en los que lo son predominan los estadios más severos que en los que no son alérgicos (X² p 0,002). Si se evalúan los fármacos usados, la inmunoterapia la usan el 39% de los alérgicos, el 70% se encuentra por encima de los 6 años, predominando la inmunoterapia sublingual (83%) frente a la subcutánea (17%). El 56,79% de los pacientes sólo usa tratamiento de crisis, el 16,97% sólo Montelukast, el 7,69% sólo corticoides inhalados, el 8,6% combinación de corticoides y Montelukast, el 4,75% corticoides con agonista beta 2 y el 5,2% combinación de corticoides con beta 2 y Montelukast.

Conclusiones: La prevalencia de sibilantes en la población pediátrica del Centro de Salud es menor de la referida según el último estudio ISAAC. Coincide, siendo más frecuente en el sexo masculino. La presencia de alergia es factor de riesgo para estadios más severos (p significativa). El 55% no requiere tratamiento de fondo.

ASMA OCUPACIONAL POR MADERAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Álava, J. Kilimajer, V. Fuentes-Aparicio, S. Infante, L. Zapatero y E. Alonso-Lebrero

Sección de Alergología. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: El asma ocupacional a maderas es bien conocida en población adulta. Sin embargo, es excepcional en población infantil debido a la infrecuente exposición a las mismas en esa franja de edad.

Caso clínico: Varón de 16 años, con antecedentes personales de dermatitis atópica y alergia a alimentos. En la actualidad presenta rinoconjuntivitis y asma por sensibilización a polen de gramíneas y epitelio de perro, síndrome de alergia oral a frutas (melón, kiwi y piña) y sensibilización a Anisakis simplex. Desde 2007 ha presentado varias crisis de asma en relación con la exposición a maderas en clases de tecnología del colegio. Ha presentado 3 episodios de asma en el último año tras haber aserrado y lijado madera de samba para la realización de un puzzle. En una de las ocasiones, de forma inmediata a la manipulación de la misma presentó urticaria de manos y antebrazos, sensación de falta de aire, tos y sibilancias. Asimismo, refiere sensación disneica cuando cortan en casa maderas para encender la chimenea. Se realizaron pruebas cutáneas en prick a madera de samba, roble, cerezo, encina, iroko, haya, abeto, chopo, pino, sapelli y conglomerado, resultando positivas para madera de samba (5 × 5 mm), roble (3 × 3 mm), sapelli (3 × 3 mm), chopo (2 × 2 mm) y conglomerado (4 × 4 mm). Se determinaron IgE total (320 KU/L) e IgE específica a madera de samba (72,4 KU/L).

Conclusiones: Presentamos un caso de alergia a maderas en el ámbito escolar. Podría considerarse el equivalente de un asma ocupacional no descrito previamente en población infantil. Destacamos

la importancia de una anamnesis detallada en la búsqueda de alérgenos poco comunes en población pediátrica.

VALOR PREDICTIVO DEL ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO (FENO) EN EL DIAGNÓSTICO DE BROCOESPASMO INDUCIDO POR EJERCICIO (BIE) EN NIÑOS ASMÁTICOS

M.F. Martín-Muñoz, D. Guillén, N. Carceller, T. Belver, M. Pedrosa, C. García, T. Boyano y S. Quirce

Hospital Infantil La Paz. Madrid. España.

Introducción: Los síntomas compatibles con BIE son frecuentes entre los niños asmáticos. El diagnóstico de certeza de esta entidad requiere de un test de esfuerzo que consume importantes recursos. El objetivo de nuestro trabajo fue valorar el valor predictivo de la FENO en niños con asma que refieren síntomas con el ejercicio.

Pacientes y métodos: Se incluyeron en el estudio niños diagnosticados de asma con función pulmonar normal. Se valora control del asma, alergia y sensibilización a inhalantes, FENO, espirometría basal, test broncodilatador y test de esfuerzo estándar en cinta rodante.

Resultados: Se incluyeron 30 niños con asma controlado excepto por referir síntomas compatibles con BIE. Dos pacientes fueron retirados del estudio por infección respiratoria coincidiendo con el test de esfuerzo. Veintiocho niños completaron el estudio, media de edad 10,8 años (6-17 años). Todos tenían una espirometría basal normal con un FEV1 superior al 96% con respecto a su valor teórico. Nueve pacientes mostraron un descenso del FEV1 superior al 10% tras finalizar el ejercicio. Tenían una media de FENO de 71 ppb (20-171 ppb). Todos referían síntomas tras exposición a más de 2 grupos de aeroalérgenos. El resto de los pacientes tuvo test de esfuerzo negativo. Todos ellos con test de broncodilatador negativo. La media de FENO en este grupo fue de 37 ppb (11-131 ppb). Todos, menos 2, mostraban síntomas respiratorios con más de 2 grupos de aeroalérgenos. Aunque los valores de la FENO estaban más elevados en los niños con test de esfuerzo positivo, son necesarios estudios más amplios que confirmen el valor predictivo de la FENO en el diagnóstico del BIE.

USO DE LA RED SOCIAL FACEBOOK COMO HERRAMIENTA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ASMA Y ALERGIA

S. del Río Prados, J. Contreras Porta, V. López Carrasco, P. de Diego Pardo, R. Heredia Revuelto y M.C. López Serrano

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: Las nuevas herramientas de la denominada Salud 2.0, como las redes sociales, facilitan notablemente la difusión de información y pueden complementar la actividad asistencial sanitaria. Cada vez se hace más necesario poner a disposición de los pacientes recursos web de calidad, es decir, "prescribir" referencias de Internet fiables. Nuestro objetivo ha sido desarrollar un instrumento de difusión de informaciones educativas útiles en alergia y asma, aprovechando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías, en concreto la red social más utilizada en nuestro país, Facebook, que permite buscar, compartir y difundir recursos para educar en autocuidados.

Material y métodos: El Grupo de Educación en Asma y Alergia (EDUCASMA) creó en febrero de 2010, a modo de experiencia piloto, una página en Facebook (<http://www.facebook.com/pages/EDUCASMA>) como medio de difusión de informaciones útiles en asma y alergia.

Resultados y conclusiones: En el año que lleva funcionando la página ha sido visitada en más de 5.000 ocasiones y cuenta con más de 600 seguidores entre pacientes, enfermeras, médicos y profesores. Se han incorporado los siguientes contenidos: 1. Información sobre talleres, cursos, reuniones científicas de interés, tanto para pacientes como para profesionales. 2. Vídeos educativos: "Ganar la

carrera al asma”, “Cuando el asma no se controla... ¿qué se puede hacer?”, etc. 3. Enlaces con otros sitios Web de sociedades científicas, asociaciones de pacientes, etc. 4. Guías de práctica clínica: GEMA, GALAXIA, etc. El elevado número de visitas y seguidores de esta página en Facebook nos indica el interés que despierta este tipo de iniciativas. Esto ha permitido: - crear un sitio web con información contrastada sobre asma y alergia. - Establecer relaciones y compartir experiencias con otros profesionales, (médicos, enfermeras, profesores, etc.), pacientes, asociaciones, etc. con intereses comunes. - Difundir actividades de educación para la salud.

“CECILIA CONTROLA SU ASMA”: CUENTO PARA ENSEÑAR UNA TÉCNICA RESPIRATORIA A LOS NIÑOS CON ASMA

J. Contreras Porta, A.I. Ochoa, A. Malagón, M.M. Domínguez, D. Segoviano y M. Sanjurjo

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Objetivo: Desarrollar una herramienta pedagógica orientada a enseñar y entrenar en niños una técnica de respiración y relajación para disminuir la ansiedad en los momentos iniciales de las crisis de asma.

Material y métodos: Se eligió el formato de cuento como medio más adecuado para la difusión de esta información en niños. Se contó con la colaboración de un equipo interdisciplinar en el que intervinieron, además del personal sanitario, expertos en cuentos, ilustración, locución y música. El cuento se distribuyó a través de asociaciones de pacientes y de la Web Inforespira.com

Resultados y conclusiones: Se elaboró el relato titulado “Cecilia controla su asma” cuyos protagonistas son una niña con asma (Cecilia) y su pediatra (la Dra. Bermúdez). Narra una historia en la que se desarrollan contenidos educativos orientados a mejorar el control del asma, tales como el uso adecuado de los medicamentos y la práctica de una técnica respiratoria para disminuir la ansiedad al comienzo de las crisis, facilitando así el uso más correcto de los inhaladores. También se elaboraron ilustraciones para atraer la atención del niño y se compuso una música acorde con el contenido. El cuento impreso se acompaña de un CD con el mismo texto locutado, para que pueda ser leído y/o escuchado. En la actualidad está siendo utilizado por personal sanitario, padres y educadores como herramienta de apoyo en educación sanitaria en asma. La acogida del cuento desbordó las previsiones en cuanto a la solicitud de copias por parte de las asociaciones de pacientes y de los profesionales de la salud, por lo que ha sido necesario realizar nuevas reimpresiones. También se hicieron eco de su publicación la prensa escrita, la radio y otros medios de comunicación.

EXPERIENCIA DE UN NUEVO PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA. “COLONIA DE FIN DE SEMANA PARA NIÑOS CON ASMA”

J.C. Cerdá, J.C. Juliá, M.J. Vidorreta, M.J. Pla, R. Félix, M.D. de las Marinas, M. Juncos y A. Martorell

Unidad de Alergia. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Objetivo: Desarrollar un programa educativo para niños con asma, en fin de semana, que sea un modelo fácilmente reproducible, útil, económico y que no interfiera con las actividades escolares y familiares, manteniendo un alto nivel de información.

Material y métodos: Han participado 22 niños, entre 7 y 15 años afectados de asma bronquial. El lugar elegido ha sido “Centro de Educación Ambiental y Turismo Rural, ACTIO”, situado en Alborache (Valencia). A todos ellos se les realizó un test sobre conocimientos básicos de asma, cuestionario de calidad de vida para niños con asma con actividades estandarizadas (PAQLQ(S)), antes de iniciar la actividad, al finalizar la colonia y 2 meses más tarde, así como un

cuestionario de satisfacción. Se desarrollaron actividades de educación sanitaria, lúdicas, culturales y deportivas.

Resultados: A lo largo del fin de semana, se pudo completar todo el programa. Los resultados de los tests objetivaron al acabar la colonia y 2 meses más tarde: un aumento de los conocimientos de asma en todas las áreas estudiadas: alergia/asma (1.º:18%), (2.º:11,5%) tratamiento/técnicas aplicación (1.º:20%), (2.º:17,8%), asma/deporte (1.º:11,5%), (2.º:9,3%). Los resultados de los cuestionarios de calidad de vida mostraron un incremento significativo (= 0,5 puntos) en todas sus áreas: limitaciones en las actividades, síntomas y aspectos emocionales, incremento que se mantuvo 2 meses más tarde. Todos presentaban un alto grado de satisfacción, referían haber aprendido algo nuevo y deseo por volver.

Conclusiones: Este programa educativo de fin de semana se ha mostrado muy eficiente, logrando que todos los niños participantes completen el programa, mejoren su calidad de vida, adquieran un alto nivel de conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento, con un costo razonable, manteniendo esta mejoría 2 meses más tarde.

¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS ALÉRGICOS A ALIMENTOS SOBRE LA INDICACIÓN Y TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE ADRENALINA IM?

C. González, P. Gamboa, I. Uriagereka, I. Rajado, N. Peris y S. Rosell

Unidad de Alergia Infantil. Hospital de Basurto. España.

Objetivo: Analizar el nivel de conocimientos de los padres de la indicación y técnica de administración de adrenalina IM.

Material y métodos: En nuestro hospital se realizó un estudio prospectivo de 81 pacientes con alergias alimentarias a los que se prescribió adrenalina IM. Se practicó encuesta sobre el conocimiento de los síntomas que precisan administración de adrenalina IM y se les evaluó la técnica de administración mediante simulador. Asimismo, también fueron evaluados los niños con edad superior a 10 años.

Resultados: De los 81 pacientes, 64 padres (74%) conocían cuándo debían administrar adrenalina IM, pero sólo 22 de ellos (27,2%) utilizaban correctamente la técnica mediante el simulador. El error a la hora de la administración que con mayor frecuencia cometían era tapar el agujero de la parte posterior con el dedo (40/81). En segundo lugar, no retirar el tapón de la parte posterior (32/81) y, por último, el pincharse ellos mismos (28/81). El lugar de la administración no era correcto en 8/81. De los 8 pacientes de más de 10 años que había, 7 (88%) de ellos sabían usar correctamente el simulador de adrenalina. De los 18 casos que habían tenido que utilizar adrenalina IM en el último año, 16 (88%) lo utilizaron correctamente.

Conclusiones: La mayoría de los padres (74%) con niños alérgicos a alimentos conocen las indicaciones de administrar adrenalina a sus hijos pero sólo un 27,2% lo hace correctamente. Los pacientes controlan mejor que sus padres la técnica de administración. La administración de adrenalina en el año previo mejora sustancialmente el conocimiento de técnica de utilización. El alergólogo infantil debe entregar por escrito las indicaciones y la técnica de administración en el momento del diagnóstico, que debe ser revisada frecuentemente por su pediatra.

IMPLICACIÓN DE LAS ALFA-GLIADINAS EN LA ALERGIA A CEREALES

L. Soto, C. Blasco, F. Pineda, B. Vila y A.M. Marín

Hospital Materno-Infantil Universitario Vall d’Hebron. Barcelona. España.

Caso clínico: Mujer de 15 años, estudiada en nuestras consultas por 3 episodios de anafilaxia, 2 de ellos en relación a cereales y

1 a ibuprofeno. Pruebas cutáneas de extractos comerciales a alimentos incluyendo arroz, cebada, centeno, trigo, maíz y gluten fueron negativas a excepción de avena $5^*4/7^*8$. IgE total 301 UI/ml, IgE específica a avena 30,60, trigo 4,48, centeno 3,50, cebada 3,99, gluten 4,90, antiomega-5 gliadina 0, maíz 0 y arroz 0 kU/L. Se realizó con el suero de la paciente IgE inmunoblotting sobre extracto de avena y de trigo reconociendo una serie de bandas comprendidas entre los 31-33 kDa correspondientes a la alfa-gliadina.

Conclusiones: Describimos un caso de anafilaxia por cereales muy probablemente inducida por cofactor. En nuestro caso la identificación de perfiles de bandas alrededor de los 31-33 KDa sugiere la implicación de las prolaminas de trigo insolubles en agua (p. ej., gliadinas, gluteninas). Hay pocos casos publicados de la relación de las alfa-gliadinas y se requieren más estudios para caracterizar epítomos IgE vinculantes de las alfa-gliadinas y su reactividad cruzada con otras gliadinas diferentes a las identificadas en casos anteriores (omega-5 gliadina).



Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



PÓSTERS

XXXV Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica

Granada, 5-7 de mayo de 2011

Pósters III

(Sábado, 7 de mayo, 09:00-10:30 h)

Moderadores: A. Mazón y M. Álvaro

LINFOMA MARGINAL ASOCIADO A INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMÚN. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. Caballero, M. Folqué, M. Piquer, E. Chapman, A. Plaza y M. Martín Mateos

Sección de Inmunoalergia pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción: La inmunodeficiencia variable común (IVC) es la más frecuente de las inmunodeficiencias primarias. Incluye manifestaciones como aumento de la susceptibilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y linfoproliferativas, que predisponen al desarrollo de linfomas con un riesgo 10 veces mayor que la población sana. Se estudian factores genéticos, disregulación inmune, estimulación antigénica persistente por infecciones virales como el virus Epstein Barr (VEB) para explicar esta relación.

Caso clínico: Varón de 12 años con diagnóstico de IVC a los 5 años con antecedentes de síndrome mononucleósico a los 4 años de vida con anticuerpos IgM e IgG positivos frente a VEB, otitis media aguda supurativa, conjuntivitis bacteriana y neumonías de repetición. En tratamiento sustitutivo con gammaglobulina endovenosa mensual. Presenta adenomegalias generalizadas recurrentes de 6 años de evolución. Biopsias ganglionares en 2 ocasiones con resultados compatibles con adenopatías reactivas. En el último año aumento de tamaño de las adenopatías con biopsia ganglionar que muestra linfoma no Hodgkin de bajo grado de tipo marginal. Inmunofenotipo positivo para antígenos de línea B CD20 y CD79. PCR positiva para VEB en muestra de ganglio. Estudio de extensión con negatividad en médula ósea y líquido cefalorraquídeo. En el rastreo PET-TC con abundantes adenopatías de características patológicas con estadio 3 de la clasificación internacional. Inicia tratamiento con monoterapia con rituximab con buena respuesta clínica, disminución del tamaño de las adenopatías y en control de estudio de PET-TC con reducción de la mitad de las adenopatías supra e infradiaphragmáticas con normalización de la captación.

Conclusiones: La vigilancia de infecciones virales crónicas en pacientes con IVC es una medida de prevención para el desarrollo de neoplasias. En el caso expuesto el linfoma marginal asociado a VEB se detectó a los 8 años de la primoinfección.

MASTOCITOSIS CUTÁNEA EN LACTANTE DE 4 MESES

J.A. Porto Arceo, A. Fuertes, A. Sánchez, E. Rodrigo y J. Moure González

Unidad de Alergia Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: Las mastocitosis son enfermedades poco frecuentes caracterizadas por proliferación y acúmulo de mastocitos (MCT), habitualmente en la piel, con o sin afectación de otros órganos. Las formas cutáneas son las más frecuentes en pediatría, siendo la urticaria pigmentosa con un 65%.

Caso clínico: Lactante de 4 meses que desde hace 1 mes presenta lesiones cutáneas maculopapulares de color rojo-marrónáceo, de tamaño variable y tendencia confluyente, muy pruriginosas, localizadas en cabeza, tronco y extremidades, respetando cara, algunas de ellas evolucionan a ampollas de contenido claro, que se erosionan formando costras, que al curar dejan hiperpigmentación residual persistente. Además, se evidenció áreas de piel engrosada amarillenta, alternadas con zonas de piel normal. Sin otra sintomatología. Exploración física: nada significativo salvo las lesiones cutáneas descritas, se evidencia un fenómeno de Kohebner y Signo de Darier positivos, sin afectación de mucosas. Exámenes complementarios: triptasa sérica: 76 mcgr/l (vn: < 13,5 mcgr/l). Biopsia cutánea: dermis papilar y media con áreas de edema, proliferación y acúmulo de MCT. Estudio inmunohistoquímico positivo para MCT. Estudio C-Kit: sin evidencia de mutaciones. Estudio de médula ósea: sin alteraciones histopatológicas, no evidencia de infiltración mastocitaria. Serie ósea, ecografía abdominal y cerebral: normales. Se inició tratamiento con información sobre factores desencadenantes, anti-histamínicos (H1 y H2), montelukast, con una pobre respuesta. Posteriormente se inicia tratamiento tópico con cromoglicato disódico en crema al 4%, con una respuesta muy favorable. **Conclusiones:** Presentamos un caso de mastocitosis cutánea en su forma de urticaria pigmentosa con formación de ampollas, hecho

más frecuente en la forma cutáneo-difusa. Destaca la respuesta favorable al cromoglicato disódico al 4%, evitándose el tratamiento con corticosteroides. Detallamos la importancia del diagnóstico precoz, la información detallada de los factores desencadenantes, del control exhaustivo por el riesgo de evolución a mastocitosis sistémica y de degranulación mastocitaria masiva.

CALPROTECTINA FECAL, UN MARCADOR ÚTIL EN ALERGIA ALIMENTARIA NO IGE MEDIADA

M.A. Guiu, N. Arana, D. Jiménez, G. López, A. Rodríguez y A. Ona
Hospital Alto Deba. Mondragón. España.

Introducción: El aumento de casos de alergia alimentaria no IgE mediada junto con la negatividad de los estudios complementarios, plantea la necesidad de encontrar otros marcadores para el diagnóstico. Diferentes estudios han demostrado la existencia de inflamación intestinal en esta patología. La calprotectina fecal (CPF) se ha demostrado útil para el diagnóstico y control evolutivo de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Objetivo: Valorar la utilidad de la CPF en el diagnóstico y control evolutivo de pacientes con alergia alimentaria no IgE mediada.

Material y métodos: Presentamos 2 casos de alergia a leche y 1 al trigo, en los que se utilizó la CPF en su estudio.

Casos clínicos: Caso 1: Lactante de 7 meses. Tras la primera toma de cereales con gluten, presenta llanto y diarrea acuosa. Se realiza prueba de provocación oral (PPO) con trigo con reaparición de síntomas. Tras dieta de exclusión a los 18 meses PPO positiva, CPF (345 mg/kg), normal tras supresión (< 16 mg/kg). Con 3 años PPO positiva y CPF (319 mg/kg), tras supresión (< 16 mg/kg). Marcadores de enfermedad celíaca (anticuerpos y estudio genético) negativos. Caso 2: Lactante de 3 meses con lactancia mixta que consulta por deposiciones diarreicas con sangre intermitente de 1 mes de evolución. Se determina CPF (110 mg/kg), tras dieta exenta de leche y derivados, desaparece la sintomatología y se normaliza la CPF (< 16 mg/kg). Caso 3. Lactante de 2 meses con lactancia artificial que consulta por estancamiento ponderal. Determinación de CPF positiva (83 mg/kg), tras dieta exenta, recuperación de la curva ponderal y negativización de la CPF (< 16 mg/kg). Con 14 meses tolera la leche de vaca (CPF negativa).

Conclusiones: La calprotectina fecal es un marcador no invasivo que ha demostrado ser útil en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con alergia alimentaria no IgE mediada. Son necesarios estudios más amplios para optimizar su utilización.

JOVEN CON SENSIBILIZACIÓN A PROTEÍNAS TRANSPORTADORAS DE LÍPIDOS (LTP)

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

Sección de Alergología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.

Objetivos: Las LTP o proteínas transportadoras de lípidos constituyen una familia de polipéptidos que están frecuentemente relacionadas con reacciones sistémicas y síntomas graves. Presentamos un paciente con alergia alimentaria en el que se demostró sensibilización a LTP.

Métodos: Mujer de 17 años con rinoconjuntivitis estacional, sin asma, de 2 años de evolución. Refiere urticaria diseminada tras manipular un melocotón, edema de labios al probar una ciruela con piel y prurito oral con cerezas, motivos por los que ha acudido siempre a un Servicio de Urgencias. Tras realizar una anamnesis detallada, se solicitaron pruebas cutáneas (prick) y determinación de IgE específica frente a diversas frutas, pólenes y LTP.

Resultados: El prick fue positivo para olivo, gramíneas, albaricoque, ciruela, cereza, fresa, manzana, melocotón y LTP. Se determinó IgE específica, siendo los resultados: ole e1: 0,72, profilina: 0,

polcalcina: 0, g213: 24,6, melocotón: 7,6, cereza: 5,71, ciruela: 2,9 y Prup3 LTP: 9,19. La paciente fue diagnosticada de sensibilización a diferentes frutas y sensibilización a LTP. Se le recomendó evitar aquellos frutos que relacionaba con la aparición de clínica, evitar la manipulación de la fruta con piel y tomar siempre la fruta pelada. Para control de sus síntomas nasales se le recomendó inmunoterapia con un extracto de gramíneas 100%.

Conclusiones: Presentamos una paciente sensibilizada a LTP y con una clínica predominante de síndrome de alergia oral. Es importante incidir en las medidas de evitación de las frutas implicadas en la clínica. Al acumularse las LTP en las capas más externas del fruto, la piel tiene una mayor capacidad alérgica, por lo que es recomendable evitar siempre la ingesta de la piel de la fruta, esté o no dicho alimento implicado en la clínica.

EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN COMUNITARIA PARA LA SALUD MEDIANTE UN "TALLER DE AUTOCUIDADOS PARA NIÑOS CON ALERGIA A ALIMENTOS"

P. de Diego Pardo, S. del Río Prados, R. Heredia Revuelto, V. López Carrasco, M.C. López Serrano y J. Contreras Porta

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: El Grupo de Educación en Asma y Alergia (EDUCASMA) fue invitado por la Asociación Española de Alérgicos a Alimentos y Látex (AEPNAA) a colaborar en un "Taller de autocuidados para niños con alergia a alimentos". Los objetivos de la actividad fueron: 1. Enseñar a los niños y sus padres a reconocer los síntomas de la reacción alérgica, evaluar la gravedad de los mismos y conocer las medidas a adoptar. 2. Mostrar el uso de los distintos dispositivos de tratamiento como autoinyectores de adrenalina, inhaladores y otros medicamentos para tratar una reacción alérgica, según su nivel de gravedad.

Material y métodos: Participaron 37 niños, entre 3 y 12 años, acompañados por sus padres. El taller se desarrolló en mayo de 2010 con la colaboración de diversos socios de AEPNAA, 4 enfermeras y 1 médico. Las actividades fueron grabadas en vídeo con los correspondientes consentimientos y posteriormente incluidas en páginas web de educación sanitaria.

Resultados y conclusiones: Se realizaron varias presentaciones educativas y juegos relacionados con los objetivos: 1. "Cuento de María": presentación en forma de cuento infantil para aprender a reconocer los primeros síntomas de las reacciones alérgicas y saber cómo actuar, por Sonia del Río (Enfermera de EDUCASMA). 2. "¿Qué es la alergia?": presentación de Nuria Bellido (Vicepresidenta de AEPNAA). 3. Campamento para niños con alergia alimentaria, por Lidia Torres (Socia de AEPNAA). 4. "Jugamos con las alergias": actividades educativas para entrenar en la discriminación de los alimentos que cada uno no puede comer, prácticas con autoinyectables de adrenalina, manejo de dispositivos de inhalación, etc. Desarrollados por padres y enfermeras. Esta experiencia aportó conocimientos, motivación y concienciación a los profesionales en su rol de educadores. También resultó muy gratificante tanto para los profesionales como para los miembros de AEPNAA, por la buena acogida y por su implicación en el taller.

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA ASOCIADA A ALERGIA ALIMENTARIA MÚLTIPLE MEDIADA POR IGE

M. Folqué Giménez, N. Llanos, J. Lozano, O. Domínguez, M.A. Martín Mateos y A. Plaza Martín

Sección de Inmunoalergia. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

Caso clínico: Varón de 6 años derivado para estudio de epigastralgias y disfagia. En biopsias de la mucosa esofágica se observa un infiltrado eosinofílico en toda la mucosa (195 eosinófilos/campo). Se

realiza cultivo de la mucosa gástrica que resulta positivo para *H. pylori*. Es diagnosticado de esofagitis eosinofílica (EE), reflujo gastroesofágico y gastritis por *H. pylori*. El paciente presenta 1.100 eosinófilos/mmcc en sangre periférica, IgE total de 399 KUI/L, alergia a leche, huevo, legumbres, pescados, carne de ave y ternera, kiwi, espinacas y aceite de girasol y sensibilización a marisco y frutos secos. Se insta una dieta exenta de estos alimentos y tratamiento erradicador de *H. pylori*. El paciente presenta una franca mejoría de la disfagia. Progresivamente se realizan pruebas de exposición controlada a varios alimentos con resultado positivo a lentejas, gamba, mejillón, gallo y merluza, al presentar clínica de vómitos inmediatos, urticaria y angioedema. A los 4 años del inicio se repite biopsia de la mucosa esofágica, en la que se objetiva una franca disminución del número de eosinófilos (3-15 eosinófilos/campo). También presenta rinitis y alergia a gramíneas. Se inicia inmunoterapia frente a gramíneas que se suspende por mala tolerancia. En la actualidad el paciente está totalmente asintomático a nivel digestivo y respiratorio y pendiente de probar nuevos alimentos. **Conclusiones:** Se presenta un caso clínico de EE, gastritis por *H. pylori*, reflujo gastroesofágico y alergia alimentaria múltiple mediada por IgE, que tras el tratamiento sintomático y la dieta de eliminación ha tenido una evolución excelente.

SÍNDROME ÁCAROS-GAMBA: REVISIÓN DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN LOS 10 ÚLTIMOS AÑOS

M. Escarrer Jaume, A. Madroño Tenor y M. Mora

*Centro de Salud San Agustín. Clínica Juaneda.
Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.*

Introducción: El síndrome ácaros-gamba está definido por la presencia de sintomatología respiratoria producida por alergia a ácaros y síntomas por la alergia a crustáceos. Se ha descrito la presencia de reactividad cruzada entre ambos. La tropomiosina es la responsable de dicha reactividad y sólo los sensibilizados a ésta podrían desarrollar síntomas.

Objetivo: Definir las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de los pacientes afectados de dicho síndrome.

Material y métodos: Estudio epidemiológico retrospectivo de los casos diagnosticados de sensibilización a ácaros y crustáceos en los últimos 10 años.

Resultados: Se recogieron 20 casos (14 varones, 6 mujeres). La edad media fue de 5,75 años. En el 90% de los casos existían antecedentes personales de atopia (dermatitis atópica 55%, asma 45%, rinitis 45%). El síntoma de debut más frecuente fue la urticaria (85%), seguido del angioedema (50%). El 100% de los pacientes estaban sensibilizados a ácaros. En todos los casos (excepto 1 que se diagnosticó por clínica) se demostró sensibilización a crustáceos por prick o RAST. El crustáceo más frecuente fue la gamba (95%). En 8 pacientes se detectó sensibilización frente a moluscos (4 mejillón, 4 calamar, 3 almeja, 1 pulpo). En algunos pacientes se determinó Der P10, que fue positivo en todos.

Conclusiones: En nuestra casuística la mayoría de los niños debutaron con urticaria y angioedema. El crustáceo más frecuentemente implicado fue la gamba. En todos los casos había una correlación clínica clara. Llama la atención que en 3 casos se trataba de lactantes que ya se habían sensibilizado a crustáceos.

ANAFILAXIA POR ABSORCIÓN TÓPICA DE PROTEÍNAS DE HUEVO. COMA EN LACTANTE

C. González, P. Gamboa, A. Arbeloa, T. Intxausti, I. Anguiano e I. Quílez

Unidad de Alergia Infantil. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Introducción: Se considera criterio clínico diagnóstico de alta probabilidad de anafilaxia la presentación de cuadro cutáneo o mucoso

asociado a clínica respiratoria, digestiva o cuadro de hipotensión manifestada como cuadro neurológico.

Caso clínico: Lactante de 15 meses que acude a urgencias por cuadro neurológico de coma y angioedema labial y periorbitario. Como antecedente refería una quemadura de 2.º grado en extremidad superior derecha y región anterosuperior del tórax (superficie corporal quemada 4%). Exploración: obnubilado. Escala Coma de Glasgow 10 meninges negativos. Hemodinámicamente estable, FC 147 lpm. TA: 100/60 mmHg. No distrés respiratorio. Afebril. Con la sospecha de cuadro de anafilaxia se administra oxigenoterapia, expansión de suero salino fisiológico (10 cc/kg), corticoide intravenoso y 2 dosis de adrenalina intramuscular. Estabilizado el paciente, se completa historia clínica donde se recoge la administración tópica de huevo crudo sobre la quemadura. Previamente habían introducido huevo cocido en la dieta, con tolerancia normal. Ante la sospecha de anafilaxia se solicita IgE específicas a proteínas de huevo y triptasa sérica. La IgE específica es positiva a clara (0,95 KU/L) y a ovoalbúmina (1,04 KU/L), con ovomucoide por debajo de 0,34 KU/L (0,25 KU/L). PRICK clara 6X6, ovoA 7X7 ovoM 2X2. La triptasa sérica dentro de las primeras 3 horas es de 48,3 mcg/L y a las 24 h de 3,4 mcgr/L.

Conclusiones: Ante un lactante con coma neurológico, una de las posibilidades diagnósticas es un cuadro de anafilaxia. Este diagnóstico se confirma mediante niveles elevados de triptasa en las primeras 3 h del cuadro y normalización a partir de las 6 h. Es posible la absorción tópica de proteínas de huevo en casos de pérdida de barrera cutánea. La negatividad de las pruebas, tanto in vivo como in vitro, a ovomucoide explica la tolerancia alimenticia al huevo cocido.

ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE GRANADA EN LOS AÑOS 2009-2010 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (ESTUDIO DESCRIPTIVO)

J. Mora Vallengano, S. García Linares, R. Sánchez Navarro, R. Ruiz Requena y E. Redondo Ruíz

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Objetivo: El objetivo de nuestra investigación es conocer el número de estudios de alergias a las proteínas de la leche de vaca (PLV) solicitadas a nuestro servicio durante los años 2009-2010. A su vez, determinar la proporción de pacientes positivos a las distintas fracciones de dichas proteínas.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de todas las solicitudes recibidas en el área de rutina del HUSC durante los años 2009-2010, utilizando como analizador un InmunoCAP 250 (Phadia). La metodología empleada para la medición fue ELISA fluorimétrico (si f2: leche de vaca sale positivo, se hacen las determinaciones de f76: alfa lactoglobulina, f77: beta lactoglobulina y f78: caseína). Se obtuvo una base de datos de todas las peticiones analizadas a partir del programa informático OMNIUM de Roche. Los datos se agruparon en función del rango de edad y del sexo.

Resultados: Se analizó un total de 1.383 peticiones entre los 2 años. De éstas, 703 correspondían a 2009, de las cuales un 55% eran hombres. En 2010 se solicitaron 680 peticiones, siendo un 50% hombres. Al analizar los datos pormenorizados teniendo en cuenta la positividad a las distintas fracciones de la proteína se observó un aumento en la proporción de positivos a la beta lactoglobulina (f77) de 2009 a 2010 para un rango de edad.

Conclusiones: Se observó un discreto descenso en las solicitudes realizadas a nuestro servicio de 2009 a 2010. Sin embargo, observamos un aumento en la positividad para la beta lactoglobulina (f77) en el rango de edad de 0-10 años. El rango de edad que se encuentra principalmente asociado a alergia a PLV es el comprendido entre 0-5 años.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA SEROLOGÍA EN LA ENFERMEDAD CELÍACA DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA

S. García Linares, J. Mora Vallellano, R. Sánchez Navarro, R. Ruiz Requena y E. Redondo Ruiz

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Objetivos: Los niveles de anticuerpos (AC) antigliadina (AGD), antitransglutaminasa (ATG) y antiendomiso (EMA) están en la base diagnóstica y en el control evolutivo de la enfermedad celíaca (EC), proceso patológico de carácter autoinmune cuya prevalencia en nuestro medio oscila entre 1/118 en población infantil y 1/398 en población adulta. Es nuestro objetivo realizar un estudio descriptivo de las determinaciones serológicas (AC AGD, ATG y EMA) realizadas en el HUSC en población pediátrica durante los años 2009 y 2010.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de las solicitudes recibidas en el área de rutina del HUSC; de entre ellas se seleccionaron las pertenecientes a pacientes comprendidos entre 0 y 15 años en los que se registraron los resultados obtenidos para anticuerpos AC AGD, ATG y EMA, se analizaron por separado los datos obtenidos para cada uno de los anticuerpos. El analizador empleado para las determinaciones de AC AGD y ATG fue un ImmunoCAP 250 (Phadia) con técnica de enzimoimmunoensayo. Los AC EMA fueron analizados con inmunofluorescencia indirecta (IFI).

Resultados: Para cada anticuerpo se obtuvo el porcentaje de positivos y la distribución de los mismos por sexo y edad, se analizaron los porcentajes de positivos para 2 y para los 3 AC asociados.

Conclusiones: A pesar de ser la EC una enfermedad con mayor prevalencia entre la población femenina (2:1), en nuestro medio se observa que la positividad serológica es mayor entre la población masculina. El porcentaje de positivos es escaso, por lo que se debería investigar las causas que motivan la solicitud de estos parámetros desde las consultas de pediatría o de atención especializada. Habría que investigar también la correlación de la positividad serológica con la positividad de biopsia y la asociación con manifestaciones clínicas.

IMPLICACIÓN DE LAS ALPHA-GLIADINAS EN LA ALERGIA A CEREALES

L. Soto, C. Blasco, F. Pineda, B. Vila y A.M. Marín

Hospital Materno-Infantil Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: La alergia asociada a cereales es un serio problema en nuestro medio ya que son alimentos esenciales en la dieta diaria. Las proteínas del trigo y otros cereales están compuestas por una parte soluble (albúminas y globulinas) y otra parte insoluble, las prolaminas (gliadinas y gluteínas). La parte insoluble se asocia a la anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de trigo y otros cofactores.

Caso clínico: Mujer de 15 años, estudiada en nuestras consultas por 3 episodios de anafilaxia, 2 de ellos en relación a cereales y 1 a ibuprofeno. Pruebas cutáneas de extractos comerciales a alimentos incluyendo arroz, cebada, centeno, trigo, maíz y gluten fueron negativas a excepción de avena 5*4/7*8. IgE total 301 UI/ml, IgE específica a avena 30,60, trigo 4,48, centeno 3,50, cebada 3,99, gluten 4,90, antiomega-5 gliadina 0, maíz 0 y arroz 0 kU/L. Se realizó con el suero de la paciente IgE inmunoblotting sobre extracto de avena y de trigo, reconociendo una serie de bandas comprendidas entre los 31-33 kDa correspondientes a la a-gliadina.

Conclusiones: Describimos un caso de anafilaxia por cereales muy probablemente inducida por cofactor. En nuestro caso la identificación de perfiles de bandas alrededor de los 31-33 kDa sugiere la implicación de las prolaminas de trigo insolubles en agua (p. ej., gliadinas, gluteninas). Hay pocos casos publicados de la relación de

las a-gliadinas y se requieren más estudios para caracterizar epítopos IgE vinculantes de las a-gliadinas y su reactividad cruzada con otras gliadinas diferentes a las identificadas en casos anteriores (φ -5 gliadina).

SENSIBILIZACIÓN ALÉRGICA A COMPONENTES PROTEICOS DEL GLUTEN EN NIÑO CON ENFERMEDAD CELÍACA Y SÍNTOMAS DE ALERGIA EN LA PANADERÍA

M.C. Escudero, A. Ledesma, V. García, I. Cuartero, E. Beneyto, M. Terrasa y A. Cepillo

Alergia Infantil. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Desarrollo Bioquímico. Laboratorios ALK Abelló. España.

Introducción: La enfermedad celíaca es una intolerancia a las proteínas del gluten denominadas prolaminas, que se da en sujetos genéticamente predispuestos. El tratamiento es un régimen estricto sin gluten. Se presenta un niño celíaco con dieta sin gluten que presenta síntomas de alergia en la panadería.

Caso clínico: Niño de 9 años, diagnosticado de enfermedad celíaca a los 12 meses por fallo de medro. Introducción del gluten a los 9 meses. Anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa tisular positivos y atrofia vellositaria intestinal. Dieta exenta de gluten. Desde los 7 años refiere rinitis en primavera. Consultan en noviembre de 2010 por rinitis, tos y dificultad respiratoria en varias ocasiones diferentes al entrar en una panadería con mejoría al salir al exterior. Prick positivo: olivo, gramíneas, cynodon, salsola, chenopodium, plátano, artemisa, ácaros, LTP (Pru p3), polcacina. Profilina: negativo. Harinas: trigo, cebada, centeno: positivas. Prick gluten: positivo, gliadina: negativo. Inmunoblotting a harina de trigo, gluten, gliadina: se observan bandas con capacidad de fijar IgE en el extracto de gluten y harina de trigo, no se observa señal en el extracto de gliadina. Las bandas reconocidas (peso molecular 30-60 kDa) probablemente correspondan a componentes proteicos de gluten.

Conclusiones: Son muchas las sustancias que componen la harina de cereales que pueden actuar como alérgenos. El inhibidor del alfa-amilasa, ácaros, etc. se han descrito como causas de asma del panadero. Los componentes de la gliadina están implicados en la alergia alimentaria. El caso clínico presentado tiene interés por tratarse de un paciente celíaco con síntomas de probable alergia a cereales por vía inhalatoria en el que hemos detectado una sensibilización a componentes del gluten diferentes a la gliadina. No podemos concluir que esta sea la causa principal de los síntomas del paciente, el cual ha evitado acudir a panaderías y permanece asintomático.

ALERGIA A LECHE DE OVEJA Y CABRA CON TOLERANCIA A LECHE DE VACA

A. Moreno-Fernández, C. Figueroa, J.M. Mira, F.J. Ruiz-Hornillos, A. Henríquez, G. Serna y J. Asensio

Hospital Virgen de la Luz. España.

Introducción: La causa de alergia alimentaria más frecuente durante los 2 primeros años de vida son las proteínas de leche de vaca. No es habitual encontrar pacientes en los que no exista reactividad cruzada entre leche de distintos mamíferos.

Caso clínico: Niño de 12 años, con antecedentes de rinoconjuntivitis por hipersensibilidad a polen de gramíneas y olivo, que en repetidas ocasiones desde hace 3 años, a los 15 min de la ingesta de queso de oveja y/o cabra presenta cuadro de prurito, eritema y habones generalizado. Sin otra sintomatología acompañante. Tolerancia a la leche de vaca. Se realizó pruebas cutáneas: pricks para leche de cabra, leche de oveja y para leche de vaca y sus proteínas (alfalactoalbúmina, betalactoglobulina y caseína). Se practicó cuantificación de IgE total e IgE específica (CAP) para leche de cabra, oveja,

vaca y sus proteínas anteriormente mencionadas. Se realizó tests de provocación oral controlada con leche de vaca y cabra.

Resultados: Prick positivos para leche de cabra (5×4 mm) y oveja (4×4 mm). Prick negativos para leche de vaca, alfa lactoalbúmina, betalactoglobulina y caseína. IgE total 125 kU/L. IgE específica para leche de cabra 29,6. IgE específica para leche de oveja 31,1. IgE específica $< 0,35$ para leche de vaca, alfa lactoalbúmina, betalactoglobulina y caseína. Positiva con leche de cabra (15 ml): urticaria generalizada a los 30 min de la ingesta. Provocación oral controlada con leche de vaca (250 ml): negativa.

Conclusiones: Presentamos un caso de tolerancia a leche de vaca en un paciente con urticaria por hipersensibilidad a leche de cabra y oveja.

CAMBIOS EN CÉLULAS T REGULADORAS (TREG) TRAS PROTOCOLO DE INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL EN ALERGI A ALIMENTOS

V. Fuentes-Aparicio^a, E. Alonso-Lebrero^a, L. Zapatero Remón^a, S. Infante Herrero^a, M.A. Muñoz Fernández^b y R. Correa-Rocha^b

^aSección de Alergia Infantil. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. ^bLaboratorio de Inmunobiología Molecular. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivo: La inducción de tolerancia oral específica (SOTI) es una terapia prometedora en la alergia alimentaria, pero poco se conoce sobre el mecanismo responsable del éxito de este tratamiento. Las células T reguladoras (Treg) han demostrado jugar un papel clave en el control de los procesos alérgicos en modelos animales y personas adultas, pero existen pocos datos sobre el papel de estas células en el sistema inmune de niños. El objetivo de este estudio es investigar el papel de las Treg en la inducción de la tolerancia en niños con alergia a huevo y leche.

Material y métodos: Se determinó mediante citometría de flujo el porcentaje y los valores absolutos de distintas poblaciones inmunes, incluyendo las Treg, en muestras de sangre periférica de 30 niños con alergia a huevo o a leche antes, durante y tras la terapia SOTI.

Resultados: Los niños tratados con SOTI experimentaron un aumento en el porcentaje de Treg (de $8,44 \pm 0,33$ a $9,65 \pm 0,65$) y un aumento en el número absoluto de células Treg por microlitro de sangre (de $83,92 \pm 5,29$ a $94,54 \pm 8,07$). Se observa que los valores de Treg aumentaron progresivamente desde el inicio de la terapia hasta que se alcanzó la tolerancia al alérgeno. Además, también se estudiaron otras poblaciones inmunes incluyendo basófilos, linfocitos, monocitos y granulocitos.

Conclusiones: Los resultados apuntan a que las células Treg podrían desempeñar un papel clave en la inducción de tolerancia a alérgenos alimentarios en niños. El incremento de Treg observado tendría un efecto supresor sobre el sistema inmune, disminuyendo la reacción alérgica y favoreciendo la tolerancia al alérgeno. Estos resultados contribuyen a un mejor conocimiento de los mecanismos implicados en SOTI, y podrían ayudar a aumentar la eficacia de esta terapia mediante tratamientos que favorezcan la función supresora de las células Treg.

ALERGI A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA

N. Saldaña García, J. Torres Borrego y L. Rueda García

Unidad de Neumología y Alergia Pediátricas. Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y sus Especialidades. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Objetivos: Evaluar las características de una muestra de niños con alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV).

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre una muestra de pacientes con sospecha de APLV durante el período junio 2009-diciembre 2010.

Resultados: 69 pacientes (55% varones). Edad de consulta mediana 5 meses (rango 1-72) Edad de presentación: mediana 3 meses (rango 15 días-vida 18 meses). Antecedentes personales: todos eran nacidos a término (39% mediante cesárea), duración media de lactancia materna: 5,5 meses. El 60% recibió alguna toma de biberón los primeros días. Comorbilidades: 19% dermatitis atópica, 9% sibilancias-asma. 20% asociaba alergia a otro alimento (14% al huevo). Antecedentes familiares positivos para atopia en uno o ambos progenitores en el 61% y en al menos un hermano el 43%. Clínica de presentación: síntomas cutáneos 97% (63% urticaria generalizada), digestivos 30%, respiratorios 7,2%. Hubo 2 casos de anafilaxia. Prick cutáneos > 3 mm. Visita inicial ALA 75%, BLG 80%, caseína 78%. Previo a la tolerancia ALA 71%, BLG 80%, caseína 75%. IgE específicas $> 3,5$ KU/L: visita inicial ALA 24,5%, BLG 25%, caseína 36,4%. Previo a la tolerancia ALA 15%, BLG 7,7%, caseína 19,5%, existiendo una asociación significativa inversamente proporcional entre el valor de caseína y la probabilidad de tolerancia (Pearson Chi-Square 0,002). Se encontró discrepancia prick-cap en el 31%. El 74% toleró: 50% < 2 años, 40% entre 2 y 5 años, 20% > 5 años.

Conclusiones: Perfil: varón de 3 meses nacido a término (frecuentemente por cesárea), que recibió alguna toma los primeros días. No encontramos diferencias entre el prick inicial y el final, pero sí una disminución de los valores de IgE específica, que en el caso de la caseína son estadísticamente significativos. Sería necesario ampliar la muestra para llegar a resultados más concluyentes.

EVOLUCIÓN DEL ESTUDIO ALÉRGICO EN LA INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL CON LECHE DE VACA

J. Viada, A. Maraña, S. Quevedo, P. Ambrona, M. Rico, T. Bracamonte y L. Echeverría

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. España.

Objetivo: Estudiar la evolución del estudio alérgico durante el seguimiento en pacientes sometidos a inducción de tolerancia oral con leche de vaca (ITO).

Material y métodos: Estudiamos 41 pacientes con alergia IgE mediada demostrada por prueba de provocación oral en los que realizamos tratamiento con ITO (inicio hospitalario, incremento en consulta y mantenimiento domiciliario). Se analiza la evolución de valores de prick test e IgE específica a distintas proteínas de la leche de vaca.

Resultados: Mediana de edad: 7 años (2-16). Prick test al inicio: alfa lactoalbúmina (ALA): 9 mm (2-17), betalactoglobulina (BLG): 6 mm (2,5-14), caseína: 6,5 mm (0-17), leche de vaca: 9 mm (0-16,5). IgE específica al inicio: ALA: 4,53 KU/L (0,33-94,8), BLG: 2,16 KU/L (0,12-100), caseína: 10,7 KU/L (0,5-344). Prick test al terminar ITO: ALA: 5,5 mm (0-14), BLG: 5 mm (0-10), caseína: 4 mm (0-12,5), leche de vaca: 5,25 mm (2-11). IgE específica: ALA: 6,38 KU/L (0,44-75,2), BLG: 3,85 KU/L (0,32-100), caseína: 6,54 KU/L (0,4-286). Prick test al año: ALA: 5,5 mm (0-15), BLG: 2,5 mm (0-8,5), caseína: 3,75 mm (0-10), leche de vaca: 5 mm (0-19). IgE específica: ALA: 3,39 KU/L (0,74-49,5), BLG: 1,89 KU/L (0,38-58,8), caseína: 3,57 KU/L (0,28-78,6). Se encuentra un descenso significativo de los valores de Prick test a todas las proteínas tanto al final de la ITO como al año de concluir la. Existe un descenso significativo de la IgE específica a caseína inicial al terminar el tratamiento y al año de concluirlo, no existiendo dicha diferencia para la ALA y BLG.

Conclusiones: 1. Existe una tendencia a la disminución de los valores del prick test a la ALA, BLG y caseína al terminar la ITO, que es más marcado al año de concluir la. 2. Existe una tendencia a la disminución de los valores de IgE específica a caseína al terminar la ITO y al año de concluir la.

INDUCCIÓN DE TOLERANCIA SIMULTÁNEA A LECHE Y HUEVO: ANÁLISIS DE UN CASO

B. Navarro, A Claver, T. Garriga, E. Botey, S. Nevot y A. Cistero-Bahima

Servicio de Alergia. Institut Universitari Dexeus. UAB. Barcelona. España.

Introducción: Los tratamientos de inducción de tolerancia oral (ITO) se perfilan como la opción terapéutica que permite mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir los riesgos de reacción accidental. En los casos en que existe alergia a más de un alimento común en la dieta, puede ser preciso realizar los tratamientos sin intervalo de tiempo, acortando la duración del proceso.

Caso clínico: Niño de 5 años diagnosticado de alergia IgE mediada a leche y huevo (clínica cutánea y digestiva) con test cutáneos e IgE específica: caseína 4,56 KU/L, betalactoglobulina 4,75 KU/L, clara 14,7 KU/L, ovomucoide 4,47 KU/L. Antecedentes de prueba de provocación positiva con 5 ml de leche 6 meses antes (dolor abdominal y erupción cutánea inmediata). En febrero de 2009 se inicia ITO a leche de vaca (pauta SEICAP), tras alcanzar 20 ml, planteamos ITO huevo, mediante la introducción de huevo elaborado, con el fin de facilitar la rutina familiar (revisión de etiquetado). La provocación con bizcocho y rebozado fue negativa. Las primeras tomas de huevo en domicilio produjeron dolor abdominal inmediato, cediendo al aumentar la frecuencia de las tomas. Tras la introducción del huevo, completó la tolerancia a leche sin incidencias ni síntomas en domicilio. Seis meses después de finalizar el tratamiento de leche, se realiza el control evolutivo. Tolera leche y derivados (yogur, queso) y se va introduciendo yema cocida sin incidencias. El control analítico refleja disminución considerable (caseína 2,68 KU/L, betalactoglobulina 2,95 KU/L, clara 7,23 KU/L, ovomucoide 2,29 KU/L).

Conclusiones: La evolución de nuestro paciente plantea la posibilidad de realizar el tratamiento de ITO con 2 alimentos de forma simultánea. A pesar de no haber alcanzado la tolerancia completa al huevo, se ha cumplido nuestro objetivo en el momento de inicio de la pauta: facilitar la rutina diaria a la familia y disminuir el riesgo de reacciones por contactos accidentales ante mínimas cantidades.

EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LA ALERGIA AL MARISCO EN PEDIATRÍA

I. Iglesias, M. Bosque, L. Valdesoiro, M. González, J. Costa, O. Asensio, H. Larramona y R. Grau

Hospital de Sabadell. Barcelona. España.

Introducción: La alergia al marisco supone un 5,4% de la alergia alimentaria en los niños (crustáceos 3,8% y moluscos un 1,6%). Muchos de los alérgicos al marisco están también sensibilizados a los ácaros, insectos o nematodos ya que comparten las tropomiosinas como alérgeno.

Objetivo: Conocer cuáles son las clases de mariscos que se encuentran implicados con más frecuencia en reacciones alérgicas y describir las características clínicas de los pacientes alérgicos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes de CCEE de Alergia Pediátrica diagnosticados de alergia a crustáceos y/o moluscos mediante CAP test = 2 KU/L y/o prick test positivo y/o prueba de provocación oral compatible, desde 2005 a 2010. Se ha recogido el sexo, edad al diagnóstico, IgE total al diagnóstico, clínica al diagnóstico y clínica de atopia.

Resultados: Se han diagnosticado 27 pacientes, siendo varones 20 (74%). La edad media de diagnóstico fue de 7,2 años (2-16 años). Están sensibilizados a más de una clase de marisco 16 de los pacientes estudiados (60%). El marisco al que con más frecuencia se ha objetivado alergia es la almeja, 17 (63%). La clínica de presentación más habitual fue la cutánea en 21 casos (78%). La IgE total al diagnóstico fue de media 628 UI/mL. El 67% están sensibilizados a ácaros. El 75% de los pacientes presenta asma.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes alérgicos a marisco presentan sensibilización a otras clases de marisco y/o ácaros.



Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



JORNADA DE ENFERMERÍA

XXXV Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica

Granada, 5-7 de mayo de 2011

Comunicaciones Orales I (Sábado, 7 de mayo, 09:45-10:30 h)

Moderadora: M.I. Aguirre

ESTUDIO DE SEGURIDAD Y EFICACIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRATADOS CON INMUNOTERAPIA CON PAUTA RUSH

J. Bové Martí, M.A. Caballero Rabasco, R.M. Busquets Monge, M.A. Galdeano Ruiz de Larramendi y M. Dias da Costa

Al·lèrgia Pediàtrica. Hospital d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia. Barcelona. Pneumologia i Al·lèrgia Pediàtrica. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Objetivos: Describir los resultados sobre adherencia y seguridad en la inmunoterapia específica con extractos de *Dermatophagoides* (Purethal Hal Allergy) usando la pauta rápida (rush).

Material y métodos: Se incluyeron 31 pacientes entre 5 y 17 años con una media de edad de 10 años con alergia respiratoria a *Dermatophagoides*. La distribución por sexo correspondió a 24 varones (77,4%) y 7 mujeres (22,6%). Fueron tratados con extractos de alergoides de *Dermatophagoides pteronyssinus* 50% y *Dermatophagoides farinae* 50% estandarizado biológicamente mediante una pauta donde se alcanzó la dosis de mantenimiento en el primer día de tratamiento tras 2 inyecciones de 0,2 y 0,3 ml con un intervalo de 30 min. Posteriormente se continuaba con dosis de mantenimiento mensual de 0,5 ml realizada en su ambulatorio.

Resultados: De los 31 pacientes, 21 (67,6%) fueron diagnosticados de rinoconjuntivitis y asma extrínseca, 5 (16,2%) exclusivamente de rinoconjuntivitis y 5 (16,2%) exclusivamente de asma extrínseca. Todos alcanzaron las dosis de mantenimiento excepto en un caso, que no siguió los controles habituales y sólo en 5 casos se observaron reacciones locales de grado I que no precisaron tratamiento con posterior tolerancia de las dosis de mantenimiento y con disminución progresiva de la clínica alérgica.

Conclusiones: La tolerancia de la pauta rush es buena y segura, por lo que podría usarse para reducir el tiempo necesario para alcanzar

la dosis eficaz de mantenimiento y mejorar la adherencia a la inmunoterapia.

EFICACIA Y TOLERANCIA DEL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

S. del Valle Fernández y M. Llevot López

Servicio de Inmunoalergia. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

Objetivo: Valorar la eficacia y tolerancia del tratamiento con omalizumab según la percepción del paciente pediátrico.

Material y métodos: Inclusión de 22 pacientes de entre 6 y 18 años con tratamiento de Xolair. Se excluyeron del estudio aquellos niños que llevaban menos de 4 meses con este tratamiento. Creación de una encuesta, recogida de datos y valoración de los siguientes ítems: dosis que llevan pautada e intervalo de administración, tiempo desde que iniciaron el omalizumab, reacciones locales y sistémicas manifestadas, valoración de 0 a 10 de la mejoría clínica y de 0 a 5 del impacto del tratamiento en cuanto a dolor y molestias por ir al hospital, entre otras.

Resultados: El 36% de los pacientes pediátricos ha presentado reacciones locales, el 88% de las cuales eran reacciones inflamatorias, mientras que ninguno de ellos ha manifestado ninguna reacción sistémica. La media de la percepción de la mejoría clínica de los niños estudiados ha sido de 7,9 (min. 5 y max. 10). El 41% de los pacientes ha disminuido la medicación de base dada esta mejoría. La dosis máxima administrada de forma mensual es de 1.050 mg, mientras que la mínima es de 150 mg, de aquí que al 70% se le realice más de 1 pinchazo diario. El 45% prefiere una administración subcutánea de esta medicación de forma rápida frente al 40% que la prefiere lenta. Tan sólo 3 pacientes muestran indiferencia.

Conclusiones: Se observa que el tratamiento de omalizumab en pacientes pediátricos es seguro, efectivo y bien tolerado. Todos los pacientes estudiados refieren estar muy contentos con este tratamiento y ninguno de ellos lo dejaría a pesar de aumentar el número de administraciones diarias a partir de la nueva comercialización de las jeringas precargadas.

POSIBLE HIPERSENSIBILIDAD AL TOXOIDE DIFTÉRICO: RESTABLECIMIENTO DE UN PROBLEMA DE SALUD

M.C. López, A. Monllau, M.A. Baltasar y R. Guspi

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV). España.

Objetivo: El antecedente de una reacción adversa frente a una vacuna puede interrumpir el calendario vacunal durante la primera infancia. Presentamos el caso de una niña de 2 años remitida para valoración de reacción cutánea tras la administración de profilaxis pasiva contra: difteria-tétanos-pertussis (DTP) Infanrix® (toxoides diftérico, toxoide tetánico, antígenos pertussis, excipientes), Hemophilus B, Hiberix® (polisacárido de *Haemophilus influenzae* tipo B conjugado con toxoide tetánico, excipientes), poliomiélitis, vacuna antipoliomielítica Berna Inactivada® (virus poliomiélitis inactivados, excipientes) y meningococo C (MC) Menjugate® (oligosacárido de *Neisseria meningitidis* conjugado con proteína de *Corynebacterium diphtheriae*, excipientes). Exponemos la metodología diagnóstica y terapéutica seguida en este caso, así como la planificación de cuidados de enfermería.

Material y métodos: Valoración y planificación individualizada de la atención integral, aplicando las guías de práctica clínica, los protocolos de intervención y plan de cuidados. Historia clínica y pruebas diagnósticas: analítica, pruebas cutáneas y epicutáneas. Intervención terapéutica: desensibilización al toxoide diftérico-tetánico.

Resultados: Las pruebas cutáneas con las vacunas implicadas y con gelatina resultaron positivas inmediatas para DTP y MC (negativas en 3 controles sanos), siendo negativas para el resto de productos. Las pruebas epicutáneas con sulfato de neomicina 25% en vaselina (Vas), polimixina B 3% Vas, formaldehído 1% en agua, thiomersal 0,1% Vas fueron negativas. IgE sérica total 89 UI/mL, IgE específica para toxoide tetánico 0,29 kU/L, IgG específica para toxoide tetánico 0,90 UI/mL. Ante la imposibilidad de obtener ambos toxoides por separado, decidimos realizar una pauta de desensibilización a toxoide diftérico-tetánico que la niña completó sin reacciones adversas significativas. Posteriormente, los niveles de IgG específica para *Clostridium tetanii* fueron de 3,16 UI/mL y para *C. diphtheriae* de 2 UI/mL, resultando una correcta inmunización.

Conclusiones: Resulta importante evaluar el problema de salud empleando guías de práctica clínica, planificar y prestar cuidados de enfermería para lograr el restablecimiento del mismo.

PAUTA DE INMUNOTERAPIA ORAL A LA LECHE EN EL HOSPITAL DE DÍA DE PEDIATRÍA

M. Selvas, A. Sánchez-Barba, M. Piñar, S. Loureda, C. García-Milian y P. del Bas

Hospital de Sabadell. CPT:UAB. Barcelona. España.

Introducción: La alergia alimentaria es la causa más frecuente de anafilaxia en niños, siendo la leche de vaca uno de los principales alérgenos implicados en Europa. Es un problema importante de salud pública.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el hospital de día de pediatría respecto a la inmunoterapia oral (ITO) a la proteína de leche de vaca (PLV) en niños con antecedentes de anafilaxia por alergia severa a la leche tratados con omalizumab.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio niños/as de entre 5 y 17 años con APLV, IgE elevada, CAP y prick positivos a leche, que

habían presentado un episodio de anafilaxia 1 mes antes de iniciar tratamiento con omalizumab. Se tratan con omalizumab durante 24 semanas y al cabo de este período se realiza un prick. Si prick ≤ 6 mm se inicia protocolo de ITOPLV. Protocolo: ingresa el niño/a en el hospital de día el mismo día que se administra omalizumab, se inicia la ITO según protocolo del hospital. La dosis máxima alcanzada se administra diariamente en el domicilio. Se valoran datos demográficos de los pacientes, tiempo hasta alcanzar la dosis máxima tolerada, efectos adversos (leves, moderados y graves) y tratamiento administrado.

Resultados: 7 pacientes (1 abandono), 5 niños y 2 niñas. Edad media: 9 años (6-15). Dosis alcanzada: 200 cc: 3 niños, 100 cc: 1 niño, 75 cc: 2 niños. Tiempo transcurrido para alcanzar la dosis máxima: 6 meses (1-11). Reacciones adversas: 1 anafilaxia grave, 6 reacciones moderadas (rinoconjuntivitis 6, dolor abdominal: 2, vómitos: 1, prurito: 1). Tratamiento: dexclorfeniramina: 5, adrenalina: 1, salbutamol: 1. Tiempo con ITO: 14,3 meses (4-36).

Conclusiones: La ITO se muestra como tratamiento efectivo y seguro en niños con reacciones graves a PLV bajo tratamiento con protección de omalizumab, si se realiza en un hospital de día con personal especializado.

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA TERAPÉUTICA DEL NIÑO CON ASMA DE DIFÍCIL CONTROL A PARTIR DE LA MONITORIZACIÓN DE LOS PARÁMETROS INFLAMATORIOS

S. Loureda, P. del Bas, C. Milian, M. Selvas, A. Sánchez y A. Valiente

Corporació Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

Objetivo: Describir el protocolo de enfermería para la monitorización de los parámetros inflamatorios dirigidos a evaluar la respuesta terapéutica del niño asmático.

Material y métodos: Niños afectados de asma bronquial grave corticodependiente no controlados clínica y espirométricamente a pesar de llevar tratamiento máximo según las guías de asma. En nuestro protocolo, se valoran los siguientes métodos: medición del óxido nítrico exhalado, espirometría basal valorando el FEV1, eosinófilos en esputo inducido con suero salino hipertónico al 4,5%. Todo esto medido antes y después de iniciar el tratamiento con omalizumab, de forma mensual durante los primeros 4 meses y posteriormente cada 4 meses. La inducción del esputo se realiza mediante un nebulizador ultrasónico OMRON®, iniciándose la recogida de esputo a partir de la tercera inducción (protocolo J. Belda). Las espirometrías se realizan a partir de los 3 años siguiendo las recomendaciones de la ATS/ERS. Medición de óxido nítrico exhalado (NO_Vario Analyser Jaeger®) según recomendaciones de la ATS/ERS.

Resultados: 28 pacientes, 16 niños (56%) y 12 niñas (44%). El 100% de los niños estaban tratados con corticoides inhalados, β_2 larga duración y antileucotrienos. El 66% precisaba también corticoides orales diarios. El 58% había iniciado inmunoterapia teniéndose que suspender en todos ellos. Evaluación de la respuesta terapéutica al omalizumab: mejoría FEV1 en el 85,7% de los pacientes, reducción en niveles de óxido nítrico en el 92,8%, reducción de eosinófilos en esputo 92,8%, reducción de corticoides sistémicos 92,8%. Además, disminuyen las visitas a urgencias y el uso de β_2 a demanda.

Conclusiones: El protocolo de monitorización utilizado nos ha permitido evaluar con precisión la respuesta terapéutica. Este tipo de estrategia no invasiva y bien tolerada facilita el control del asma y ahorra tratamiento con corticoides, aunque suponga una carga de trabajo para enfermería.



Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



JORNADA DE ENFERMERÍA

XXXV Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica

Granada, 5-7 de mayo de 2011

Comunicaciones Orales II (Sábado, 7 de mayo, 13:30-14:15 h)

Moderadora: L. López

PREVALENCIA DE ASMA DE ESFUERZO Y ALERGIA RESPIRATORIA EN LA ESCUELA

A. Rojo, M. de Felipe, M.I. Aguirre, M. Díaz, A. Valenzuela y A. Martínez-Cañavate

Unidad de Alergia Infantil. HUVN. Granada. España.

Objetivo: Conocer en la población escolar el número de niños con asma de esfuerzo y clínica alérgica no diagnosticada.

Material y métodos: Tras mantener una reunión con padres o tutores y profesores de los colegios que quisieron colaborar, se realizó encuesta de síntomas solicitándose consentimiento informado para la realización del estudio: test de esfuerzo con carrera libre durante 6 minutos mantenidos (según normas de ATS). Los niños que cumplían criterios de asma de esfuerzo se derivaron a la consulta de alergia para realizar test cutáneos a alérgenos prevalentes en la zona, con notificación previa a los padres.

Resultados: La acogida por parte de los participantes fue muy buena, con una participación de 496 niños, 80% de los niños escolarizados en 4 colegios. Con esta iniciativa se consiguió diagnosticar a los escolares de asma de esfuerzo en un 7,1%, de ellos el 71,4% no eran asmáticos, derivándose a la consulta de alergia para estudio, con indicación de medidas preventivas y tratamiento de asma infantil de etiología alérgica.

Conclusiones: Las medidas de intervención sanitaria, como la actual, encaminadas a diagnosticar pacientes precozmente con sintomatología infravalorada conllevan beneficios indudables en la calidad de vida de estos niños, así como en el costo sanitario de su patología.

PRUEBA DE BRONCOPROVOCACIÓN POR EJERCICIO

F. Losantos, M. Soldado y M. Urtasun

Clínica Universidad de Navarra. España.

Objetivos: La correcta realización de la prueba por parte del personal de enfermería para alcanzar un buen diagnóstico médico.

Material y métodos: Estudio realizado a 29 pacientes de ambos sexos, con edades entre 6 y 18 años. La prueba consiste en realizar una espirometría basal, y a continuación un esfuerzo físico, durante 6-8 min. La intensidad del ejercicio debe ser lo suficiente para alcanzar una FC (frecuencia cardíaca) submáxima: 80% de la FC máxima. Mientras dura la prueba se controla la FC y SO_2 (saturación oxígeno). Las condiciones ambientales influyen sobre la hiperreactividad bronquial, la temperatura ambiental será 20-25° y humedad 50-60%. Finalizada la prueba se realiza una nueva toma de constantes: FC y SO_2 y una nueva auscultación pulmonar. Se repite la espirometría a los 5, 10, 15 y 20 min de cesar el ejercicio. Se considera la prueba positiva cuando existe descenso del FEV1 (volumen espirado forzado en el primer segundo) igual o mayor del 15%, con relación al valor basal, siendo reversible tras administración de broncodilatador de acción rápida. A los 16 min se realiza una nueva espirometría para comprobar la recuperación a valores basales.

Resultados: De los 29 pacientes estudiados con prueba de broncoprovocación por ejercicio: 14 estaban diagnosticados de asma, de estos la prueba fue positiva en 4 y en el resto, no se pudo demostrar hiperreactividad bronquial post-ejercicio. De los otros 15 pacientes sin diagnóstico previo de asma la prueba fue positiva en 3.

Conclusiones: La importancia que tiene el personal de enfermería en la correcta realización de la prueba. La prueba de broncoprovocación por ejercicio sirve para poner de manifiesto la hiperreactividad bronquial en aquellos niños con asma inducido por ejercicio puro, y en aquellos niños con asma bronquial en los que el ejercicio es un desencadenante más.

EDUCACIÓN SANITARIA Y MEDIDAS AMBIENTALES EN URTICARIA CRÓNICA E INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

M.I. Aguirre, A. Rojo, L. Martínez y A.M. Martínez-Cañavate

Unidad de Alergia y Neumología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: En la urticaria crónica se ha sugerido un posible papel patogénico de la infección por *H. pylori*.

Objetivo: Analizar el trabajo de enfermería en la realización del test de ureasa para estudio de *H. pylori* en pacientes con urticaria crónica.

Material y métodos: Se ha realizado el test de ureasa en pacientes controlados en la consulta de Alergia Pediátrica por urticaria crónica. Mientras se realizan las distintas determinaciones se hace una completa valoración del paciente pediátrico y de sus cuidadores según modelo de Virginia Henderson, valorando los patrones funcionales alterados, midiendo dolor con Cuestionario de Dolor Español-CDE_ mayores de 5-6 y Escala afectiva facial (FAS de McGrath et al, 2001 y de Caras Revisadas (FPS-R de HICKS et al, 2001) en los menores de 6 años, elaborando diagnósticos enfermeros, planteándonos objetivos NOC, y midiendo los indicadores de resultados, utilizando taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Resultados: Se ha controlado a 10 pacientes entre 22 meses y 14 años, refiriendo dolor abdominal y dispepsias gástricas en 9 niños y 10 padres o madres con molestias gástricas susceptibles de dispepsia. En ninguno de los pacientes se puso de manifiesto alergia alimentaria ni a neumoalérgenos. A todos se les realizó tratamiento de erradicación de HP. La evolución del cuadro de urticaria fue buena en 3 pacientes, con desaparición de las lesiones de urticaria durante un período de 8 meses desde que se erradica la infección por *H. pylori*.

Conclusiones: El trabajo de enfermería en la realización de pruebas complementarias, educación sanitaria, medidas ambientales, recomendaciones sobre el tratamiento y evitación de reinfecciones es fundamental para la buena evolución de estos pacientes.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA NIÑA CON ALERGIA RESPIRATORIA

E. Gracia, L. Vives, M. Guinart, M. Romero, N. Martí, S. Rietti, M. Alsina y N. Martí

UDAM. España.

Introducción: Realización de un PAE a una niña de 12 años con asma alérgica para la detección y resolución de problemas reales y/o potenciales.

Material y métodos: Se realizará un estudio transversal con una muestra de una persona, basado en la valoración enfermera del sujeto a través de las necesidades de Virginia Henderson. Una vez encontradas dichas necesidades, serán analizadas mediante la taxonomía Nanda a fin de determinar diagnósticos enfermeros.

Resultados: Obtenemos unos diagnósticos de enfermería que han generado unos objetivos (NOC) y una serie de actividades (NIC) para la resolución de sus problemas reales y /o potenciales.

Conclusión: Fomentar el diagnóstico enfermero en el ámbito de las alergias a fin de iniciar a la niña en su autocuidado y en específico a obtener un mayor grado de autonomía.

DIFERENCIAS EN LA SENSIBILIZACIÓN FRENTE A AEROALÉRGENOS ENTRE LA RAZA CAUCÁSICA Y LA RAZA ÁRABE

P. Duocastella, A. Llusà, M. Martí, C. Moreno, M.J. Navarro y S. Nevot

Althaia. Enfermería. Servicio de Alergia. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa. España.

Introducción: Los ácaros son pequeños artrópodos microscópicos de tamaño comprendido entre 0,25-0,35 micras. Su crecimiento resulta óptimo a temperatura de 20-30 °C y humedad relativa entre 70-80%, siendo la humedad el factor más importante para su reproducción. Dentro de las casas, se han aislado en sábanas, edredones, almohadas, alfombras, cortinajes, muebles, peluches y colchones.

En España las especies más prevalentes son *Dermatophagoides pteronyssinus* y *Dermatophagoides farinae*, con máxima infestación en el litoral de Galicia, la franja cantábrica, la costa mediterránea, las islas Baleares y Canarias.

Objetivo: Evaluar si existen diferencias en relación a sensibilización frente a aeroalérgenos entre la población pediátrica de raza árabe y caucásica.

Métodos: Se revisan 40 primeras visitas, 20 de raza árabe y 20 de raza caucásica, entre los meses de enero y julio de 2009. Se evalúa la exposición a ácaros en relación con las características de la vivienda (antigüedad, sol-ventilación, alfombras, moquetas o peluches, etc.).

Resultados: Se incluyen 20 niños de raza árabe (11 varones/9 mujeres), media de edad 7 años, y 20 de raza caucásica (10 varones/10 mujeres), media de edad 8 años.

Resultado	Negativo	Ácaros	Pólenes	Hongos	Epitelios
Árabe	3	16	5	0	0
Caucásica	12	2	5	5	2
	Vivienda antigua	Soleada-ventilada	Alfombras-moquetas	Peluches	Mascotas
Árabe	13	18	2	3	0
Caucásica	7	20	0	2	2

Conclusión: La disparidad en la sensibilización alérgica entre estas 2 razas, mayor sensibilización a ácaros en los niños árabes, podría tener relación con la mayor proliferación de éstos, en su vivienda y posiblemente debido a diferencias culturales. Durante la revisión se ha detectado que en la raza árabe existe mayor nivel de incumplimiento del tratamiento farmacológico y de seguimiento clínico comparado con los niños de raza caucásica.

EDUCACIÓN DEL NIÑO ASMÁTICO Y SU FAMILIA

M. Bolos, L. López, N. Martínez, Y. Elvira, B. Ferrer y E. Rodríguez

Fundació Sanitària Sant Pere Claver. Barcelona. España.

Objetivo: El objetivo de la educación sanitaria en el niño asmático y su familia comprende varios aspectos: 1) conseguir el autocontrol de la enfermedad; 2) disminuir la ansiedad del paciente y sus familiares; 3) mejorar la calidad de vida de las familias; 4) disminuir la dependencia de los servicios sanitarios, y 5) disminuir el absentismo escolar y laboral.

Material y métodos: Seguir un plan de atención integral del niño asmático mediante sesiones periódicas interactivas al paciente y sus familiares, citándolos para visitas de seguimiento, de manera individual y en grupo; material informativo audiovisual y escrito; adiestramiento para el manejo de la medicación inhalada en sesiones prácticas a modo de recordatorio; manejo de técnicas de autocontrol del asma mediante el uso de medidores de pico de flujo espiratorio máximo, y elaboración de un plan de actuación individualizado para cada paciente con indicaciones claras y precisas de actuación en caso de crisis.

Resultados: Gracias a la educación sanitaria integral se consigue una buena adherencia al tratamiento y disminuye la ansiedad de los pacientes y familiares frente a las posibles crisis, no precisando tanto de los servicios sanitarios.

Conclusiones: La educación sanitaria del niño asmático y su familia es fundamental para la comprensión y el autocontrol de la enfermedad, consiguiendo por lo tanto un aumento considerable de la calidad de vida. La educación sanitaria debe establecerse como parte indispensable del tratamiento y realizarse de forma metódica y planificada.