

# Comunicaciones Orales

## PRIMERA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Moderadores: A.M. Plaza y J.L. Corzo

### FRECUENTE SENSIBILIZACIÓN A LÁTEX, PROTEÍNAS DE VACUNO Y HUEVO EN NIÑOS CON INTESTINO CORTO

N. Alentado<sup>1</sup>, E. Solera<sup>2</sup>, F. Oliver<sup>2</sup>, R. Pamies<sup>2</sup>, L. Caballero<sup>2</sup>, J. Dalmau<sup>1</sup>, A. Nieto<sup>2</sup> y A. Mazón<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nutrición Infantil. <sup>2</sup>Alergia Infantil. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de sensibilización a látex, leche y huevo en niños con intestino corto.

**Métodos:** Se realizaron tests prick e IgE sérica específica frente a látex, leche de vaca, y huevo en 6 niños y 8 niñas con intestino corto, de 11 meses a 13,5 años de edad. Se consideró sensibilización si había resultado positivo en cualquiera de las dos pruebas.

**Resultados:** Seis de los pacientes habían padecido enterocolitis necrotizante, cinco malformaciones intestinales, uno peritonitis meconial, uno perforación intestinal y uno enfermedad de Hirschsprung. Estaban sensibilizados frente a látex 10 (71,4%) niños, que mostraban niveles de IgE específica entre 0,5 y 33 kU/L. Los niños sensibilizados tenían un número de operaciones con látex y unos niveles de IgE sérica total significativamente más altos que los no sensibilizados. Ocho (57,1%) estaban sensibilizados frente a proteínas de vacuno, con IgE específica de hasta 21 U/mL, y 5 de 12 (41,7%) frente a huevo, con valores de IgE específica de hasta 2,17 kU/L.

**Conclusiones:** La prevalencia de sensibilización a látex, como era de esperar, es tan alta que obliga a un manejo de estos niños en ambiente libre de látex desde la primera operación. La alta prevalencia de sensibilización a leche de vaca y huevo no ha sido descrita anteriormente, no puede atribuirse a una relación casual, y justifica su estudio sistemático en estos pacientes. Su presencia podría ser un factor añadido en la diarrea crónica y malabsorción que caracteriza a estos niños.

### VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN NIÑOS ALÉRGICOS AL HUEVO

E. Rojas, J.L. Corzo, E.A. Ananias y A. Jurado

S. Alergia, H. Materno-Infantil Carlos Haya de Málaga.

**Introducción:** La gripe es una infección aguda de la vía aérea, que produce epidemias anuales en los meses de invierno, con una alta tasa de incidencia en la población infantil. El comité asesor de vacunas no recomienda la vacunación sistemática en niños, pero si en determinados grupos de riesgo de presentar complicaciones y/o enfermedad grave como son los niños asmáticos. Sin embargo puede ocurrir que presenten alergia a huevo. La buena tolerancia

de la vacuna triple vírica en niños alérgicos al huevo demostrada recientemente, nos ha animado a realizar el presente estudio, ya que el contenido de proteína de huevo es muy superior.

**Objetivo:** Comprobar la tolerancia de la vacuna antigripal en niños asmáticos alérgicos al huevo.

**Material y métodos:** 8 niños (6 niños, 2 niñas), edad: 3-9 años (moda 3 años, media 5), RAST: clara (moda clase 3, valores entre 0,48-18,5UI/ml), yema (moda 3, valores entre 0-6,47UI/ml), ovo-albúmina (moda 2, valores 0-21,2UI/ml). Diagnóstico clínico de asma según criterios de la GEMA. 4 niños asma episódica frecuente, 4 niños asma persistente moderada. Intradermoreacción con la vacuna a administrar en diluciones 1/10 y 1/1, todos los niños presentaron eritema rodeando la pápula creada que desapareció en 15-30 minutos, lo que se consideró como efecto irritativo, al igual que en controles no alérgicos. A todos los niños se les realizó exploración física completa, previamente a la administración de 0,5ml de vacuna de virus fraccionado en una única dosis intramuscular. Se mantuvieron dos horas bajo observación previo al alta.

**Resultados:** Ningún niño presentó reacción adversa inmediata.

**Conclusiones:** Las vacunas antigripales disponibles se obtienen a partir de cultivos en huevo embrionario, pero las técnicas de depuración son cada vez mejor. Cada vez se discute más la conveniencia de vacunar a niños asmáticos con alergia al huevo; el beneficio que les puede aportar esta vacuna supera el mínimo riesgo de reacción adversa causada por los ovoderivados que pudiera contener. Se necesitan series más amplias para confirmar la seguridad.

### PREVALENCIA DE LA ALERGIA A LEGUMINOSAS EN UN SERVICIO DE ALERGIA PEDIÁTRICA

A. Malet Casajuana\*, M. Lluch Pérez\*, E. Llamas Huerta\*\*, N. Sáiz Cordero\*\*, S. Calderón Rodríguez\*\*, R. García Rodríguez\*\* y P. Amat Par\*\*

\*Hospital de Nens de Barcelona. \*\*Unidad Hospitalaria de Al-leño Centre (Consultorios Sagrada Familia), Barcelona.

**Objetivo:** Valorar la prevalencia de la alergia a leguminosas en población pediátrica.

**Material:** Se han revisado 365 historias clínicas del Hospital de Nens de Barcelona con el diagnóstico de alergia alimentaria, durante el periodo del 2001 al 2005.

**Resultados:** 1) 11 niños diagnosticados de hipersensibilidad a leguminosas, 2) La mayoría presentan síntomas cutáneos: SAO, urticaria, angioedema y anafilaxia, 3) El alimento implicado que se presenta con mayor frecuencia es la lenteja y en segundo lugar el garbanzo, 4) Suele ser concomitante la sensibilización a lenteja y a garbanzo y menos frecuente al resto de leguminosas.

**Conclusiones:** 1) La incidencia de alergia a leguminosas es del 3,01% de los pacientes con alergia alimentaria. 2) Con la exclusión del alimento se consigue, en algunos casos, su tolerancia con la reintroducción posterior.

## DESARROLLO DE ALERGIA ALIMENTARIA TRAS INMUNOSUPRESIÓN CON TACROLIMUS POR TRASPLANTE HEPÁTICO

A. Puiggròs<sup>1</sup>, E. Martínez<sup>2</sup>, M. Labrador<sup>1</sup>, J. Bueno<sup>3</sup>, J.L. Eseverri<sup>1</sup>, A. Marín<sup>1</sup> y M. Guijarro<sup>4</sup>

*Unidad de Alergia Pediátrica<sup>1</sup>. Servicio de Pediatría<sup>2</sup>. Sección de Alergología. Servicio de Medicina Interna<sup>3</sup>. Unidad de Trasplante Hepático<sup>3</sup>. Hospitals Vall d'Hebron, Barcelona.*

**Introducción:** Se ha postulado un aumento en el desarrollo de alergia alimentaria en niños trasplantados hepáticos, asociándose al tratamiento inmunosupresor con tacrolimus, dado que este fármaco aumenta la permeabilidad intestinal.

**Objetivos:** Estudiar la prevalencia de alergia alimentaria en niños trasplantados hepáticos.

**Métodos:** Se estudiaron 26 niños trasplantados hepáticos bajo tratamiento con tacrolimus, de enero a abril de 2005, realizándose una anamnesis completa, batería estándar de pruebas cutáneas alimentarias, analítica general con IgE total y específicas, así como prueba de tolerancia oral cuando fue necesario.

**Resultados:** El diagnóstico primario fue: atresia de las vías biliares (69,2%), metabolopatía (11,5%), hepatitis fulminante (11,5%) y hepatoblastoma (7,7%). La media de edad en el trasplante era de  $27,54 \pm 26,72$  meses (rango 3-110) y el intervalo temporal entre trasplante y aparición de alergia alimentaria fue de  $11,33 \pm 14,42$  meses (1-36). Nueve de los veintiséis niños (34,6%), fueron diagnosticados de alergia alimentaria mediante historia clínica, prick tests, y/o IgE específica. La clínica presentada fue urticaria y/o angioedema en ocho niños, síndrome de alergia oral en uno, y brote de dermatitis atópica en otro. Los alimentos más frecuentemente implicados fueron: pescado (83,33%), huevo (66,66%), frutos secos (66,66%), lentejas (16,6%), leche de vaca (16,66%) y melocotón (16,66%). Los niveles séricos de IgE total se encontraron elevados en ocho de los nueve niños alérgicos, mientras que no se encontró en ninguno de los no alérgicos ( $p = 0,0007$ ). No se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto los niveles de tacrolimus sérico, edad de trasplante, eosinofilia periférica, ni de género entre los dos grupos estudiados.

**Conclusiones:** Hemos observado una prevalencia de alergia alimentaria elevada (34,6%) en niños sometidos a trasplante hepático. Son necesarios más estudios para determinar si la causa de este hecho es el tratamiento inmunosupresor con tacrolimus u otros factores están relacionados.

## SENSIBILIZACIÓN Y ALERGIA A LEGUMBRES

V. González, A. Sala, A. Marín y J.L. Eseverri

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

**Objetivo:** Valoración de la sensibilización a leguminosas en nuestra población pediátrica.

**Material y métodos:** Se seleccionaron 55 niños de entre 10 meses a 16 años de edad. Diagnosticados de alergia a leguminosas por clínica sugestiva y/o sensibilización definida por prick  $> 3 \times 3$  mm (lenteja, garbanzo, judía, guisante, haba, soja y cacahuete) y/o IgE específica medida por CAP (Pharmacia)  $> 0,35$ .

**Resultados:** Corresponden a 34 niños y 21 niñas. Antecedentes de atopía familiar en 35 (63,6%) y personal en 35 (63,6%). Presentaban clínica relacionada 31 (56,3%) mientras que 24 (43,6%) eran asintomáticos. Las manifestaciones motivo de estudio fueron: 5 (16%) anafilaxia, 18 (58%) clínica cutánea, 10 (32,2%) síndrome de alergia oral, 3 (9,6%) clínica digestiva, 1 (3,2%) respiratoria y 1 (3,2%) cefalea; las leguminosas implicadas fueron lenteja (48,4%), cacahuete (45,2%) y garbanzo (25,8%). En el grupo de sensibilizados-asintomáticos lo fueron cacahuete (81,8%), lenteja (69%), garbanzo (61,8%), judía (56,3%) y guisante (36,4%). En las reacciones graves (anafilaxia) se ha implicado cacahuete en 3 (60%) de los casos. En el 85,4% (47) se constató una sensibilización a frutos secos, frutas rosáceas, polen de artemisa o de gramíneas.

**Conclusión:** En nuestro medio hemos observado que entre las legumbres las que producen clínica en la mayoría de nuestros pacientes son por orden: la lenteja, el cacahuete y el garbanzo. Hemos observado una alta sensibilización asintomática al cacahuete. Un alto porcentaje presentan sensibilización a frutos secos, frutas rosáceas, polen de artemisa o de gramíneas.

## REACCIONES ALÉRGICAS A LA VACUNA TRIPLE VÍRICA EN NIÑOS ALÉRGICOS A LAS PROTEÍNAS DE HUEVO

J. Costa i Colomer, M. Bosque i Garcia, O. Asensio de la Cruz, L. Valdesoro Navarrete, H. Larramona Carrera, T. Marco Valls, N. Pumares Parrilla y A. Pérez Casares

*Unitat d'Alergologia i Pneumologia Pediàtrica. Hospital de Sabadell. CSPT.*

**Introducción:** La vacuna triple vírica (TV), de virus atenuados cultivados en embrión de pollo, podría provocar una reacción de hipersensibilidad a niños alérgicos al huevo. En febrero de 2004 se retiró del mercado la vacuna incubada en células diploides humanas libres de huevo. El Comité Asesor de Vacunas de la AEP marcó las pautas de vacunación de TV: 1) vacuna TV convencional en su centro habitual a los niños alérgicos al huevo que no hayan sufrido anafilaxia; 2) inmunización con diluciones crecientes en una Unidad de Alergología Pediátrica en niños con anafilaxia.

**Objetivo:** Revisar las pruebas de provocación con la vacuna TV efectuadas en la Unidad de Alergia durante el año 2005, en niños con clínica de alergia al huevo y con sensibilización a este alergeno.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional. Se han revisado las pruebas de provocación a la vacuna TV realizadas durante el 2005 según la pauta del Comité de Fármacos de la SCAIC, en niños con historia clínica de alergia al huevo y Prick y/o UNICAP® positivos.

**Resultados:** Se realizaron 25 pruebas de provocación, 14 niñas y 15 niños, con edades entre los 18 meses y 6 años (media 6 años). Todos habían presentado clínica de urticaria, 4 digestiva y 3 otras manifestaciones, sufriendo anafilaxia 4 de ellos. La IgE total entre 5 y 2749 KU/l, (media 173). CAP positivo en 24 de los 25 niños. Prick positivo en 23 de los 25. Ninguna provocación resultó positiva, hubiera o no padecido reacción anafiláctica.

**Comentarios:** Nuestro estudio muestra ausencia de reacciones adversas a la vacuna TV en niños alérgicos al huevo, hayan sufrido o no reacción anafiláctica. Ese resultado se ve apoyado por las últimas revisiones internacionales publicadas, que postulan la seguridad de la administración de la vacuna incluso en los niños que han padecido una reacción anafiláctica, y por consiguiente la posibilidad de ser vacunados en su Centro de Atención Primaria.

## SEGUNDA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

*Moderadores: E. Martí y M. Boquete*

## LOS VALORES DE ACUERDO INTEROBSERVADOR EN LA INTERPRETACIÓN DEL TEST IMMUNOCAP RAPID® SON ALTOS

R. Martínez<sup>1</sup>, F. Alonso<sup>2</sup>, J. Ortúñoz<sup>3</sup>, F. Oliver<sup>3</sup>, R. Pamies<sup>3</sup>, A. Mazón<sup>3</sup> y A. Nieto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Alergia. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia,

<sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital General de Alicante, <sup>3</sup>Unidad de Alergia Infantil La Fe. Valencia.

**Introducción:** El test Immunocap rapid® es una prueba rápida en sangre, que detecta anticuerpos IgE, de forma cualitativa, frente a 10 de los alergenos más prevalentes, y cuyo papel clínico está por determinar. Uno de las características a valorar en un test es el grado de concordancia o acuerdo en su interpretación.

**Objetivo:** Medir el grado de acuerdo interobservador en la interpretación del test Immunocap rapid®, utilizado en niños con enfermedad alérgica respiratoria.

**Material y métodos:** Se realizó la prueba en 25 niños sensibilizados al menos a uno de los alergenos presentes en el test. Esto supone un total de 250 bandas. Cuatro personas, de manera separada e independiente, hicieron la lectura del test, y la interpretaron como positiva (banda presente) o negativa (banda ausente). Se compararon las lecturas realizadas por los observadores de dos en dos y su grado de acuerdo se valoró con el índice kappa, mediante el programa SPSS®. Este índice mide el grado de acuerdo alcanzado más allá del debido al azar.

**Resultados:** Los valores del índice kappa fueron altos para todas las comparaciones, oscilando entre 0,83 y 0,93, tal como se ve en la tabla:

Lectores	Num. bandas	Ambos +	1°+ 2°+	1°+ 2°-	Ambos - kappa
A-M	190	42	9	0	0,87
A-F	160	38	11	0	0,83
A-R	190	42	9	0	0,87
M-F	220	59	10	4	0,85
M-R	230	58	3	3	0,93
F-R	200	53	2	8	0,88

**Conclusión:** Considerando que índices kappa de alrededor de 0,6 son muy habituales en la práctica clínica, el test Immunocap rapid® tiene muy alto grado de acuerdo interobservador. Uno de los observadores tendía a más falsos negativos.

## SENSIBILIZACIÓN A CONTACTANTES EN DERMATITIS ATÓPICA

S. Echechipía, B.E. García, M.T. Lizaso, E. Goienetxe, Z. Cojocariu y A.I. Tabar

Sección de Alergología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia de sensibilización a cada componente de la batería estándar de contactantes en una muestra de pacientes con DA, y determinar si existen diferencias entre pacientes en edad pediátrica y adultos.

**Material y métodos:** A 94 pacientes diagnosticados de DA ( $37 \leq 14$  años y  $57 > 14$  años) se les realizaron pruebas epicutáneas con True Test®, otros 6 contactantes para completar las sustancias que componen las baterías estándar europea y del GEIDC, y lauril sulfato sódico, con lecturas a las 48 y 96 horas (ICDRG).

**Resultados:** En el 63% de los niños y en el 52,6% de  $> 14$  años las pruebas epicutáneas resultaron negativas (ns). La frecuencia de parches positivos en niños y  $> 14$  años, respectivamente, fue de 15,15% y 38,6% con metales (ns), de 15,15% y 14% con conservantes (ns) y de 6% y 1,75% con goma (ns). Con níquel hubo un 24,56% pacientes  $> 14$  años con parche positivo frente a sólo un 3% de los niños ( $p = 0,008$ ). En  $> 14$  años se obtuvieron también parches positivos con perfumes (3,52%), resina de p-terbutilfenol formaldehido (5,26%), neomicina (3,51%) y colofonia (1,75%). Con el resto de sustancias, incluidos corticoides, las pruebas resultaron negativas. Sólo un 12% de pacientes en cada grupo de edad presentaron una prueba irritativa con lauril sulfato sódico (ns).

**Conclusiones:** La frecuencia global de sensibilización a contactantes ha resultado comparable a la obtenida en otros estudios. En los niños con dermatitis atópica no existen diferencias en la frecuencia global de sensibilización a contactantes respecto a mayores de  $> 14$  años, pero sí en las sustancias a las que se sensibilizan, destacando una menor frecuencia de sensibilización a níquel en los niños.

## INCIDENCIA DE RAMS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, EN UN SERVICIO DE ALERGOLOGÍA

E. Llamas Huerta, A. Malet Casajuana, M. Lluch Pérez, S. Calderón Rodríguez, N. Saiz Cordero, P. Amat Par y R. García Rodríguez

Unidad Hospitalaria de Al-lergo Centre (Consultorios Clínicos Sagrada Familia), Barcelona.

**Objetivo:** realizar un estudio epidemiológico de esta patología alérgica en una población infantil.

**Material:** 75 pacientes menores de 14 años en el periodo de 1 año. Se tabulan: edad en la que se produjo la reacción adversa y edad del estudio alergológico; especialidades médicas que realizan la derivación de estos pacientes; cuadro clínico presentado; medicamento/s implicados en la misma; estudio alergológico (IgE total, IgE específica, tests cutáneos (TC) y test de provocación oral controlada (TPOC)).

**Resultados:** 1. En un 76% de las reacciones están implicados los antibióticos, siendo mayoritarios los betalactámicos; y en un 26% los AINEs fundamentalmente el ibuprofeno. 2. La urticaria y el exantema micropapular son los síntomas que más frecuentemente se observan en estos pacientes bien de forma aislada (62%) o asociado a angioedema (11%). 3. En el 100% de los pacientes que consultaron por reacción adversa con antibióticos betalactámicos el estudio con amoxicilina resultó negativo. Sólo 2 pacientes presentaron IgE específica positiva a ácido clavulánico. Aproximadamente en un 15 % de los pacientes estudiados por reacción adversa a ibuprofeno presentaron un TPOC positivo siendo negativos los TC y la IgE específica.

**Conclusión:** La frecuencia de consultas por RAMs en la población infantil es alta pero, a diferencia de lo que ocurre en la población adulta, la incidencia de alergia a medicamentos es muy baja. Nuestros resultados siguen la misma línea de los publicados, en los que los fármacos confirmados con mayor frecuencia son los AINEs y la reacción más frecuente la cutánea.

## ASISTENCIA ALERGOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: 1ª EXPERIENCIA EN LA CIUDAD DE BARCELONA

M.T. Dordal, S. Rietti, E. Martí, L. García\*, F. Cachadiña\*, A. Pérez\*, J.L. Séculi\*, R.M. Valiente\* y L. Ancochea\*

Unitat Diagnòstic Al-lèrgia Medicamentosa. Hospital Dos de Maig. Barcelona, \*EAP Dreta de l'Eixample. Barcelona.

**Objetivo:** Incorporar por primera vez un alergólogo a una área básica de salud de la ciudad de Barcelona con el fin de reducir el tiempo de espera hospitalario, evitar el desplazamiento del paciente más allá de la zona de residencia, y aproximar la figura del alergólogo al equipo de atención primaria.

**Metodología:** Desde abril de 2005 un alergólogo y una enfermera especializada se desplazan dos días por semana a un Centro de Atención Primaria para atender pacientes pediátricos con sospecha de patología alérgica. Se realiza anamnesis, exploración física, pruebas cutáneas y funcionalismo pulmonar. En caso de precisar más visitas éstas se realizan en el propio centro o se derivan al hospital.

**Resultados:** Entre abril'05 y febrero'06 se han atendido 113 pacientes (62 hombres), edad media 6,3 años, antecedentes familiares de atopía: 63 casos. El motivo de consulta ha sido: patología respiratoria (79,6%), cutánea (15%), sospecha alergia alimentaria (7,1%) sospecha alergia medicamentosa (1,8%). En 48 pacientes el estudio alérgico ha sido negativo. Se han realizado 34 espirometrías forzadas y 30 pruebas de broncodilatación, derivándose 4 pacientes a consulta hospitalaria para completar estudio. El grado de absentismo ha sido mínimo y el tiempo de espera para primeras visitas inferior a 10 días en todos los casos.

**Conclusiones:** El desplazamiento del equipo de especialistas a atención primaria ha permitido: 1. Reducir el tiempo de espera de primeras visitas. 2. Establecer un diagnóstico etiológico con certeza. 3. Facilitar la comunicación directa con los profesionales de atención primaria. 4. Reducir la carga asistencial hospitalaria.

## REACCIONES ADVERSAS POR ANALGÉSICOS – ANTITÉRMICOS EN LA INFANCIA: NUESTRA CASUÍSTICA

M.T. Dordal, R. Serra, M.J. Castillo, M. Viñas, E. Muñoz, L. Pau y E. Martí

*Unitat Diagnòstic Al-lèrgia Medicamentosa. Hospital Dos de Maig. Barcelona.*

**Objetivo:** Análisis retrospectivo de los estudios realizados a pacientes pediátricos remitidos a nuestra Unidad por sospecha de reacción adversa medicamentosa (RAM) a analgésicos – antitérmicos.

**Material y métodos:** Revisión de las historias clínicas de pacientes menores de 15 años que han completado el estudio de RAM por analgésicos – antitérmicos entre enero de 2005 y enero de 2006.

**Resultados:** Han completado el estudio 26 pacientes (14 mujeres, 12 hombres), de edades comprendidas entre 1 y 14 años (edad media: 9,1 años). Refieren un total de 35 episodios, siendo los fármacos implicados: 20 ibuprofeno, 6 AAS, 8 paracetamol, 1 metamizol. Clínicamente han presentado: 13 urticaria, 9 angioedema periocular, 8 exantema, 5 angioedema facial. El intervalo de tiempo desde la toma del fármaco hasta la reacción ha sido de más de 1 hora en 27 episodios.

Hemos realizado pruebas cutáneas a: ibuprofeno 9 pacientes (todas negativas), metamizol 1 paciente (positiva), paracetamol 7 pacientes (1 positiva); y prueba de exposición oral controlada a: ibuprofeno 15 pacientes (1 positiva), AAS 6 pacientes (1 positiva), paracetamol 7 pacientes (todas negativas), meloxicam 2 pacientes (todas negativas). El diagnóstico final ha sido: se descarta RAM por analgésicos – antitérmicos en 21 pacientes, intolerancia a AAS-AINES en 3 casos, hipersensibilidad selectiva en 2 casos (metamizol, paracetamol).

**Conclusiones:** Destacamos en nuestra serie: 1. Ibuprofeno aparece como el fármaco más frecuentemente implicado. 2. Ausencia de clínica respiratoria y anafiláctica. 3. Pruebas cutáneas en general de poca utilidad. 4. Se descarta el papel del fármaco como responsable en 81% de los casos.

## ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS $\beta$ -LACTÁMICOS EN NIÑOS SUPUESTAMENTE ALÉRGICOS TRAS UN TEST DE PROVOCACIÓN NEGATIVO

M. Tortajada, M. Gracia<sup>1</sup>, M. Tallón<sup>2</sup>, J. Doménech<sup>1</sup>, A. de la Mano<sup>1</sup> y J.L. Tortajada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sección de Alergia Infantil, <sup>2</sup>Servicio de Pediatría y Unidad de Investigación. Hospital Universitario Dr. Peset. Universidad de Valencia.

**Objetivos:** Determinar el porcentaje de niños en los que, habiéndose demostrado tolerancia a antibióticos betalactámicos sospechosos de reacción alérgica, siguen evitando tomar el fármaco implicado y conocer el motivo que se alega para ello.

**Pacientes y método:** Se revisaron 129 Historias Clínicas de niños que fueron controlados en nuestra consulta de alergia infantil con el diagnóstico de sospecha de alergia a  $\beta$ -lactámicos, con la intención de realizar una encuesta telefónica directa en su domicilio, tras un mínimo de un año (media de 4 años) del estudio alergológico y averiguar cual había sido el empleo del fármaco a medio y largo plazo. Cuarenta y dos pacientes fueron descartados del estudio por no cumplir algún requisito. De los 87 restantes, no se pudo contactar con 43, por lo que fueron 44 los que respondieron a la encuesta.

**Resultados:** De los 44 pacientes entrevistados, 26 (59%) habían vuelto a tomar el antibiótico (2,3 veces de media) con buena tolerancia, tal y como se había demostrado en el estudio diagnóstico previo, a excepción de un niño que sufrió una urticaria. No obstante, 18 (41%) no habían vuelto a tomar el  $\beta$ -lactámico implicado, del que se había demostrado su buena tolerancia, alegando los siguientes motivos: 5 evitaron tomar tratamiento antibiótico alguno. 5 rechazaron el  $\beta$ -lactámico estudiado y eligieron otro tipo por

decisión de los padres. A 8 les fue prescrito un antibiótico de otro grupo en sustitución del estudiado, por indicación de su pediatra.

**Conclusiones:** De los niños en que se descartó alergia al  $\beta$ -lactámico, uno de los que lo volvieron a tomar (menos del 2%), sufrió una reacción urticarial leve. Un 29% de niños no tomarían  $\beta$ -lactámicos, a pesar de haberlos tolerado, principalmente porque los padres y, a veces, los pediatras, ya etiquetan las reacciones sufridas como "alergia a  $\beta$ -lactámicos" antes del estudio, por lo que el miedo a sufrir de nuevo la reacción se tiene más en cuenta que la confirmación de la tolerancia. Habrá que insistir en los Pediatras de Atención Primaria con el fin de aceptar la validez práctica del estudio con resultado negativo de alergia a  $\beta$ -lactámicos.

## PRUEBAS DE PROVOCACIÓN EN ALERGIA A FÁRMACOS EN EDAD PEDIÁTRICA

O. Domínguez, M.T. Giner, M. Piquer, N. García-Baiges, A.M. Plaza, M.A. Martín Mateos y J.I. Sierra

*Sección de Inmunología. Hospital Sant Joan de Déu. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.*

**Objetivo:** 1. Obtener la incidencia de alergia a fármacos confirmada por prueba de provocación (PP) en nuestra casuística. 2. Comprobar la seguridad de nuestro sistema de trabajo. 3. Averiguar los fármacos causales.

**Material y métodos:** 297 PP ingresadas desde Junio de 1999 hasta Marzo 2003, en 244 pacientes. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos sobre la reacción sospechosa (RS). En antibióticos  $\beta$ -lactámicos se realizó previamente IgE específica y pruebas cutáneas.

**Resultados:** Edad promedio de 6,43 años (0,1-18,01). El intervalo medio de tiempo transcurrido desde la RS hasta la consulta fue de 2,24 años (0-15,6). La manifestación más frecuente es la urticaria en 59,27%. Los síntomas aparecieron en el 81,5% entre el primer y tercer día (preferentemente el primero) de tratamiento. Los fármacos sospechosos fueron  $\beta$ -lactámicos en 77,104%, macrólidos 6,3%, AINES y analgésicos 13,1% y otros 2,6%. La población con enfermedades alérgicas bien documentadas no presentó mayor incidencia de PP positivas. Las PP positivas fueron 25 (8,08%): 19 inmediatas y 6 tardías, (en ellas el intervalo de tiempo desde la RS, fue de 0,869 frente a 2,24 años del grupo) Fueron positivas el 10,21% de las provocaciones a AINES, y el 7,4% de las realizadas a  $\beta$ -lactámicos. Las manifestaciones clínicas de las PP positivas fueron: urticaria (18), exantemas maculo-papulosos (3), asma por aspirina (1) angioedema (1) y reacción local a vacuna DTP-Hib (1).

**Comentarios:** 1. No se registraron incidencias serias. 2. Los  $\beta$ -lactámicos son los fármacos con mayor frecuencia estudiados. 3. La mayor frecuencia de pruebas positivas se dio con AINES. 4. Las pruebas cutáneas frente a  $\beta$ -lactámicos presentan escasa rentabilidad y hay baja frecuencia de positividad de IgE específica en la nuestra población.

## TERCERA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

*Moderadores: M.F. Martín y C. Pedemonte*

### ESTUDIO DESCRIPTIVO Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN UN ENSAYO CLÍNICO DOBLE CIEGO

M.J. Barasona, I. García, B. Ruiz, C. Moreno, J.L. Justicia y F. Guerra

*Sección de Alergología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos:** Mostrar las características de los pacientes que participaron en un ensayo clínico y comprobar el grado de satisfacción de los niños y los tutores legales ante dicha participación.

**Material y métodos:** 8 pacientes (3 mujeres y 5 varones) menores de edad, participaron en un ensayo clínico doble ciego entre Septiembre de 2004 y Julio de 2005. Durante el estudio el paciente tomaba diariamente una dosis de inmunoterapia sublingual frente a pólenes y acudía a la consulta una vez al mes. Para participar se tuvo en cuenta la normativa de todo ensayo clínico con placebo, incluyendo la información detallada tanto al menor como al tutor legal.

**Resultados:** Los 8 pacientes presentaban rinoconjuntivitis estacional por sensibilización al polen de olivo y gramíneas. El 50% presentaba además asma. Todos participaban por primera vez en un ensayo clínico y todos salvo 2 decidieron participar por ser una experiencia nueva. El 50% en algún momento tuvo intención de abandonar el estudio y solo 3 volverían a participar.

**Conclusiones:** Todos los participantes evaluaron satisfactoriamente el estudio, así, la calificación que dieron al estudio en general fue de 8,5 frente a la de los tutores que fue de 8,8. De igual modo, todos los tutores apreciaron un mayor conocimiento de los menores de sus síntomas y del tratamiento que debían realizar.

#### EFFECTIVIDAD CLÍNICA Y TOLERANCIA DE LA INMUNOTERAPIA A ALTERNARIA ALTERNATA EN NIÑOS

A. Martínez-Cañavate Burgos\*, A. Valenzuela Soria\*\*, C. Llopis Baños\*, A. Rojo Hernández\*, P. Cárdenas\*. M. Martínez Gómez\* y F. de la Torre\*\*\*

\*H.U. Virgen de las Nieves. Granada, \*\*H. Sta Ana. Motril, \*\*\*Alk-Abelló S.A.

**Introducción y objetivos:** A pesar de que la *Alternaria alternata* (AA) es una importante causa de asma, especialmente en niños, existen pocos trabajos clínicos en los que se haya valorado su efectividad. Es por ello que se ha planteado un estudio con el objetivo de valorar la tolerancia, efectividad clínica y cambios in vitro tras 12 meses de tratamiento.

**Material y métodos:** Se han incluido un total de 41 pacientes asmáticos (4-15 años) monosensibles a AA, los cuales fueron distribuidos aleatoriamente en dos grupos: uno tratado con un extracto de AA más medicación (GA) y otro tratado exclusivamente con medicación sintomática (GC). Para la inmunoterapia se empleó un extracto de AA valorado en unidades de masa (ALK-ABELLÓ, S.A.). El extracto se administró bajo pauta cluster. Determinación de IgE e IgG<sub>4</sub> al inicio y al año de tratamiento.

**Resultados:** Tolerancia: tan sólo se registraron reacciones adversas en un paciente. La reacción ocurrió con la administración de la 1<sup>a</sup> dosis, se repitió al reducirle ésta y se pasó a una pauta convencional. Cambios in vitro: Entre T0 y T2 se observó un aumento de la IgG<sub>4</sub> en el GA (4,7 a 11,6) mientras que en el GC disminuyó (6,8 a 3,8). Efectividad clínica: Tras 12 meses de tratamiento, se observó una diferencia a favor del GA en las puntuaciones de síntomas nasales (15,7 puntos) y bronquiales (21 puntos) así como en el consumo de medicación antiasmática (79,9 puntos).

**Conclusiones:** La IT con AA se ha comprobado como un tratamiento seguro y efectivo en niños con asma por sensibilización a AA.

#### SEGUIMIENTO DE LA INMUNOTERAPIA MEDIANTE WESTERN BLOT

A. Roger, F. Pineda\*, R. Serra, C. Alías, T. Dordal y E. Martí  
Unitat d'Al·lergia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol,  
\*DIATER Laboratorios.

**Objetivos:** Seguimiento de la inmunoterapia a través del reconocimiento alérgeno/antígeno específico, mediante el uso de la técnica de inmunotransferencia para las inmunoglobulinas IgE, IgG<sub>4</sub>, e IgA.

**Materiales y métodos:** Niños (n = 23) con edades comprendidas entre los 5 y los 18 años fueron seleccionados sobre la base de una clara historia clínica de sensibilización a ácaros (rinitis y/o asma persistente perenne), con prick test positivo a los mismos y niveles de IgE específica a DPT clase ≥ 2. Los pacientes recibieron vacunas estandarizadas de DPT administrada por vía sublingual. Se

extrajeron muestras de sangre de los pacientes antes de iniciar la inmunoterapia y a los 20 días de haber iniciado la pauta (dosis de mantenimiento) para realizar el seguimiento de la inmunoterapia mediante técnica de inmunotransferencia.

**Resultados:** Doce de los 23 pacientes seleccionados presentaron un mayor reconocimiento de la IgE y de la IgA después de haber recibido la inmunoterapia. El alérgeno Der p 1, destaca por su aumento en dicho reconocimiento sobre las demás proteínas. Nueve pacientes han mantenido el mismo reconocimiento o dos lo han disminuido. El reconocimiento de la IgG<sub>4</sub> antes y después de recibir el tratamiento ha sufrido una disminución en 7 pacientes, un aumento en 4 y se ha mantenido en el resto.

**Conclusiones:** La utilización de la técnica de inmunotransferencia en la monitorización de la inmunoterapia alérgeno específica, dotaría al alergólogo de una herramienta mas para el conocimiento de la respuesta alérgeno / antígeno específica de las inmunoglobulinas participantes.

#### EFICACIA CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE LA SENSIBILIDAD CUTÁNEA, PRUEBAS DE PROVOCACIÓN CONJUNTIVAL Y DE LA IGE ESPECÍFICA AL AÑO DE INMUNOTERAPIA CON ALTERNARIA ALTERNATA

J.M. Torres-Rodríguez, M.J. Paniagua, J. Andreu, Z. Pulido, P. Monreal, E. García, Y. Vega, J. Miró-Balaguer y F.M. Marco\*

Unitat d'Al·lergia Teknon, Barcelona, \*Departamento de I+D, Laboratorios IPI, SA. Madrid.

**Objetivos:** Valorar la tolerancia, eficacia clínica y evolución de la sensibilidad cutánea, pruebas de provocación conjuntival y niveles de IgE específica de pacientes alérgicos a *Alternaria alternata* al año de tratamiento con una vacuna específica estandarizada.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 10 niños de edades entre 5 y 14 años con patología respiratoria (rinoconjuntivitis con o sin asma y dermatitis atópica) por hipersensibilidad a *Alternaria alternata* diagnosticados por medio de prick punto final, prueba de provocación conjuntival (PPC), realizadas con el mismo extracto de *Alternaria alternata* utilizado en la vacuna, y por IgE específica. La vacuna (laboratorios IPI) se administró por vía subcutánea en pauta intensiva, alcanzándose la dosis de mantenimiento en 4 semanas. El mantenimiento mensual se realizó con 4.070 UBE.

**Resultados:** Sólo un paciente presentó reacción adversa (broncoespasmo) al iniciar el vial nº 3, pero pudo continuar el mantenimiento con buena tolerancia. Los 10 pacientes han completado un año de tratamiento sin presentar reacciones adversas mejorando su sintomatología clínica y disminuyendo la medicación sintomática. Han presentado una reducción estadísticamente significativa de la sensibilidad cutánea ( $p = 0,014$ ) y de la reactividad en la PPC ( $p = 0,017$ ). Así mismo se observa una disminución de la IgE específica (19,8 vs. 15,3), sin significación estadística ( $p = 0,15$ ).

**Conclusiones:** La inmunoterapia de mantenimiento siguiente a una pauta intensiva con un extracto estandarizado de *Alternaria alternata* es bien tolerada y es clínicamente eficaz. Los resultados obtenidos en las pruebas diagnósticas *in vivo* sugieren que éstas son un parámetro adecuado para el seguimiento de los pacientes que reciben inmunoterapia.

#### SEGURIDAD Y TOLERANCIA DE UNA PAUTA ULTRARRÁPIDA POR VÍA SUBLINGUAL

J.L. Eseverri Asín

Unitat d'Al·lergia i Immunología Clínica Pediatrica. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar la tolerancia y seguridad de una pauta de inmunoterapia por vía sublingual ultrarrápida, Staloral 300® (1 día) en niños alérgicos a D. Pteronyssinus.

**Material y métodos:** 50 niños entre 5 y 14 años (29 niños y 21 niñas) con edades entre 5 y 14 años y diagnosticados de Asma y/o Rinitis sensibilizados a D. Pteronyssinus según una encuesta aler-

gológica basada en Historia clínica, Exploración Funcional, Tets Cutáneos, IgE Específica y Test de Provocación Conjuntival. La administración se inicia con la máxima concentración (300 UR) a razón de 1, 2, 4 y 8 aplicaciones con un intervalo de 30' y un tiempo observacional posterior de 1h. con valoración espirográfica basal y al finalizar y controles de PFM inter-dosis. Al finalizar el primer día se valora el grado de satisfacción mediante escala visual tanto del paciente como del médico. A todos ellos se les solicitó consentimiento informado. En la evaluación global de tolerancia se tuvo en cuenta tanto síntomas locales a nivel de boca y/o gastrointestinales como sistémicos. Controles posteriores se efectuaron a los 15días, 3, 6 y 12 meses, en pauta de 8 aplicaciones, 3 días a la semana.

**Resultados:** En ninguno se observó alteraciones en la exploración funcional ni exacerbaciones de la clínica subyacente; un niño presentó manifestaciones gástricas tras la administración de 4 aplicaciones, que obligó a su suspensión, a los 30 días se reinicio con buena tolerancia, no obstante, tras 3 meses de administración domiciliaria se suspendió definitivamente por aparecer nuevas molestias. 5 niños refieren mínimas molestias locales (discreto prurito) que no obliga a modificación de pauta y que no se refleja en los días sucesivos. El grado de satisfacción según los pacientes es "mucho-muchísimo" 60%, normal 30% y muy poco 10%; por parte del especialista se consideró muy buena tolerancia en el 90% de los tratados

**Conclusión:** La tolerancia de esta pauta debe considerarse como excelente, puede ser de aplicación en edad pediátrica con un mínimo de riesgo, la aceptación por parte de los niños es buena y fácil motivar su adherencia

#### CUMPLIMIENTO Y TOLERANCIA DE LA INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON RINITIS ALÉRGICA Y/O ASMA BRONQUIAL

A. Malet Casajuana\*, M. Lluch Pérez\*, E. Llamas Huerta\*\*, N. Sáiz Cordero\*\*, S. Calderón Rodríguez\*\*, R. García Rodríguez\*\* y P. Amat Par\*\*

\*Hospital de Nens de Barcelona, \*\*Unidad Hospitalaria de Alergo. Centre (Consultoris Sagrada Família), Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar cumplimiento y tolerancia de inmunoterapia sublingual (ITSL) en pacientes pediátricos con rinitis alérgica (RA) y/o asma bronquial (AB).

**Material y métodos:** Estudio observacional, postautorización, prospectivo, >6meses, realizado por alergólogos. *Inclusión:* pacientes pediátricos diagnosticados de RA o AB en tratamiento con ITSL (Oralvac Plus®, Lab. Allergy Therapeutics). El cumplimiento del tratamiento se categorizó como Muy bueno, Bueno, Regular o Malo, además se preguntó acerca del sabor (Bueno, Malo). La eficacia se evaluó mediante reducción de medicación sintomática (porcentaje) y disminución de síntomas clínicos (Remisión, Leve, Moderada, Intensa). La tolerancia se evaluó mediante aparición o no de reacciones adversas sistémicas (RS) y/o reacciones adversas locales (RL).

**Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes. Un 61,4%(n = 27) fueron varones, con edad media de 6,4 años (DT = 2,0). Un 56,8% (n = 25) presentaban rinitis/riñoconjuntivitis (RA/RC) y AB simultáneamente, un 34,1% (n = 15) R/RC y un 9,1% (n = 4) AB. Agentes etiológicos más comunes: ácaros (79,5%, n = 35), Alternaria (18,2%, n = 8), epitelio de perro (2,3%, n = 1) y gramíneas (2,3%, n = 1). El cumplimiento fue muy bueno y bueno, en un 46,5% (n = 20) y 30,2% (n = 13), respectivamente, y un 90,9% (n = 40) opinaron que el sabor del fármaco era bueno. Tras 6 meses en tratamiento la disminución de síntomas de RA/RC y AB fue significativa (Chi-cuadrado, p-valor < 0,001) y la reducción media de medicación sintomática fue de 78,1% (DT = 26,9) para broncodilatadores, 70,0% (DT = 35,6) para corticoides inhalados y 65,0% (DT = 22,4) para corticoides tópicos nasales. Ningún paciente incluido presentó RS ni RL. Un 9,1% (n = 4) abandonaron la medicación, uno por cambio de residencia (2,3%) y los otros por motivos desconocidos.

**Conclusiones:** Cumplimiento de ITSL del 76,7%, con un 100% de tolerancia (ningún caso de RL ni RS detectado). Efectividad en población pediátrica muy evidente, en términos de disminución sintomática y reducción de medicación sintomática.

#### INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL EN NIÑOS ALÉRGICOS AL LÁTEX: EFICACIA Y CAMBIOS INMUNOLÓGICOS

A.I. Tabar<sup>1</sup>, M.L. Sanz<sup>1</sup>, M. Anda<sup>1</sup>, B.E. García<sup>1</sup>, M.C. García-Avilés<sup>2</sup>, J.A. Nadal<sup>3</sup>, M. Raúl-Heimsoth<sup>4</sup> y G. Salcedo

<sup>1</sup>Hospital Virgen Del camino, Departamento de Alergia, Pamplona, <sup>3</sup>ALK-Abelló SA. Departamento Científico. Madrid,

<sup>4</sup>Institute of the Ruhr-University, Research Institute for occupational Medicine BGFA, Bochum, Germany, <sup>5</sup>Dpto de Biotecnología. ETS ingenieros Agrónomos. Madrid. España.

**Objetivo:** Determinar si niños alérgicos a látex pueden beneficiarse del tratamiento comercializado.

**Material:** Los 23 niños diagnosticados de alergia a látex con urticaria, rinoconjuntivitis, asma o anafilaxia y prick e IgE positivos. Dieciocho (50% niñas, 12 +- 4 años) recibieron durante un año SLIT-LATEX (ALK-Abelló, SA, Madrid), mientras que los restantes (60% niñas, 12 +- 5 años) actuaron como grupo control.

**Métodos:** Al comienzo del estudio (T0), a los seis (T1) y a los 12 meses (T2) se les realiza: Test de uso con guante de látex; test de provocación conjuntival (TPC) con 40,0, 8,0, 1,6 y 0,32 µg/mL de proteína de látex; prick test por duplicado 500, 100, 20 y 4 µg/mL de proteína de látex en 50% de glicerol, test de activación de basófilos (TAB) con látex y rHev b 5, rHev b6,01, nHev b6,02 de acuerdo a la técnica descrita (Pediatric Allergy Immunol in press); IgE específica a látex, rHev b 1, rHev b 2, rHev b 3, rHev b 5, rHev b 6,01, rHev b 6,02, rHev b 8, rhev b 11 (CAP Farmacia); e IgG4 específica a látex (CAP Farmacia).

**Resultados:** Los niños que recibieron tratamiento disminuyeron la sensibilidad a látex en el test de uso y en prick en T1 ( $p < 0,03$  y  $p < 0,05$ ) y en T2 ( $p < 0,001$  y  $p < 0,05$ ). La dosis necesaria para inducir un TPC positivo se incrementa en el grupo activo (T1  $p < 0,02$ ; T2  $p < 0,01$ ). El TAB disminuye con látex ( $p < 0,001$ ), con rHev b 6,01 ( $p < 0,05$ ) y nHev b 6,02 ( $p < 0,01$ ) en los 6 meses primeros de tratamiento. La determinación de IgE no se alteró en ninguno de los tiempos para ninguna de las proteínas. Los valores de IgG4 aumentan ( $p < 0,05$ ) en T2. El grupo control no registró cambios en ninguno de los parámetros ni tiempos estudiados.

**Conclusiones:** La inmunoterapia sublingual con látex reduce la sensibilidad clínica al alergeno (test de uso, prick y provocación conjuntival) en los niños alérgicos. Este tratamiento induce simultáneamente cambios en la activación de basófilos con proheveína (rHev b 6,01) y heveína (nHev b.02) y en la producción de IgG4. SLIT con látex puede ser útil en el tratamiento de los niños alérgicos a látex.

#### REACCIONES ADVERSAS A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (2003– 2005: 57 CASOS)

Y. Romero Salas, M.T. Jiménez Fernández, M. Duplá Arenaz, I. Guallar Abadía y J. Boné Calvo

Unidad de Alergología Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivo:** Describir hallazgos clínico-analíticos y epidemiológicos de pacientes remitidos para estudio por sospecha de alergia a proteínas de leche de vaca.

**Material y métodos:** Se realiza revisión de casos remitidos a nuestra Unidad con sospecha de APLV del 2003 al 2005. En total, 57 casos (31 varones y 26 mujeres) cuya edad media era 2,88 meses. Se realizaron: Anamnesis, pruebas cutáneas, IgE específicas y prueba de provocación oral (PPO) controlada en TODOS los pacientes.

**Resultados:** De los 57 casos, 50 tuvieron estudio alergológico positivo (8 alergia IgE mediada con clínica y 41 sensibilizaciones en tolerancia) y 7 estudio alérgico negativo (4 alergia no Ig E mediada y 3 tolerancia alimentaria). Los síntomas más frecuentes en casos

de APLV fueron: síndrome de alergia oral (49%), urticaria (43,8%) y vómitos (43,8%). El 70% de los alérgicos presentaron clínica tras primera toma; en la mayoría (82%) de aparición inmediata (<1 hora). Todos menos uno (98%) tomaron lactancia materna. El 40% de los APLV habían recibido biberón esporádico. El 56% de los pacientes con APLV tienen antecedentes familiares de atopía. El 44% tienen hermanos y ninguno de ellos ha presentado APLV. En la mayoría (87,7%) se confirmó APLV. Tras el estudio, un alto porcentaje de los casos (el 77,1 % de toda la muestra y el 83,6% de los pacientes con APLV) toleran la leche maternizada lo que indica la importancia de realizar PPO al diagnóstico. El 46% de los pacientes con APLV y en 14,2% de los no APLV presentaron sensibilización al huevo.

#### **REVISIÓN ANUAL DE NUESTROS PACIENTES CON ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (PLV) ALTAMENTE SENSIBILIZADOS (CAPS>100 KU/L)**

M.T. Jiménez Fernández, M. Duplá Arenaz, Y. Romero Salas, J. Boné Calvo e I. Guallar Abadía

*Unidad de Alergología pediátrica Hospital Universitario Materno Infantil "Miguel Servet". Zaragoza.*

**Objetivos:** Realizar pruebas cutáneas de fórmulas de leche alternativas en pacientes altamente sensibilizados a PLV.

Valorar características generales y epidemiológicas del grupo.

**Material y método:** Se revisan pacientes controlados en el 2005 en Unidad de Alergología pediátrica del HUMS de Zaragoza altamente sensibilizados a proteínas vacunas (CAPs > 100 KU/l). En total son 7 pacientes: 4 mujeres y 3 varones con edades entre 7-15 años. Inicio de sintomatología fue entre el primer y sexto mes de vida. Todos fueron partos vaginales excepto uno (cesárea por gemelaridad). Todos recibieron lactancia materna exclusiva excepto uno mixta. Dos, tienen antecedentes familiares de atopía. Ninguno tiene antecedentes personales de dermatitis atopica. En todos se realizaron test cutáneos a las diferentes fórmulas de leche disponibles en el mercado y la clara de huevo. Se testaron: 1 leche maternizada, 3 hidrolizados parciales (2 seroproteínas, 1 seroproteínas + caseína), 8 hidrolizados extensos (3 seroproteínas, 3 caseína, 2 seroproteínas + caseína), 2 soja, 1 hidrolizado de soja y colágeno de cerdo y una de aminoácidos.

**Resultados:** Todos presentan pruebas cutáneas positivas a hidrolizados parciales y extensos. Las fórmulas de soja y las de aminoácidos no presentan reactividad cutánea y son bien toleradas. Excepto uno, todos han presentado alergia a las proteínas del huevo. En la actualidad persiste en tres. Todos toleran la ternera. Todos han tenido contactos accidentales: excepto uno de los casos que presentó urticaria, el resto han tenido clínica respiratoria. Excepto uno, todos tienen hermanos y ninguno presentó APLV. No se adoptó ninguna medida preventiva en los hermanos. Todos presentan actualmente pruebas cutáneas a neumoalergenos negativas.

#### **EFICACIA Y TOLERANCIA DE UN EXTRACTO POLIMERIZADO DE DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS EN MENORES DE 7 AÑOS**

M. Baeza, A.M. Plaza, M. Piquer, F. Marco\*, O. Domínguez, N. García-Baiges, M.T. Giner, M.A. Martín Mateos y J.I. Sierra

*Sección de Inmunoalergia. Hospital Sant Joan de Déu. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona, \*IPI ASAC-Pharma, Alicante.*

**Objetivos:** Evaluar eficacia y tolerancia al año de tratamiento con un extracto polimerizado de *D. Pteronyssinus* (DPT)

**Material y métodos:** Estudio abierto, prospectivo, aleatorizado, controlado. Se seleccionaron 47 pacientes entre 5 y 7 años, con hipersensibilidad a DPT y clínica de asma. Como variable principal de evaluación se realizó un test de provocación bronquial específico (TPB), midiendo resistencia de vías aéreas por oscilometría de impulsos al inicio y al año de tratamiento. Los dos grupos recibieron tratamiento farmacológico según las guías de la SEICAP y el grupo

activo, se sometió a inmunoterapia con extracto polimerizado IPI® DPT 100%, en nuestra Unidad de Inmunoterapia. También se valoraron: provocación bronquial inespecífica con metacolina, sintomatología clínica, consumo de medicación y parámetros analíticos.

**Resultados:** 42 pacientes concluyeron el estudio. Al inicio ambos grupos eran homogéneos en cuanto a edad, clasificación de asma, CAP y TPB a D. PT. A los 12 meses hay una tendencia a precisar mayor dosis de alergeno para conseguir una TPB positiva en el grupo tratado, sin diferencias significativas ( $p = 0,49$ ). Comparando las dosis de alergeno en TPB a los 12 meses se observa una diferencia significativa entre el grupo tratado y el grupo control ( $p < 0,035$ ). También hay una tendencia a precisar dosis mayores de metacolina, en el grupo tratado, sin significación estadística ( $p = 0,35$ ). Se administraron 315 dosis de inmunoterapia sin incidencias.

**Conclusiones:** La dosis de alergeno necesaria para conseguir una TPB positiva a los 12 meses, es mayor en el grupo tratado. A pesar de las diferencias en la dosis de alergeno en el TPB final, sería necesario mayor tiempo de seguimiento para llegar a observar otras diferencias significativas. El extracto polimerizado fue bien tolerado en menores de 7 años.

#### **CUARTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES**

*Moderadores: J. Garde y A. Marín*

#### **ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA EXPOSICIÓN PRECOZ A FEL D 1 Y DER P 1 Y LAS SIBILANCIAS EN LA INFANCIA**

O. García-Algar, R. Berueco, S. Polk, M. Torrent, J. Sunyer, P. Cullinan y O. Vall

*Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona.*

**Métodos:** Se estudió el impacto de la exposición doméstica al alergeno de gato /Fel d 1) y a los ácaros /Der p 1) sobre las sibilancias desde el nacimiento hasta los 4 años de edad en una cohorte de nacimiento prospectiva y multicéntrica. Se reclutaron antes del parto 1.611 madres del estudio AMICS (Asthma Multicentre Infant Cohort Study), en Ashford, RU, y Barcelona y Menorca, España. Las exposiciones se detectaron mediante la recogida de muestras de polvo doméstico en los hogares durante el primer año de vida del niño. Se disponía de datos de seguimiento completo de 1.289 niños en cuanto a presencia de sibilancias durante los primeros 4 años de vida.

**Resultados:** Las cifras de alergenos domésticos variaron sustancialmente entre los centros. 603 niños (47%) nunca presentaron sibilancias durante los primeros 4 años de vida. Der p 1 no se correlacionó con las sibilancias. Fel d 1 aumentó significativamente el riesgo de sibilancias en los niños de 3 y 4 años de edad en comparación con los de 1 año de edad. Se encontraron distintos perfiles de riesgo de sibilancias a diferentes edades. El análisis multivariado reveló una interacción entre Fel d 1 y asma materna entre los niños con sibilancias a los 4 años (riesgo relativo = 2,77; intervalo de confianza 95% = 1,19-6,46).

**Conclusiones:** Nuestros resultados apoyan la idea que hay varios patrones de sibilancias con diferentes perfiles de riesgo en los niños pequeños. El efecto de la exposición a Fel d 1 varió de acuerdo con la edad y el asma materna.

#### **EXPOSICIÓN PRECOZ A AEROALERGENOS Y SENSIBILIZACIÓN POR IGE A LOS 4 AÑOS**

O. García-Algar, F. Díaz, M. Torrent, J. Sunyer y O. Vall

*Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona.*

**Antecedentes:** Aunque está muy aceptado que el riesgo de atopía y alergia en la infancia está directamente relacionado con la exposición precoz a alergenos, los datos más recientes no siempre están de acuerdo con esta afirmación.

**Métodos:** Se reclutaron madres y sus hijos del estudio AMICS (Asthma Multicentre Infant Cohort Study), en tres cohortes coincidentes (Ashford en el RU, y Menorca y Barcelona en España) que seguían el mismo protocolo. Se incluyeron inicialmente 1611 recién nacidos; se recogió polvo doméstico a los 3 meses de edad en 1474 de ellos y se determinaron Der p 1 y Fel d 1; en 1019 de estos últimos se hicieron determinaciones de IgE específica a los 4 años de edad.

**Resultados:** El riesgo de sensibilización a Fel d 1 (cifra de IgE específica  $\geq 0,35 \text{ kU/l}$ ) aumentó con la exposición a Fel d 1 de una forma lineal: el riesgo era mayor en el segundo y el tercer tertiles de exposición con respecto al primer tercil, pero no hubo diferencias significativas entre el segundo y el tercer tertiles de exposición. No se encontró asociación entre la IgE específica frente a Der p 1 y las cifras de aeroalergenos a una edad precoz.

**Conclusiones:** Nuestros resultados apoyan la idea ya expresada por varios autores que la relación dosis-respuesta entre la exposición al alérgeno y la sensibilización difiere entre los alergenos.

#### MONITORIZACIÓN DE LA VARIABILIDAD DEL FLUJO ESPIRATORIO MÁXIMO TRAS EL EFSUERZO FÍSICO

P. Serrano<sup>1</sup>, L. Fernández<sup>2</sup> y R. Fatou<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, <sup>2</sup>Hospital Virgen del Rocío,

<sup>3</sup>Hospital de Jerez de la Frontera.

**Objetivos:** Monitorizar la variabilidad del FEM tras la realización de diversos esfuerzos físicos, durante los campamentos de verano para niños asmáticos, como medida de control del asma.

**Material y métodos:** 10 niños, con edades comprendidas entre los 10 y 12 años, formaron parte de los campamentos de verano desarrollados en el Puerto de Santa María en Agosto de 2005. Habían sido diagnosticados de alergia a: ácaros (8/10), pólenes (5/10), epitelios (4/10) y hongos (2/10). El 80% de ellos realizaba tratamiento con corticoides inhalados durante todo el curso escolar. Se realizaron 3 mediciones de PEF antes y después de un paseo en bicicleta, una gymkhana y un paseo a caballo, recogiéndose el mejor de los 3 registros. Se calculó la variabilidad mediante la fórmula: Valor máx. – Valor mín. / Valor máx.

**Resultados:** Todos los niños realizaron de forma correcta las mediciones de FEM. La variabilidad registrada fue: Paseo en bicicleta: entre el 3,4% y el 12% (media: 6,24%). Gymkhana: entre el 2,4% y 12,5% (media: 7,31%). Montar a caballo: entre el 2,3% y 14,6% (media: 5,69%).

**Conclusiones:** Se constató una ausencia de variabilidad de la función pulmonar tras la realización de ejercicio físico de diversa intensidad. El control de asma de estos niños pudiera encontrarse relacionado con el tratamiento de fondo con corticoides inhalados que realizan la mayoría de ellos.

#### VALIDEZ DE LA RINOMETRÍA ACÚSTICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

L. Martín Conde, E. Rodríguez Plata, E. Pérez Rodríguez, V. Matheu, J.C. García Robaina, I. Sánchez Machín, R. González Pérez y F. de la Torre Morín

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Servicio de Alergia e Inmunología Clínica.

**Introducción:** La rinometría acústica es un método no invasivo que permite determinar áreas y volúmenes en las cavidades nasales mediante una sonda de ultrasonidos. El objetivo de nuestro estudio fue determinar su utilidad en el diagnóstico de la rinitis en la población pediátrica.

**Material y métodos:** Se incluyeron los pacientes pediátricos remitidos a nuestra consulta durante un período de 2 semanas para estudio de rinitis. En todos ellos se realizó rinometría con determinación del área transversa menor (ATM) y el volumen

2,5-5,5, *prick test* con batería de inhalantes habituales, espirometría y en caso de dudas diagnósticas provocación conjuntival con el alérgeno sospechoso y determinación de Ig E específica.

**Resultados:** Se estudiaron 30 pacientes, con edades comprendidas entre los 4 y los 16 años ( $x = 12,9$ ). Las pruebas cutáneas fueron positivas para ácaros en 27 de ellos y negativas en los 3 restantes. La rinometría fue realizada y bien tolerada en todos los pacientes. Las ATM medias izquierda y derecha fueron de  $0,5 \text{ cm}^2$  y  $0,59 \text{ cm}^2$  respectivamente y el volumen medio de  $9,29 \text{ cm}^3$ . Se encontró obstrucción significativa ( $\text{ATM} < 0,7 \text{ cm}^2$  y/o volumen  $2,5-5,5 < 10 \text{ cm}^3$ ) en 19 pacientes, 18 de los cuales referían importante obstrucción subjetiva.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes estudiados presentaron pruebas cutáneas positivas para ácaros y datos de obstrucción en la rinometría. La rinometría acústica permite valorar de forma objetiva la obstrucción nasal en la edad pediátrica, siendo un método sencillo y bien tolerado por los pacientes.

#### OBESIDAD EN UNA POBLACIÓN CON ASMA INFANTIL

S. de Arriba Méndez, M. Marrero Calvo, M. Isidoro García\*, J.M. Maíllo del Castillo, I. Dávila González\* y F. Lorente Toledano\*

\*Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila, Hospital Universitario de Salamanca.

**Introducción:** La prevalencia de la obesidad en niños ha aumentado últimamente en paralelo a la prevalencia del asma, lo cual ha inducido a plantear la posibilidad de una relación entre las dos patologías.

**Objetivo:** Conocer si en una población asmática existe una mayor prevalencia de la obesidad y realizar un estudio descriptivo de dicha población.

**Material y Métodos:** En una población de 110 niños asmáticos que acuden a la consulta de Alergia Infantil del Hospital Universitario de Salamanca se analizan los datos epidemiológicos, espirométricos y la gravedad del asma. Para el análisis estadístico se utiliza el programa informático SPSS-12.

**Resultados:** El porcentaje de niños obesos, considerando como tal a los que están por encima del percentil 95 de índice de masa corporal, fue del 10,9%. El 59,1% de los pacientes con obesidad son varones (NS). Los pacientes obesos recibieron con menos frecuencia lactancia materna (16,7% vs. 41,8%), presentaron más asma persistente (50% vs. 32,7%) y precisaron con más frecuencia ingreso hospitalario (9,1% vs. 2%), pero estas diferencias no alcanzan significación estadística. Encontramos una menor FVC ( $p = 0,010$ ) y un menor FEV1 ( $p = 0,030$ ) en los niños obesos. No encontramos diferencias en cuanto a antecedentes de alergia a la leche o al huevo, en la sensibilización a aeroalérgenos, ni en cuanto a su tolerancia al ejercicio físico.

**Conclusiones:** En nuestra población asmática encontramos una prevalencia de obesidad similar a la publicada para la población general. Los pacientes obesos tienen peores resultados espirométricos y, en ellos, se observa una tendencia a presentar más asma persistente.

#### NUESTRA EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA DEL ESPUTO INDUCIDO EN EL CONTROL Y TRATAMIENTO DEL ASMA

H. Larramona Carrera, M. Bosque García, L. Valdesoiro Navarrete, T. Marco Valls, O. Asensi de la Cruz, N. López Galvany, M. Vilà de Muga e I. Loverdos Eseverri

**Introducción:** El asma se caracteriza por grados variables de obstrucción vía aérea, hiperreactividad bronquial e inflamación crónica de la vía aérea. Actualmente, las guías de tratamiento del asma destacan la importancia de los corticoides inhalados como principal tratamiento dirigido a la inflamación de la vía aérea. Es importante usar la dosis corticoides inhalados más baja posible para conseguir un buen control del asma. En la práctica clínica, la reducción

de los corticoides inhalados se basa en síntomas y función pulmonar, pero en algunos casos existe pobre correlación con la inflamación aérea.

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia clínica en el manejo de asma con esputo inducido en casos de asma de difícil control y con discrepancia clínica/función pulmonar.

**Material y métodos:** Se practicó esputo inducido siguiendo las normas de la SEPAR a 9 niños controlados en CCEE Alergia Pediátrica por asma, presentando asma de difícil control (caso 1), asma con discreta sintomatología a pesar de espirometrías patológicas (caso 2 y 3) y síntomas con espirometrías límite normal (caso 4 y 5).

**Resultados:** En 4 de ellos no se obtuvo muestra de esputo suficiente. Los resultados de los 5 niños en los que se obtuvo muestra adecuada mostraron: caso 1 eosinófilos 24%, casos 2 y 3 eosinófilos de 4-5%, casos 4 y 5 eosinófilos <2% con predominio neutrófilos. En los casos que presentaron eosinófilos en esputo se ha mantenido tratamiento con corticoides, pudiéndose reducir dosis de corticoides en los 2 casos que no lo evidenciaron.

**Comentarios:** El uso de esputo inducido como marcador de inflamación de la vía aérea mejora la monitorización del asma y optimiza tratamiento.

## QUINTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Moderadores: M.A. Martín Mateos y C. Casas

### ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA EN PEDIATRÍA: 25 AÑOS DE EXPERIENCIA EN H. VALL D'HEBRÓN

C. Margareto<sup>1</sup>, P. Soler<sup>2</sup>, P. Llobet<sup>2</sup>, M. Hernandez<sup>2</sup>, I. Caragol<sup>2</sup> y T. Español<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Pediatría y <sup>2</sup>Unidad de Inmunología. H. Vall d'Hebron. Barcelona.

**Introducción:** La enfermedad granulomatosa crónica (EGC) es una inmunodeficiencia primaria infrecuente (1/200.000) por defecto de la producción de metabolitos del oxígeno por los fagocitos, causando infecciones por organismos catalasa positivos y hongos, en ocasiones letales.

**Métodos:** 11 pacientes diagnosticados de EGC en edad pediátrica en nuestro centro desde 1980 hasta 2005.

**Resultados:** 11 varones. Edad mediana al diagnóstico: 37 meses. Clínica al diagnóstico: abscesos o adenopatías abscesificadas 3/11 (*Staphylococcus aureus*, *Serratia liquefaciens* y *Klebsiella sp.*), neumonía 3/11 (*Rhodococcus equi*, *Salmonella typhimurium* más *Pneumocystis jirovecii*), osteomielitis 1/11 (*Aspergillus sp.*), sepsis 1/11 (*Staphylococcus aureus*), ITU 1/11 (*Klebsiella sp.*) y aftas bucales 1/11. Diagnósticos inicialmente por *Nitroblue Tetrazolium Test* (NBT), confirmados por test de oxidación por citometría de flujo en 8/11 y genéticamente (gp91) en 7/11. Durante su evolución presentaron 72 procesos: abscesos (22), neumonías (10), gastroenteritis (6), adenopatías (6), sepsis (4), osteomielitis (3) y otras (21). Gérmenes aislados (33): *Aspergillus sp.* (10), *Staphylococcus sp.* (4), *Salmonella sp.* (4), *Pseudomonas aeruginosa* (3), *Klebsiella sp.* (3) y otros (9). Han recibido Interferón Gamma 5/11; profilaxis con itraconazol 8/11 y/o cotrimoxazol 10/11. 2 fallecidos por sepsis (aspergillosis diseminada, gram negativo no identificada), 1 por leishmaniasis diseminada, uno por complicaciones post-trasplante renal. Resto asintomáticos.

**Conclusiones:** La sospecha clínica y la citometría de flujo son los pilares del diagnóstico en la EGC para el paciente y para la detección de familiares portadores. Debemos establecer una profilaxis específica y controles médicos para prevenir infecciones graves. Se ha utilizado intermitentemente IFN-gamma aunque su efectividad es discutida.

### NUEVA MUTACIÓN GENÉTICA EN DOS HERMANOS AFECTOS DE INMUNODEFICIENCIA CON HIPER IgM (SHIMX)

O. Domínguez, M.T. Giner, M.A. Martín, A.M. Plaza, M. Piquer, M. Baeza, N. García, J.I. Sierra y O. de la Calle\*

Sección Inmunología y Alergia Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. H. Clínico, Universidad de Barcelona. \*S. Inmunología Hospital de Sant Pau.

**Introducción:** SHIMX es una inmunodeficiencia primaria combinada por supresión del gen TNFSF5, que codifica la proteína CD40L, situado en Xq26,3 - q27,1. Se caracteriza por niveles bajos de IgA e IgG y normales o altos de IgM.

**Casos clínicos:** 1. Varón de 3 años con clínica de broncoespasmos repetidos, neumonías y gastroenteritis. TAC pulmonar con bronquiectasias. *Estudio inmunológico:* neutropenia, IgA <65mg/L, IgG 1700mg/L, IgM 3750mg/L, LB27%, LT66%, LT4 51%, LT8 13%. *Estudio genético:* Se analizó la expresión de CD40L en las células T CD4+ después de la estimulación de céls mononucleares con PMA y ionomicina. Las células mostraban incapacidad para expresar CD40L. Se estudió el gen TNFSF5 demostrándose una supresión (no descrita hasta ahora) de más de 10 Kb que afectan a las regiones proximales del gen, extendiéndose desde el final del intrón 3 hasta un punto no determinado situado delante de las regiones reguladoras. 2. Varón de 6 meses ingresado en UCI-P por bronconeumonía. *Estudio inmunológico:* IgG 512mg/L, IgA <63mg/L, IgM 669mg/L, LB43%, LT 53%, LT4 81%, LT8 18%. *Estudio genético:* con mismos hallazgos. *Estudio genético familiar:* Las de la abuela materna y el padre expresaban CD40L correctamente, mientras que en la madre se observaban dos poblaciones de LTCD4+: unos expresaban CD40L y otras no.

**Conclusiones:** 1. Se diagnostican dos hermanos varones con SHIMX con patrón clínico e inmunológico común a la clínica conocida. 2. Su estudio genético y el de su madre evidencian una alteración no descrita. La madre es portadora sana y ambos niños afectos con evolución no favorable se encuentran pendientes de T.C.P.H.

### DESENSIBILIZACIÓN A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA. NUESTRA EXPERIENCIA

I. Guallar, M.T. Jiménez, Y. Romero, J. Martín, J. Calvo, M. Duplá y J. Boné

Unidad de Alergia Infantil. H.U. Miguel Servet Zaragoza.

Presentamos ocho pacientes con alergia IgE mediada a proteínas de leche de vaca, y edades comprendidas entre 3 y 8 años, en los que se ha realizado desensibilización. Todos ellos presentaron provocación positiva previa: 4 casos anafilaxia con clínica cutánea y respiratoria y 4 vómitos inmediatos y urticaria. Niveles de IgE específica (CAP Pharmacia en KU/L) previos al tratamiento:

Caso	1	2	3	4	5	6	7	8
Leche	16	12	39,5	7,5	29	5,7	64	>100
Caseína	13	12	36	7,6	28	2,23	36,4	>100

Se realizaron en el hospital, previa información y consentimiento de los padres. Los 6 primeros casos la dosis tolerada el primer día se mantenía cada doce horas en domicilio, realizándose incrementos semanales según respuesta. Los 2 últimos han seguido la pauta propuesta por el comité de alergia alimentaria de la SEICAP. En 5 casos no se presentaron incidencias y en 3 en alguna ocasión: dolor abdominal, SAO, urticaria, rinoconjuntivitis, sibilancias, precisando medicación. Tras la desensibilización los controles analíticos muestran un descenso de los niveles de CAP a leche de vaca y caseína. Todos ellos han completado el tratamiento tolerando 500 ml de leche al día en 2 tomas y algún derivado lácteo todos los días, estando asintomáticos.

**Conclusiones:** La desensibilización puede ser una alternativa al tratamiento de estos pacientes, no exenta de riesgos, permite adelantar la tolerancia a la leche mejorando la calidad de vida del niño.

#### RESENSIBILIZACIÓN A LECHE EN NIÑOS CON ALERGIA A PLV SUPERADA

M. Muñoz García, E. Alonso Lebrero, L. Zapatero Remón, J. Ruiz Hornillos y M.I. Martínez Molero

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

**Introducción:** La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) es la causa más frecuente de alergia a alimentos en el primer año de vida. La historia natural es de evolución a la tolerancia que se considera definitiva una vez establecida.

**Objetivos:** Describir: 1. La reaparición de clínica con leche en pacientes ya tolerantes. 2. La evolución posterior de estos pacientes. Se incluyen 14 niños diagnosticados de APLV por historia clínica compatible, pruebas cutáneas y determinación de IgE sérica específica frente a leche y fracciones. En revisiones posteriores se comprobó, mediante provocación controlada, evolución a la tolerancia a una edad media de 18 meses (3 meses - cuatro años). Se introdujo leche de vaca en la dieta y 13 pacientes, tras un intervalo de tiempo medio de 7 días (3-10), presentaron reaparición de los síntomas. Un niño toleró leche sin problemas durante 9 meses. Todos ellos consultaron de nuevo y la clínica se consideró sugestiva de APLV. Se repitió estudio inmunoalérgico observándose un incremento significativamente estadístico de los valores de IgE sérica específica (Test de Wilcoxon,  $p < 0,05$ ). En base a estos parámetros se diagnosticaron de Resensibilización a leche. Tras un tiempo medio de dieta exenta de PLV de 14 meses (3-33 meses) y nueva valoración alergológica, se repitió prueba de provocación con seguimiento posterior, comprobándose en todos los pacientes buena tolerancia continuada para leche salvo en un niño que mantiene tolerancia parcial de 45cc.

**Conclusiones:** 1. La tolerancia a PLV tras la realización de un test de provocación controlada no se considerará definitiva hasta transcurrido un tiempo superior a una semana. 2. En un pequeño porcentaje de pacientes tolerantes se produce una verdadera resensibilización a PLV. 3. Esta resensibilización no condiciona un mal pronóstico posterior.

#### ALERGIA A FRUTOS SECOS: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

P. Rojas, G. Dávila, C. Ortega, E. Alonso, L. Zapatero y M.A. Martínez

Servicio Alergia Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos:** Conocer las características de la alergia a "frutos secos" (FS) en los pacientes nuevos estudiados en la Sección de Alergia Infantil del Hospital Gregorio Marañón durante los años 2000-2004. Se recogieron antecedentes familiares (AF) y personales (AP) de atopia, manifestaciones clínicas, FS implicados y sensibilización a otros.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y transversal. 69 pacientes fueron diagnosticados de alergia a FS, con una edad media de 3 años (1 a 16). En el 57,1% se encontraron AF de atopia. El 33% tenían AP de dermatitis atópica, 57% Rinoconjuntivitis-Asma con sensibilización a pólenes en el 88%. El 55% presentaba además alergia a otro alimento. Los cuadros clínicos se recogen en la tabla adjunta (tabla I). El FS implicado más frecuentemente fue el cacahuete (61%), seguido de nuez (28%) y avellana (5,2%). El cacahuete fue responsable del 68% de los casos de anafilaxia, nuez 22% y anacardo 10%. De igual manera, el cacahuete fue la primera causa de urticaria-angioedema 38,8% seguido de nuez 26% y avellana 21%. La cuarta parte de los pacientes toleraba otros FS a pesar de pruebas cutáneas y CAP positivo.

**Tabla I. Clínica-grupos de edad.**

	<2 a.	2-4 a.	5-9 a.	10-16 a.
Anafilaxia	5	10	4	0
U-AE	9	14	9	4
SAO	1	2	4	2
Urticaria de contacto	1	0	0	0
Vómitos	0	1	0	0

**Conclusiones:** La exposición a FS tiene lugar a edades muy tempranas siendo también este grupo de edad el que padece las manifestaciones clínicas más severas. La mitad de los pacientes padece sensibilización a otro alimento. El cacahuete, seguido de la nuez, es el FS implicado con más frecuencia en clínica grave. Las pipas de girasol son habitualmente toleradas.

#### CORRELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA INICIAL DE LA ALERGIA ALIMENTARIA CON LA QUE SE PRESENTA EN LAS PRUEBAS DE PROVOCACIÓN. ¿SON PRUEBAS SEGURAS?

C. Blanco Rodríguez, M.F. Sánchez Mateos, M. Centeno Jiménez, M.L. García García, T. Bracamonte Bermejo y L. Echeverría Zudaire

Unidad de Neumología y Alergia Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

**Antecedentes:** Las pruebas de provocación son esenciales en el diagnóstico de la alergia alimentaria, sin embargo no están exentas de riesgos y sus resultados son poco predecibles.

**Objetivos:** Evaluar la seguridad de las provocaciones orales alimentarias y correlacionar sus resultados con los inicialmente manifestados en el paciente.

**Métodos:** Se realiza un estudio prospectivo de las provocaciones alimentarias orales, abiertas (PPO) realizadas en niños en nuestro hospital durante el año 2005. Las variables recogidas son sintomatología inicial, resultado de la provocación, manifestaciones clínicas y tratamiento requerido si esta es positiva.

**Resultados:** La clínica inicial referida fue: cutánea (75,7%), multiorgánica (11,7%), gastrointestinal (10,7%) y anafilaxia (1,1%). Se realizaron 366 provocaciones a diferentes alimentos. Los alimentos más frecuentes fueron el huevo (34,2%), PLV (30,5%) y el pescado (15,6%). 116 pruebas resultaron positivas, con clínica cutánea en el 53,4%, gastrointestinal 18,1%, multiorgánica 22,4% y anafilaxia 6%. Globalmente esta clínica fue de similar gravedad a la inicial en el 63,8% de los casos, más grave en el 25,9% y de menor importancia en un 10,3%.

	PLV	Huevo	Pescado
Igual	14 (53,8%)	39 (61,9%)	10 (76,9%)
Más grave	7 (26,9%)	22 (34,9%)	1 (7,7%)
Menos grave	5 (19,2%)	2 (3,2%)	2 (15,4%)
Total	26	63	13

Todas las reacciones revirtieron rápidamente con antihistamínicos, adrenalina y/o corticoides. En solo 1 de los pacientes se objetaron alteraciones hemodinámicas, precisando fluidoterapia y hospitalización durante 24 horas.

**Conclusiones:** 1. La PPO no está exenta de riesgo pero dado el beneficio que supone una provocación negativa (68,3%), este es asumible cuando estas pruebas se realizan en un medio adecuado. 2. Cuando la PPO es positiva, generalmente la clínica es de similar gravedad a la referida en contactos previos con el alimento, pero hasta un 26% de ellas pueden presentar una reacción más grave que la inicial. 3. De forma estadísticamente significativa ninguno de los alimentos implicados produjo una sintomatología más grave que la inicial.

## SEXTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

Moderadores: M.T. Marco y A.M. Paya

### ALERGIA A LECHE DE CABRA Y OVEJA: ESTUDIO DE TRES CASOS

A. Osorio Galindo, F. Martín-Muñoz, B. Cid Sánchez, C.Y. Pascual Marcos y M. Martín Esteban  
*Servicio de Alergología. Hospital Infantil La Paz. Madrid.*

**Introducción:** La alergia a leche de cabra u oveja es rara en población infantil y suele asociarse a alergia a proteínas de leche de vaca debido a reactividad cruzada por caseínas.

**Objetivo:** Estudio de los alergenos responsables de las reacciones alérgicas.

**Pacientes:** Tres niños con tolerancia clínica a la leche de vaca y los siguientes datos clínicos. Niña de 9 años, con alergia a huevo, pescado, marisco y plátano; asma y DA. Tras ingestión de queso de cabra presentó inmediato edema palpebral y labial, disfonía, dificultad para la deglución y vómitos. Niño de 5 años, con transplante hepático por hepatoblastoma y alergia a legumbres y huevo; tras tocar queso de oveja mezcla y frotarse los ojos presentó angioedema facial y SAO con la ingestión. Niño de 7 años, desde los 4 presentó más de 15 episodios de conjuntivitis, angioedema palpebral, el último acompañado de náuseas, vómito y abdominal-gia, lo relacionaba con ingestión de queso de oveja.

**Métodos:** Prick test con leche de vaca y sus proteínas, leches y caseínas de cabra y oveja, carnes y epitelios. IgE en suero frente a leche de vaca, cabra y oveja. Provocación oral controlada, simple ciego, con queso de cabra y oveja, en un paciente.

**Resultados:** Véase tabla a pie de página.

**Conclusión:** Nuestros pacientes sufren alergia por alergenos presentes únicamente en la leche de cabra y oveja, ausentes en leche de vaca.

### DESENSIBILIZACIÓN ORAL A LECHE EN 24 NIÑOS CON ALERGIA MEDIADA POR IGE

L. Zapatero, E. Alonso, P. Rojas, G. Dávila, L. Prieto y M.I. Martínez  
*Sección de Alergía. H. Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción:** Presentamos nuestra experiencia en desensibilización a leche en 24 pacientes diagnosticados de APLV en los que se comprobó alergia actual antes del comienzo del procedimiento.

**Métodos:** Se inicia protocolo en consulta administrando el primer día diluciones progresivas hasta alcanzar 1cc. y al día siguiente 1cc y 2cc, continuando en domicilio con 2 cc. Semanalmente, en el hospital y según pauta prefijada, se incrementa el volumen de leche administrado continuando en su domicilio con la cantidad tolerada. Se considera finalizado al alcanzar 250cc sin síntomas en una sola toma. En 18

pacientes se siguió el protocolo y en 6 se inició con dosis superiores. La duración prevista era de 9 semanas (65 días). Se recogieron datos clínicos y se realizaron Pruebas Cutáneas e IgE específica (CAP) para leche y fracciones antes y después del procedimiento.

**Resultados:** Las edades de los pacientes se encontraban entre 3 y 12 años (X-5,1). Estaban diagnosticados de Asma el 33% de los niños (8), Dermatitis Atópica 33% (8) y alergia a otros alimentos el 50% (12), en 11 casos huevo. Un total de 21 pacientes (87,5%) toleraron la dosis final de 250cc y continúan tomando leche sin problemas. La duración media del procedimiento fue de 11,5 semanas (6 - 17). Se retiraron dos pacientes: por síntomas repetidos con 2 cc y por anafilaxia con 35 cc. Otros dos niños no alcanzaron la dosis final tolerando solo 45 y 130 cc respectivamente. No se observaron modificaciones valorables respecto a Pruebas cutáneas y CAP antes e inmediatamente después de la desensibilización.

**Conclusiones:** El protocolo empleado resultó efectivo, seguro, rápido y cómodo. Los pacientes con tolerancia parcial pueden tomar alimentos que contengan lácteos sin riesgo. Los parámetros inmunoalérgicos medidos, Pruebas Cutáneas y CAP, no resultan indicadores sensibles del curso del proceso.

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA EN LA PROVINCIA DE SEGOVIA

M.C. Moraleda, C. Santana, M.D. Romero, M.T. Raga, J.E. Fernández y M.E. Garrido-Lestache  
*Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.*

**Objetivo:** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de la alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) Ig E mediada en nuestro área.

**Material y métodos:** Estudio epidemiológico, observacional y retrospectivo, utilizando los registros de la consulta como fuente primaria, y el registro de farmacia como secundaria, en el periodo 2001-2004. Se calculó la exhaustividad mediante el método de captura-recaptura.

**Resultados:** Se registraron 66 lactantes de probable APLV, con una tasa de exhaustividad de 96,8% [IC 94,4-99,2]. En el 70,8% (46 casos) se confirmó APLV. La incidencia media fue de 0,76%. Predominó en varones (1,5:1). El 55,6% presentaron dermatitis atópica. El 39,1% referían antecedentes familiares de enfermedades alérgicas, siendo esto menos frecuente ( $p < 0,05$ ) en el grupo de los no diagnosticados de APLV. Todos (100%) referían lactancia materna exclusiva, pero con biberón esporádico en el periodo neonatal demostrado en el 78%, suponiendo la toma de estos biberones un riesgo relativo para el desarrollo de APLV de 3,5 [IC 1,97-6,2] ( $p < 0,00$ ). La media de inicio de los síntomas fue de 4,5 meses (rango 0-8 meses). La presentación clínica fue tras la primera toma en el 67% de los casos, con síntomas cutáneos (94%) e inmediatos (96%). La mediana de tiempo que permanecieron intolerantes fue de 22 meses. Han desarrollado otras alergias el 50%, en 39% alergia al huevo.

	Paciente 1		Paciente 2		Paciente 3	
	Prick-Test (mm)	IgE específica (kU <sub>A</sub> /L)	Prick-Test (mm)	IgE específica (kU <sub>A</sub> /L)	Prick-Test (mm)	IgE específica (kU <sub>A</sub> /L)
Leche de vaca	4 x 3	< 0,35	0 x 0	0,41	2 x 2	< 0,35
ALA	0 x 0		0 x 0	< 0,35	1 x 1	< 0,35
BLG	0 x 0		0 x 0	< 0,35	0 x 0	< 0,35
BSA	0 x 0		0 x 0	< 0,35	0 x 0	< 0,35
Caseína de vaca	4 x 3	< 0,35	0 x 0	< 0,35	0 x 0	< 0,35
Leche de oveja		> 100	5 x 3	2,01	3 x 2	< 0,35
Caseína de oveja			6 x 5		6 x 2	
Leche de cabra	10 x 7	> 100	3 x 3	2,34	2 x 2	< 0,35
Caseína de cabra	20 x 11		11 x 7		6 x 4	
Lisozima	5 x 5	< 0,35	8 x 5	< 0,35	0 x 0	

Test de provocación oral en paciente 3: positivo con queso de oveja.

**Conclusiones:** La incidencia de APLV en la provincia de Segovia en el periodo 2001-2004 fue de 0,76%. La forma de presentación fue característica, destacando la relevancia de los biberones esporádicos como posible factor sensibilizante.

#### HIPERSENSIBILIDAD A FRUTOS SECOS EN NIÑOS: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS

M. Tortajada<sup>1</sup>, M. Gracia<sup>1</sup>, M. Tallón<sup>2</sup>, A. Clement<sup>1</sup> y R. Llusrat<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sección de Alergia Infantil. Servicio de Pediatría y <sup>2</sup>Unidad de Investigación. H. Universitario Dr. Peset. Universidad de Valencia.

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de la hipersensibilidad por frutos secos en los últimos 6 años

**Material y método:** Estudio retrospectivo descriptivo. 34 niños de edad ≤ de 3 años con alergia a frutos secos atendidos en nuestro Sección. Se realizaron pruebas cutáneas y/o determinación de IgE sérica específica a los frutos secos implicados (CAP-FEIA Pharmacia Diagnostics). Para la recogida de datos se siguió un cuestionario estructurado que incluía las siguientes variables: fecha de la consulta, datos personales (nombre, sexo, fecha de nacimiento), tipo de alérgeno implicado, antecedentes de atopía personales y familiares en primer grado, sintomatología inicial, edad del diagnóstico y edad de la tolerancia si procedía.

**Resultados:** La edad media fue de 21,1 meses existiendo una mayor prevalencia del sexo masculino (62%). El fruto seco responsable de producir la reacción (diagnosticada por Prick test y/o CAP > Clase 2), fue el cacahuete (en el 47% de los casos), la nuez (35,3%) y la avellana (35,3%). Tenían antecedentes personales de atopía el 65%. La aparición de la reacción adversa fue inmediata en la mayoría de los casos. La media de IgE fue de 300,4 UI/ml El 41% de los casos presentaba un porcentaje de eosinófilos mayor del 6%. Se realizó prick test en el 80% de los casos, con resultado positivo. La sintomatología inicial fue de afectación cutánea en el 90%, en 5 (14,7%) hubieron manifestaciones graves de anafilaxia y en un caso se produjo un shock anafiláctico. En un caso se verificó tolerancia.

**Conclusiones:** 1) La alergia a frutos secos fue más frecuente en niños. 2) La edad media fue de 21 meses. 3) La manifestación alérgica cutánea es la que se ha observado con mayor frecuencia: angioedema (71%) y urticaria (64,7%). Hubo anafilaxia en el 14,7%. 4) El cacahuete, la nuez y la avellana son los frutos secos que provocan alergia con mayor frecuencia en nuestro medio.

#### DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA, ESTUDIO COMPARATIVO

M. Piquer, A.M. Plaza, I. Ferrer\*, M.T. Giner, M.A. Martín Mateos y J.I. Sierra

Sección de Alergia e Inmunología Clínica, \*Servicio de Bioquímica. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu. Hospital Clínico. Universitat de Barcelona.

**Objetivo:** Comparar dos métodos de determinación de IgE específica en lactantes afectos de alergia a proteínas de leche de vaca (PLV).

**Material y métodos:** Se incluyen lactantes que acuden a visita de diagnóstico por sospecha de Alergia a PLV a los que se les realizan pruebas cutáneas y determinación de IgE específica a leche y sus fracciones proteicas por método InmunoCAP (fluoro-enzima-inmunoensayo) e INMULITE (quimioluminiscencia) practicándose prueba de provocación oral a leche de vaca a aquellos en que estaba indicada. Variable principal de eficacia: Prueba de provocación oral con leche de vaca.

**Resultados:** Se incluyen 36 lactantes. Ambos métodos son eficaces para el diagnóstico de APLV, aunque utilizando un método de regresión logística binaria resulta más significativo el método INMULITE ( $p < 0,04$ ) que el InmunoCAP ( $p < 0,05$ ) como valor pronóstico de la prueba de provocación. Si caracterizamos los enfermos según el valor del InmunoCAP en positivos o negativos, entre los negativos observamos mediante una comparación chi-cuadrado que con InmunoCAP obtenemos 5 falsos negativos y solo 1

con INMULITE (de un total de 15 negativos). Así en los valores bajos de IgE específica obtenemos hasta un 11% mayor concordancia mediante INMULITE.

**Conclusiones:** Ambos métodos son eficaces para el diagnóstico. Los falsos negativos han sido más frecuentes con InmunoCAP que con INMULITE. La determinación de IgE específica mediante INMULITE positiva, permitiría obviar pruebas de provocación en pacientes de mayor riesgo.

#### CAMBIOS EN LA ALERGENICIDAD DE LA MANZANA INDUCIDOS POR LA APLICACIÓN DE CALOR

M.I. Martínez, A. Fernández, L. Zapatero, E. Alonso, F.J. de Castro y F. Pineda\*

Sección de Alergia. Hospital Infantil Gregorio Marañón,

\*Laboratorios DIATER.

La aplicación de calor sobre los alimentos puede inducir cambios en su alergenicidad. Presentamos un estudio sobre la respuesta *in vitro* en el suero de pacientes alérgicos a manzana, cuando se expone esta fruta a diferentes fuentes de calor.

**Material y métodos:** Se obtuvieron sueros de 13 pacientes diagnosticados de síndrome de alergia oral a manzana (edad entre 6 y 16 años). Se prepararon 5 extractos de manzanas (*Golden delicious*) de manzana entera y de piel y pulpa, así como de manzana expuesta a horno convencional (10 minutos a 200°) y a microondas (10 minutos a 800 W), realizándose un SDS-PAGE y un Western-Blot.

**Resultados:** El immunoblot con manzana entera y con piel identifica alérgenos de alto y bajo peso molecular, mientras que en la pulpa no aparecen bandas de bajo peso molecular. Con manzana procesada en horno convencional aparecen bandas de alto peso molecular en 6 pacientes. Con manzana tratada con microondas no se detectaron bandas.

**Conclusiones:** El calor altera la alergenicidad de la manzana, siendo esta alteración más intensa con la aplicación de microondas. Esta diferencia se podría explicar porque la temperatura alcanzada en el interior del alimento es mayor con las ondas electromagnéticas.

#### PREPONDERANCIA DE LA NUEZ EN ALERGIA A FRUTOS SECOS EN PEDIATRÍA

N. García Baiges, O. Domínguez Sánchez, M. Piquer Gibert, I. Ferrer Codina\*, M.T. Giner Muñoz, A.M. Plaza Martín, M.A. Martín Mateos y J.I. Sierra Martínez

Sección Inmunoalergia, \*Servicio de Bioquímica. Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universitat de Barcelona.

**Objetivo:** Describir los pacientes con alergia a frutos secos visitados en un Servicio de Alergia Pediátrica.

**Material y métodos:** Visitas del año 2005 por sospecha de alergia a frutos secos. Se recogieron: edad, sexo, antecedentes de atopía, motivo de consulta y sensibilización a otros alimentos.

**Resultado:** 49 pacientes con una edad media de 5,6 años, el 55% niñas. El 69% de los casos tenían antecedentes familiares de atopía y el 88% también personales. 1) Consultaron por clínica relacionada con frutos secos 27 niños. En 22 se confirmó la alergia (16 nuez, 2 piñones, 2 cacahuete, 1 avellana y 1 pipa de girasol) y en 5 no. De los 22 alérgicos: 5 estaban monosensibilizados (4 nuez y 1 cacahuete) y 17 polisensibilizados (13 nuez). 2) 22 niños consultaron por otro motivo: 6 monosensibilizados (4 nuez, 1 almendra, 1 pipa), 16 polisensibilizados (15 nuez y 1 avellana y cacahuete). De este grupo: 3 eran alérgicos, 12 tolerantes y 7 no los habían introducido. De los 49 niños, 20 eran alérgicos al menos a un alimento y 18 estaban sensibilizados. Por grupos de alimentos: 20 legumbres, 17 huevo, 6 frutas y 32 otros alimentos. Un 97% sensibilizados a dos o más grupos de alimentos.

**Conclusiones:** La mayoría de sensibilizados a frutos secos presentaban antecedentes personales de atopía y muchos también familiares. Sensibilización predominante a nuez (82%). El 72% alérgicos a nuez, seguidos de cacahuete (20%). Tres cuartas partes de los niños estaban sensibilizados a otros alimentos, siendo alérgicos la mitad.

# Pósteres

## PRIMERA SESIÓN DE PÓSTERES

Moderadores: C. Lucas y R. Vila

### REACCIÓN ADVERSA A VACUNA SISTEMÁTICA

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

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

**Introducción:** Las reacciones adversas a vacunas (RAV) suelen ser leves. Pueden ser locales (dolor, eritema, edema) o sistémicas ( fiebre, irritabilidad). Las reacciones graves son raras.

**Caso clínico:** Paciente varón de tres meses de vida, sin antecedentes personales de interés, que presentó a los dos meses de vida una erupción cutánea (eritema seguido de cianosis) en extremidades inferiores a los pocos minutos de recibir la primera dosis de vacunas recomendadas (difteria/tétanos/pertussis acelular/polio inactivada/*Haemophilus* + Hepatitis B + meningococo C).

**Estudio y resultados:** Las pruebas cutáneas fueron positivas inmediatas, inicialmente a la vacuna pentavalente y negativas a hepatitis B y meningococo. El estudio posterior fue positivo inmediato a vacuna dT, y retardado a dT, DTP y *Haemophilus*, y negativo a polio. La analítica mostró: Anticuerpos anti *Bordetella pertussis*, difteria i toxina tetánica protectores. Hipogammaglobulinemia (IgG, IgM, IgA).

**Evolución:** El niño ha sido revacunado sin problemas, de polio inactivada, hepatitis B y meningococo C y no recibirá nuevas dosis de difteria/tétanos mientras mantenga cifras protectoras de anticuerpos. Las cifras de inmunoglobulinas se han normalizado.

### ALERGIA A PATATA: VARIACIONES INDUCIDAS POR CALOR

C.A. Sánchez Salguero, A.M. Chacón Parejo y F. Pineda\*

*Sección de Alergia Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de las Montañas. Villamartín (Cádiz); \*Laboratorios DIATER*

**Objetivo:** La alergia a patata no suele ser frecuente en nuestro medio a pesar de ser un alimento básico de la dieta mediterránea. Presentamos un caso de alergia a patata, en el que la aplicación de diferentes niveles de calor altera la alergenicidad de la proteína mayor Patatin (Sol t 1)

**Material y método:** Paciente varón de 5 años de edad diagnosticado de alergia polialimentaria, con reacción de Dermatitis atópica tras ingesta de alimentos. En el caso de la patata presentó cuadro de reacción dérmica general con SAO y leve dificultad respiratoria tras alimentación en la época de lactante. Se realiza Prick by Prick con patata cruda y cocida siendo positivo en ambos casos (habón de 12 y 10 mm). Posteriormente se determina RAST a patata que fue positivo (clase 4). Durante un acto familiar el paciente ingiere, de forma accidental patatas fritas observándose que no hay reacción.

Se trata de estudiar que factor ha influido en esta tolerancia, el calor al freír o la formación de una capa oleosa alrededor del alimento que disminuya la absorción de la proteína Sol t 1.

Ante esto se procede a analizar una muestra de suero del paciente, en el que se analizan Ac IgE específicos contra piel de patata, pulpa de patata, patata cocida y patata frita (separados por SDS-PAGE) mediante técnica de Western-blot y Ac anti-IgE monoclonales (Operan, Cuarte de Huerva, Zaragoza) seguidos del uso de Ac anti-IgG (Sigma-Aldrich, St Louis, MO). Finalmente se añadieron agentes para detección por quimioluminiscencia (Cheluminiscence Reagent Plus Western lighting, Pekin Elmer).

**Resultados:** En la inmunodetección realizada con piel de patata se observa un reconocimiento de alérgenos de alta y bajo peso molecular (45 kDa-17 kDa). Posteriormente con pulpa de patata se restringen a dos bandas en 20.1 y 25 kDa. Al procesar con calor durante unos 30 min se desnaturizan los alérgenos y sólo se observan bandas de reconocimiento a 30 y 21 kDa, pero si el calor es intenso y en 10 min se produce la total eliminación de alérgenos de la patata (banda 4)

**Conclusiones:** Se evidencia en este caso como el calor altera el potencial alergénico de la proteína mayor de la patata (Sol t 1) de tal modo que es más efectivo el calor intenso durante poco tiempo que menor calor durante tiempo prolongado, y asimismo se descarta el hecho del aceite sobre este alimento.

### ALERGIA A ALIMENTOS Y ESCUELA

C.A. Sánchez Salguero y A.M. Chacón Parejo

*Sección de Alergia Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de las Montañas. Villamartín. Cádiz.*

**Objetivo:** Se intenta evaluar el nivel de conocimientos y la capacidad de actuación del personal docente de los colegios en los cuales el Hospital tiene influencia, a través de un cuestionario respondido de forma anónima por los profesores responsables de niños con alergia a alimentos y padres de estos niños.

**Material y método:** Realización voluntaria de test en el que se evalúa el nivel de conocimiento de los profesores sobre alergias alimentarias, capacidad de actuación en caso de anafilaxia, métodos de evitación de alergia alimentaria, contactos con padres de niños alérgicos a alimentos, capacitación para uso de adrenalina en caso de reacción grave en la escuela, así como otros parámetros específicos para esta patología. También se solicitó a los padres de niños con alergia a alimentos que respondiesen otro cuestionario para evaluar su conocimiento sobre la alergia de su hijo y la opción de usar el servicio de comedor del colegio en caso de disponerlo.

**Resultados:** Ambos cuestionarios son de respuesta SI-NO. La población a estudiar fue de 35 niños > 3 años con diversas alergias a alimentos (huevo: 70%; leche de vaca: 40%; manzana, frutos secos, legumbres, patata, pollo, etc). Las respuestas remitidas a nuestra consulta fueron de 63 profesores (48% de los profesores) y 70 padres (100%, el test se realizó al acudir a nuestra consulta). Los resultados obtenidos demuestran que el 86% de los profesores desconocen qué es la alergia a alimentos, el 57% no saben si en su clase tienen alumnos con alergias a alimentos, el 80% no ha contactado con los padres de estos niños, sólo el 7% se considera capaz de usar adrenalina sc en caso de reacción grave y el 80% de los colegios no disponen de botiquín de urgencias

para estos niños, por último sólo el 23% de los colegios con comedor disponían de dietas alternativas para estos niños. Con respecto a los padres se obtiene que el 91% considera que tiene amplia información sobre la alergia de su hijo, el 100% dispone de adrenalina en su domicilio, el 77% no ha contactado con los profesores, el 78% de los niños comen en su casa y el 93% de los padres no cree que los profesores estén capacitados para actuar en caso de accidente grave.

**Discusión:** Los resultados obtenidos en esta encuesta muestran que los conocimientos sobre qué es la alergia a alimentos y la capacidad de actuación son muy dispares entre padres y profesores. Entre el personal docente hay gran desconocimiento de esta patología así como la posibilidad de tratamiento en la propia escuela en caso de reacción grave, quizás por el miedo existente al uso de medicamentos por parte de personal no sanitario, sin embargo los padres de estos niños creen conocer de forma adecuada esta patología y se sienten capacitados para usar la adrenalina en caso de reacción. Todo esto se podría resumir en que los padres disponen de más información (consulta con el médico, folletos, Internet, etc.) mientras que con el personal docente habría que tener reuniones informativas e incluso la posibilidad de que se les dieran cursos de actualización.

#### TOLERANCIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA EN UNA NIÑA DE 9 AÑOS

M. Escarrer y A. Madroñero

Unidad de Neumología y Alergia. Clínica Juaneda.  
Palma de Mallorca.

**Introducción:** La posibilidad de ser tolerantes a las PLV en niños alérgicos disminuye con la edad, así el 90% de los niños es tolerante antes de los 3 años, mientras que un 5-10% continua intollerante a los 10 años.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una niña de 9 años con alergia a las proteínas de leche de vaca  
*Exploraciones complementarias:*

	Al diagnóstico		
	1 año	5 años	9 años
IgE total	14	529	
CAP: leche total		5,17	2,43
alfa-lactoalbumina	2,69	1,4	0,99
Beta-lactoglobulina		1,08	0,82
Caseína	5	5,02	2,21
PRICK: leche	4+	4+	3+
Caseína	4+	4+	2+
PRICK BY PRICK: leche		2+	

**Evolución:** A los 9 años la niña presenta rinitis alérgica con sensibilización a neumoalergenos (ácaros, polen de olivo y epitelio de gato y perro).

Al presentar criterios de tolerancia a PLV:

CAP: < 3,5 KU/L a todas las proteínas

PRICK: < 3 a caseína

Se decide Provocación con leche de vaca, se administran cantidades crecientes hasta tolerar 100 cc sin presentar reacción cutánea ni respiratoria, a los 30 minutos presenta dolor abdominal con TA: 100/60 y FC: 60 que cede a los 10 minutos sin presentar otro tipo de sintomatología.

A los 6 meses sigue presentando buena tolerancia a la leche de vaca y derivados.

**Conclusiones:** Presentamos el caso de esta niña puesto que a pesar de presentar varios criterios de no tolerancia: 1) edad: 9 años. 2) Sensibilización a neumoalergenos. 3) Alta sensibilización inicial a leche y caseína. Consideramos que si previa a provocación presenta un CAP a las fracciones de PLV < 3,5 y el PRICK CASEINA < 3, es importante intentar la provocación y no privar a la paciente de la ingesta de leche y derivados.

#### ANAFILAXIA A ANACARDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Lluch Pérez y A. Malet Casajuana

Hospital de Nens de Barcelona.

**Objetivo:** Confirmar la hipersensibilidad selectiva a un solo fruto seco: el anacardo.

**Métodos:** Paciente remitido para estudio de dermatitis atópica y posible alergia alimentaria. Se practican tests cutáneos (prick test y prick by prick e IgE específicas).

**Resultados:** 1) Tests cutáneos (prick test) negativos a frutos secos, pescados blancos y azules, PLV, huevo y cereales. 2) Tests cutáneos (prick test) positivos a melocotón y negativos al resto de frutas. 3) Tests cutáneos (prick-prick) positivo a anacardo y a melocotón y negativos a cacahuete, almendra, merluza, rape, atún, gallo, lenguado, salmonete y trucha.

IgE específicas (CAP-system) positivas a anacardo (8,50 kU/l) y a melocotón (1,35 kU/l) y negativas a cacahuete, almendra, gallo, merluza, lenguado y atún (< 0,35 kU/l).

**Conclusión:** Hipersensibilidad a anacardo sin alergia al resto de los frutos secos que tolera, habiendo presentado anafilaxia con la ingesta de dicho alimento.

#### ANAFILAXIA EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERSENSIBILIDAD A LUBINA MEDIANTE PRICK-PRICK

A. Malet Casajuana\*, M. Lluch Pérez\*, E. Llamas Huerta\*\*, N. Saiz Rodríguez\*\*, S. Calderón Rodríguez\*\*, R. García Rodríguez\*\* y P. Amat Par\*\*

\*Hospital de Nens de Barcelona. \*\*Unidad Hospitalaria de Alberg Centre (Consultorios Clínica Sagrada Familia) Barcelona.

**Objetivo:** Confirmar la dificultad diagnóstica en la alergia alimentaria enmascarada por un test de provocación oral a Amoxicilina.

**Material:** Paciente con antecedentes de dermatitis atópica, alergia alimentaria (huevo y pescados) y efectos adversos post-terapia con amoxicilina.

**Métodos:** 1) Se realiza test de provocación oral a amoxicilina con buena tolerancia y con urticaria aguda retardada en domicilio y coincidente con contacto con familiar que había ingerido pescados. 2) Se programa prick-prick a lubina con gran respuesta cutánea a los 10 minutos con eritema facial angioedema palpebral y prurito generalizado. Precisa tratamiento con adrenalina y se reagudiza a los 30 minutos, presentando rinitis, incremento del angioedema, urticaria generalizada e incremento del resultado cutáneo (prick-prick). **Conclusión:** La alergia a pescados pueden implicar riesgo en las técnicas "in vivo".

#### SEGUNDA SESIÓN DE PÓSTERES

Moderadores: O. Asensio y J.A. Porto

#### VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO ESPAÑOL PARA ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE ASMA EN LACTANTES

V. Hernando Sastre, J.M. Lucas Moreno, V. Bosch Giménez, M. Sánchez-Solís, V. Pérez Fernández y L. García-Marcos

Secciones de Alergia Infantil y Neonatología, Hospital Universitario Virgen Arrixaca e Instituto de Salud Respiratoria. Universidad de Murcia.

**Objetivos:** Hay pocos estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de sibilancias en lactantes durante el primer año de vida. Nuestro objetivo es validar un cuestionario Español basado en el ISAAC en padres de lactantes.

**Métodos:** Se incluyeron en el análisis 50 lactantes cuyos padres respondieron positivamente a la pregunta "¿Ha tenido su hijo silbidos o pitos en el pecho durante los 12 primeros meses de su

vida?" cuando acudieron a recibir la primera dosis de triple vírica; y otros 48 lactantes cuyos padres contestaron negativamente a esa pregunta. Ambos grupos fueron extraídos de 168 lactantes reclutados de una muestra aleatoria de Centros de Salud de Cartagena. Cada pediatra de cada niño de los 98, sin saber lo que los padres habían contestado en el cuestionario, fue interrogado por teléfono. Se consideró el patrón oro el diagnóstico del pediatra. También se preguntó a los padres sobre el uso de medicación para el asma en sus hijos durante el primer año de vida.

**Resultados:** La exactitud diagnóstica de los padres para diagnosticar sibilancias en sus hijos fue [valor (IC 95%)]:

	Sensib.	Especif.	Valor Pred +	Valor Pred -
Pregunta sobre sibilancias	85,7 (78,7-92,7)	79,2 (71,1-87,2)	80,8 (72,9-88,6)	84,4 (77,2-91,7)
Pregunta O cualquier medicación antiasmática	77,2 (68,8-85,5)	80,0 (72,0-88,0)	84,6 (77,4-91,8)	71,1 (62,1-80,1)
Pregunta Y cualquier medicación antiasmática	86,7 (79,9-93,4)	75,0 (66,4-83,6)	75,0 (66,4-83,6)	86,7 (79,9-93,4)

**Conclusiones:** Los padres españoles pueden referir las sibilancias en sus hijos con suficiente exactitud diagnóstica para que el cuestionario sea válido. Añadir una pregunta sobre medicación antiasmática no mejoró la exactitud.

#### DERMATITIS DE CONTACTO POR UN TATUAJE

R. Alonso, M. Basagaña, M.M. San Miguel-Moncín y A. Cisteró-Bahima.

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

**Introducción:** Los tatuajes temporales están de moda entre niños y jóvenes, en especial los realizados con henna, un colorante natural rojizo aparentemente inocuo y no permanente. Sin embargo, para obtener un tinte negro y aumentar su duración, se añade parafenilendiamina (PPDA), un colorante sintético con gran poder sensibilizante, que puede dar lugar a reacciones alérgicas.

**Caso clínico:** Niño de 8 años, que durante sus vacaciones de verano en un hotel de la costa, se realiza 2 tatuajes que ocupan gran parte de las extremidades superior e inferior derechas. Una semana después presenta una grave erupción cutánea eritematoso-vesicular, exudativa, muy pruriginosa, que sigue el trazado de los dibujos (como una quemadura) e intensa xerosis cutánea generalizada con lesiones de rascado por el prurito. Un mes después, aun observamos lesiones costrosas hipopigmentadas. Las pruebas epicutáneas se realizan con la batería estándar europea y una selección de colorantes textiles: *Disperse yellow*, *Disperse blue mix*, *Disperse red* y *Disperse orange*. La primera lectura realizada a las 48 horas muestra una reacción intensamente positiva (+++) para PPDA y para el colorante *Disperse orange*.

**Conclusiones:** Algunas modas pueden hacer que cambie la frecuencia de las sustancias que provocan eccemas alérgicos en los niños. Presentamos un caso de dermatitis alérgica de contacto por sensibilización a PPDA de un tatuaje temporal. Debe aleccionarse al paciente para evitar el contacto para siempre con dicha sustancia, tanto en sus actividades privadas como laborales, e indicar la posibilidad de reacciones cruzadas (colorantes grupo azo, sulfonamidas, PABA y algunos anestésicos locales).

#### SÍNDROME AURICULOTEMPORAL DE FREY

T. Raga Poveda, M.C. Moraleda Redecilla, C. Santana Rodríguez, M.E. Garrido-Lestache y M.L. Casado Sánchez

Hospital General de Segovia.

**Introducción:** El síndrome de Frey se caracteriza por eritema unilateral en el área del nervio auriculotemporal en respuesta a diferentes estímulos (gustatorios, táctiles...). Es una entidad poco fre-

cuente en niños y plantea el diagnóstico diferencial con cuadros de alergia alimentaria.

**Caso clínico:** Niña de 7 años que desde los primeros meses de vida presenta eritema lineal en la mejilla derecha inmediatamente tras la ingesta de determinados alimentos (tomate, fresas, golosinas "ácidas"...) y que desaparece en minutos. *Antecedentes personales:* parto con fórceps (hematoma facial derecho) y rinoconjuntivitis primaveral en los últimos dos años. *Exploración física:* sin hallazgos significativos. *Exploraciones complementarias:* 1) Prick test: negativo a batería de alimentos (incluido tomate) y positivo a pólenes de gramíneas. 2) IgE específica a tomate: < 0,35 KU/l. 3) Prueba de provocación oral (gominolas): eritema facial derecho lineal desde la comisura bucal hasta el antehélix, inmediato tras la ingesta, de unos minutos de duración.

**Discusión:** El síndrome de Frey suele aparecer en el primer año de vida, coincidiendo con la introducción de distintos alimentos, induciendo a sospechar una alergia alimentaria. El hecho de que los síntomas se produzcan con numerosos alimentos, no relacionados, y la ausencia de otros síntomas de alergia orienta el diagnóstico. Se ha relacionado con el antecedente de parto instrumental con fórceps. Se produce por un daño en las fibras parasimpáticas del nervio auriculotemporal, que se regeneran inadecuadamente, uniéndose a las fibras simpáticas, por lo que ante un determinado estímulo se produce una estimulación simpática (eritema y sudoración local). Es un proceso benigno con resolución espontánea.

#### URTICARIA A FRIGORE Y ENFERMEDAD CELÍACA

M. Pedrosa Delgado, F. Martín-Muñoz, A. Osorio Galindo, B. Cid Sánchez y M. Martín Esteban

Servicio de Alergia. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

**Introducción:** La urticaria a frigore (UF) es la tercera causa de urticaria en niños. Se ha descrito asociada con trastornos hematológicos, tiroideos, crioglobulininas, fármacos o infecciones como mononucleosis, rubéola o varicela. La enfermedad celíaca es una enteropatía con intolerancia permanente al gluten que se asocia frecuentemente a trastornos autoinmunes, entre ellos la urticaria crónica idiopática. Sin embargo, hasta ahora no se había descrito su asociación con UF.

**Caso clínico:** Varón de 3 años y 8 meses que presenta urticaria con exposición a ambientes fríos y eritema peribucal tras ingesta de alimentos fríos. *Antecedentes personales:* dermatitis atópica y anemia tratada con ferroterapia. En estudio de UF se encuentra test del hielo positivo, anemia ferropénica e IgG antiEBNA positivo. Durante la evolución desarrolla intolerancia digestiva a legumbres, con pruebas cutáneas negativas, que posteriormente se positivizan. Ante la persistencia de lesiones de UF y anemia refractaria se plantea la posibilidad de origen autoinmune. Se realiza determinación de anticuerpos antitransglutaminasa y biopsia de intestino que resultan diagnósticos de enfermedad celíaca. Tras 7 meses de dieta exenta en gluten ha remitido la anemia, el paciente no ha presentado nuevos brotes de UF y se han negativizado el test del hielo y de inmersión en agua fría.

**Conclusiones:** Se trata de un varón con anemia refractaria y urticaria a frigore en relación con enfermedad celíaca y buena evolución tras dieta de eliminación de gluten.

#### URTICARIA POR AGUA CALIENTE

C. Vasquez, S. Ranea, L. Ferré, R. Guspi, S. Nevot y S. Zambudio  
Servei de Pediatría. Secció d'Al·lèrgia. Althaia. Hospital Sant Joan de Déu de Manresa.

**Introducción:** La urticaria afecta un 10-25% de la población general. Puede ser aguda (< 6 semanas) o crónica (> 6 semanas). La urticaria acuagénica es una forma infrecuente de urticaria física y está inducida por el contacto con agua. Generalmente aparece en relación con el contacto con agua fría, aunque existen algunos casos descritos por agua caliente.

**Caso clínico:** Motivo de consulta: Paciente de sexo femenino de 13 años de edad que consulta al Servicio de Alergia por urticaria de 4 meses de evolución, que aparece 5 minutos después de ducharse con agua caliente, pero no con agua fría. No relación con otros desencadenantes físicos. El inicio de la urticaria coincide con la menarquia. Exploración física: lesiones habonosas en zonas de contacto con agua caliente. Antecedentes personales: Prematuridad, escarlatina, varicela, mononucleosis por Ebstein Barr, traqueobronquitis, abdomen agudo con ruptura folicular en ovario derecho y yeyunitis por CMV. Antecedentes familiares: Madre con fibromialgia, talasemia minor y enfermedad von Willebrand. Exploraciones complementarias: Hemograma dentro de parámetros normales. Crioglobulinas, Anti DNA, Anti Tirotropina negativos. Ebstein Barr Ig M negativo, IgG positivo. Estudio del complemento normal. Parásitos en heces y estudio alergológico negativo. Test de inmersión con agua a 35°C positivo. Test de inmersión con agua fría negativo. Evolución: Se instaura tratamiento con antihistamínico diario y se dan normas consiguiendo mejoría del cuadro.

**Conclusión:** Presentamos un caso de urticaria por agua caliente por ser poco habitual dentro de las urticarias físicas. El tratamiento con antihistamínicos generalmente mejora el cuadro aunque puede ser insuficiente en algunos casos.

#### URTICARIA A FRIGORE DE LARGA EVOLUCIÓN

A. Vega, B. Mateo y P. las Heras

Unidad de Alergia. Hospital Universitario. Guadalajara.

**Caso clínico:** Niño de 9 años diagnosticado a los 6 de urticaria a frigore. Cuadros iniciales de anafilaxia con urticaria generalizada, mareo, hipotensión, disnea y alteración del estado general en relación con inmersión en piscina o exposición al frío. Tratado inicialmente con Cetirizina y corticoides orales con regular control. En los 3 años de seguimiento ha evolucionado favorablemente: los síntomas generalizados han remitido persistiendo urticaria únicamente en cara. Sigue tratamiento a diario con Cetirizina, protección ante exposición al frío y evitación de cambios bruscos de temperatura. El niño siempre ha tolerado la ingestión de alimentos y bebidas frías.

**Estudios realizados:** Analítica: Hemograma, VSG, Bioquímica, Inmunoglobulinas y Proteinograma en valores normales. Crioglobulinas, serologías víricas y AC antimycoplasma negativos.

Test de cubito de hielo:

Año	Resultado	Tiempo	Medicación
2003	Positivo	1,5'	No
2003	Positivo	3'	Cetirizina
2004	Positivo	3'	Cetirizina
2006	Positivo	5'	Cetirizina

**Conclusiones:** Presentamos un caso de urticaria (inicialmente anafilaxia) a frigore primaria en un niño de 9 años. Destaca el largo tiempo de evolución y la persistencia de síntomas a pesar del tratamiento. Aún así consideramos que ha presentado una evolución favorable.

Clase A	Clase B	Clase C	Clase D1	Clase D2
Hidrocortisona	Acetónid de triamcinolona	Betametasona	Betametasona dipropionat i 17-valerat	Hidrocortisona 17-butirat
Tixocortol	Budesonida	Dexametasona	Propionat de clobetasol	Aceponat de hidrocortisona
Prednisolona	Acetónid de fluocinolona	Fluocortolona	Mometasona furoat	Prednicarbat
Metylprednisolona	Deflazacort	Desoximetasona	Fluticasona	Aceponat de metilprednisolona
Prednisona		Fluocortin		Diflucortolona valerat
Cortisona		Parametasona		Buteprat de Hidrocortisona

#### TERCERA SESIÓN DE PÓSTERES

Moderadores: M. Álvarez y V. Hernando

#### DISCINESIA CILIAR Y RINITIS ALÉRGICA: DOS DIAGNÓSTICOS COMPATIBLES

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

Unitat d'Alergia. Hospital de Terrassa. Barcelona.

La discinesia ciliar es una enfermedad genética, autosómica recesiva, que afecta la capacidad de los cilios para efectuar su movimiento de batido normal. Esto impide el aclaramiento de las vías respiratorias y da lugar a patología otosinopulmonar crónica. El *situs inversus* aparece en el 50% de las formas primarias. Su prevalencia se estima entre 1/15.000 a 1/30.000 de la población general y su severidad clínica es muy variable. Presentamos el caso de un niño de 9 años estudiado por presentar una rinitis perenne de años de evolución. El estudio inicial mostró: *prick-test* positivo a ácaros del polvo y epitelio de perro; IgE total: 310,0 U/ml; eosinofilia nasal: 78%; IgE específica (CAP) *D. Pteronyssinus* > 100 y perro 0,41 kU/L. La provocación conjuntival a *D. Pteronyssinus* fue positiva. Se indicó tratamiento con evitación de los alérgenos sensibilizantes, antihistamínicos a demanda e inmunoterapia específica a *D. Pteronyssinus*. En un año de evolución no mejoró la rinitis y presentó dos episodios de neumonía de lóbulo inferior izquierdo. El estudio inmunológico en este momento mostró una dosificación de inmunoglobulinas y subclases de IgG normales, un Test del sudor normal, un cribado de serologías respiratorias positivo sólo a *Mycoplasma Pneumoniae*, antiestreptolisinas elevadas y TAC torácico con bronquiectasias en lóbulo medio. La biopsia nasal mostró una pérdida de los brazos internos de dineina del 80% y pérdida de los brazos externos del 60% confirmando el diagnóstico de discinesia ciliar primaria.

#### URTICARIA Y ANGIOEDEMA RECIDIVANTE: PROBLEMAS TERAPÉUTICOS

A. Sala, V. González, A. Marín y J.L. Eseverri

Unitat d'Alergia i Immunología Clínica Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

**Caso clínico:** Paciente de 10 años que acude por urticaria y angioedema crónico recurrente y rinoconjuntivitis persistente. En dos ocasiones, por urticaria y angioedema importante, se le administró antihistamínicos y metilprednisolona intramuscular presentando a los 5 minutos exacerbación de las lesiones y un cuadro litotípico, orientándose como anafilaxia.

**Resultados:** Test cutáneo a inhalantes: positivo a ácaros, gramíneas, alternaria, olivo y gato. Test cutáneo a alimentos: negativo. Analítica general completa: normal. Ig E 565 U/ml. Triptasa: Normal. Radiología de senos y tórax: normal. Coprocultivos: negativos. Serologías: negativas. Pruebas cutáneas a corticoides (*prick*, intradérmicas y epicutáneas): negativas. Prueba de exposición controlada a metilprednisolona por vía oral: positiva. Realizando a los 5 minutos (con 5 mg) un cuadro urticariforme con angioedema y broncoespasmo.

**Diagnóstico:** Alergia a corticoides (metilprednisolona). Urticaria y angioedema crónico recurrente idiopático. Rinoconjuntivitis alérgica. Se buscó alternativa terapéutica basándonos en la siguiente clasificación (ver tabla a pie de página):

Reactividad cruzada: 1. Intraclase. 2. Entre clases A i D2. 3. Entre budesonida i clase D2.

**Nuevo estudio:** Pricks a corticoides. *Positivos:* metilprednisona e hidrocortisona. *Negativos:* betametasona, fluticasona de xametasona, budesonida i deflazacort. Test Intradémicos: negativos. Prueba de exposición controlada con deflazacort (38mg): buena tolerancia. En la actualidad el paciente está bien controlado de su sintomatología con antihistamínicos y deflazacort.

**Conclusión:** La alergia a corticoides es muy poco frecuente y aún menos en edad pediátrica. No hay una prevalencia real descrita, sólo en la dermatitis alérgica de contacto con corticoides tópicos (0,5-5%). Remarcarse que muchas veces está infradiagnosticada por la poca sospecha por parte de los propios médicos.

#### ANAFILAXIA EN NIÑO TRAS TOMAR CEFUROXIMA

M.J. Barasona, E. Moreno, B. Ruiz, S. Astorga, J.L. Justicia, C. Moreno y F. Guerra

Sección de Alergología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de reacción adversa tras la toma de cefuroxima y ácido niflúmico.

**Material y métodos:** Niño de 15 años que acude a la consulta porque hace 9 meses, a los 15 minutos de haber tomado cefuroxima en comprimidos y ácido niflúmico en cápsulas, presentó eritema con microhabones diseminados, edema facial, dolor faringeo con taponamiento de oídos y sensación de dificultad respiratoria. El cuadro cedió tras administración de corticoides intramusculares, antihistamínicos y aerosoles. Se solicitó IgE total, IgE específica y tests cutáneos frente a betalactámicos y test de provocación controlada con ácido niflúmico y con cefuroxima según los resultados anteriores.

**Resultados:** La IgE específica fue clase 0. El paciente toleró el ácido niflúmico. La intradermoreacción al 1/10 con cefuroxima fue positiva por lo que no se provocó con dicha cefalosporina y se pasó a la provocación con amoxicilina (500mg) que fue negativa. El niño fue diagnosticado de hipersensibilidad a cefalosporinas.

**Conclusiones:** El incremento en los últimos años en el uso de otros betalactámicos diferentes de la penicilinas, sobre todo de las cefalosporinas, debe inducir al estudio de reacciones específicas por dichos fármacos en pacientes sin antecedentes de reacciones de hipersensibilidad a penicilinas.

#### ESTUDIO INTERNACIONAL SOBRE SIBILANCIAS EN EL LACTANTE (EISL). ESTUDIO PILOTO

V. Hernando Sastre, J.M. Lucas Moreno, V. Bosch Giménez, M. Sanchez-Solís, A. Martínez-Torres y L. García-Marcos

Secciones de Alergia Infantil y Neonatología. Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Instituto de Salud Respiratoria. Universidad de Murcia.

**Objetivos:** El EISL es un estudio sobre sibilancias en niños durante el primer año de vida que se lleva a cabo en varios países de Europa y Latinoamérica.

**Métodos:** Se desarrolló un nuevo cuestionario entre el Dpto. Medicina Respiratoria Infantil (U. Santiago, Chile) y el Instituto de Salud Respiratoria (U. Murcia). En una muestra aleatoria de Centros de Salud de Cartagena se entregó el cuestionario consecutivamente a niños que acudieron a recibir la triple vírica, hasta conseguir unos 150 niños, que era lo calculado para disponer de al menos 50 niños con sibilancias, (necesarios para la validación).

**Resultados:** Se obtuvieron 168 cuestionarios. Se detectaron 65 niños con sibilancias (prevalencia, 38,7%). En la tabla el denominador es siempre 65.

Diagnóstico de asma	5 (7,7)
Episodios de sibilancias	
1	23 (35,4)
2	15 (23,1)
3 o más	19 (29,2)
Edad de comienzo	5,2 ± 3,8
Comienza con resfriado	
Sí	55 (84,6)
No	10 (15,4)
Afectan a la alimentación	
Sí	32 (49,2)
No	32 (49,2)
Limitan actividades de padres	
Sí	30 (46,1)
No	31 (47,9)
Modifican la vida familiar	
Sí	23 (35,4)
No	37 (56,9)
Inhaladores beta 2	
Sí	41 (63,1)
No	21 (32,3)
Corticoides inhalados	
Sí	32 (49,2)
No	29 (44,6)
Medicación oral	
Antileucotreinos	10 (15,4)
Ketotifeno	5 (7,7)
Ambos	5 (7,7)
Despertar padres 1º año	
< 1 vez/mes	11 (16,9)
Algunas semanas en algunos meses	24 (36,9)
2/3 veces semana casi todos los meses	23 (35,4)
Acudieron a un servicio de urgencias	
Sí	32 (49,2)
No	30 (46,2)
Ingresos hospitalarios	
Sí	10 (15,4)
No	55 (84,6)

**Conclusiones:** Aún con las cautelas (sólo 168 niños), las sibilancias durante el primer año de vida son una importantísima causa de morbilidad, consumo de recursos hospitalarios y distress familiar.

#### CARACTERÍSTICAS ETIOPATOGÉNICAS DEL ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

C. Montahud Posada<sup>1</sup>, M. Belda Anaya<sup>2</sup> y J.M. Garde Garde<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Elche, <sup>2</sup>Hospital Virgen de los Lirios (Alcoy).

**Objetivos:** Estudiar las características etiopatogénicas del asma bronquial en niños menores de 6 años. Valorar los factores que se relacionan con la persistencia de asma.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte, prospectivo, en el que un grupo de niños, < 6 años, con asma se estudian de acuerdo a un protocolo determinado y se tiene previsto seguirlos durante 10 años. Se analizan diversas variables que pueden estar relacionadas con la persistencia del asma (criterios de Castro-Rodríguez y otros).

**Resultados:** Se presentan los resultados de la primera fase del estudio. Participan 166 pacientes (66% niños y 34% niñas). El 63% presentó el primer episodio de asma en los primeros doce meses de vida.

Variables analizadas	En el total de niños con asma	En niños con asma sensibilizados
Asocian dermatitis atópica	12%	40%
Asocian síntomas de rinoconjuntivitis	24,7%	68,3%
Antecedentes familiares de enf. alérgicas	68%	37,5%
Antecedente materno de asma	16,5	48%
Antecedente paterno de asma	10,4	41%
Alergia alimentaria	8,4%	
Sensibilización a cualquier alergeno	32,5%	
Sensibilización neumoalergeno	30	

Las sensibilizaciones más frecuentemente implicadas en nuestros pacientes han sido: *D. pteronyssinus* (28%), *Alternaria* (24%), *Pollen Salsola* 6%, *Olivo* 4%, *Epitelios de gato* 4% y otros 4%; Estando poliensibilizados el 30%. Entre los alergenos alimentarios, la sensibilización al huevo es la más prevalente (52,4%). En el momento del estudio, la mayoría de los pacientes (55%) presentaban asma Episódica Infrecuente. Episódica Frecuente (25%), Persistente Moderada (15%) y Persistente Grave (6%).

**Conclusiones:** 1. El 80% de los niños remitidos son diagnosticados de asma episódica. 2. Uno de cada 3 niños está sensibilizado en los primeros 5 años de vida. 3. La asociación de síntomas nasales, dermatitis atópica y antecedentes familiares de asma son los criterios que mejor discriminan entre asmáticos con sensibilización alérgica de los que no lo están.

#### PREVALENCIA DEL ASMA Y OTRAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE ELCHE

M. Belda Anaya<sup>2</sup>, C. Montahud Posada, A. Calviño Ramón y J.M. Garde Garde<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Elche, <sup>2</sup>Hospital Virgen de los Lirios (Alcoy).

**Objetivos:** 1. Valorar la prevalencia de las principales enfermedades susceptibles de ser remitidas a una Unidad de Alergia Infantil. 2. Analizar la concordancia entre el diagnóstico de presunción familiar y el diagnóstico final tras evaluación en una Unidad de Alergia Infantil. 3. Conocer la prevalencia real de las diferentes enfermedades alérgicas y protocolizar los criterios de control y derivación más convenientes para la correcta atención del paciente.

**Material y métodos:** El estudio tiene tres fases: 1. La primera es un estudio descriptivo, transversal, mediante un cuestionario de 36 preguntas en los que se interroga a los padres sobre: a) Antecedentes familiares de enfermedades alérgicas. b) Presencia, en el niño, de síntomas compatibles con asma, rinitis, urticaria, eczema, alergia a fármacos o a alimentos. 2. En la segunda fase se evaluará en la unidad de alergia a todo paciente que, voluntariamente se preste a ello, con el fin de objetivar su impresión clínica. 3. En la tercera fase se protocolizarán los mecanismos de colaboración y criterios de derivación entre primaria y especializada.

**Resultados:** Presentamos los resultados relativos a la primera parte del estudio:

Afirman padecer o haber padecido:	De acuerdo a las respuestas paternas	Según diagnóstico médico
Asma	32%	9%
Rinitis	9%	
Alergia a fármacos	5%	
Alergia alimentos	6%	
Dermatitis atópica	12%	

**Conclusiones:** Las cifras de prevalencia de asma son similares a las que cabía esperar por la bibliografía. Llama la atención el escaso porcentaje de pacientes que aquejan síntomas de rinitis.

#### ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DEL ASMA EN LAS EDADES PEDIÁTRICAS

E. Tauler, A. Sánchez, I. Fuentes y A. Aguado

*ABS y Hospital Sant Joan de Déu. Martorell.*

**Objetivos:** En la actualidad numerosos estudios se están llevando a cabo para determinar si existe un incremento del asma. El objetivo de este estudio es conocer la evolución de la prevalencia del asma infantil en los niños de 6 años de Martorell durante los años 2001 a 2005.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Estudio poblacional realizado en un municipio de 25.718 habitantes en la actualidad. **Sujetos:** Se han incluido los niños de 6 años escolarizados en el municipio. **Mediciones:** Se solicitó los padres de estos niños que respondieran a un cuestionario basado en la identificación de síntomas relacionados con el asma. (ISAAC: International Study of Asthma and Allergies in Childhood). **Métodos estadísticos:** estadística descriptiva, test de chi-cuadrado.

**Resultados:** Han respondido al cuestionario los padres de 646 niños: 138 en el año 2001, 171 en 2003, 182 en 2004 y 155 en 2005. Distribución por género: 48,5 niñas y 51,5 niños. Refieren sibilancias en alguna ocasión el 26,6%, 29,9%, 28,8% y 25,2% en los años 2001, 2003, 2004 y 2005 respectivamente. La prevalencia de asma, valorada en la pregunta 2 cómo sibilancias en los últimos 12 meses es del 8,7%, 8,2%, 8,2% y 9,9% en los años estudiados respectivamente (niños 12,5% niñas 4,6%). Refieren asma grave: 8,0%, 3,0%, 6,0% y 13,6% respectivamente. A la pregunta 6 (¿alguna vez ha tenido su hijo asma?) responden afirmativamente un 4,4%, 5,3%, 7,1% y 5% respectivamente. Responden afirmativamente a la presencia de sibilancias con el ejercicio (pregunta 7) 3,7%, 3,0%, 5,1% y 2,5% en los 4 años respectivamente. Refieren tos seca nocturna en los últimos 12 meses, sin estar resfriados (pregunta 8) un 22,1%, 23,8%, 21,3% y 19,3% respectivamente.

**Conclusiones:** Se detecta una prevalencia de asma dentro de los valores descritos en otros municipios de España. Las diferencias encontradas entre las respuestas en los 4 años del estudio no son en ninguno de los casos significativas. En consecuencia no se ha evidenciado variaciones en la prevalencia de asma en los niños de 6 años. Mediciones futuras nos permitirán seguir estudiando la evolución de la prevalencia del asma en nuestro municipio.

#### HIPERSENSIBILIDAD A HENNA: DOS FORMAS CLÍNICAS DIFERENTES

F.J. de Castro, P. Rojas, F.J. Ruiz, P. Gajate, L. Zapatero, E. Alonso y M.I. Martínez

*Hospital Gregorio marañón. Sección de Alergia-infantil.*

**Introducción:** El uso de la henna como tatuaje temporal se está convirtiendo en una costumbre cada vez más frecuente. La henna se obtiene de la trituración de hojas de *Lawsonia inermis*, utilizándose habitualmente parafenilendiamina como aditivo potenciador del color.

**Caso clínico 1:** Niño de 11 años con antecedentes de anafilaxia por sensibilización a cacahuete y harina de almorta. Tras aplicar sobre el antebrazo una mezcla de agua y henna presentó al cabo de dos horas lesiones habonosas pruriginosas en esa localización. Se realizó prick-prick con henna natural (20 g disueltos en 5 ml de suero fisiológico) apareciendo una pápula de 10 mm de diámetro. Diez controles resultaron negativos.

**Caso clínico 2:** Niña de 12 años sin antecedentes de atopía que a las 48 horas de haberse realizado un tatuaje de henna en el miembro inferior derecho presentó cuatro días después lesiones vesiculo-ampollosas sobre fondo eritematoso con posterior impetiginización. La pruebas epicutáneas con batería estándar (True test®) señalaron respuesta positiva (++++) con parafenilendiamina a las 48 horas, y la mezcla de gomas negras se positivizó (++) a las 96 horas. La aplicación epicutánea de henna natural con lectura a las 48 y 96 horas resultó negativa. El prick-prick con henna natural fue negativo.

**Comentarios:** Presentamos dos casos de alergia a henna mediados por diferentes mecanismos. El primero, una urticaria de contacto con prueba cutánea positiva que traduce un mecanismo de hipersensibilidad tipo I.

El segundo caso, un eccema de contacto por sensibilización al aditivo empleado como potenciador del color (parafenilendiamina).

#### PREVALENCIA DEL ASMA EN EL ESTUDIO ISAAC FASE III EN LA CUENCA DE PAMPLONA

R. Escudero, M. Fernández-Benítez y F. Guillén Grima

Departamento de Alergología e Inmunología Clínica, Departamento de Medicina Preventiva. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

El proyecto ISAAC se creó para facilitar la investigación en las tres enfermedades alérgicas más frecuentes en la población infantil, asma bronquial, rinitis alérgica y eccema atópico.

**Objetivo:** Estudiar la prevalencia del asma en la población infantil en el momento actual en la cuenca de Pamplona (2000-2001).

**Material y métodos:** Un total de 7971 niños han participado, 3.209 con edades entre los 6/7 años y 4.762 entre los 13/14 años. Para ello se utilizó el cuestionario escrito ISAAC, estandarizado, modificado de la Fase I y validado, cumplimentado por los padres en el grupo de 6/7 años y autocumplimentado en el de 13/14 años.

**Resultados:** 9,7% de los niños y 10,1% de los adolescentes presentaron asma en alguna ocasión. En los niños de 6/7 años, 7,5% había presentado sibilantes en el último año, en los de 13/14 años en el 6,9%, siendo lo más frecuente de 1-3 episodios (5,5% y 4,4% respectivamente,  $p < 0,05$ ). 2,4% de los niños se despertó por sibilantes nocturnos < 1vez/semana y 0,7% > 1vez/semana, observándose en los adolescentes 1,7% y 0,5% respectivamente ( $p < 0,05$ ). En relación con el ejercicio físico, la presencia de sibilantes fue del 4,1% en los niños y 10,7% en los adolescentes ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** La cuenca de Pamplona sigue estando entre las prevalencias más bajas de asma en nuestro medio según el estudio ISAAC. Existen diferencias significativas en el número de episodios de sibilantes en los últimos 12 meses así como en el número de sibilantes nocturnos, siendo mayor en el grupo de menor edad. Existen igualmente diferencias significativas en relación con el ejercicio físico, siendo en este caso la prevalencia mayor en los adolescentes.

#### PACIENTE ALÉRGICO A METIL-PREDNISOLONA

A. Martínez-Cañavate Burgos, A. Rojo Hernández, A. Quesada Alguacil, A. Pérez Aragón, M. Martínez Gómez y M.A. Barrio U. Alergia y Neumología Infantil. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

Paciente de 10 años remitido a la consulta por haber presentado tras la administración de 6-metilprednisolona, 16 mg, por una crisis asmática, una reacción urticarial generalizada, aumento de la dificultad respiratoria, edemas de partes blandas que precisó tratamiento con adrenalina sc. Polaramine iv. y salbutamol nebulizado. Previamente se la había administrado 6-metilprednisolona im por proceso de angioedema sin haber presentado ninguna sintomatología, y en otra ocasión tras su administración im, por un episodio asmático, presentó un prurito de mucosa bucal y cutáneo generalizado sin lesiones urticariales.

**Antecedentes personales:** Crisis asmáticas que precisaba beta dos de larga y corticoides (buena tolerancia de fluticasona). Tras la administración de AAS e ibuprofeno: crisis asmática y angioedema.

**Pruebas complementarias:** Prick a alimentos: negativos. Prick a neumoalérgenos: *dermatofagoides fariniae* (3mm) y *pteronyxynus* (3mm), olivo (7mm), alternaria (5mm), gramíneas (4mm). IgE Cap: Alternaria (4), *dermatofagoides fariniae* (3) caballo (4), olivo (4) Espirometría: FEV: 99,5%, PEF: 104%, MEF: 81-141-111%. Prick a metilprednisolona y dexametasona (1/1): negativos. Intradermorreacción con metilprednisolona y dexametasona: 1/100: negativos, 1/10: ne-

gativos, 1/1: dexametasona (-), metilprednisolona (5mm) inmediata, sin reacción tardía. Provocación oral con dexametasona: negativa.

**Resumen:** Presentamos un paciente con anafilaxia por metilprednisolona con buena tolerancia a otros grupos de corticoides.

#### SENSIBILIZACIÓN A LENTEJA A TRAVÉS DE LACTANCIA MATERNA

R. Félix Toledo, A. Martorell Aragón, J.C. Cerdá Mir, D. El-Qutob López, I. Postigo Resa\* y J. Martínez Quesada\*

Unidad de Alergología. Consorci Hospital General Universitari de València, \*Departamento de Inmunología, Microbiología y Parasitología. Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco.

**Objetivos:** Demostrar la presencia de antígenos de lenteja en leche materna como posible vía de sensibilización en un paciente con urticaria generalizada tras la primera ingesta de lentejas.

**Material y métodos:** Paciente de 19 meses con urticaria generalizada tras la primera ingesta de lentejas. Posteriormente cuadro similar tras una segunda toma. Tolera después otras leguminosas. Se practican pruebas cutáneas con leguminosas. Se recoge muestra de lactancia materna basal y a las 4 y 6 horas de la ingesta de 200 gramos de lentejas cocidas. Se determina perfil proteico de un extracto de lenteja cocida y de las tres muestras de leche. Se realiza *immunoblotting* para detectar alérgenos mayores de lenteja Len c1 y Len c2 en las muestras de leche con hiperinmunoensayo de conejo anti-extracto de lenteja.

**Resultados:** Pruebas cutáneas positivas para lenteja (3+) y negativas para otras leguminosas. El perfil proteico de extracto de lenteja visualiza Len c2 (66 kDa) y Len c1: vicilina de 48-50 kDa y sus subunidades de 18, 16 y 12 kDa. En *immunoblotting* de leche a las 4 horas de la ingesta aparecen antígenos entre 34 y 50 kDa así como subunidades 20, 16 y 14 kDa reconocidos por el hiperinmunoensayo, que coinciden con los alérgenos de lenteja. A las 6 horas perfil similar de menor intensidad. No se detecta Len c2.

**Conclusiones:** Se demuestra la presencia de Len c1 en leche materna a las 4 y 6 horas de la ingesta de lentejas, lo que sugiere la posible vía de sensibilización en este paciente.

#### CUARTA SESIÓN DE PÓSTERES

Moderadores: R. Artigas y M. Escarrer

#### ALERGIA AL TOXOIDE TETÁNICO. ¿COMO VACUNAR?

E. Rojas\*, A.E. Ananias\*, M.V. García\*\*, J. Novales\*\*, C. Muñoz\*, J.L. Corzo\* y A. Jurado\*

\*Unidad de Alergia Infantil. Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Málaga, \*\*Servicio de Farmacia. Hospital Materno – Infantil. Málaga.

**Introducción:** La incidencia de tétonos en España es baja. Su importancia en salud pública radica por un lado en su gran letalidad y por otro en que es una enfermedad no erradicable. El toxoide tetánico (TT) en niños se administra de forma conjunta con DTPa. Las reacciones sistémicas tras inmunización con TT son raras, más aún las debida a la presencia de IgE específica frente al TT. Sin embargo en niños plantean un gran problema al interrumpir el programa de vacunación no sólo frente tétonos, sino también frente a difteria, tosferina y hemofilus. Error que a veces se extiende al resto de las vacunas, bien por miedo o desconocimiento, dejando a los niños expuestos a enfermedades de una elevada morbilidad. Presentamos dos casos de reacción adversa a TT, en los que se identificó IgE específica frente a TT, y en los que se realizó una pauta de desensibilización con la vacuna DTPa para poder completar el calendario de inmunizaciones sistémicas.

**Objetivo:** Alergia al toxoide tetánico. ¿Como vacunar?

**Material y métodos:** Estudio descriptivo 2 casos clínicos. Caso 1: varón de 4 meses, tras 2<sup>a</sup> dosis de DTPa + Hib + VHB Meningoco-

co C, presenta reacción urticarial generalizada. *Prick* e intradermo-reacción (ID) con las mismas vacunas administradas al paciente, con diluciones 1/100, 1/10, y 1/1 negativo. IgE frente a toxoide tetánico 4,18 IU/ml (clase 3). Caso 2: Niño de 4 años, tras 2<sup>a</sup> dosis de DTPa + Hib + VHB y Meningococo C con 4 meses, presentó reacción urticarial generalizada. Desde entonces el niño no ha vuelto a recibir ninguna dosis de ningún tipo de vacuna. *Prick* e ID con las vacunas implicadas positivo (+++), con la primera dilución (1/100). IgE frente a toxoide tetánico 0,96 IU/ml (clase 2). En ambos casos se realizó una pauta de desensibilización adaptada de Carey y Metzger, administrándose la dosis completa de vacuna DTPa en microdosis con diluciones crecientes. Durante la desensibilización el paciente permanece hospitalizado y monitorizado, hasta dos horas después de haber recibido la última dosis de vacuna. Durante la administración de la vacuna y en las 48 horas posteriores no se observó ningún tipo de reacción adversa en estos pacientes, ni local ni sistémica. Trascurrido 1 mes se determinaron anticuerpos IgG e IgE, observándose elevación de títulos de IgG en ambos casos; IgE específica se mantenía en los mismos niveles para el caso 1 y había disminuido hasta hacerse indetectable en el caso 2.

**Conclusiones:** Las reacciones anafilácticas por TT son extremadamente raras y en muchas ocasiones son debidas a reacciones anafilactoides independientes de la presencia de IgE. En niños no se puede asumir el riesgo de no vacunar y dejarlos desprotegidos frente enfermedades de elevada morbilidad. La administración de la vacuna en diluciones crecientes es útil como terapia desensibilizante a la vez que cumple su función inmunogéna.

#### MARCHA ATÓPICA

J. Zatt<sup>1</sup>, P. Villalobos Arevalo<sup>1</sup>, M. Bosque García<sup>2</sup>, L. Baldesoiro<sup>2</sup> y M.A. Martín Mateos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hosp. de Figueres, <sup>2</sup>Hosp. Parc Taulí, <sup>3</sup>Hosp. Sant Joan de Deú.

La marcha atópica es la evolución secuencial de la patología alérgica durante la vida.

**Objetivo:** Analizar a través de la valoración retrospectiva de tres casos clínicos la reproductividad del cuadro anteriormente descrito y determinar si existe un patrón fenotípico común.

**Material y métodos:** Hemos revisado tres niños visitados en nuestro servicio, que cumplían parámetros clínicos y de laboratorio de enfermedad atópica (Ig E total y específica, *Prick test*; y de funcionalismo respiratorio (FVC, VEF1, FVC/FEV1, MEF50).

**Resultados:** Todos nuestros pacientes presentaron de lactantes dermatitis atópica y también alergia alimentaria a leche y huevo en un caso, pescado en otro y frutos secos en el tercero, apareciendo asma en la edad preescolar que cobró jerarquía durante el paso del tiempo. En dos de ellos el asma fue de grado III-IV de la escala GINA y en el tercero fue de grado II, este último presentaba además alergia al látex. En el primer caso con sensibilización a ola y ácaros, en el segundo a gramíneas y Alternaria; y el tercero ácaros y gramíneas.

**Comentarios:** Estos tres casos contribuyen a reforzar la teoría que la patología alérgica tiene un desarrollo secuencial el cual habitualmente se inicia con cuadros de dermatitis atópica asociada o no con alergia alimentaria, siendo las manifestaciones respiratorias más tardías. En todos nuestros casos se asocia una alergia alimentaria, siendo el asma asociada moderada o grave en correspondencia con lo que se cita en la literatura en cuanto a la alergia alimentaria como factor de riesgo del asma.

#### ALERGIA A POLVO DE ARROZ EN TRES PACIENTES REMITIDOS POR SOSPECHA DE ALERGIA AL LÁTEX

R. Félix Toledo, A. Martorell Aragón, J.C. Cerdá Mir,  
D. El-Qutob López, M. Pont Colomer y F. Pineda\*

Unidad de Alergología. Consorci Hospital General. Universitari de València, \*Laboratorios Diater.

**Objetivos:** Presentar tres pacientes de 15, 11 y 12 años respectivamente, que presentaron angioedema o urticaria facial y/o rino-

conjuntivitis al hinchar un globo lleno de arroz crudo para una actividad escolar. Los dos primeros tienen antecedentes de urticaria generalizada y angioedema facial tras la ingesta de melocotón y frutos secos. Todos toleran arroz cocido.

**Material y métodos:** Se realizaron pruebas cutáneas con neumolárgenes habituales, látex, alimentos implicados y polvo de arroz, IgE total e IgE específica. Posteriormente se realizó prueba de uso con látex y prueba de exposición con polvo de arroz. Se realiza SDS-PAGE e *immunoblotting* con extractos de polvo de arroz, caña, látex y melocotón.

**Resultados:** Todos están sensibilizados a aeroalergenos excepto uno y todos tienen la prueba cutánea y/o IgE específica positiva para arroz y polvo de arroz, melocotón, cacahuete y nuez. En todos los casos el prick con látex, IgE específica, *rubbing test* y prueba de uso con látex fueron negativos y la prueba de exposición con polvo de arroz reprodujo la clínica. El *immunoblotting* con extracto de polvo de arroz reconoce proteínas de 20 kDa en dos casos y de 26, 32, 51 y 66 kDa en el otro, patrones que no coinciden con los obtenidos en patología similar en adultos.

**Conclusiones:** Presentamos tres casos de hipersensibilidad inmediata a polvo de arroz, con buena tolerancia de arroz cocido. Destacamos la importancia de una anamnesis detallada para el correcto diagnóstico de estos cuadros.

#### DESENSIBILIZACIÓN ORAL EN ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA

M. Duplá Arenaz, Y. Romero Salas, M.T. Jiménez Fernández, I. Guallar Abadía y J. Boné Calvo

Unidad de Alergología Pediátrica. Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Presentamos un caso clínico de hipersensibilidad alimentaria con alergia IgE mediada a proteínas de leche de vaca con desarrollo de tolerancia clínica e inmunológica tras un tratamiento de desensibilización oral. Niña de 4 años y 6 meses diagnosticada de alergia a proteínas de leche de vaca desde el mes de vida (urticaria + angioedema con la introducción de lactancia artificial). Fue alimentada con un hidrolizado. A los 6 meses cuadro anafiláctico por tomar accidentalmente 2 cucharadas de papilla de cereales con leche de continuación. Al año y medio vómitos, urticaria y angioedema por tomar accidentalmente San Jacobo. Al año y 7 meses de edad es remitida a nuestra consulta para estudio presentando pruebas cutáneas positivas a leche, fracciones e hidrolizados; Ig E 498 UI/M, CAPS leche de vaca y caseína >100 KU/L,  $\alpha$ -lactoalbúmina 37,3 KU/L,  $\beta$ -lactoglobulina 38 KU/L. Se le prescribe leche de soja. A los 4 6/12 años se inicia desensibilización oral a leche de vaca según el protocolo propuesto por el Comité de Alergia Alimentaria de SEICAP. En nuestro caso la desensibilización oral a proteínas de leche de vaca se ha mostrado una alternativa de tratamiento eficaz para conseguir la tolerancia clínica e inmunológica evitándose dietas restrictivas estrictas prolongadas, el peligro que conllevan las transgresiones dietéticas y los alimentos ocultos, y además, un mejor aporte nutricional en edad de crecimiento y una mejor calidad de vida. Este método precisa realización hospitalaria y un control diario riguroso del paciente.

#### ALERGIA A HONGOS COMESTIBLES

J. Ruiz-Hornillos, F.J. de Castro, R. Mielgo, E. Alonso, L. Zapatero, M.L. Baeza y M.I. Martínez

Sección de alergia infantil. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón.

**Introducción:** Presentamos dos pacientes sensibilizados a hongos de ambiente y con clínica tras ingestión de setas.

**Casos clínicos:** Paciente nº 1: niño de 8 años que desde hace dos presenta rinoconjuntivitis y asma con sensibilización a áca-

ros y hongos. A los 60 minutos de comer *Pleurotus o.* presentó lesiones habonosas, pruriginosas generalizadas con edema de párpados, tos en accesos y disnea. Paciente nº 2: niño de 9 años que desde los cuatro presenta rinoconjuntivitis por sensibilización a pólenes, dérmicos y hongos. En varias ocasiones tras comer *Pleurotus eryngii* y *Pleurotus ostreatum* presentó prurito en cavidad oral, paladar y faringe junto con edema de labio inferior.

**Estudio Inmunoalérgico:** Se realizaron pruebas cutáneas para hongos siendo positivas para *Alternaria* y *Aspergillus* en el primer paciente y para *Aspergillus* y *Cladosporium* en el segundo. La determinación de IgE específica (CAP) para hongos fue positiva (clase 3) para *Aspergillus*, *Cladosporium* y *Alternaria* en ambos pacientes. Se preparó extracto de setas crudas y cocinadas realizándose pruebas cutáneas que fueron positivas en ambos casos para los cocinados. También se realizó ELISA que fue positivo sólo en los cocinados. En el Immunoblot del primer paciente se detectaron bandas de 14 y 22 Kd en *Pleurotus o.* cocinado. En el segundo paciente se observaron bandas en *Pleurotus e.* y *Pleurotus o.* cocinados que difieren en intensidad y/o Pm respecto a los crudos.

**Conclusiones:** Presentamos dos casos de alergia a hongos comestibles. La utilización de los extractos cocinados fue imprescindible para el diagnóstico. Los resultados sugieren la aparición de neoantígenos o potenciación de los existentes durante el proceso culinario.

#### URTICARIA ASOCIADA A HIPOTIROIDISMO Y TEST DE SUERO AUTÓLOGO POSITIVO

F. Nadales Almirón, M.D. Martínez Jiménez, A.B. Molina Terán y J. Torres Borrego

Unidad de Alergia y Neumología Pediátricas. H.U. Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción:** La urticaria crónica es aquella que persiste al menos 6 semanas, durante las cuales los episodios ocurren con una frecuencia mayor de dos veces por semana.

**Caso clínico:** Niña de 12 años que desde hace 5 meses presenta brotes urticariales que no se acompañan de angiodema ni disnea, sin factor desencadenante asociado, que ceden parcialmente con antihistamínicos y corticoides tópicos. **Antecedentes personales:** Embarazo normal, parto cesárea y periodo neonatal sin incidencias. Peso RN 4900 g. Lactancia materna 1 mes. **Antecedentes familiares:** Madre con enfermedad de Behcet y Síndrome de Sweet. **Exploración física:** lesiones urticariales generalizadas de predominio troncular con lesiones asociadas de rascado. **Exploraciones complementarias:** Hemograma: Hb 13,3 g/dl, leucocitos 6490/mcl (N 50,1%, L 40,2%, E 6,4%, B 0%). Plaquetas 267.000/mcl. Bioquímica sanguínea: Normal. IgE sérica total: <4,51 UI/ml. TSH 5,72 mU/L (N 0,35-4,94), tiroxina 0,99 mg/dl (N 0,7-1,48). ANA (-), Ac tiroglobulina (-), Ac antimicrosómicos (-). Pruebas cutáneas (prick): *Dermatophagoïdes pteronyssinus* -, *Dermatophagoïdes faringe-*-, olivo -. Alternaria -. Epitelio de perro -. Histamina +++. Estudio de parásitos en heces negativo. Ig E específicas (CAP): negativas para gamba, anisakis, atún, melocotón y fresa. La intradermorreacción con suero de la propia paciente produce pápula de 15 mm con halo eritematoso. **Evolución:** buena respuesta clínica al tratamiento con corticoides orales y levotiroxina para el hipotiroidismo subclínico.

**Comentarios:** El 80% de las urticarias crónicas se clasifican como idiopáticas al no lograr un diagnóstico etiológico. El 20% restante corresponde a urticarias físicas, infecciosas (parásitos, bacterias) y a otros mecanismos como el autoinmune. A efectos prácticos, en aquellos casos en los que el estudio de autoinmunidad resulta negativo hay una serie de datos que sugieren que el tipo de urticaria puede ser autoinmune: positividad del test intradérmico con suero autólogo, basopenia franca, presencia de anticuerpos antitiroideos positivos, buena respuesta a corticoides.

#### SENSIBILIZACIÓN CLÍNICA AL LÁTEX BAJO APARIENCIA DE REACCIÓN ALÉRGICA A CEFALOSPORINAS

F. Nadales Almirón, M.D. Martínez Jiménez, A.B. Molina Terán y J. Torres Borrego

Unidad de Alergia y Neumología Pediátricas. H.U. Reina Sofía. Córdoba.

La alergia al látex es un problema de importancia creciente que afecta a diferentes poblaciones de riesgo, entre ellas están niños con espina bífida y otras anomalías congénitas que requieren múltiples intervenciones quirúrgicas. En estos pacientes se consideran factores de riesgo de sensibilización al látex: un número superior a 5 intervenciones, historia de atopia e Ig E mayor de 2 DS.

**Caso clínico:** Niña de 9 años afecta de mielomenigocele con vejiga neurógena y escoliosis que presenta un episodio de reacción urticarial generalizada, angioedema facial, estornudos y disnea escasos minutos después de la administración intravenosa de ceftriaxona en el contexto preoperatorio de un alargamiento óseo del miembro inferior izquierdo (8º proceso quirúrgico desde el nacimiento). La ingesta previa frecuente de derivados de la penicilina y de cefalosporinas sin incidencias hizo sospechar sensibilización al látex, a pesar de que de manera preventiva en las últimas intervenciones quirúrgicas y en el domicilio se estaban usando medidas de evitación de látex, confirmándose ésta mediante *prick test* positivo (pápula 16 x 6 mm) e Ig E específica (CAP) clase 6. Las pruebas cutáneas con determinantes mayor (PPL) y menores (MDM) fueron negativas, así como las Ig E específicas para penicilina y otros beta-lactámicos y el test de provocación oral con cefuroxima.

**Comentarios:** El equipo microgotero usado para la infusión del antibiótico contenía goma de látex aunque no venía especificado en el embalaje del producto. En los niños con espina bífida debería realizarse profilaxis primaria evitando al máximo el contacto con objetos de látex, incluso cuando todavía no hayan desarrollado síntomas. Todo material sanitario debería ser etiquetado advirtiendo de su contenido en látex.

#### ANAFILAXIA INTRAOPERATORIA POR ATRACURIO

M.V. García-Gallardo\*, J.M. García, A. Bilbao, J. Martínez Quesada\*\* y M.J. Escobal

H. Cruces, Baracaldo (Vizcaya), \*H. Santiago Apóstol, Vitoria, \*\*Dept. Parasitología. Facultad Farmacia UPV Vitoria.

**Objetivos:** Niño de 9 años remitido por presentar durante IO (apendicitis aguda), rash cutáneo generalizado sin otra clínica acompañante. Antecedentes de cirugía previa (hernia inguinal) y familiares de urticaria. Como fármacos preanestesia recibió Ranitidina®, Metamizol, Fentanilo, Propofol y Atracurio. Durante la infusión de Atracurio ocurrió el rash.

**Materiales:** Se realizaron P. cutáneas a fármacos implicados (Ranitidina®, Nolotil®, Fentanest®, látex, y una batería de relajantes musculares. Se cuantificó IgE específica por método UniCAP (CAP-System, Pharmacia) y por método DotBlot revelado con quimioluminiscencia (Dept Inmunología, Microbiología y Parasitología. Facultad Farmacia, UPV) frente a relajantes musculares y estudio de reactividad cruzada mediante inhibición competitiva.

**Resultados:** Las P. cutáneas con Ranitidina®, Nolotil®, Fentanest® y látex fueron negativas. La batería de relajantes musculares en prick fue negativa, en intradermorreacción con resultados positivos para Atracurio (gradoiente concentración-tamaño de pápula) y dudosos para el resto. La cuantificación de IgE específica por UniCAP fue <35 KU/L para Látex, Suxametonio y Atracurio. Mientras que por Dot-Blot se obtuvieron resultados positivos para Besilato de Atracurio Etamsilato, Vecuronio y Rocuronio y negativos para Besilato de cis-atracurio y Cl. Suxametonio. Los Resultados de inhibición competitiva concluyeron que Besilato de cisatracurio NO inhibe la reacción del Besilato de Atracurio mientras que Etamsilato, Vecuronio, Rocuronio SI inhiben la reacción del Besilato de Atracurio.

**Conclusiones:** Describimos un caso de alergia a Atracurio en un niño de 9 años, con reactividad cruzada a Etamsilato, Rocuronio y Vecuronio, demostrada in vitro.

#### BRONQUIECTASIAS, UNA COMPLICACIÓN DEL ASMA BRONQUIAL EXTRÍNSECA

A. Pérez Casares, M. Bosque García, O. Asensio de la Cruz, L. Valdesoro Navarrete, H. Laramona Carrera, T. Marco Valls, J. Costa Colomer y N. Pumares Parrilla

*Unitat d'Al.lèrgia i pneumología pediàtrica. Hospital de Sabadell. CSPT.*

**Introducción:** El asma bronquial extrínseca mal controlada conlleva una gran hiperreactividad bronquial produciendo impactaciones mucosas que pueden sobreinfectarse, provocando una dilatación anormal e irreversible de los bronquios de mediano calibre, las bronquiectasias.

**Objetivos:** Recordar que en la evolución de un paciente con hiperreactividad bronquial por asma extrínseca mal controlada está la posible aparición de bronquiectasias, aunque siempre cabe descartar otras causas más frecuentes de esta patología pulmonar.

**Material y métodos:** Análisis de dos casos clínicos que presentaron bronquitis de repetición desde lactantes, con tos, expectoración diaria y sobreinfecciones respiratorias de repetición, en los cuales se practicó estudio inmunoaérgico, cultivos de esputo seriados, test del sudor, PPD, estudio genético para FQ, estudio ciliar, radiografía torácica, TAC torácico de alta resolución y estudio funcional respiratorio.

**Resultados:** Caso 1: Niño de 14 años, IgE, Prick y RAST positivos a ácaros, funcionalismo respiratorio: patrón obstructivo con prueba broncodilatadora positiva y TAC torácico bronquiectasias cilíndricas en bases pulmonares. Caso 2: Niña de 12 años, IgE 107, Prick positivo a ácaros, funcionalismo respiratorio: patrón mixto con broncodilatación positiva y TAC torácico bronquiectasias en bases pulmonares. En ambos casos, el estudio completo descarta otros procesos patológicos.

**Comentarios:** El asma bronquial mal controlada puede conducir a la aparición de bronquiectasias, aunque no sea la etiología más frecuente en nuestro medio.

#### PACIENTE DE CUATRO AÑOS CON ANAFILAXIA-POST EFSUERZO TRAS INGESTA DE ZUMO DE MELOCOTÓN Y MANZANA

L. Prieto Lastra, A.J. Pérez Pimienta, M. Santaolalla Montoya, M.I. Rodríguez Cabrerros, M. Rodríguez Mosquera y A. García Cubero

*Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.*

**Objetivos:** Los casos de anafilaxia post-esfuerzo pueden ser de causa idiopática o por algún alergeno alimentario, siendo los más frecuentes las harinas y frutas. La época de aparición es variable predominando en la adolescencia y en edad adulta.

**Material, métodos y resultados:** Nos hayamos ante una paciente de 4 años que, tras ingesta de zumo de melocotón y manzana y posterior realización de ejercicio físico presenta, a los pocos minutos de éste, un episodio de dolor abdominal y purrito ótico seguido de edema facial intenso, estridor faríngeo, opresión torácica y sibilancias que precisa asistencia médica con oxígeno, adrenalina (0,3cc i.m.) y salbutamol (1cc) nebulizado, remitiendo en 2 horas. Continúa tratamiento en su domicilio dos días con estilsona 20mg/12h y dexclorfeniramina 2mg/8h. Se realiza Prick-Prick (P-P) con el zumo implicado resultando positivo, así como con melocotón entero, piel y pulpa y manzana piel y pulpa siendo todos positivos excepto pulpa de manzana que da negativo. También resulta negativo el P-P con cereza, albaricoque, fresa, pera, almendra y arándano. Se realiza prueba de exposición frente a melocotón primero labial y posteriormente oral con buena tolerancia sin ejercicio físico. Tras un año de evolución la paciente muestra

tolerancia a melocotón y manzana sin piel siempre esperando cuatro horas para realizar ejercicio físico.

**Conclusiones:** Mostramos como en la infancia también encontramos cuadros de sensibilización alimentaria más ejercicio físico como desencadenante de la sintomatología.

#### SÍNDROME OBSTRUCTIVO DE LA VÍA AÉREA. ¿SIEMPRE ES ASMA?

S. Zambudio, L. Ferré, S. Ranea, R. Guspí, S. Nevot y C. Vasquez

*Servicio de Pediatría. Secció d'Al.lèrgia. Althaia. Hospital Sant Joan de Déu de Manresa.*

**Introducción:** El asma es la causa más frecuente de broncospasmo en edad pediátrica. Muchas entidades tienen una clínica similar pero requieren tratamientos distintos.

**Casos clínicos:** Caso 1: Paciente de 4 años. Tos paroxística matutina, sibilancias y febrícula ocasionales. Tratamiento con salbutamol y corticoides inhalados y antibioterapia sin mejoría. Roncus y sibilantes diseminados. Hemograma y bioquímica normal, Ag *borderella pertussis* y PPD negativos. Estudio alergológico negativo. Radiografía de cavum, senos y tórax inspiración normal. Espiración: signos de hiperinsuflación en lóbulo inferior derecho. TAC sugestivo de cuerpo extraño endobronquial. Fibrobroncoscopía: cuerpo extraño (pipa) en bronquio intermedio derecho. Caso 2: Paciente de 12 años. Dextrocardia y glucogenosis tipo III. Presenta bronquitis obstruktivas de repetición, rinitis perenne, sinusitis maxilar bilateral y neumonías de repetición. Roncus y sibilantes dispersos. Prick-test positivo ácaros, alternaria y gato. Espirometría basal: FVC 75%, FEV1 64%, FEF 25-75% 41%, prueba broncodilatadora negativa. Radiografía tórax: dextrocardia. Se diagnostica asma bronquial extrínseca, con rinitis persistente moderada. Tratamiento: medidas ambientales, corticoides inhalados con beta-2 de larga duración, budenosida intranasal. Persisten sobreinfecciones respiratorias frecuentes y reingresos por neumonía, por lo que se reestudia. Prick test negativo, IgE total y específica normales, test del sudor normal, espirometría sin cambios. TAC senos-tórax: poliposis nasosinusal, bronquiectasias en lóbulos inferiores. Biopsia nasal: discinesia ciliar primaria (Sdr. Kartagener). Caso 3: Paciente de 15 meses. Bronquitis obstruktiva de repetición, febriles. Tratamiento: budesonida inhalada y montelukast. Analítica general normal. Prick-test negativo. Test del sudor normal. Ante mala respuesta al tratamiento se reinterroga a la familia refiriendo regurgitaciones y vómitos frecuentes controlados con medidas físicas. Tránsito-gástrico-duodenal y pHmetría: refluo gástro-esofágico.

**Conclusiones:** 1. El asma no es siempre la causa de las crisis de bronquitis obstruktivas de repetición en pediatría. 2. Ante un niño con bronquitis obstruktivas de repetición se debe realizar un diagnóstico diferencial completo, para conseguir una correcta orientación y ahorrar tratamientos innecesarios. 3. Una anamnesis y exploración física detalladas serán básicas para el diagnóstico correcto.

#### IGE ELEVADA EN NIÑO POLÍNICO CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA

E. Moreno, B. Ruiz, S. Astorga, I. García, M.J. Barasona, C. Moreno, J.L. Justicia y F. Guerra

*Sección de Alergología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Objetivos:** Llegar al diagnóstico etiológico partiendo de los valores elevados de Inmunoglobulina E hallados en un control analítico de rutina, junto con la clínica descrita por el paciente.

**Materiales y métodos:** Niño de 10 años, derivado para descartar etiología alérgica de los síntomas rinoconjuntivales, infecciones respiratorias y sibilancias, que desde hacía 2 años presentaba en primavera. Se realizaron pruebas cutáneas con aeroalergenos, se solicitó IgE total IgE específica frente a pólenes, hematimetría, bioquímica y espirometría basal. En una segunda consulta, ante los elevados valores de IgE total, se solicitó IgE específica frente a pa-

rásitos y coprocultivo. Ante la persistencia de cifras elevadas de IgE total y dado el antecedente familiar de leucemia aguda linfoblástica en una prima del paciente, se realizó hoja de consulta al Servicio de Hematología.

**Resultados:** El paciente fue diagnosticado de rinoconjuntivitis y asma estacional por sensibilización a polenes, presentando cifras de IgE total de 10.000 IU/ml junto con eosinofilia del 9%. La IgE específica frente a parásitos fue discretamente positiva y el mordulograma fue normocelular. Actualmente el paciente recibe tratamiento con immunoterapia específica frente a polenes y realiza tratamiento con Mebendazol.

**Conclusiones:** Ante la persistencia de unas cifras elevadas de eosinófilos y/o inmunoglobulina E, debemos considerar otras posibilidades diagnósticas aún cuando la clínica nos oriente hacia un proceso inmunoalérgico como causa más frecuente.

#### PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA EN PREESCOLARES DE TRES ZONAS DE MURCIA

J.M. Lucas Moreno, V. Hernando Sastre, M. Sánchez-Solís, A. Martínez Torres, V. Pérez Fernández y L. García-Marcos

Sección de Alergia Infantil. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca e Instituto de Salud Respiratoria. Universidad de Murcia.

**Antecedentes y objetivos:** Conocer la prevalencia de dermatitis atópica (DA) en preescolares de nuestra Comunidad y ver la diferencia entre distintas zonas.

**Material y métodos:** Se seleccionó una muestra aleatoria de niños de 3-5 años de edad, en colegios de Primaria de Cartagena, Lorca y Murcia. Se entregó cuestionario escrito previamente validado, para ser cumplimentado por sus padres, que incluía preguntas sobre síntomas o diagnóstico compatible con DA.

**Resultados:** De los 2922 niños seleccionados, remiten el cuestionario correctamente cumplimentado 1784 (61.0%), siendo excluidos

161 por pertenecer a otras etnias. En la siguiente tabla se muestran los resultados del cuestionario según zonas especificadas.

**Conclusiones:** En nuestra comunidad la prevalencia referida de DA en niños de 3-5 años oscila entre el 7,9 y el 11,6%, siendo más prevalente en el área de Lorca, aunque sin significación estadística. Destacamos que aproximadamente el 40% de los padres refieren que sus hijos han tenido eczema o DA en alguna ocasión.

#### PREVALENCIA DE RINOCONJUNTIVITIS EN PREESCOLARES DE TRES ZONAS DE MURCIA

J.M. Lucas Moreno, V. Hernando Sastre, M. Sánchez-Solís, V. Pérez Fernández, A. Martínez Torres y L. García-Marcos

Sección de Alergia Infantil. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca e Instituto de Salud Respiratoria. Universidad de Murcia.

**Antecedentes y objetivos:** Conocer la prevalencia de rinoconjuntivitis en preescolares de nuestra Comunidad y ver la diferencia entre distintas zonas.

**Material y métodos:** Se seleccionó una muestra aleatoria de niños de 3-5 años de edad, en colegios de Primaria de Cartagena, Lorca y Murcia. Se entregó cuestionario escrito previamente validado, para ser cumplimentado por sus padres, que incluía preguntas sobre síntomas o diagnóstico compatible con rinoconjuntivitis.

**Resultados:** De los 2922 niños seleccionados, remiten el cuestionario correctamente cumplimentado 1784 (61,0%), siendo excluidos 161 por pertenecer a otras etnias. En la siguiente tabla se muestran los resultados del cuestionario según zonas especificadas.

**Conclusiones:** En nuestra comunidad la prevalencia referida de rinoconjuntivitis en niños de 3-5 años oscila entre el 7,4 y el 9,4%, sin diferencias entre las distintas zonas estudiadas. Aproximadamente el 5% de nuestros preescolares refieren haber tenido un diagnóstico de rinoconjuntivitis alérgica.

#### Prevalencia de Dermatitis atópica en preescolares de tres zonas de Murcia

	Cartagena n (%)	Lorca n (%)	Murcia n (%)	p
Manchas rojas que pican, aparecen y desaparecen alguna vez	67 (8,7)	57 (14,3)	46 (11,0)	0,01
Manchas rojas que pican, aparecen y desaparecen último año	61 (7,9)	46 (11,6)	43 (10,2)	0,1
Manchas rojas que pican en pliegues de los codos, de las rodillas, etc.	58 (7,5)	42 (10,6)	35 (8,3)	0,19
Edad primera aparición				
Antes del primer año	23 (3,0)	16 (4,0)	23 (5,5)	0,05
Después del primer año	48 (6,1)	40 (9,8)	22 (5,2)	0,5
Perdida completa último año	63 (8,2)	43 (10,9)	35 (8,3)	0,2
Molestias para dormir por el picor último año				
Nunca en el último año	63 (8,2)	48 (12,2)	39 (9,3)	0,08
Menos de una noche/semana	15 (1,9)	5 (1,3)	13 (3,1)	0,17
Una o más noches/semana	5 (0,6)	14 (3,5)	3 (0,7)	0,000
Nunca	690 (89,3)	328 (83,0)	364 (86,9)	0,01
Eczema o dermatitis atopica alguna vez	294 (38,7)	146 (37,2)	163 (39,3)	0,8

#### Prevalencia de rinoconjuntivitis en preescolares de tres zonas de Murcia

Cartagena n (%)	Lorca n (%)	Murcia n (%)	p
Estornudo, goteo de nariz alguna vez	164 (21,2)	108 (26,9)	99 (23,6)
Estornudo, goteo de nariz último año	138 (17,9)	86 (21,7)	79 (18,9)
Problemas de nariz + picor y lagrimeo	67 (8,7)	37 (9,4)	31 (7,4)
Problemas de nariz han impedido realizar actividades diarias			
Nunca	719 (94,0)	358 (91,3)	390 (92,9)
Pocas veces	41 (5,4)	28 (7,1)	4,8 (20)
Bastantes veces	5 (0,7)	3 (0,8)	10 (2,4)
Muchas veces	0 (0,0)	3 (0,8)	0 (0,0)
Alergia nasal, rinitis, fiebre del heno alguna vez	36 (4,9)	20 (5,2)	21 (5,2)