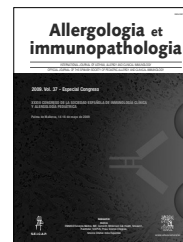




# Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



## COMUNICACIONES ORALES

### XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica Palma de Mallorca, 14-16 de mayo de 2009

#### Primera Sesión de Comunicaciones Orales

Moderadores: M.A. Martín Mateos y J.A. Porto

#### SENSIBILIZACIÓN ALÉRGICA A CEREALES EN NIÑOS CELÍACOS. COMPARACIÓN CON ASMA Y ANAFILAXIA POR INGESTA DE CEREALES

A. Armentia<sup>a</sup>, M. Herrero<sup>a</sup>, A. Dueñas-Laita<sup>b</sup>, B. Martín<sup>b</sup>, S. Fernández<sup>a</sup>, R. Panzani<sup>a,c</sup> y A. Palacín<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Sección de Alergia. Hospital Río Hortega. Valladolid. España.

<sup>b</sup>Servicio de Farmacología Clínica. Unidad Regional de Toxicología. Hospital Río Hortega. Valladolid. España.

<sup>c</sup>Laboratoire de Recherches en Allergologie. Marseille. Francia.

<sup>d</sup>ETS Ingenieros Agrónomos. Unidad de Biotecnología. Madrid. España.

**Introducción:** Los cereales pueden causar hipersensibilidad alérgica. Las proteínas solubles son los alérgenos que mas contribuyen a la respuesta asmática tras inhalación de harina (asma del panadero). En contraste, no se ha estudiado la posibilidad de que estas proteínas provoquen también respuesta alérgica en celíacos, y ambas enfermedades son consideradas independientes.

**Objetivos:** Evaluar la reactividad alérgica provocada por diferentes proteínas purificadas de cereales, en pacientes alérgicos y celíacos, con el fin de investigar si existe una respuesta diferente según sea la vía de sensibilización.

**Métodos:** Se incluyeron 88 pacientes en 3 grupos: 1) 17 pacientes con alergia por ingesta de cereales en los que la posibilidad de enfermedad celíaca fue descartada. 2) 14 pacientes con asma del panadero por inhalación de harina de trigo. 3) 57 niños que sufrían enfermedad celíaca. Se recogieron muestras de suero de todos y se determinó IgE específica a cereales. Posteriormente, se realizó *immunoblotting* con las proteínas purificadas.

**Resultados:** Cuatro niños celíacos tenían también IgE específica a trigo y cebada. La inmunodetección demostró reactividad a diferentes proteínas en los 3 grupos. Sólo los sueros de celíacos detectaron proteína CM3 de trigo (inhibidor de alfa-amilasa). Tanto en celíacos como en alérgicos, la proteína transportadora de lípidos de trigo (LTP Tri a 14) fue un alérgeno principal.

**Conclusiones:** Niños celíacos pueden tener también una sensibilización alérgica mediada por IgE a trigo, lo cual abre la posibilidad de tratarlos con inmunoterapia específica, útil en alergia por inhalación. Las vías digestiva e inhalatoria pueden causar sensibilización alérgica con patrón de respuesta a proteínas de cereales similar en alérgicos que en celíacos.

#### INTERÉS DEL ESTUDIO DE ALERGIA A PENICILINAS EN NIÑOS

M. Frías, M. Audicana, N. Longo, N. Bernedo, O. Uriel, M. Velasco y E. Santolaya

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

**Introducción y objetivo:** Los antibióticos betalactámicos son de primera elección en la mayoría de infecciones debido a su eficacia terapéutica y escasa toxicidad. Sin embargo, no están exentos de efectos secundarios, entre ellos las reacciones alérgicas. Se ha demostrado la relevancia de la cadena lateral de las penicilinas como determinante antigénico en adultos, produciendo reacciones selectivas y observándose escasas situaciones de reactividad cruzada con las cefalosporinas. Los objetivos son conocer la relevancia de la alergia a penicilinas y la tolerancia de cefalosporinas en niños alérgicos a las mismas.

**Material y métodos:** En los últimos 8 años han sido derivados a nuestro Servicio de Alergia 498 niños con sospecha de reacción adversa a penicilinas, y estudiamos mediante pruebas cutáneas con betalactámicos (*prick* e intradermorreacción), IgE específica y test de exposición a betalactámicos.

**Resultados:** Tras el estudio alergológico explicado anteriormente, en 471 (94,6%) niños se descartó alergia a penicilinas diagnosticándose a 27 (5,4%) niños. Estos últimos fueron expuestos a cefalosporinas (cefuroxima por vía oral y/o ceftazidima por vía endovenosa) presentando buena tolerancia a las mismas.

**Conclusiones:** Aproximadamente de cada 18 niños que consultan por reacción alérgica a penicilinas se diagnostica a 1 niño de alergia a las mismas. En aquellos niños con diagnóstico de alergia a penicilinas, la exposición con cefalosporinas (según metodología expuesta) es segura y útil en nuestra experiencia.

#### ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARIAS EN PACIENTES NO SENSIBILIZADOS

M.J. Fuentes<sup>a</sup>, N. Marco<sup>b</sup>, R. Rodríguez<sup>c</sup>, T. Toral<sup>a</sup>, L. Moral<sup>d</sup> y J. Garde<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital General de Elda. Elda. España.

<sup>b</sup>Hospital Vega Baja. Orihuela. España.

<sup>c</sup>Hospital General Universitario de Elche. Elche. España.

<sup>d</sup>Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

**Objetivo:** Conocer los alimentos implicados y las características clínicas de los pacientes que cumplen los criterios de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias, no mediada por IgE.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo desde enero de 2002 hasta diciembre de 2008, de las historias clínicas de los pacientes con enterocolitis inducida por proteínas alimentarias, procedentes de la consulta de alergología pediátrica del Hospital General Universitario de Elche, Hospital Vega Baja de Orihuela y del Hospital de Elda. El diagnóstico se realizó en base a criterios clínicos y ausencia de sensibilización.

**Resultados:** 27 pacientes (15 mujeres y 12 varones), entre los 5 meses y los 4 años en el momento del diagnóstico (media 18). En 5 niños el alimento implicado fue la leche de vaca (LV) y 22 niños presentaron síntomas con alimentos sólidos (17 con pescado, 2 con arroz, 1 con huevo, 1 con ternera y cordero y otro niño con huevo y habichuelas). La edad media de presentación de la clínica fue de 3,2 meses en el grupo de LV y de 10 meses en el grupo de alimentos sólidos. La clínica fue de vómitos de repetición en 22 casos, vómitos y diarrea en 5 niños y se asoció palidez y/o letargia en otros 4 niños.

**Conclusiones:** Presentamos una serie de niños con un tipo de hipersensibilidad gastrointestinal con una baja prevalencia en la población pediátrica. En nuestra zona, el alimento más frecuentemente implicado fue el pescado, a diferencia de otros trabajos en los que la leche de vaca o de soja son típicamente responsables de este síndrome y más raramente los alimentos sólidos. El elevado consumo de pescado en nuestro medio podría ser la causa.

## MANEJO DE LA ANAFILAXIA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

N. Cortés Álvarez<sup>a</sup>, L. Rodríguez Ferran<sup>a</sup>, F. Molina Jiménez<sup>b</sup>, M.A. Mate García<sup>b</sup>, H. Arnaud<sup>c</sup> y E. May Llanas<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Alergia Pediátrica, Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa. España.

<sup>b</sup>CAP Sud. Terrassa. España.

<sup>c</sup>CAP Oest. España.

<sup>d</sup>Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa. España.

**Objetivos:** Valorar manejo inicial de los casos de anafilaxia registrados en nuestra área. Analizar manifestaciones clínicas, alérgeno responsable y evolución. Determinar si existe mejora terapéutica tras aplicación de protocolo de actuación.

**Metodología:** Se recogen los casos de anafilaxia diagnosticados en nuestro Servicio de Urgencias durante 4 años (criterios Sampson). Analizamos: sexo, edad, clínica, antecedentes atopia, estudio alergológico, evolución. Se valora tratamiento administrado durante período 2004-2007 (grupo A) y en 2008 (grupo B) tras aplicación del protocolo.

**Resultados:** 30 pacientes (23 varones). Edad media: 4,5 años. Clínica: 50% urticaria y/o angioedema más broncoespasmo, 20% urticaria más clínica digestiva y 20% vómitos con hipotensión. 10% vómitos más urticaria y broncoespasmo. Etiología: leche (40%), huevo (20%), frutos secos (20%), pescado (7%), melocotón (3%), sin filiar: 10%. Estudio alergológico (> 4 semanas) positivo en 90%. Alérgicos conocidos: 25%, a otros alimentos: 30%, asmáticos: 50%. IgE específica (CAP System): 1,5-100 KUI/l. Buena correlación con *prick*-test. Tratamiento: Grupo A (20): Todos antihistamínicos + corticoides. Adrenalina: 60% con compromiso hemodinámico y en 50% con compromiso respiratorio. El resto volumen o broncodilatadores. Grupo B (10): 50% uso de adrenalina. 100% se pautó adrenalina autoinyectable. 10% la tenían pero no la utilizaron. Todos tuvieron una evolución favorable.

**Conclusiones:** Leche, huevo y frutos secos son los alimentos más frecuentemente implicados. Las cifras de IgE específica no siempre

tienen correlación con gravedad. Deben buscarse nuevas estrategias más efectivas para sensibilizar al profesional sobre eficacia y seguridad de adrenalina. Es necesario instruir a los padres sobre la importancia de su uso precoz.

## INTOLERANCIA A ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE) EN NIÑOS: UNA SERIE DE CASOS

P.C. Vlaicu, L.C. Rusu, M. Peña Peloeche, R. Moreno Borque, G. V. Sánchez Moreno, J. González Cervera, B. de la Hoz Caballer, P. Berges Gimeno, S. Terrados Cepeda y E. Álvarez Cuesta

Servicio de Alergología, Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Objetivos:** Los AINES, especialmente el Ibuprofeno, se administran ampliamente en niños como analgésicos o antitérmicos. El objeto de este estudio fue caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de las reacciones inducidas por AINES en niños.

**Material y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de una serie de casos en nuestro Servicio de Alergia Infantil. El diagnóstico de Intolerancia a AINES se realizó mediante test de provocación oral controlada (POC).

**Resultados:** Desde enero 2000 hasta diciembre 2008, 14 pacientes fueron diagnosticados de Intolerancia a AINES mediante POC. De ellos, 11 eran varones (78%), y 3 (22%) mujeres, con una edad media de 9,9 años (intervalo 5,9-14 años). POC se realizó con Ibuprofeno en 3 pacientes y AAS en 12 pacientes. En la POC todos los casos (100%) presentaron angioedema facial, de predominio palpebral, urticaria (26%). Los síntomas respiratorios (disnea,  $\pm$  tos) estuvieron presentes en 21% de los casos. El período medio de latencia fue de 82 minutos (intervalo 15-480 minutos). Todos los pacientes toleraban Paracetamol. La atopia era presente en 85% de los casos. Existían antecedentes familiares de Intolerancia a AINES en 7,1% de los casos.

**Conclusiones:** Las manifestaciones cutáneas, y en concreto el angioedema palpebral, son las características clínicas principales de las reacciones de Intolerancia inducidas por AINES en niños, como hemos demostrado mediante POC. El paracetamol es una alternativa terapéutica en la mayoría de los niños y los inhibidores selectivos de COX-2 en niños mayores de 16 años.

## ALERGIA A ALIMENTOS OCULTOS EN NIÑOS CON LACTANCIA MATERNA

M.F. Martín-Muñoz<sup>a</sup>, F. Pineda de la Losa<sup>b</sup>, J.I. Larco<sup>a</sup>, G. García-Parrado García<sup>b</sup>, M. Camino<sup>a</sup>, I. Bobolea<sup>a</sup>, J.M. Díaz Peña<sup>a</sup> y S. Quirce<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Alergia, Hospital La Paz. Madrid. España.

<sup>b</sup>Laboratorios DIATER, R&D. Madrid. España.

**Introducción:** Las reacciones alérgicas a alimentos son raras en niños con lactancia materna y casi siempre están producidas por leche de vaca. Sin embargo, otros alérgenos pueden ser responsables de reacciones alérgicas a alimentos en estos niños. El objetivo de nuestro trabajo fue la identificación de alérgenos en la leche materna responsables de reacciones tras la lactancia.

**Material y métodos:** Estudiamos 4 casos de niños que desarrollaban urticaria o síntomas digestivos tras la ingestión de leche materna. Realizamos *prick* test con leche materna, leche de vaca, clara de huevo, y alimentos ingeridos por la madre antes de la reacción. Determinamos los niveles en suero de IgE total y específica frente a los posibles alimentos implicados (CAP, Phadia). Estudiamos la reactividad del suero de cada paciente con la leche materna obtenida antes y después de la ingestión materna de determinados alimentos mediante inmunoblotting e inmunoblotting-inhibición. Además una vez establecida la sospecha de alergia a alimentos, se valoró el

efecto de la dieta de exclusión por parte de la madre en la evolución clínica del paciente.

**Resultados:** Los pacientes presentaban *prick tests* e IgE sérica frente a leche de vaca, huevo, merluza, legumbres y/o cacahuete. El *prick test* con leche materna, tras ingestión de los alimentos sospechosos, y el estudio de inmunoblot confirmaron la presencia en la leche materna de alérgenos posiblemente responsables de las reacciones alérgicas tras la lactancia materna en estos pacientes. Las reacciones de estos niños con la lactancia materna desaparecieron tras instaurar a las madres una dieta de exclusión.

**Conclusión:** La leche materna debe considerarse como una posible fuente de alérgenos ocultos en lactantes con síntomas de hipersensibilidad.

## ¿SON LOS PROBIÓTICOS SEGUROS PARA LOS PACIENTES ALÉRGICOS A ALIMENTOS?

M.F. Martín-Muñoz<sup>a</sup>, T. Caballero<sup>a</sup>, M. Camino<sup>a</sup>, M. Fortuni<sup>b</sup>, E. Rojas<sup>b</sup>, M.T. Belver<sup>a</sup>, T. Boyano<sup>a</sup> y S. Quirce<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Alergia, Hospital La Paz. Madrid. España.

<sup>b</sup>Laboratorios DIATER, R&D. Madrid. España.

**Introducción:** Una niña con alergia a leche y huevo desarrolló un episodio de anafilaxia tras tomar un probiótico cuyo etiquetado decía “no contiene leche”. Nuestro objetivo fue estudiar los alérgenos responsables de esta reacción y la presencia de proteínas de huevo y leche de vaca (PLV) en diferentes probióticos comercializados.

**Material y métodos:** Realizamos *prick test* con el producto responsable de la reacción 20 mg/ml. Se estudiaron un total de 15 probióticos (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O). Analizamos sus etiquetados. Cuantificamos mediante enzimo-inmunoanálisis (Veratox®, Neogen Corporation, EE.UU.) —límite de cuantificación 2,5 mg/kg de proteínas— el contenido de PLV y huevo en A,B,C,D,E,F,G,H,I y J. Estudiamos mediante Cap inhibición (ImmunoCAP® 250, Phadia, Uppsala, Suecia) en el suero de nuestra paciente y un pool de sueros de pacientes alérgicos a leche o huevo la presencia de estas proteínas en los probióticos B,C,D,E,G,J,K,L,M,N y O, considerando positiva una inhibición superior al 30%.

**Resultados:** El *prick test* resultó positivo en nuestra paciente, y cuantificamos 22 y 47 mg/kg de proteínas de leche y huevo en el probiótico responsable de la reacción. Ninguna de las etiquetas de los probióticos valorados mostraba alertas sobre su contenido en huevo. Solo un probiótico avisaba de su contenido de leche y 2 sobre la presencia de trazas. Encontramos PLV o huevo en 11 de los 15 productos estudiados. Dos de ellos contenían ambos alimentos. Se detectaron PLV mediante cap inhibición en 9 de los productos cuantificándose; cuantificándose en 5 de ellos entre 22,1 y 112 mg/Kg. En dos probióticos detectamos proteínas de huevo por cap inhibición, cuantificándose en uno de ellos 47 mg/kg.

**Conclusiones:** Un alto porcentaje de productos probióticos contienen leche o huevo. Su etiquetado debería alertar sobre el riesgo de reacciones a pacientes con alergia a estos alimentos.

## ALERGIA AL GLUTEN

E. Abdul Razzak, L. Gacías Pedrós, A. García Blanco, V. Fuentes Aparicio, L. Zapatero Remón y E. Alonso Lebrero

Servicio de Alergología Infantil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Introducción:** Los cereales se introducen en la dieta en los primeros meses de vida. A pesar de ser un alimento de consumo frecuente en nuestro medio, los síntomas producidos por alergia mediada por IgE al gluten son excepcionales.

**Material y métodos:** Presentamos tres casos de alergia alimentaria al gluten diagnosticados en nuestro Servicio en los últimos 8 años. Se realizó estudio alergológico mediante pruebas cutáneas, IgE total y específica a cereales y gluten, provocación oral controlada con cereales, estudio de enfermedad celiaca y estudio del sistema HLA.

**Resultados:**

Casos	1	2	3
Edad actual	7 años y 10 meses	2 años y 5 meses	3 años
Edad presentación	5 meses	6 meses	8 meses
Tipo cereal	Papilla cereales con gluten	Papilla cereales con gluten	Papilla cereales con gluten
Clínica	Anafilaxia	Anafilaxia	Anafilaxia
Tolerancia cereales sin gluten	Sí	Sí	Sí
Prick a trigo y gluten	Positivo	Positivo	Positivo
IgE total (KU/l)	496	157	135
IgE específica (KU/l)			
-gluten	100	30,8	22,7
-trigo	100	25,5	24,1
POC	Anafilaxia	No realizada	Urticaria
Estudio celiacía	Negativo	Negativo	Negativo
HLA-DQ	Negativo	No realizado	Negativo
A. a otros alimentos	Huevo	Huevo	Huevo
Otras E. alérgicas	Dermatitis atópica Asma	Dermatitis atópica	

**Conclusiones:** Presentamos tres casos de hipersensibilidad al gluten mediada por IgE. Destacamos que los tres casos fueron anafilaxias y que dos de ellos presentaban alergia a otros alimentos y dermatitis atópica asociadas. Actualmente conocemos poco de la evolución natural de la alergia a cereales con gluten.

## HIPERSENSIBILIDAD SELECTIVA E INTOLERANCIA A AINE. TOLERANCIA A MELOXICAM Y A LOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA COX-2

L. García-Cuenllas, S. Quevedo, T. Bracamonte y L. Echeverría

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

**Objetivos:** Analizar la tolerancia a meloxicam e inhibidores selectivos de la COX-2 en pacientes diagnosticados de intolerancia e hipersensibilidad selectiva a AINE.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de pacientes atendidos en consulta de alergia infantil en los últimos 2 años con resultado positivo en alguna prueba de provocación con AINEs.

**Resultados:** Revisamos 9 pacientes (7 intolerantes a AINE) El 55,6% varones. Rango de edad 1.ª visita: 9-15 años. 8 niños (88,9%)

tuvieron la reacción adversa inicial con ibuprofeno y uno con AAS. Un 88,9% toleraba el paracetamol. El 77,8% presentaron síntomas cutáneos (angioedema) y el 55,6% respiratorios. Un caso presentó anafilaxia. Todos se sometieron al menos a 2 pruebas de provocación oral para confirmar el diagnóstico. La primera de ellas en el 66,7% con el mismo fármaco que causó los síntomas previamente (83,3% ibuprofeno y 16,7% paracetamol). La reacción fue más grave que la inicial en el 44,4% de los casos. Un 77,8% necesitó tratamiento farmacológico (uno adrenalina). Las pruebas posteriores se

realizaron con AAS en el 55,6% y en el 77,8% con meloxicam o algún inhibidor selectivo de la COX-2. Todos toleraron el meloxicam o algún inhibidor selectivo de la COX-2. El 66,7% y 44,4% de los pacientes respectivamente tenían antecedentes personales o familiares de atopia.

**Conclusiones:** La prueba de provocación/tolerancia es el método de elección para el diagnóstico de estos pacientes, a pesar del riesgo potencial que representa. Los inhibidores de la COX2 y el meloxicam son una buena alternativa para pacientes con intolerancia a AINE.



# Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



## COMUNICACIONES ORALES

### XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica Palma de Mallorca, 14-16 de mayo de 2009

#### Segunda Sesión de Comunicaciones Orales

Moderadores: J. Garde y M. Ibero

#### NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE INMUNOTERAPIA PEDIÁTRICA

L. Valdesoiro, M. Bosque, H. Larramona,  
O. Asensio, R.M. Grau, J. Costa y A. Sánchez Barba

*Unidad de Alergia, Inmunología Clínica y Neumología Pediátricas del Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.*

**Introducción:** La inmunoterapia subcutánea es un tratamiento eficaz y seguro. Las pautas agrupadas, niños < 5 años y las reacciones adversas justifican la existencia de unidades de inmunoterapia. Deben formarlas un pediatra alergólogo y una enfermera-o especializada-o y disponer de medios para la resolución de complicaciones incluido el paro cardiorrespiratorio.

**Objetivos:** Describir la utilidad de la unidad de inmunoterapia, pautas de inmunoterapia administradas, así como las reacciones adversas.

**Metodología:** Prospectivo descriptivo. Pacientes de 2-18 años tratados en la Unidad de Inmunoterapia. Administramos las dosis de inicio y mantenimiento de pacientes entre 2-5 años, pautas de inicio agrupadas subcutáneas (2-18 años), dosis de mantenimiento de pacientes derivados por reacciones adversas. Utilizamos extractos Depot (Alustal Stallergenes, Pangramin Plus o Depot ALK-Abelló, E.H Retard Leti y Diater depot) y Alergoides (Purethal Hal Allergy y Depigoid Leti). Las pautas agrupadas se inician en 4 o 2 dosis del vial de máxima concentración.

**Resultados:** Durante el año 2008 tratamos 498 pacientes: 82 < 5 años, 389 inicios en pauta agrupada. Administramos 3.399 dosis de inmunoterapia: 1214 dosis subcutáneas en pautas agrupadas, 2.185 dosis simples (830 dosis < 5 años). Reacciones adversas sistémicas: 6 respiratorias/3.399 dosis (1,7:1.000) y 4 anafilaxias/3.399 dosis (1,1:1.000). Reacciones locales < 5 años: 2,9% (24/830 dosis). Reacciones locales dosis agrupadas 3,45% (42/1.214). Todas las reacciones adversas se han resuelto inmediatamente y sin complicaciones y todos los pacientes han llegado a dosis óptima de mantenimiento sin otras incidencias.

**Conclusiones:** La Unidad de Inmunoterapia permite un control mejor de los pacientes con inmunoterapia evitando y resolviendo las reacciones adversas graves y leves. Esto permite iniciar y proseguir con éxito el tratamiento a pesar de sufrir reacciones incluso graves.

#### PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA PROFESORES DE ENSEÑANZA OBLIGATORIA

M. Díaz, A. Martínez-Cañavate, A. Rojo, A. Mesa,  
A. Pérez, A. Valenzuela y M. Martínez

*Unidad de Alergia y Neumología Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Introducción:** Los niños en edad escolar pasan una media de 8 horas diarias en los colegios, encontrándonos con frecuencia el problema de que el profesorado no quiere que los niños se administren la medicación inhalada ni saben cómo administrarla.

**Objetivo:** Realizar unos cursos de educación básica en asma dirigidos al profesorado de educación primaria y secundaria.

**Material y método:** Se ha diseñado un taller para que el profesorado tenga nociones básicas en la enfermedad asmática: etiología, fisiopatología, tratamiento y formas de administración de la medicación. Impartándose en una parte teórica con abundante iconografía y otra de taller para el reconocimiento de desencadenantes y síntomas iniciales así como los de gravedad de una crisis asmática, como actuar ante ella y como iniciar un tratamiento, en los niños ya diagnosticados de asma.

**Resultados:** Inicialmente se ha realizado en 10 colegios, con la asistencia de 120 profesores. Buena satisfacción general del curso, al ser una enfermedad muy prevalente, la importancia del curso para su trabajo, ya que se desmitifican conceptos y miedos injustificados. Las reticencias más importantes nos las hemos encontrado ante la negativa para administrar la medicación por su posible repercusión legal. En base a este programa inicial se ha realizado un Proyecto conjunto de las Consejerías de Educación y Sanidad para la implantación de este programa a nivel provincial, con la implicación de los pediatras de Atención Primaria y Médicos Escolares, que abarcará a toda la provincia inicialmente.

#### ESTUDIO DE TOLERANCIA Y REACCIONES ADVERSAS DE DOS INMUNOGLOBULINAS DE USO ENDOVENOSO

J. Lozano<sup>a</sup>, A. Claver<sup>b</sup>, A.M. Plaza<sup>a</sup>, M.T. Giner<sup>a</sup>,  
M. Piquer<sup>a</sup>, O. Domínguez<sup>a</sup>, M. Álvaro<sup>a</sup> y M.A. Martín-Mateos<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Sección de Inmunoalergia. Hospital San Juan de Dios. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.*

*<sup>b</sup>Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.*

**Introducción:** Existen distintas formulas de inmunoglobulinas endovenosas (IGEV) en las que varia tanto el proceso de manufacturación, como los mecanismos de inactivación de virus y la concentración de inmunoglobulina. 2 tipos de IGEV: IGEV1 (concentración de 5%) que en su proceso de purificación e inactivación viral utiliza mecanismos de precipitación con polietilenglicol, cromatografía de intercambio iónico con DEAE-Sephadex y tratamiento con solvente/detergente. IGEV2 (concentración 10%) que utiliza sistemas que consisten en una nanofiltración, incubación a bajo pH y temperatura elevada y tratamiento con solventes/detergentes.

**Objetivo:** Evaluar la tolerancia a 2 tipos de IGEV. Descripción de reacciones adversas.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Revisión de 34 historias clínicas de pacientes que reciben tratamiento con IGEV entre enero 2007-diciembre 2008. Se recogen datos del tipo de enfermedad, enfermedades concomitantes, número de dosis de IGEV1 desde el inicio del tratamiento, número y tipo de reacciones con IGEV1, número de dosis de IGEV2 y número y tipo de reacciones hasta diciembre 2008.

**Resultados:** 34 pacientes (20 hombres, 14 mujeres), edad media 10,9 años (2,4-18). Recibieron en total 586 de IGEV1 y 545 de IGEV2. El 8,8% de los pacientes tuvieron alguna reacción con IGEV1 frente al 55,8% con IGEV2. El 0,5% del total de dosis administradas de IGEV1 se relacionaron con algún tipo de efecto adverso, frente al 5,8% del total de dosis de IGEV2. El subgrupo con mayor número de reacciones fueron los pacientes con inmunodeficiencia común variable. Las reacciones más frecuentes fueron fiebre y cefalea.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia hemos registrado un alto número de reacciones adversas con IGEV2. Los pacientes con inmunodeficiencia común variable tienen mayor frecuencia de reacciones adversas con IGEV.

### PROGRAMA INFORMÁTICO-INTERACTIVO: EDUCACIÓN EN ASMA INFANTIL ALÉRGICO

C. Gómez Galán<sup>a</sup>, L. Ferré-Ybarz<sup>a</sup>, A. Torredemer<sup>a</sup>, M.A. Gorgas<sup>b</sup>, I. Estela<sup>b</sup>, M. Arderiu<sup>b</sup>, P. Duocastella<sup>c</sup>, A. Corrons<sup>c</sup> y S. Nevot<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sección de Alergia. Departamento de Pediatría. Althaia. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa. España.

<sup>b</sup>Escola. Althaia. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa. España.

<sup>c</sup>Enfermería sección de Alergia. Departamento de Pediatría. Althaia. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa. España.

**Objetivo:** La educación del niño y su entorno es fundamental en el tratamiento del asma alérgico. Aplicamos un programa-juego interactivo (CD) para reforzar los conocimientos adquiridos sobre su enfermedad en la consulta. El objetivo es conocer la respuesta en el control de la enfermedad de los niños que participan, comparado con grupo control.

**Material y métodos:** El programa educativo está realizado por médicos, enfermeras y maestras. Día 1: visita inicial, estudio alergológico, educación sobre asma, tratamiento, cuestionario e inclusión en el programa (distribución aleatoria: grupo A (programa) y grupo B (control)). Día 2: pruebas complementarias y revisión de técnica inhalatoria. Niños del grupo A acuden a la escuela para aprender a utilizar el programa, se entrega CD. Día 3: segundo cuestionario, control por enfermería y evaluación de autocontrol.

**Resultados:** Se han incluido 14 pacientes (8-14 años): 64% grupo A y 36% grupo B. Día 1: 100% sabe que padece alergia. Síntoma predominantemente: ahogo 77% (A), hipersecreción 60% (B); 44% no realizan tratamiento (A), 20% (B); el 55% de los que sí lo reciben conocen el nombre (A) frente al 40% (B); un 44% tiene dudas sobre el asma (A), 20% en grupo B. Día 3: De los que han utilizado el CD:

el 44% lo hizo entre 1-5 veces, 44% acompañados por sus padres, el 67% tras el programa, refiere no tener dudas; 89% ha presentado mejoría clínica, siendo la mejoría en la respiración el síntoma más valorado (56%). Grupo B mantiene resultados similares al día 1. En el momento actual, seguimos incluyendo pacientes.

**Conclusiones:** El conocimiento de la enfermedad alérgica por parte del niño y su familia es importante para el control del asma. La mayoría de los niños del grupo A refieren que les ha servido para entender su enfermedad. La educación a través del programa interactivo puede ser eficaz e influye en el éxito terapéutico de los pacientes con asma alérgico.

### RINOMANOMETRÍA ANTERIOR ACTIVA EN PEDIATRÍA. CRITERIOS DE NORMALIDAD

J.C. Juliá<sup>a</sup>, M.E. Burchés<sup>b</sup> y A. Martorell<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Alzira. Alzira. España.

<sup>b</sup>Centro de Salud Xirivella. Xirivella. España.

<sup>c</sup>Unidad de Alergología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

**Objetivos:** Nos planteamos, utilizando la técnica de rinomanometría anterior activa con mascarilla facial, los siguientes objetivos: 1) Establecer el límite inferior de edad para la aplicación de la técnica de rinomanometría. 2) Establecer patrones de referencia normales. 3) Valorar la presión más adecuada a la que referenciar los valores de resistencia nasal. 4) Estudiar la resistencia total y la relación entre ambas fosas.

**Material y métodos:** Se han estudiado 409 niños de ambos sexos, 220 mujeres (53.8%) y 189 varones (46.2%), con edades comprendidas entre los 5 y 14 años. La selección se ha realizado entre los niños que acuden a revisiones de salud en centros de atención primaria y en un colegio de la provincia de Valencia. Se utilizó para la realización de la prueba el Rhinospir 164. Las pruebas de rinomanometría se han realizado siguiendo las directrices del Comité Internacional para la Estandarización de la Rinomanometría. Análisis estadístico: Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Análisis de la varianza (ANOVA) de una y dos vías. Regresión lineal simple.

**Resultados:** Los valores de flujo y resistencia están influenciados significativamente por la edad, talla, peso y superficie corporal. El sexo no influye en los resultados. Se observa una ratio del 40% entre ambas fosas para los valores de flujo y de resistencia. Se han calculado las ecuaciones de regresión que definen los valores de referencia en función de la edad y de la superficie corporal.

**Conclusiones:** 1) La edad inferior para la realización de la prueba de rinomanometría queda establecida a los 5 años. 2) Las presiones más adecuadas a las que referenciar los valores de resistencia y flujo son 75 y 100 Pa. 3) Los patrones de referencia se establecen respecto a la resistencia total y en función de la edad y la superficie corporal.

### OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON ASMA SEVERA

L. Garzón, A. Nieto, A. Mazón y L Caballero

Unidad de Alergia Infantil, Hospital La Fe. Valencia. España.

**Objetivo:** El omalizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IgE que se utiliza en el tratamiento de asma severo, con mala respuesta a otros tratamientos más convencionales. Nuestro objetivo es la descripción de una serie de casos de niños con asma tratados con este medicamento.

**Material y métodos:** En 12 niños con asma de mala respuesta que estaban recibiendo omalizumab durante varios meses se recogieron datos referentes a sexo, edad, función respiratoria y test de control de asma (CAN).

**Resultados:** El grupo incluía 8 niños y 4 niñas, cuya edad al comenzar el tratamiento con omalizumab estaba entre 6,6 y 15,3 años. Dos pacientes estaban monosensibilizados a ácaros, y los otros diez eran polisensibilizados. La IgE total variaba de 47 a 1.898 kU/L. Seis de los pacientes cumplían los criterios de uso por regulación, y en los otros seis se usó como modalidad de tratamiento compasivo. Los valores de función pulmonar (porcentaje sobre el teórico) antes del comienzo del tratamiento eran: FEV<sub>1</sub> 87,5 ± 19,6 y FEF<sub>25-75</sub> 56,6 ± 27,9. Tras el tratamiento eran 91,9 ± 16,2 y 62,6 ± 22,3 respectivamente. Los parámetros de oscilometría tampoco variaron sustancialmente entre antes y después del tratamiento. Sí que hubo una diferencia muy grande entre los valores del CAN previo y posterior al tratamiento, 22 ± 7,8 y 7,1 ± 8,9 respectivamente.

**Conclusiones:** El omalizumab produjo una gran mejoría en la calidad de vida percibida y la medida de control del asma en casi todos los niños tratados. No se apreció diferencia en los parámetros de función pulmonar.

## EFICACIA DE LA BUDESONIDA VISCOSA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA RESISTENTE AL TRATAMIENTO HABITUAL

O. Carvajal<sup>a</sup>, G. Rodrigo<sup>a</sup>, S. Fernández<sup>a</sup>, T. Bracamonte<sup>b</sup> y L. Echeverría<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría. Unidad de Gastroenterología Infantil. Hospital Severo Ochoa. Leganés. España.

<sup>b</sup>Unidad de Neumología y Alergia Infantil. Hospital Severo Ochoa. Leganés. España.

**Introducción:** La esofagitis eosinofílica (EE) es una patología emergente que se define como un proceso inflamatorio crónico con intensa infiltración de eosinófilos. Aunque habitualmente se utiliza la fluticasona deglutida como tratamiento tópico se han descrito casos con buena respuesta a budesonida viscosa.

**Caso clínico:** Paciente de 11 años seguido por dolor abdominal desde los 4 años, en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. *Antecedentes personales:* asma extrínseco y alergia alimentaria. *Antecedentes familiares:* atopia. *Evolución:* Ante aparición de disfagia con determinados alimentos, se realiza endoscopia, observando erosiones lineales en toda la extensión del esófago y confirmando anatomopatológicamente el diagnóstico de EE. Sigue tratamiento sin éxito con distintas terapias: montelukast, inhibidores de la bomba de protones, fluticasona deglutida, dieta elemental y corticoides orales que deben suspenderse por aparición de efectos secundarios. Se realiza tratamiento con terapia anti-IgE (omalizumab 225 mg cada 2 semanas, 9 dosis) sin resultado. Finalmente se inicia budesonida viscosa oral durante 4 meses (0,5 mg de budesonida + 5 g de sucralosa cada 12 horas) tras los cuales ceden los síntomas y presenta morfológicamente una mucosa esofágica normal con escasos eosinófilos en la histología.

**Comentarios:** La budesonida viscosa ha demostrado mejorar tanto los síntomas como la histología de la esofagitis eosinofílica y es una alternativa terapéutica útil en pacientes, sobre todo asmáticos, que realizan incorrectamente el tratamiento con fluticasona deglutida por las dificultades inherentes a la técnica de administración. La budesonida viscosa es por tanto una opción a tener en cuenta en casos de EE persistente.

## ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. REVISIÓN DE NUESTROS CASOS

D. Sánchez Garvín, I. Baena Olomí, M. Bosque García, O. Asensio de la Cruz, M.P. Guallarte Arias, I. Loverdos Eserverri, A.M. de los Ríos Pérez y J. Clotet Caba

Servicio Neumología y Alergia; Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. España.

**Introducción:** La esofagitis eosinofílica (EE) es una entidad emergente, probablemente infradiagnosticada, caracterizada por una infiltración eosinofílica de la mucosa esofágica.

**Material y métodos:** Revisión de los casos diagnosticados de esofagitis eosinofílica en nuestro centro mediante biopsia esofágica.

**Resultados:** Presentamos 6 casos, 5 niños (83,3%) y 1 niña (16,6%), de edades entre los 4 y 14 años (Md 8,5 años). 2 casos tenían antecedentes familiares de atopia y 2 de patología esofágica. 5 casos tenían antecedentes personales de atopia: hiperreactividad bronquial (4) y dermatitis atópica (4). Presentaban disfagia (2), impactación de alimentos (3), epigastralgia (2), pirosis (3) y regurgitación (3). Se realizó tránsito esofagogastroduodenal en 5 casos, anodino en todos. Se objetivó eosinofilia (5,3-8,4% eosinófilos) e IgE > 100 en 5 casos, ImmunoCAP y/o Prick positivos en 5 casos (5 alimentarias y 4 aeroalergenos) y Patch-test positivo en 1 caso. En todos los casos la biopsia de mucosa obtenida por endoscopia detectó > 24 eosinófilos por campo de gran aumento. 4 de los casos tenían afectación microscópica de tercio proximal y/o medio. 2 casos fueron histológicamente compatibles con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

**Conclusiones:** En nuestra serie, como en la literatura, se constata una mayor prevalencia de la enfermedad en el sexo masculino, antecedentes familiares y personales de atopia y eosinofilia como dato habitual. La EE es una entidad aun infradiagnosticada. Debería sospecharse ante una ERGE sin respuesta al tratamiento con IBP. Existen controversias sobre el tratamiento más eficaz. Son necesarios nuevos estudios y protocolos de consenso para su manejo.

## PREVALENCIA DE ASMA Y RINITIS ALÉRGICAS EN NIÑOS ATÓPICOS Y CONTROLES MENORES DE 6 AÑOS

J. Garde, R. Rodríguez, M.D. García, V. Botella López, M. Romero Gómez y V. Esteban Cantó

Hospital General de Elche. Elche. España.

**Objetivos:** Determinar el porcentaje de niños atópicos que llegarán a desarrollar asma o rinitis alérgica antes de los 6 años de edad y analizar si la rinitis precede al asma o viceversa.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el que se revisan las historias clínicas, diagnóstico y evolución de 179 pacientes remitidos a una unidad de alergia infantil, menores de 2 años, por padecer dermatitis atópica o alergia a alimentos. La muestra se ha dividido en 2 grupos: GC (control), 49 niños en los que se descartó la alergia a alimentos o la dermatitis atópica. GA (atópicos), 130 niños en los que se confirmó cualquiera de ambos diagnósticos. Se analizó, mediante el estadístico "Chi-cuadrado" de Pearson la significación estadística de las diferentes prevalencias: sensibilización frente a aeroalergenos, rinitis y asma, encontradas año a año, hasta los 6 años de edad.

**Resultados:**

Antes de cumplir:	Controles N = 49	Atópicos N = 130	Chi-cuadrado de Pearson		Controles N = 49	Atópicos N = 130	Chi-cuadrado de Pearson	
	Preval. asma	Preval. asma	Valor	Sig	Preval. rinitis	Preval. rinitis	Valor	Sig
1.º año	13	14	0,055	0,815	0	0		
2.º año	18	15	0,149	0,99	0	2	0,633	0,426
3.º año	15	17	0,118	0,732	0	7	2,89	0,089
4.º año	11	21	1,77	0,182	0	16	6,92	0,009*
5.º año	11	23	2,58	0,108	5	27	7,54	0,006*
6.º año	3	28	8,43	0,004**	10	44	11,9	0,001**
7.º año	4	31	7,58	0,006*	12	48	10,2	0,001**

\*Diferencias significativas al 95%; \*\*Diferencias significativas al 98%.

**Conclusiones:** Un 53% de los niños atópicos (GA) se sensibilizaron frente a aeroalergenos antes de cumplir 7 años. El 51% presentaron rinitis, el 31% asma alérgica y el 20% ambas. Tanto la rinitis como

el asma alérgica se pueden iniciar muy precozmente, en el segundo año de vida.





# Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



## COMUNICACIONES ORALES

### XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica Palma de Mallorca, 14-16 de mayo de 2009

#### Tercera Sesión de Comunicaciones Orales

Moderadores: A.M. Plaza Martín y R. Vila Martínez

#### PERSISTENCIA DE ALERGIA A LA LECHE DE CABRA TRAS INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ESPECÍFICA CON LECHE DE VACA

A. García<sup>a</sup>, A. Martorell<sup>a</sup>, F. Pineda<sup>b</sup>, J.C. Cerdá<sup>a</sup> y R. Félix<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Alergología. Hospital General Universitario. Valencia. España.

<sup>b</sup>Laboratorios DIATER. Departamento I+D. Madrid. España.

**Objetivos:** Estudiar las diferencias en el patrón de sensibilización a las proteínas de la leche de cabra (PLC) en pacientes tolerantes y no tolerantes a la leche de cabra tras la inducción con éxito de tolerancia oral (ITO) con leche de vaca.

**Material y métodos:** Niños sensibilizados a leche de cabra con buena tolerancia a la leche de vaca tras ITO distribuidos en dos grupos: A. 4 niños que no toleran la leche de cabra. B. 4 niños que toleran la leche de cabra. Estudio alergológico: Pruebas cutáneas y determinación de IgE sérica específica con leche de vaca, alfa-lactoalbumina, beta-lactoglobulina, caseína y leche de cabra. Prueba de provocación oral controlada con leche de cabra. SDS-PAGE-Inmunoblotting y posterior inhibición con leche de cabra y de vaca.

**Resultados:** Los sueros de los pacientes del grupo A reconocen múltiples bandas de las proteínas de las leches de vaca (PLV) y de cabra (rango de alfa-lactoalbumina, beta-globulina y caseínas). Los sueros de los pacientes del grupo B reconocen múltiples bandas de las PLV pero con menor intensidad y solo bandas en el rango de alfa y beta de las PLC. Los sueros del grupo A reconocen PLC en el rango de las caseínas que no son inhibidas por la leche de vaca. Los sueros del grupo B no reconocen PLC tras inhibición con leche de vaca.

**Conclusiones:** Los pacientes con alergia a leche de cabra tras ITO con leche de vaca presentan sensibilización a proteínas de la leche de cabra que no tienen reacción cruzada con la leche de vaca, lo que explica que mantengan la reactividad clínica y confirma el carácter específico de la ITO.

#### INDUCCIÓN DE TOLERANCIA A LECHE DE VACA EN NIÑOS ALÉRGICOS

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

Sección de Alergología Pediátrica. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.

**Introducción:** La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) tiene riesgos, afecta la calidad de vida y no tiene tratamiento. A partir de los 4 años la tasa de regresión espontánea disminuye mucho.

**Objetivos:** Análisis de un procedimiento de inducción oral de tolerancia (IOT) en un grupo de pacientes con alergia a proteínas de leche de vaca persistente tras los 4 años de edad.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo longitudinal de pacientes diagnosticados de APLV persistente (provocación positiva, accidente reciente o sensibilización analítica importante, > 4 años) que siguen un procedimiento de IOT: características clínicas y analíticas al diagnóstico e inicio del procedimiento, revisión de tolerancia, éxito e incidencias.

**Resultados:** Propuesta la participación a 18, rechazan 4, pendientes de respuesta 2, aceptan 12 (8 niños-4 niñas). Al diagnóstico: edad media 5,2 meses (DE 2,3); mediana de IgE a caseína 4 kU/l (rango: 0,5-80); clínica: urticaria-angioedema los 12, digestiva 5 y respiratoria 4. Al inicio del procedimiento: edad media 87 meses (DE29), mediana de IgE a caseína 9 (rango: 0,2-281). Han finalizado el procedimiento 7, presentado intolerancia 2 (1 asma intensa con mínima dosis y 1 asma inestable y posible esofagitis eosinófila), en curso 3. Sufrieron accidentes 8 (5 respiratorios, 1 digestivo, 1 cutáneo y 1 anafilaxia). De ellos, 2 han interrumpido el procedimiento, 4 lo han finalizado y 2 continúan. Precizaron adrenalina 4 pacientes, 3 han continuado el protocolo con cetirizina. Duración media: 26 semanas (DE 15).

**Conclusiones:** Los resultados son prometedores pero es un procedimiento lento, no exento de riesgos. Las familias expresan alto grado de satisfacción a pesar de los accidentes.

#### TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB PARA LA TOLERANCIA DE INGESTAS ACCIDENTALES DE LECHE EN NIÑOS CON ANAFILAXIA POR ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA

J. Costa i Colomer, M. Bosque García, L. Valdesoiro Navarrete, Ò. Asensio de la Cruz, H. Larramona Carrera, R. Grau, P. del Bas y S. Loureda

Unitat d'Al·lèrgia pediàtrica. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell. España.

**Introducción:** El tratamiento actual para la alergia alimentaria es la dieta de exclusión. Los avances en los mecanismos inmunológicos abren nuevas perspectivas terapéuticas. Se ha postulado tra-

tamiento con Omalizumab con el objetivo de evitar reacciones graves tras ingestas accidentales.

**Objetivo:** Evaluar la tolerancia a leche en niños con alergia a este alimento y clínica de anafilaxia en tratamiento con Omalizumab.

**Material y métodos:** Prospectivo descriptivo. Niños mayores de 5 años con *Prick* e IgE específica a leche positivas que presentan anafilaxia con la ingesta accidental de este alimento. Iniciamos tratamiento con Omalizumab subcutáneo, dosis según peso e IgE total, cada 4 semanas. IgE total y específica y *Prick* a leche al inicio del tratamiento y a las 16 semanas. A las 16 semanas se realiza prueba de provocación: contacto labial con leche, administración de 1 gota, 1, 5 y 10 cc de leche con 30 minutos entre cada toma. Si ha tolerado, a la semana se procede a la administración de alimentos con proteínas de leche oculta.

**Resultados:** Resultados preliminares. Se han reclutado 6 pacientes (4 niños y 2 niñas) de entre 5 y 13 años. *Prick* positivo a leche y CAP superior a 7 KU/ml (53,9-> 100 KU/ml). 100% de niños anafilaxia con la ingesta accidental de leche. Tras 16 semanas de Omalizumab, sin cambios estadísticamente significativos en *Prick* y CAP. Prueba de provocación negativa (tolerancia hasta 10 cc de leche) 4 de los 6 (66,6%).

**Comentarios:** El tratamiento con Omalizumab aumenta la tolerancia a leche y reduce el riesgo de anafilaxia ante ingestas accidentales. Esto mejora la calidad de vida del paciente y la familia. Son necesarios más resultados para aumentar el grado de evidencia.

## NUESTRA EXPERIENCIA EN EL MANEJO INICIAL DE PACIENTES CON ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV, LV) IgE MEDIADA

A. Claver, B. Chapí, L. Monge, B. Navarro, I. Guallar y J. Boné

*Unidad de Alergología infantil. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.*

**Introducción:** En 2007, recibimos 26 nuevos casos de APLV IgE mediada: 15 eran lactantes con clínica sugestiva y 11 niños mayores (15 meses-14 años), previamente diagnosticados en otros centros.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad y seguridad de nuestra actuación, centrándonos fundamentalmente en los lactantes.

**Material y métodos:** Los 26 casos se evaluaron mediante historia, pruebas cutáneas e IgE específica a LV y fracciones. Posteriormente, realizamos prueba de tolerancia oral (PTO) rápida a 24, independientemente de los resultados previos obtenidos. Se pospuso en 2: lactante de 4 meses con cuadro inicial de anafilaxia y adolescente de 14 años con anafilaxias recientes por contactos accidentales.

**Resultados:** Niños mayores: la PTO se realizó a 10. Siete toleraron como mínimo dosis de 50 mL, que incrementaron sin incidencias hasta cantidades diarias habituales. Los 3 restantes, iniciaron desensibilización oral, según pauta de SEICAP, con resultados favorables. Lactantes: realizamos 14 PTO. Dos fueron positivas (vómitos de repetición y anafilaxia leve respectivamente). Diez toleraron como mínimo tomas de 50 ml el primer día (4 de ellos, hasta de 100 ml). Los dos restantes llegaron a dosis de 60 ml en 2 días consecutivos. Los 12, alcanzaron las cantidades habituales para la edad. En caso de síntomas leves-moderados, recomendamos incrementos más lentos, con excelente respuesta. En el control clínico anual, todos realizaban dieta sin restricciones.

**Comentarios:** Nuestros resultados muestran la posibilidad del abordaje terapéutico temprano del lactante diagnosticado de APLV IgE mediada, realizando lo antes posible la PTO: ¿Niño diagnosticado-niño tratado? Los síntomas leves-moderados intercurrentes no siempre suponen un fracaso ya que, en muchos casos, pueden ceder con incrementos más lentos. Aunque no se trata de un procedimiento satisfactorio en todos los casos, creemos que podría mejorar la evolución de la mayoría.

## INCIDENCIAS ENCONTRADAS EN PACIENTES ALTAMENTE SENSIBILIZADOS A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (PLV, LV), TRATADOS CON INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL ESPECÍFICA (SOTI)

B. Chapí, L. Monge, B. Navarro, A. Claver, I. Guallar y J. Boné

*Unidad de Alergología infantil. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.*

**Introducción:** La SOTI se presenta como una nueva opción terapéutica, cada vez más extendida, en alergia alimentaria IgE mediada, fundamentalmente para PLV.

**Objetivos:** Evaluar incidencias y resultados del tratamiento con SOTI (según pauta recomendada por SEICAP), en pacientes con alta sensibilización y, por tanto, de mayor riesgo.

**Material y métodos:** Revisamos 5 pacientes (2-10 años), diagnosticados de APLV, que habían presentado en su historia cifras de IgE específica a LV o fracciones > 100 KU/l, tratados con SOTI. Se describe la sintomatología, evolución y cantidad tolerada actualmente.

**Resultados (tabla I):**

**Comentarios:** La SOTI en pacientes altamente sensibilizados puede llevarlos a tolerar cierta cantidad de leche, no sin presentar problemas, todos controlables, que normalmente quedan relegados ante los resultados. Son pacientes de un alto riesgo indudable. La SOTI habrá que individualizarla en cada uno de estos casos, ya que tardan más en alcanzar la tolerancia, y valorar los pequeños incrementos de leche según la respuesta clínica de cada paciente.

## SENSIBILIZACIÓN A DETERMINADOS LÁCTEOS: MÁS ALLÁ DE LA ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA

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

*Departamento de Alergología e Inmunología Clínica. Clínica Universidad de Navarra. Facultad de Medicina. Pamplona. España.*

**Objetivos:** Describir un caso de alergia a leche de oveja y cabra con tolerancia a leche de vaca en un niño con varios cuadros de urticaria aguda y anafilaxia.

**Material y métodos:** Varón de 8 años de edad que presenta dos episodios de urticaria y dos de anafilaxia postprandial tras la ingesta de queso con tolerancia a otros lácteos. Se realiza *prick* test frente a los alimentos previos a la reacción, así como a leche de vaca, cabra y oveja mediante *prick-prick*. Además se realizó test de activación de basófilos (TAB), test de liberación de histamina (TLH) e IgE específica frente al alérgeno completo para leche de vaca, oveja y cabra (ImmunoCAP) así como IgE específica frente a 89 componentes alérgenos, incluidos alérgenos de la leche de vaca, mediante microarray (ISAC).

**Resultados:** El *prick-prick* frente al queso consumido en el último episodio de anafilaxia, que contenía leche de vaca, oveja y cabra, fue positivo, así como la leche de oveja y cabra. El *prick-prick* frente a la leche de vaca resultó negativo, así como al resto de los alimentos implicados en las reacciones. La IgE específica frente al alérgeno y frente a componentes alérgenos confirmó los resultados de las pruebas cutáneas mientras que el TLH y el TAB no resultaron específicos.

**Conclusiones:** La alergia a leche de oveja y cabra sin sensibilización frente a leche de vaca existe y hay que pensar en ella en las reacciones alérgicas postprandiales en las que se encuentran implicados los lácteos, como el queso.

## INDUCCIÓN ORAL DE TOLERANCIA A LECHE DE VACA EN 21 PACIENTES CON ALTA SENSIBILIZACIÓN

L. Gacias Pedrós, E. Abdul Razzak, A. García Blanca, S. Iftene, V. Fuentes Aparicio, L. Zapatero Remón y E. Alonso Lebrero

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

TABLA I

	1	2	3	4	5
Inicio SOTI: edad (años)	4a	10a	2a	3a	7a
IgE específica caseína o LV (KU/L)	64	72	96	373	443
Día 1 (hasta 12 mL 1/10)	Ø	Anafilaxia: precisó 1 dosis adrenalina	Ø	Ø	Anafilaxia leve que no precisa
Adrenalina (AL)					
Día 2	Ø	AL	AL	AL	AL
Incrementos semanales	AL	AL. Varios episodios respiratorios: sibilantes, rinoconjuntivitis (RC) Todos síntomas gastrointestinales (abdominalgia, náuseas, vómitos) Ninguno precisó adrenalina. <i>Ninguno totalmente asintomático</i> Ningún shock anafiláctico	AL. Varios episodios respiratorios: sibilantes, RC		AL. Varios episodios respiratorios: sibilantes, RC
Síntomas con dosis máxima	Ø	AL	Varios episodios de angioedema palpebral	Ø	AL
FIN SOTI: Duración (meses)	3 m	12 m	6 m	3 m	6 m
Dosis alcanzada	500 ml/día (2 tomas)		80 ml/día (2t)		

**Objetivo:** Inducir tolerancia a leche de vaca mediante protocolo de desensibilización oral en niños alérgicos con síntomas graves y CAP a leche  $\geq$  clase 4.

**Material y métodos:** Se han incluido 21 niños entre 4 y 15 años. Se asociaba asma en 18 pacientes y polisensibilización a alimentos en 15. Antes de comenzar el protocolo, 13 niños (64%), refirieron síntomas graves recientes por ingestión inadvertida de leche y en los 8 restantes se realizó provocación oral que fue positiva con cantidades entre 0,5 y 25 ml. Un paciente se había retirado 2 años antes de otro protocolo de inducción por reacción grave con 35 cc y reinició procedimiento. Se realizó estudio alergológico previo y posterior. De los 21 pacientes, 17 siguieron un protocolo diseñado en nuestro centro, 1 comenzó con el protocolo de Meglio y 3 niños iniciaron pauta rápida en hospital de día hasta alcanzar 10-20 ml, siguiendo posteriormente con pauta convencional.

**Resultados:** Alcanzaron tolerancia y realizan actualmente dieta libre 17 pacientes (81%). La duración del procedimiento osciló entre 12 y 56 semanas. Durante la desensibilización todos los niños

presentaron síntomas con alguna dosis, precisando adrenalina 10 de ellos, algunos en varias ocasiones. Tres pacientes se retiraron por decisión paterna con reacciones anafilácticas con dosis entre 1 y 35 cc y otro niño por sospecha de esofagitis eosinofílica.

Estudio inmuoalérgico	Tolerantes	No tolerantes
Prick inicial leche (mm)	11,4 $\pm$ 3,95	9,75 $\pm$ 2,06
CAP inicial leche (kU/l)	44,73 $\pm$ 27	47 $\pm$ 24,5

**Conclusiones:** Es factible (81% éxitos) inducir tolerancia a leche en pacientes con síntomas graves y alta sensibilización. Los parámetros inmuoalérgicos iniciales no resultaron predictores de la evolución. Un fracaso previo no supone un abandono definitivo del procedimiento de inducción de tolerancia.



# Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



## COMUNICACIONES ORALES

## XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica

Palma de Mallorca, 14-16 de mayo de 2009

### Cuarta Sesión de Comunicaciones Orales

Moderadores: M. Fiol Jaume y E. Alonso

#### ALERGIA A HUEVO EN PACIENTES CON IgE SÉRICA ESPECÍFICA NEGATIVA

C. Ortega, C. Escudero, J.A. Torres, M.C. Muñoz y M.D. Ibáñez

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

**Introducción:** Según la literatura el valor predictivo negativo de la IgE sérica específica a un alimento es muy alto, por lo que su negatividad prácticamente descartaría alergia al mismo.

**Objetivos:** Describir una serie de pacientes con alergia a huevo e IgE sérica específica negativa.

**Material y métodos:** Diez niños (edad media 3,5 años) diagnosticados de alergia a huevo. Se realizaron pruebas cutáneas en *prick* (ALK-Abelló®, positivo > 3 mm) y determinación IgE sérica específica (CAP-Phadia®, positivo > 0,35 kU/l) para huevo, clara, yema, ovoalbúmina (OVA) y ovomucoide (OVM). Se realizó provocación oral abierta para confirmar diagnóstico de alergia a huevo.

**Resultados** (tabla I):

**Conclusiones:** Describimos una serie de pacientes diagnosticados mediante provocación oral de alergia a huevo con IgE sérica específica negativa. Posiblemente, la cuantificación por debajo de 0,35 kU/l podría detectar IgE sérica específica en algunos de estos pacientes. La discordancia en algunos pacientes entre el *prick* y CAP indicaría mayor sensi-

bilidad del *prick*. Más de la mitad de los pacientes tenían *Prick* y CAP negativos pero presentaron provocación positiva. Esto indica que la prueba de provocación debe realizarse siempre de forma controlada.

#### PROPUESTA DE PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PROVOCACIÓN ORAL CON HUEVO

L. Echeverría, M. Piquer, L. Ferré, F. Martín, E. Alonso, A.M. Plaza, J. Boné, A. Martorell y S. Nevot

Comité de Alergia Alimentaria de la SEICAP. España.

**Objetivo:** La prueba de provocación oral con huevo (PPO) es una parte esencial en el diagnóstico de la alergia alimentaria por proteínas de huevo. Existe una gran diversidad en el modo y forma en la que se realiza lo que ha llevado a este comité a la difusión de la siguiente propuesta para la realización de dicha técnica.

**Material y métodos. Protocolo: I. Secuencia:** 1.º Yema cocida: valorar si nunca se ha ingerido y está sensibilizado o ha presentado reacción con su ingesta. 2.º Clara cocida. 3.º Huevo entero no cocinado. **II. Dosis:** 1.º Yema cocida (peso 16 g): 2 g (1/8), 4 g (1/4) y 8 g (1/2) (aproximadamente 2,1 g de proteínas). 2.º Clara cocida (peso 40 g): 2,5 g (1/16), 5 g, (1/8) 10 gr (1/4) y 20 g (1/2) (aproximadamente 4 gr de proteínas acumuladas). 3.º Huevo entero no cocinado: dos posibilidades: A.-Crudo (peso 50 g): 0,8 g (1/64), 1,6 g (1/32), 3,1 g (1/16), 6,2 g (1/8), 12,5 g (1/4) y 25 g (1/2) (total aproximado proteínas 6,7-7 g). B. Crudo pasteurizado (1 huevo mediano = 50 cc): 0,5 cc (70 mg proteínas), 1 cc (140 mg

TABLA I

Paciente	Edad (años)	Prick (mm)					Resultado Prick	Cantidad (cc)	Clínica provocación (< 30 min)
		Huevo	Clara	Yema	OVA	OVM			
1	3	7	8	4	5	0	Positivo	1	Urticaria facial
2	1,25	3	3	2	3	0	Positivo	1	Urticaria generalizada
3	10	4	3	3	3	6	Positivo	3	Urticaria facial
4	1,5	5	3	1	0	5	Positivo	10	Urticaria perioral y SAO
5	4	2	3	2	2	0	Negativo	1	Urticaria perioral y SAO
6	6	0	0	0	0	0	Negativo	1	Rinitis y angioedema palpebral
7	6	4	5	2	2	5	Positivo	1	Rinitis y conjuntivitis
8	0,6	2	2	1	2	1	Negativo	1	Urticaria facial y angioedema labial
9	3	0	0	0	0	0	Negativo	1	Urticaria facial y prurito ótico
10	2	0	0	0	0	0	Negativo	10	Urticaria generalizada

\*IgE sérica específica en todos < 0,35 kU/l.

prot), 3 cc (0,4 g prot), 7 cc (1 g prot), 13 cc (1,8 g prot) y 25 cc (3,5 g de proteínas). Total proteínas 7 g). *III. Intervalos de tiempo entre dosis: dosis administradas cada 30-60 minutos, pudiendo variarse según el tiempo de latencia entre la administración del huevo y el comienzo de la sintomatología recogido en la historia clínica. IV. Período de observación:* se aconseja vigilancia durante un mínimo de 2 horas tras la administración de la última dosis.

**Comentarios:** El protocolo es una propuesta de normalización de la PPO, lo que no impide que deba adaptarse individualmente según la clínica de cada paciente.

## INDUCCIÓN ORAL DE TOLERANCIA AL HUEVO. NUESTRA EXPERIENCIA EN 8 NIÑOS

D. Barato, M. Gracia, M. Tortajada, V. López y M. Tallón

*Sección de Alergia Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Universidad de Valencia. Valencia. España.*

**Objetivo:** Verificar si la administración de mínimas cantidades de huevo crudo pasteurizado en dosis progresivas (Inducción Oral de Tolerancia: I.O.T.) consigue, en niños alérgicos a las proteínas de huevo, su ingesta sin reacción adversa.

**Material y método:** Estudio retrospectivo descriptivo de 8 niños alérgicos a proteínas de huevo demostrado por clínica, IgE específica, *Prick* y Prueba de Provocación, en quienes se ha seguido un protocolo de administración periódica de huevo en cantidad progresiva, desde 0,5 mg hasta 30 gramos en 16 semanas.

**Resultados:** Seis varones y dos mujeres. Edad media: 7,1 años (4-15 años) que presentaron: urticaria (5 niños), vómitos (4), angioedema (3), eritema (2), anafilaxia (2) y diarrea (1). El número de eosinófilos así como la IgE sérica total eran normales, excepto un niño que asociaba asma alérgico. Las IgE específicas a las proteínas de huevo estaban elevadas en todos: clase 3 de media (límites 2 y 5). Las pruebas cutáneas y la prueba de provocación realizadas fueron positivas en todos los casos. En 4 de los niños se produjeron 20 reacciones adversas leves (prurito faríngeo en 14 ocasiones y eritema perioral en 6). En dos casos no se pudo continuar el estudio: una niña de 9 años con vómitos y un niño de 15 años con importantes síntomas de odinofagia. De los 6 restantes en los que se consiguió plena tolerancia al huevo, en 3 hubo que realizar un retroceso y aumento más lento de las dosis previstas en el protocolo de I.O.T.

**Conclusiones:** 1) la I.O.T es un método válido para conseguir la tolerancia al huevo en niños alérgicos a este alimento. 2) Aunque exista un protocolo de dosis estándar, hay que adaptarlo a cada niño según su respuesta. 3) En nuestra experiencia, 6 de 8 niños (75%) han conseguido la tolerancia por inducción oral progresiva. 4) Los niños en los que no conseguimos la tolerancia corresponden a los de mayor edad: 9 y 15 años.

## PRUEBA DE PROVOCACIÓN ALIMENTARIA. FACTORES DE RIESGO

S. Quevedo, T. Bracamonte y L. Echeverría

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

**Objetivo:** Analizar si aquellos pacientes con síntomas multiorgánicos en la Prueba de Provocación Oral (PPO) presentaban mayor positividad en las pruebas alérgicas (*prick* test e IgE específica-CAP).

**Material y método:** Revisión retrospectiva de las pruebas de provocación oral (PPO) realizadas en la Unidad de Alergia Infantil del Hospital Severo Ochoa en el año 2005, revisando la sintomatología que hizo sospechar la alergia alimentaria, resultado de las pruebas cutáneas, CAP (IgE específica) y resultado de la PPO.

**Resultados:** Se recogieron 366 PPO (proteínas leche de vaca 30,3%, huevo 34,2%, pescado 15,6%). El 61,7% resultaron positivas. De estos casos un 28,4% fueron reacciones multiorgánicas. Los valores de CAP de estos pacientes fueron significativamente mayores a los de los pacientes con síntomas que afectaban a un solo órgano en el caso de la Caseína (2,9 frente a 0,66 KU/l,  $p < 0,05$ ) y la betalactoglobulina (1,05 frente a 0,47 KU/l,  $p < 0,05$ ), no encontrándose diferencia en el resto de proteínas. No se encontró diferencia en los valores del *Prick* test.

**Conclusiones:** Los niveles elevados de IgE específica frente a la caseína y la betalactoalbúmina, se asociaron en nuestro estudio a un riesgo aumentado de una reacción multiorgánica en la PPO. No se encontraron diferencias para los valores de IgE específica a otros alérgenos ni para el resultado del *prick* test.

## INDUCCIÓN DE TOLERANCIA CONSECUTIVA A LECHE Y HUEVO EN PACIENTES CON ALERGIA PERSISTENTE

V. Fuentes Aparicio, L. Zapatero Remón, E. Abdul-Razzak, E. Rodríguez Plata y E. Alonso Lebrero

*Hospital Materno-infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Introducción:** La evolución natural de la alergia a leche de vaca (PLV) y huevo es hacia la tolerancia tras una dieta de eliminación. En los últimos años se han comunicado series de inducción de tolerancia oral a PLV, siendo la experiencia con huevo más limitada.

**Objetivo:** Inducir tolerancia clínica a huevo en pacientes con alergia persistente que habían seguido previamente con éxito un protocolo de inducción de tolerancia oral (ITO) con PLV.

**Material y métodos:** Presentamos 6 pacientes entre 6 y 8 años con alergia persistente a huevo y tolerancia inducida a leche con un tiempo de evolución variable. Se programó una pauta de desensibilización oral con huevo liofilizado de 13 semanas de duración, con dosis crecientes hasta alcanzar tolerancia de 10 g, equivalente a un huevo. Finalizamos el procedimiento realizando prueba de provocación oral abierta con el alimento natural.

**Resultados:** Tres de los 6 pacientes han finalizado con éxito ambos tratamientos. Dos niños se encuentran actualmente en fases intermedias del protocolo con buena evolución. Un paciente se retiró del procedimiento de huevo por síntomas importantes, continuando tolerando leche sin problemas (tabla II).

**Conclusión:** Es posible realizar desensibilizaciones consecutivas con diferentes alimentos en el mismo paciente. En nuestro conocimiento no se han comunicado previamente ITO sucesivas con alimentos.

TABLA II

Pacientes	RMA	IMB	LCA	EPS	CLS	MKG
Duración ITO Leche	9	17	23	12	30	32
Reacciones a leche	0	3 (leves)	3 (mod). múltiples leves	0	10 (leves)	4 (leves)
Duración ITO Huevo	9	Retirado	16	7	En proceso	En proceso
Reacciones a huevo	0	4 (graves)	1 (leve)	0	2 (leves)	1 (leve)
Tiempo entre desensibilizaciones	24 meses	12 meses	27 meses	14 meses	26 meses	28 meses

## INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL A HUEVO EN PACIENTES CON ALERGIA PERSISTENTE

V. Fuentes Aparicio, E. Alonso Lebrero, L. Gacías Pedrós, A. Vásquez Bautista y L. Zapatero Remón

*Hospital Materno-infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Introducción:** La historia natural de la alergia al huevo en la infancia es favorable, tolerando a los 5 años alrededor del 60%. El tratamiento es la dieta de exclusión, aunque es frecuente la sintomatología por ingestión accidental.

**Objetivos:** Ofrecer una alternativa terapéutica a niños con alergia persistente mediante inducción de tolerancia oral (ITO).

**Material y métodos:** Se han incluido 10 pacientes entre 6 y 8 años con alergia persistente a huevo. *Criterios de inclusión:* 1. Pruebas cutáneas con huevo y fracciones positivas. 2. Determinación de IgE específica (CAP-Pharmacia) > 0,35 kU/l. 3. Prueba de provocación oral abierta positiva, excepto en caso de ingesta accidental reciente con síntomas claros. Se realizó ITO con huevo en polvo liofilizado con incrementos semanales durante 13 semanas, comenzando con 1 mg hasta alcanzar 10 g, equivalente a un huevo y finalizando con ingesta abierta del producto natural. Al finalizar se realizaron nuevamente pruebas cutáneas e IgE específica.

**Resultados:** De los 10 pacientes, nueve han finalizado con éxito el tratamiento en una media de 10.2 semanas (4-19 semanas). Ocho de ellos continúan tolerando huevo 2 veces por semana 6 meses después de finalizar y un paciente desde hace más de 2 años. Se objetivaron durante el procedimiento cuatro reacciones leves y una grave con pequeñas cantidades (dolor abdominal y vómitos persistentes). Al finalizar el procedimiento se observa una disminución del tamaño de la pápula sin cambios en las cifras de IgE específica.

**Conclusiones:** La ITO a huevo es un tratamiento seguro y eficaz. Se mantiene la tolerancia sin precisar ingesta diaria del alimento. Ningún paciente ha presentado incidencias relacionadas con la toma de huevo desde la finalización del protocolo.

## LA SENSIBILIZACIÓN AL HUEVO COMO POSIBLE MARCADOR DE FUTURA SENSIBILIZACIÓN A LOS AEROALERGENOS

R. Pacheco, E. Macías, B.H. Santurino, I. Dávila y F. Lorente

*Servicio de Inmunoalergia. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Objetivos:** Estudiar si la sensibilización al huevo podría ser un marcador de futura sensibilización a aeroalergenos, y evaluar si la tolerancia precoz o tardía al huevo se asociaría con una mayor prevalencia de sensibilización a los mismos.

**Material y métodos:** Se recogieron de forma consecutiva 187 niños que acudieron a la consulta y que presentaban sensibilización al huevo detectada mediante prueba intraepidérmica (*prick*) e IgE específica. Se analizaron los datos retrospectivos de la historia clínica y se siguió a los pacientes al menos hasta alcanzar la tolerancia al huevo. Se consideraron los tres años de edad como el límite entre tolerancia precoz y tardía. La sensibilización a los ácaros se determinó mediante pruebas intraepidérmicas. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 15.0.

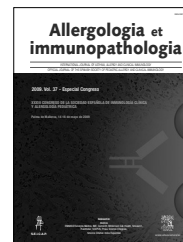
**Resultados:** Los pacientes fueron seguidos una media de 4,78 años. El 67,9% (n = 127) de pacientes presentó sensibilización a los aeroalergenos. El 35,8% (n = 67) estaba sensibilizado a los ácaros. El 50,8% de los pacientes (n = 95) toleró precozmente el huevo; de éstos, el 25,3% (n = 24) presentaba sensibilización a los ácaros, mientras que del 49,2% que toleró el huevo después de los tres años (n = 92) el 46,7% se sensibilizó a los ácaros. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas (p = 0,002).

**Conclusiones:** La sensibilización al huevo podría ser un marcador de futura sensibilización a los ácaros. Los niños que toleraron el huevo después de los tres años de edad desarrollaron sensibilización a los ácaros en un porcentaje mayor que los que lo toleraron de forma tardía.



# Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



## COMUNICACIONES ORALES

### XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica Palma de Mallorca, 14-16 de mayo de 2009

#### Quinta Sesión de Comunicaciones Orales

Moderadores: A.M. Martínez-Cañavate y M. Álvaro

#### POSIBILIDAD DE SENSIBILIZACIÓN A EPITELIOS DE GATO Y PERRO SIN PRESENCIA DE ANIMALES EN CASA

R. Félix<sup>a</sup>, A. Mazón<sup>b</sup>, A. Nieto<sup>b</sup>, A. Martorell<sup>a</sup>, J.C. Cerdá<sup>a</sup> y V. Iraola<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Alergología. Hospital General Universitario, Valencia. España.

<sup>b</sup>Unidad de Alergia Infantil La Fe, Valencia. España.

<sup>c</sup>Laboratorios LETI, S.L. Madrid, España.

**Objetivos:** Cuantificar los alérgenos Fel d1 y Can f1 en muestras de polvo y distribuirlos según los niveles descritos capaces de sensibilizar.

**Material y métodos:** Se recogieron con un aspirador adaptado muestras de polvo de sofá, colchón y despensa de 320 domicilios. Se determinó Fel d1 y Can f1 mediante ELISA usando anticuerpos monoclonales. Se expresó en µg/g de polvo.

**Resultados:** Se obtuvo cantidad suficiente para medir Fel d1 en 315 muestras de sofá, 318 de colchón y 268 de despensa, detectándose en el 84,8% de los sofás, 75,2% de colchones y 77,9% de despensas, aunque sólo el 14,7% de los domicilios tenían gato. Se pudo medir Can f1 en 315 muestras de sofá, 316 de colchón y 263 de despensa detectándose en el 57,8% de los sofás, 47,2% de colchones y 16,3% de despensas, aunque sólo el 25,9% tenían perro. Las casas con gato y perro tenían niveles significativamente mayores de Fel d1 y Can f1 en las tres zonas. Se detectan niveles capaces de sensibilizar a gato en el 25,4% de sofás y 9,8% de colchones de casas sin gato y capaces de sensibilizar a perro en el 19,2% de sofás y 5,2% de colchones de casas sin perro.

**Conclusiones:** Fel d1 y Can f1 deben ser considerados como alérgenos presentes en un elevado porcentaje de hogares. Pueden alcanzar niveles elevados, especialmente en las casas con estos animales, pero incluso en ausencia de ellos se pueden alcanzar niveles capaces de producir sensibilización.

#### TOLERANCIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ORALVAC PLUS®, PAUTA RUSH, EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

A. Roger<sup>a</sup>, J.I. Sierra<sup>b</sup>, M. Fernández Nieto<sup>c</sup>, A.M. Marín<sup>d</sup>, M. Molina<sup>e</sup> y M.A. Padial<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. España.

<sup>b</sup>Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

<sup>d</sup>Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

<sup>e</sup>Hospital General de l'Hospitalet. Barcelona. España.

<sup>f</sup>Clínica Norsalud. Madrid. España.

**Objetivo:** Valorar la tolerancia y seguridad de una pauta rush de inmunoterapia específica sublingual (ITSL) con Oralvac Plus® en pacientes pediátricos.

**Material y métodos:** Pacientes con edades entre 5 y 14 años diagnosticados de asma y/o rinitis alérgica (Prick Test y/o IgE específica positivos). La pauta inicial rush con Oralvac Plus® consistió en la aplicación, en el mismo día, de 1, 3, 5 y 7 pulsaciones del frasco n.º 3 cada 30 minutos. El tratamiento de mantenimiento es de 7 pulsaciones 3 veces por semana. Se evaluó la tolerancia durante el primer día (pauta rush) y al cabo de un mes de tratamiento.

**Resultados:** Se consideraron 74 pacientes como evaluables para el estudio. La edad media fue de 9,3 años (DE = 2,8). Las formulaciones de las ITSL fueron: 76,1% ácaros, 16,9% pólenes y 7% hongos. La pauta rush inicial protocolizada fue seguida por el 95,9% de los pacientes. Durante el tratamiento inicial, el 5,4% de los pacientes presentó reacciones adversas locales, siendo la más frecuente la glosodinia (4,1%). No se encontraron cambios significativos en el Peak-Flow ni en el FEV1. La satisfacción general (analizada mediante escala visual analógica) fue 8,1 en pacientes y 8,5 en médicos. Durante la pauta inicial rush y el tratamiento de mantenimiento no se reportó ninguna reacción adversa sistémica.

**Conclusiones:** La tolerancia y seguridad del tratamiento con Oralvac Plus® en pauta rush en pacientes pediátricos fue buena, con una alta satisfacción, lo que hace que sea un tratamiento adecuado para este tipo de pacientes.

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES ASMÁTICOS

N. Marco<sup>a</sup>, J. Garde<sup>b</sup>, L. Moral<sup>c</sup>, T. Toral<sup>d</sup>, M.J. Fuentes<sup>d</sup>, L. Peral<sup>b</sup> y A. Navarro<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Vega Baja. Orihuela. España.

<sup>b</sup>Hospital General Universitario. Elche. España.

<sup>c</sup>Hospital General de Alicante. Alicante. España.

<sup>d</sup>Hospital de Elda. Elda. España.

**Objetivos:** Conocer la adherencia al tratamiento de mantenimiento en niños asmáticos, a partir del cuestionario SMAQ (cuestionario de adherencia validado para pacientes VIH) y del pesado de recipientes devueltos o recuento de dosis pendientes.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, sobre una muestra de 66 niños menores de 15 años con asma episódico frecuente, persistente moderada o severa a los que se les realiza el cuestionario SMAQ y se les administra el tratamiento necesario para su control. Se han comparado los resultados de adherencia obtenidos mediante el cuestionario SMAQ con los resultados obtenidos con una medida de control de la adherencia más objetiva: el recuento y pesado de la medicación devuelta a las 8 semanas de inclusión en el estudio. Además se valora el estado de control del asma de los pacientes mediante el cuestionario CAN.

**Resultados:** El cuestionario SMAQ muestra una adherencia al tratamiento en torno al 80%, resultando la adherencia en este grupo de pacientes tras el análisis de pesado y recuento de dosis farmacológicas del 64%. El grado de control del asma no se correlaciona con el grado de adherencia farmacológica.

**Conclusiones:** Los cuestionarios de adherencia, actualmente validados, como el SMAQ impresionan que sobreestiman la adherencia al tratamiento. La medición de la adherencia no es fácil y en muchas ocasiones se precisa de varios métodos para evitar la sobreestimación. En enfermedades que precisan un tratamiento a largo plazo como en el asma se ha de aumentar el grado de adherencia para conseguir un buen control de la enfermedad.

## SEGURIDAD DE LA PROVOCACIÓN NASAL CON NEUMOALERGENOS

D. Hervás<sup>a,c</sup>, R. Rodríguez<sup>b</sup>, J.M. Milán<sup>b</sup> y J. Garde<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Comarcal de Inca. Inca. España.

<sup>b</sup>Hospital General de Elche. Elche. España.

<sup>c</sup>Fundación Caubet-Cimera, Bunyola, Baleares. España.

**Introducción:** La provocación nasal se utiliza frecuentemente para determinar la relevancia clínica de la sensibilización alérgica en pacientes con rinitis. La coexistencia de asma provoca en ocasiones retenciones a la hora de su utilización. Esto es debido al riesgo teórico de repercusión pulmonar durante la realización de la provocación.

**Objetivos:** Determinar el riesgo de repercusión pulmonar tras la provocación nasal con neumoalergenos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo realizado desde septiembre de 2007 a marzo de 2008. Se incluyeron en el estudio 25 niños por

grupo atendidos de forma consecutiva con las siguientes características: sanos no atópicos, atópicos sin patología respiratoria, rinitis alérgica, asma con rinitis alérgica y asma alérgico sin rinitis. A los pacientes con clínica respiratoria se les realizó una provocación con diluciones del alérgeno clínicamente relevante. Se midió la positividad de la prueba con rinometría acústica. La repercusión bronquial se midió mediante espirometrías forzadas pre- y post-prueba.

**Resultados:** Se estudiaron 125 pacientes, 25 por grupo. La edad media fue de 10,3 años (rango 5-16). 72/125 (58%) fueron varones. No hubo diferencias significativas entre grupos en cuanto a edad y sexo. Presentaron una provocación positiva 0/25 sanos, 2/25 atópicos, 19/25 rinitis, 21/25 rinitis con asma y 18/25 asmáticos sin rinitis. No hubo diferencias en el FEV1 post provocación (media -0,5%; IC95%: -1,5 a 0,55) entre los grupos. Ningún paciente refirió síntomas respiratorios durante las 24 h posteriores a la provocación.

**Conclusiones:** La provocación nasal es una prueba segura a nivel pulmonar incluso en pacientes con asma.

## INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL ASMA INFANTIL. RESULTADOS A LOS 3 AÑOS

J.M. Garde<sup>a</sup>, M. Belda<sup>b</sup>, N. Marco<sup>c</sup>, M.J. Fuentes<sup>d</sup>, T. Toral<sup>d</sup> y L. Moral<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Hospital General Universitario de Elche. Elche. España.

<sup>b</sup>Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. España.

<sup>c</sup>Hospital Vega Baja. Orihuela. España.

<sup>d</sup>Hospital General de Elda. Elda. España.

<sup>e</sup>Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

**Objetivo:** Estudiar si la inmunoterapia sublingual en niños menores de 5 años afectos de asma, sensibilizados a aeroalergenos, influye en la tasa de remisión del asma, la tasa de inicio de rinitis, la aparición de nuevas sensibilizaciones y el grado de control del asma.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo (cinco años de seguimiento) de niños asmáticos < 5 años, diagnosticados en la consulta de Alergia Infantil del Hospital de Elche durante los años 2004 a 2006. El total de la muestra se dividió en cinco grupos (tabla 1). De modo aleatorio a la mitad de los monosensibilizados se pautó una vacuna sublingual. Todos ellos recibieron el tratamiento farmacológico que se consideró necesario según la gravedad del asma. Cada 12 meses se ajustaba el tratamiento (mínimo necesario para conseguir el control del asma) y se les realizaba pruebas cutáneas. Una vez cumplidos los 6-7 años se les practica función pulmonar y determinación de ONe.

**Resultados:** De un total de 141 niños, 50 estaban sensibilizados a un solo aeroalérgeno. Se inició inmunoterapia sublingual en 24 niños (D. pteronyssinus en 12, Alternaria en 11, Salsola en 1). El grupo no vacunado estaba compuesto por 26 niños. Se muestran los resultados provisionales tras tres años de seguimiento.

Durante su seguimiento se han producido numerosos abandonos en todos los grupos. Se han considerado valorables los pacientes que han completado, al menos, tres años de seguimiento y que actualmente tienen 6 o más años (tabla 1).

TABLA 1

Grupos de la muestra		N.º muestra inicial	N.º muestra 36 meses	% Abandonos	Valorables	Años al Inicio	Años en la 3.ª revisión
G-1	Monosensibilizados con Inmunoterapia	24	16	33%	13	3,92	7,15
G-2	Monosensibilizados Control	26	18	31%	12	3,25	7,42
G-3	Polisensibilizados sin inmunoterapia	16	8	50%	7	3,71	7,14
G-4	Atópicos no sensibilizados aeroal.	18	10	64%	9	2,67	6,44
G-5	No atópicos no sensibilizados	57	27	53%	12	3	7
Total		141	71	50%	53	3,31	7,05



TABLA 2

		Tasa de remisiones	Tasa nuevas sensibiliz.	Tasa RCJ inicial	Tasa RCJ final	Tto. Mant. (esc.: 0-6)	FEV1 (% Prev)	Promedio crisis/año
G-1	Monosensibilizados con inmunoterapia (1)	46%	31%	38%	38%	0,62	95%	1,15
G-2	Monosensibilizados control	38%	38%	42%	67%	1,35	91%	1,17
G-3	Polisensibilizados sin inmunoterapia	14%	100%	42%	57%	1,86	94%	2,14
G-4	Atópicos no sensibilizados	56%	22%	22%	33%	0,56	88%	2,78
G-5	No atópicos no sensibilizados	50%	42%	8%	33%	0,50	108	1,47

(1) Inmunoterapia prescrita: Sensibilizados a ácaros (Stal-Oral 300). Resto: SLIT-1.

1) Los pacientes polisensibilizados mostraron la tasa más baja de remisiones y el 100% se sensibilizaron a nuevos alérgenos. 2) La inmunoterapia parece jugar un papel favorable: El G-1 presenta una mayor tasa de remisiones, menor tasa de nuevas sensibilizaciones, menor tasa de aparición de RCJ, menor necesidad de medicación de mantenimiento, y menos número de crisis, que el G-2. El escaso número de la muestra hace difícil valorar si estas diferencias son o no estadísticamente significativas (tabla 2).

**Conclusiones:** Nuestro estudio, pese a sus limitaciones, ofrece resultados esperanzadores que deberían animar a la realización de estudios multicéntricos con una muestra suficiente que pudiera validarlos.

#### VARIABILIDAD DE LA OSCILOMETRÍA DE IMPULSOS EN LA VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA EN NIÑOS CON ASMA

A. Mazón<sup>a</sup>. A. Nieto<sup>a</sup>. R. Pamies<sup>a</sup>. R. Martínez<sup>b</sup>.  
F. Oliver<sup>a</sup>. J. Ortuño<sup>a</sup> y F. Alonso<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Alergia Infantil La Fe. Valencia. España.

<sup>b</sup>Servicio de Alergia. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

<sup>c</sup>Servicio de Pediatría. Hospital General de Alicante. Alicante. España.

**Objetivo:** Nuestro objetivo fue valorar la variabilidad de la oscilometría de impulsos (IOS), técnica fácil de realizar incluso en niños pequeños.

**Material y métodos:** Estudiamos una muestra consecutiva de niños con asma, que realizaron tres maniobras de IOS (Jaeger Co), y se calculó la media. Cada maniobra se comparó con dicha media para estimar la variabilidad, y analizamos su relación con los parámetros de coherencia Co5Hz and Co20Hz, estimadores de la calidad y fiabilidad de las maniobras.

**Resultados:** La muestra incluyó 68 niños de 2,66 a 15,45 años. La variabilidad (porcentaje) de los parámetros funcionales fue (media-na, rango intercuartil): Z5 4,9, 1,8-9,4; R5 5,4, 2,3-8,7; R20 5,5, 2,4-9,5; X5 8,9, 4,9-18,4; AX 12,6, 5,3-22,4; Fres 3, 1,4-5,9. Hubo casos aislados de variabilidad hasta (en el mismo orden) 83,3, 36,7, 85,5, 62,5, 74,7 y 37%. Hubo una correlación negativa de los parámetros de coherencia con la variabilidad, es decir, a mayor coherencia menor variabilidad, aunque no siempre con significación estadística. No hubo un patrón claro de asociación de los mayores grados de variabilidad con la coherencia, ya que estos últimos aparecían en algunos pacientes con buenos valores de coherencia.

**Conclusiones:** La variabilidad general de la IOS es baja, aunque ocasionalmente aparecen muy grandes variaciones, no detectadas por los parámetros de coherencia. Los parámetros más estables son la R5 y la Fres, que probablemente serían los mejores para evaluar cambios de la función respiratoria en pruebas de provocación, broncodilatación y estudios de seguimiento.



# Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



## COMUNICACIONES ORALES

### XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica Palma de Mallorca, 14-16 de mayo de 2009

#### Sexta Sesión de Comunicaciones Orales

Moderadores: O. Asensio y J. Figuerola Jaume

#### SEGURIDAD DE INMUNOTERAPIA CON PAUTA AGRUPADA (CLUSTER) EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: DOSIS INICIALES Y MANTENIMIENTO

M. Tortajada, D. Barato, R. Margalef, M. Tallón y M. Gracia

Sección de Alergia Pediátrica. Servicio de Pediatría.  
Hospital Universitario Dr. Peset. Universidad de Valencia.  
Valencia. España.

**Objetivo:** Determinar la seguridad, en niños menores de 5 años, de la pauta de iniciación y mantenimiento de inmunoterapia con el sistema de dosis agrupadas (Cluster), vía subcutánea, comparándolo con los niños  $\geq$  de 5 años.

**Material y método:** Estudio observacional retrospectivo descriptivo de niños menores de 5 años en tratamiento de inmunoterapia con dosis de inicio y mantenimiento en nuestra unidad. Grupo A ( $n = 30$  niños) diagnosticados de asma/rinitis alérgicos que se trataron con extractos alérgicos de 5 laboratorios. Se comparó con el grupo B ( $n = 30$  niños):  $\geq$  de 5 años con el mismo diagnóstico que los del grupo A. La pauta se administró semanalmente hasta alcanzar la dosis máxima para iniciar el mantenimiento mensual y posteriormente con la dosis de mantenimiento tolerada.

**Resultados:** El 80% eran niños. La edad media fue de 3,6 años de edad. El extracto más utilizado fue la mezcla de Dermatophagoides. En el 90% se alcanzó la dosis máxima prevista. La tolerancia fue óptima en 70% de los casos. Sólo 2 casos presentaron reacciones locales. No hubo reacciones sistémicas. El extracto que presentó reacciones más importantes fue el de mohos. En nuestra muestra no hubo diferencias significativas de tolerancia, en cuanto al sexo, laboratorio productor del extracto ni grupo de edad.

**Conclusiones:** 1) La tolerancia de la inmunoterapia cluster en dosis iniciales y de mantenimiento es similar a la convencional, con menor duración y mayor control. 2) La tolerancia en ambas dosis fue buena en niños menores de 5 años. 3) El 92% finalizó el tratamiento correctamente. 4) Las revisiones actuales, así como nuestra

propia experiencia sugieren que la inmunoterapia debería de ser iniciada precozmente en el curso de la enfermedad alérgica para prevenir su progresión y el desarrollo de nuevas sensibilizaciones.

#### TOLERANCIA DE LA INMUNOTERAPIA AGRUPADA A ALTERNARIA ALTERNATA

B. Andrés<sup>a</sup>, J. Zatt<sup>b</sup>, M. Bosque<sup>c</sup>, L. Valdesoiro<sup>c</sup>,  
J. Costa Colomer<sup>c</sup>, H. Larramona<sup>c</sup>, O. Asensio<sup>a</sup> y R. Grau

<sup>a</sup>Secció d'Al·lèrgologia. Hospital Universitari Joan XXIII.  
Tarragona. España.

<sup>b</sup>Unitat d'Al·lèrgologia. Hospital de Figueres. Figueres. España.

<sup>c</sup>Unitat d'Al·lèrgia i Pneumologia Pediàtrica. Hospital Sabadell.  
CPT, Sabadell. España.

**Objetivo:** Analizar la seguridad de una pauta agrupada, de un extracto depot, de hidróxido de aluminio, a *Alternaria alternata*.

**Métodos:** Se incluyeron 78 pacientes, 57 niñas y 21 niños, de edades entre 3 y 19 años, media 9,6 años, con alergia respiratoria a *Alternaria alternata*. El inicio se realizaba en la Unidad de Inmunoterapia y se usaba el vial de máxima concentración. Se realizaba en dos días de dos semanas consecutivas. Primera semana: 0,1 y 0,2 ml, segunda semana: 0,4 y 0,4 ml, separadas por 30 minutos, y en observación durante una hora. Posteriormente se derivaban al ambulatorio para la administración de 0,8 ml/mes.

**Resultados:** Se registraron 59 pacientes (75%) diagnosticados de asma, 59 (75%) de rinitis, y 42 (53%) de asma y rinitis. Se administraron 312 dosis y hubo 9 reacciones adversas (2,9%), 3 de ellas (0,9%) fueron reacciones locales y 6 (1,92%) fueron sistémicas (5 respiratorias, y una respiratoria y cutánea). No se detectaron diferencias entre la frecuencia o gravedad de las reacciones en los pacientes diagnosticados de asma o rinitis. A pesar de las reacciones, todos alcanzaron los 0,8 ml sin problemas.

**Conclusiones:** La tolerancia de la pauta agrupada con un extracto depot de *Alternaria alternata* es buena y podría usarse para reducir el tiempo necesario para alcanzar la dosis eficaz de mantenimiento, y así, mejorar la adherencia de los pacientes a la inmunoterapia.

## EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD ALÉRGICA RESPIRATORIA POR SENSIBILIZACIÓN A *ALTERNARIA ALTERNATA* TRATADOS CON INMUNOTERAPIA

L. Zapatero, A. Martínez-Cañavate, J.M. Lucas, I. Guallard, J. Torres, P. Guardia. F. de la Torre y C. Pedemonte

*Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.*  
*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*  
*Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.*  
*Hospital Infantil C.S. Miguel Servet. Zaragoza. España.*  
*Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.*  
*Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.*  
*ALK-Abelló. Madrid. España.*  
*Comité de Inmunoterapia de la SEICAP. España.*

**Introducción/objetivos:** Aunque la *Alternaria* no alcanza la frecuencia de otros alérgenos, sí supone una importante causa de enfermedad alérgica, sobre todo en niños. Existen pocos datos sobre la efectividad de la inmunoterapia en su tratamiento, por lo que se decidió emprender un estudio basado en nuestra práctica clínica habitual

**Material y métodos:** Se incluyeron 99 pacientes pediátricos con rinitis/asma por sensibilización a *Alternaria*, en un estudio multicéntrico, observacional y no intervencionista, en el que se ha valorado tolerancia, efectividad clínica y calidad de vida de los pacientes en tratamiento con un extracto de *Alternaria* (ALK-ABELLÓ, S.A., contenido de Alt a1: 0,25 µg/ml). La iniciación fue con pauta cluster y la duración del estudio ha sido de unos 12 meses.

**Resultados:** Hubo 81 reacciones locales y 7 sistémicas en 40 y 4 pacientes respectivamente. Sólo en un paciente con 3 reacciones de asma consecutivas, ésta se consideró severa. Hubo un descenso significativo de los síntomas nasales ( $p = 0,0087$ ), de la medicación de rescate (broncodilatadores: 0,0581, corticoides inhalados: 0,0076) y de la medicación concomitante (broncodilatadores: 0,0278, corticoides: 0,0007, antileucotrienos: 0,0495). Hubo también descenso de síntomas bronquiales pero no significativo. A juicio del investigador, el 87% de los pacientes se encontraban mejor o mucho mejor respecto al período basal, a pesar de que 20 tuvieron que acudir a Urgencias por crisis de asma.

**Conclusiones:** La enfermedad alérgica por *Alternaria* es de difícil control. La inmunoterapia específica administrada por vía subcutánea permite una reducción tanto en los síntomas como en la necesidad de medicación.

## DOSIS ÓPTIMA EN UNA SEMANA. SEGURIDAD DE UNA PAUTA AGRUPADA CON UN EXTRACTO DEPOT DE ÁCAROS

L. Valdesoiro, M. Bosque, H. Larramona, O. Asensio, R.M. Grau y J. Costa, N. Mateo

*Unidad de Alergia, Inmunología Clínica y Neumología Pediátricas del Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell. España.*

**Introducción:** La administración con pauta de inicio convencional es segura pero lenta. Requiere de 12-16 semanas hasta alcanzar la dosis óptima. Realizamos una pauta agrupada de inicio de inmunoterapia alcanzando la dosis óptima en dos días con intervalo de una semana.

**Objetivo:** Mostrar la seguridad de una pauta agrupada subcutánea con extracto depot de ácaros 100%mezcla.

**Material y métodos:** Prospectivo, descriptivo. Pacientes > 2 años, visitados en la consulta externa de Alergia pediátrica, sensibilizados a ácaros y con indicación de inmunoterapia. Lugar: Unidad de inmunoterapia. Consentimiento informado. Período de inclusión: año 2008. Pauta de administración del extracto Alustal de Stallergenes 100% mezcla ácaros, con el vial de máxima concentración, en

dos días separados 1 semana. Primer día: 2 dosis (0,1 cc/0,2 cc). Segundo día: 2 dosis (0,4 cc/0,4 cc). Se administran una dosis en cada brazo con un intervalo de 30 minutos y queda en observación una hora tras la segunda dosis. La siguiente dosis (0,8 cc) se administra al mes. Valoramos al paciente antes de cada dosis y tras el tiempo de observación. Recogemos datos de edad, sexo, clínica y reacciones adversas.

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes de 5-16 años (media de 9,8 años) afectados de asma y/o rinitis. 16 niños y 12 niñas. Administramos 112 dosis de inmunoterapia. Presentaron reacciones locales 2,6% (3/112 dosis) administradas. No se produjo ninguna anafilaxia ni ninguna otra reacción sistémica.

**Conclusiones:** La pauta de inicio agrupada que hemos propuesto con Alustal de Stallergenes es segura. Permite alcanzar en una semana la dosis óptima de tratamiento, reduciendo tiempo y dosis administradas respecto a las pautas convencionales.

## TOLERANCIA Y ADHERENCIA A INMUNOTERAPIA CON *ALTERNARIA ALTERNATA* EN NIÑOS

A. Martínez-Cañavate<sup>a</sup>, J.L. Eseverri<sup>b</sup>, R. Ródenas<sup>c</sup>, A.I. Tabar<sup>d</sup>, J. Garde<sup>e</sup>, J. Torres<sup>f</sup>, J. Boné<sup>g</sup>, P. Rico<sup>h</sup>, F. de la Torre<sup>g</sup> y C. Pedemonte<sup>h</sup>

<sup>a</sup>*Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.*

<sup>b</sup>*Hospital Vall D'Hebron. Barcelona. España.*

<sup>c</sup>*Hospital Lluís Alcániz. Xàtiva. España.*

<sup>d</sup>*Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.*

<sup>e</sup>*Hospital General Universitario de Elche. Alicante. España.*

<sup>f</sup>*Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.*

<sup>g</sup>*Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.*

<sup>h</sup>*ALK-ABELLÓ, S.A. Madrid. España.*

<sup>i</sup>*Coordinador del Comité de Inmunoterapia.*

**Objetivo:** Comprobar la tolerancia a largo plazo y la adherencia a tratamiento con un extracto depot a *Alternaria alternata*, en niños.

**Material y métodos:** Se han analizado retrospectivamente a 94 pacientes con edades entre 4-16 años. Todos los pacientes fueron diagnosticados de alergia respiratoria por sensibilización a *Alternaria alternata*, excluyéndose aquellos con sensibilizaciones a otros alérgenos perennes. Se administró un extracto valorado en unidades de masa (Pangramin® Depot-UM, ALK-ABELLÓ, S.A.) por vía subcutánea bajo dos pautas de tratamiento de iniciación: convencional de 7 dosis y cluster. Posteriormente se siguieron a los pacientes durante 3-4 a. ± 6m. Se han recogido reacciones locales, sistémicas y abandono del tratamiento y sus causas.

**Resultados:** Tras la fase de iniciación se han seguido a 93 pacientes, hemos tenido 13 reacciones, de las cuales 7 han sido locales (7,52%), en 2 pacientes no se ha podido subir de 0,3 y 0,6 cc, el resto han tolerado dosis completa. Reacciones sistémicas grado 2-3 en 6 pacientes (6,45%). 4 pacientes abandonaron el tratamiento de ellos 3 pacientes por reacciones de la IT y 1 por inestabilidad clínica. Ningún paciente más abandonó el tratamiento.

**Conclusiones:** En la edad pediátrica la inmunoterapia a *Alternaria* es un extracto bien tolerado con muy buena adherencia a tratamiento.

## ESTUDIO DE SEGURIDAD DE INMUNOTERAPIA CLUSTER CON EXTRACTO DE *ALTERNARIA* EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

A. Alonso Gómez

*Unidad de Alergia, Clínica Paracelso. Valladolid. España.*

**Objetivos:** Describir la pauta cluster utilizada en nuestra Unidad de Inmunoterapia donde la dosis de mantenimiento se alcanza en

4 visitas y 8 inyecciones empleando un extracto de *Alternaria* 100% (Pangramin Depot® Alk-Abelló). Comprobar la tolerancia a dicho extracto.

**Material y métodos:** Treinta y tres pacientes menores de 14 años con una edad media de 8,54 (4-14) 22 (66,7%) y 9 varones (33,3%) fueron incluidos en este protocolo de tratamiento desde enero de 2007 a enero de 2009 y fueron tratados con un extracto de *Alternaria alternata* 100% estandarizado biológicamente en UM; Pangramin Depot® ALK-Abelló, mediante una pauta donde se alcanza la dosis de mantenimiento en la 4.ª visita y tras 8 dosis y seguida de una dosis de mantenimiento mensual, administradas en nuestra unidad de Inmunoterapia. La clasificación de las reacciones adversas se realizó siguiendo las indicaciones descritas por la Academia Europea de Alergología.

Día	Vial	Volumen	Observación
0	2	0,1	30
		0,2	60
7	2	0,4	30
		0,4	60
14	3	0,1	30
		0,2	60
21	3	0,4	30
		0,4	60

**Resultados:** De los 33 pacientes, 20 (60,6%) fueron diagnosticados de rinoconjuntivitis y asma bronquial, 7 (21,2%) de asma bronquial y 6 (18,2%) de rinoconjuntivitis exclusivamente. Todos alcanzaron la dosis de mantenimiento sin reacción excepto un varón de 12 años que en la segunda visita desarrolló una reacción sistémica grado I que no necesitó tratamiento, tolerando posteriormente el resto de las dosis.

**Conclusión:** La pauta cluster de administración en 4 visitas de extracto Pangramin Depot 100% de *Alternaria* es actualmente viable en la práctica clínica privada por la seguridad demostrada durante su administración.

## MARCADORES INMUNOLÓGICOS DE RESPUESTA CLÍNICA PARA INMUNOTERAPIA CON ÁCAROS

M.F. Martín-Muñoz<sup>a</sup>, F. Pineda<sup>b</sup>, J. Jurado Palomo<sup>a</sup>, M. Fontan<sup>c</sup>, T. Muiños<sup>c</sup>, S. Nevot<sup>d</sup>, A. Torredemer<sup>d</sup>, M. Bosque<sup>e</sup>, L. Valdesoiro<sup>e</sup> y Comité de Inmunoterapia SEICAP.

<sup>a</sup>Servicio de Alergia. Hospital Infantil La Paz. Madrid. España.

<sup>b</sup>Laboratorios Diater. Madrid. España.

<sup>c</sup>Unidad de Alergia Pediátrica. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

<sup>d</sup>Alergia Pediátrica. Althaia. Hospital San Juan de Dios. Manresa. Barcelona. España.

<sup>e</sup>Unidad de Alergia Pediátrica. Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

**Objetivos:** El objetivo del estudio fue evaluar un test in vitro como marcador de respuesta clínica al tratamiento de inmunoterapia subcutánea con *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dpt).

**Material y métodos:** En el estudio participaron niños de 5 a 15 años, diagnosticados de rinitis (ARIA) y/o asma alérgico (GINA 2003) frente a Dpt, con IgE específica superior a 3,5 kU/L, y sin sensibilización relevante a otros neuroalergenos. El estudio se desarrolló en 4 tiempos: Diagnóstico (T0), Inclusión (T1), Iniciación Inmunoterapia (T2(a-f)) y finalización tras mantenimiento de 1 año de inmunoterapia (T3). En T1 y T3 se recogieron parámetros clínicos, valoración del estado de salud; se realizaron *prick* test y espirometría y, se determinaron en suero niveles de IL10 (ELISA KIT, Diaclone) IgE e IgG4 específica (UniCAP, Phadia). Además se determinó mediante western blot el reconocimiento alérgeno/antígeno específico para IgE e IgG4. Todo el estudio se llevó a cabo con un extracto liofilizado y estandarizado de Dpt (DIATER Laboratorios). Análisis estadístico: para el estudio de la influencia de las variables sobre la eficacia de la IT se utilizaron los tests de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Para comparar datos el test de Wilcoxon y la  $\chi^2$  (significación  $p < 0,05$ ). Se utilizó el test de Spearman para la correlación de las variables. Los cambios observados en la inmunotransferencia se relacionaron con la respuesta al tratamiento mediante un modelo de regresión logística.

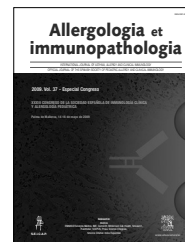
**Resultados:** Se incluyeron 38 niños con rinoconjuntivitis alérgica por Dpt, y 31 tenían también asma. En T2a-f se registraron dos acontecimientos adversos a nivel local. Al finalizar el estudio (T3) se observó mejoría clínica y del estado de salud significativa, con un aumento en los niveles séricos de IgE e IgG4 específica y en el reconocimiento alérgeno/antígeno específico. Observamos un descenso en IL10 y en la respuesta cutánea. Se encontró una clara correlación entre los niveles de IgG4 y la mejoría clínica.

**Conclusiones:** El aumento de IgG4 se muestra como un buen marcador de eficacia en inmunoterapia con *Dermatophagoides pteronyssinus*.



# Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



## PÓSTERS

### XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica Palma de Mallorca, 14-16 de mayo de 2009

#### Primera Sesión de Pósters

Moderadores: C. Reina Ferragut y S. Nevot

#### ALERGIA AL HUEVO DE GALLINA EN NIÑOS

C. Ruiz Almirón, C. Blanco Alberca, M. Herrero Baladrón, I. Viqueira, S. Fernández Cortés y R. de la Fuente Prieto

Hospital Universitario Pío del Río Hortega. Valladolid. España.

**Objetivos:** Estudiar la incidencia de sensibilización a proteínas de huevo dentro de nuestra población y determinar las características epidemiológicas de los sensibilizados. Valorar la adquisición de tolerancia al huevo dentro de nuestra población de alérgicos, determinando cuales son las variables que predisponen a la adquisición de tolerancia. Determinar si existen diferencias en la adquisición de tolerancia entre los alérgicos al huevo, que hubieran sido diagnosticados por reacciones tras la toma de huevo, y los que el diagnóstico fuera un hallazgo casual.

**Material y métodos:** Hemos revisado un total de 56 historias clínicas de niños diagnosticados de sensibilización al huevo entre 2004-2008. Realizamos pruebas *prick test*, *in vitro* y de tolerancia.

**Resultados:** *Epidemiológicos:* de los 56 pacientes, 31 eran niñas y 25 niños. La sintomatología motivo de consulta fue cutánea en 23, digestiva en 3 y sistémica en 8. Veintidós pacientes diagnosticados de forma accidental de sensibilización al huevo no presentaron clínica. *Inmunoalérgicos:* la clara de huevo se realizó en los 56 niños, con resultado positivo en todos y una pápula media de 6,57 mm. La IgE específica a clara en el momento del diagnóstico solo se determinó en 16. *Estudio de tolerancia:* se realizaron pruebas de provocación a 29 niños, siendo negativa 24 y positiva en 5. La edad media de tolerancia fue 2,72 años. De los 56 niños, 24 adquirieron tolerancia (14 niñas y 10 niños), con media de edad al diagnóstico de 10,79 meses y media de pápula de 6,04 mm. La tolerancia se adquirió en edades comprendidas entre los 1,5 y 6 años (media 2,73 años). Los niños diagnosticados de forma casual adquirieron la tolerancia antes. *Diferencias entre provocación negativa y positiva:* la prueba cutánea a clara al inicio del estudio en pacientes con provocación negativa presentó una media de pápula de 6.04 mm, no siendo estadísticamente significativa respecto a la presentada en los niños con prueba de provocación positiva, de 7.20 mm; sin embargo, la comparación entre ambos grupos, mediante *t* de Student, de las pruebas cutáneas finales para clara antes de la prueba de provocación dio como resultado una *p* valor < 0,05, significativa.

**Conclusiones:** Salvo la distribución por sexos nuestra muestra no difiere epidemiológicamente de lo descrito en la literatura. Presentamos un porcentaje menor de evolución a la tolerancia, pero más del 50% de los pacientes están aún en seguimiento. La disminución del tamaño de la prueba cutánea a clara de huevo, de la IgE específica y la ausencia de síntomas en contacto accidental, parecen buenos criterios para inducir tolerancia. En nuestra muestra la sintomatología digestiva parece implicar una inducción a la tolerancia más tardía. La ausencia de clínica o diagnóstico accidental si parece predisponer a una evolución a la tolerancia más temprana.

#### ANAFILAXIA INDUCIDA POR EJERCICIO DEPENDIENTE DE MÚLTIPLES ALIMENTOS EN ASOCIACIÓN CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M. Vázquez, A.M. Plaza, M.T. Giner, O. Domínguez, M. Piquer y M.A. Martín-Mateos

Sección de Inmunología y Alergia Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

**Antecedentes y objetivos:** La anafilaxia es un síndrome sistémico potencialmente mortal desencadenado por diversos elementos.

**Material y métodos:** Niño de 8 años que, jugando a fútbol, inicia cuadro rápidamente progresivo de abdominalgia, palidez, urticaria, prurito faríngeo y disnea. Cede en minutos tras adrenalina IM. La anamnesis recoge ingesta en horas previas de ibuprofeno y alimentos (leche, galletas, magdalena, guisantes, tomate y ternera). Destaca historia de dolor retroesternal y disfagia al ingerir pescado, excluido voluntariamente de su dieta.

**Resultados:** Estudio alergológico: Se descarta anafilaxia por alimento, dado que tras el episodio ha tolerado los alimentos citados. La prueba de provocación a ibuprofeno resulta negativa, lo que excluye anafilaxia por fármaco. Tolerancia a prueba de esfuerzo basal. No se trata de anafilaxia por ejercicio idiopática. Se practica *prick test* a alimentos ingeridos, incluyendo posibles alérgenos ocultos. Muestra sensibilización a maíz, cacahuete, sésamo, nuez, avellana y merluza, confirmado mediante IgE específica. Las pruebas de esfuerzo tras ingesta de sésamo, maíz y cacahuete desencadenan broncoespasmo y urticaria en todos los casos. Se diagnostica anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de alimentos (FDEIA). Se remite a Gastroenterología por sospecha de esofagitis eosinofílica. La esofagoscopia es normal, si bien la histología evidencia 20 eosinófilos por campo en mucosa esofágica.

**Conclusiones:** En FDEIA la anafilaxia se produce si coinciden ejercicio y el alimento implicado, que deben separarse 3-4 horas. Debe sospecharse esofagitis eosinofílica ante disfagia o impactación en niños y jóvenes, especialmente en aquellos sensibilizados a alimentos o aeroalergenos. La biopsia es fundamental para diagnóstico y seguimiento. Se trata mediante dieta de exclusión y corticoides deglutidos.

## URTICARIA POR HIPERSENSIBILIDAD SELECTIVA A LECHE DE CABRA Y OVEJA

A. Moreno, J.M. Mira y C. Figueroa

*Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.*

**Introducción:** Las proteínas de leche de vaca son la causa más frecuente de alergia alimentaria en los 2 primeros años de vida. Es infrecuente encontrar pacientes sensibilizados a leche de vaca que toleren leche de otros mamíferos.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un niño de 11 años, sin antecedentes de atopía, que en repetidas ocasiones desde hace 1 año, a los 20 minutos de la ingesta de queso de cabra u oveja presenta cuadro generalizado de prurito, eritema y habones. Tolerancia a leche de vaca. Se realizaron pruebas cutáneas: *pricks* para leche de cabra, leche de oveja y para leche de vaca y sus proteínas (alfalactoalbúmina, betalactoglobulina y caseína). Se practicó cuantificación de IgE total e IgE específica (CAP) para leche de cabra, oveja, vaca y sus proteínas anteriormente mencionadas. Se realizaron tests de provocación oral controlada con leche de vaca y cabra.

**Resultados:** Las pruebas cutáneas fueron positivas para leche de cabra ( $5 \times 4$  mm) y oveja ( $4 \times 4$  mm); resultando negativas para leche de vaca, alfalactoalbúmina, betalactoglobulina y caseína. IgE total 130 kU/l. IgE específica para leche de cabra 32,2. IgE específica para leche de oveja 37,9. IgE específica  $< 0,35$  para leche de vaca, alfalactoalbúmina, betalactoglobulina y caseína. Provocación oral controlada con leche de vaca (250 ml): negativa. Positiva con leche de cabra (20 ml): urticaria generalizada a los 15 minutos de la ingesta.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de urticaria por hipersensibilidad a leche de cabra y oveja con la particularidad de que el paciente tolera leche de vaca.

## ALERGIA A PANGASIU

R. Artigas<sup>a</sup> y F. Pineda<sup>b</sup>

<sup>a</sup>ARCC Centro Pediátrico. Barcelona. España.

<sup>b</sup>DIATER Laboratorios. Madrid. España.

**Introducción:** El cambio en el hábito alimenticio, la amplitud en la diversidad alimentaria, y la introducción de nuevas especies en la cocina occidental, hacen que el consumidor disponga de una mayor oferta de productos para variar su dieta y el paciente alérgico se vea más expuesto a estas nuevas formas culinarias. Tal es el caso de un pez comúnmente llamado "panga" (*Pangasius hypophthalmus*).

**Material y métodos:** Paciente varón de 6 años, sin antecedentes familiares, que presentó a los tres años cuadro de vómitos postingesta de Panga en dos ocasiones, el pediatra no realizó ningún tipo de estudio pero el paciente no volvió a ingerir Panga. Desde entonces ha repetido el cuadro de vómitos en dos ocasiones (en el colegio el menú ponía que era mero y en realidad era Panga) en la última ocasión precisó ingreso hospitalario por el cuadro de vómitos.

**Resultados:** Se practica estudio de *Prick-test* a rutina de pescado (atún, bacalao, besugo, gallo, lenguado, merluza, rape y salmónete) y anisakis con resultado negativo. El niño tolera sin problemas la ingesta de todos los pescados. *Prick by Prick* a panga crudo y cocido: Negativo. *Prick* con extracto a panga crudo y cocido preparado por DIATER: Negativo. CAP FEIA a todos los pescados  $< 0,35$  kU/l.

La inmunotransferencia con los extractos de panga crudo y panga cocido, revelaron el reconocimiento de una serie de proteínas en el extracto de panga crudo, y la ausencia del mismo en el extracto de panga cocido.

**Conclusiones:** La introducción de esta especie en los hábitos alimenticios de nuestra cocina, hacen de la misma una nueva fuente alérgica a considerar.

## CASO DE ANAFILAXIA EN PACIENTE ALÉRGICO A LEGUMINOSAS POR ALERGENO OCULTO EN UN ALIMENTO: ALBÓNDIGAS CONTAMINADAS CON GUISANTE

P. Cabrera-Freitag, G. Gastaminza, M.J. Goikoetxea, J.M. de la Borbolla y G. Javaloyes

*Clínica Universitaria de Navarra. Universidad de Navarra. Pamplona. España.*

**Objetivos:** Resaltar la importancia de valorar una posible contaminación alimenticia en pacientes con alergias alimentarias conocidas que presentan una reacción alérgica tras la ingesta de un alimento previamente tolerado y que en prueba cutánea muestran un resultado negativo.

**Material y métodos:** Niño de 8 años de edad, alérgico a leguminosas, que acude para estudio de reacción anafiláctica tras la ingesta de arroz con tomate y albóndigas con salsa. Se le realizaron pruebas cutáneas a todos los componentes alimenticios implicados el día de la reacción, a posibles contaminantes que se emplearon en la máquina con la que se manufacturó la albóndiga así como IgE específica mediante técnica de microarrays.

**Resultados:** Se realizan pruebas cutáneas en *prick-prick* frente a la albóndiga consumida el día del incidente con el siguiente resultado: Albóndiga Erein:  $20 \times 11$  mm y frente a carnes (ternera, cerdo, pollo, conejo, cordero) con resultado negativo (histamina:  $6 \times 5$  mm). Pruebas con todos los componentes de la albóndiga por separado: aroma de carne, soja texturizada, almidón de maíz y cebolla con resultado negativo. La casa de fabricación de la albóndiga confirma una posible contaminación de la albóndiga con almidón de guisante que se prueba con el siguiente resultado: almidón de guisante:  $3 \times 5$  mm, guisante crudo:  $20 \times 5$  mm, guisante cocido:  $6 \times 4$  mm.

**Conclusiones:** La contaminación de alimentos en su proceso de elaboración es una posibilidad a tener en cuenta en pacientes con alergias alimentarias conocidas que muestran positividad en prueba cutánea con el alimento implicado y negatividad en las mismas si se prueban los alimentos por separado.

## SÍNDROME DE FREY: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON ALERGIA A ALIMENTOS EN LA INFANCIA

M. Gandolfo Cano, E. González Mancebo, D. González de Olano, A. Meléndez Baltanás y S. Muley Alonso

*Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.*

**Objetivos:** La aparición de lesiones cutáneas después de comer, hace sospechar el diagnóstico de alergia a alimentos. Sin embargo, es imprescindible el planteamiento de alternativas diagnósticas.

**Material y métodos:** Paciente de 11 meses, que presenta inmediatamente, siempre que come naranja, pera o plátano, lesiones maculoeritematosas en el lado derecho de la cara, desde la comisura de la boca hasta la cisura sagital, pasando por el antehélix. El eritema desaparece unos minutos después de forma espontánea. No presenta otros síntomas. Realizamos pruebas cutáneas con las frutas implicadas y provocación oral abierta.

**Resultados:** El *prick-prick* con naranja, pera y plátano fue negativo. La provocación oral abierta con zumo de naranja, reprodujo los síntomas descritos de forma inmediata. Revisamos la historia del

niño, encontrando el antecedente de parto instrumental con fórceps. Diagnosticamos al paciente de síndrome de Frey, en el que la acidez de la fruta desencadena episodios de vasodilatación cutánea.

**Conclusiones:** El síndrome de Frey o síndrome auriculotemporal es poco frecuente en niños. Tras la lesión del nervio auriculotemporal en la maniobra del parto con fórceps, las fibras parasimpáticas se regeneran inadecuadamente, quedando unidas a las fibras nerviosas simpáticas. Así, ante un estímulo gustatorio, en lugar de salivación (parasimpático) se produce eritema cutáneo por vasodilatación local (simpático). El debut del síndrome de Frey en la infancia coincide con la introducción de alimentos en la dieta, por lo que se plantea el diagnóstico diferencial con alergia a los mismos. Un diagnóstico correcto es la clave para evitar dietas de exclusión innecesarias.

## REACCIÓN ALÉRGICA CON LA PRIMERA TOMA DE CEREALES EN LACTANTE CON DERMATITIS ATÓPICA

A. García<sup>a</sup>, A. Martorell<sup>a</sup>, A. Martorell Calatayud<sup>b</sup>, R. Félix<sup>a</sup> y J.C. Cerdá<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Alergología. Hospital General Universitario. Valencia. España.

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

**Objetivos:** Presentar un caso que muestra la posibilidad de sensibilización IgE a alimentos en lactantes con dermatitis atópica (DA) por vía epicutánea y las diferencias en el tipo de reacción clínica en función de la vía de exposición.

**Material y métodos:** Lactante de 9 meses, con antecedentes de exacerbaciones del eczema al aplicarle cremas de avena, que presenta reacción inmediata (prurito ocular, eritema y urticaria generalizada, edema de pabellones auriculares) tras la primera toma de papilla de cereales (trigo, arroz, avena, centeno y maíz) con buena tolerancia posterior de arroz y maíz. No se le ha introducido el huevo en la alimentación. Exploración alergológica: pruebas cutáneas (*prick*), epicutáneas (*parche*) y determinación de IgE sérica específica (CAP system FEIA, Microarray) con alimentos. Prueba de provocación oral abierta.

**Resultados:** Pruebas cutáneas positivas con trigo, avena, cebada, clara de huevo y ovoalbúmina. IgE específica positiva para trigo (36,9 KU/l), avena (3,92 KU/l), gliadina (0,76 KU/l), clara (8,42 KU/l), yema (1,78 KU/l), ovoalbúmina (9,9 KU/l), lisozima (0,58 KU/l). Prueba de contacto abierta con crema de avena: positiva. Pruebas de *parche* con avena y trigo: positivas a las 48 y 96 horas.

**Conclusiones:** La sensibilización epicutánea a un alimento puede exacerbar el eczema por contacto y producir una reacción de tipo inmediato con su ingestión oral.

## EL COCO: UN ALERGENO UBICUO

C. Blasco<sup>a</sup>, J.L. Eseverri<sup>a</sup>, A.M. Marín<sup>a</sup> y F. Pineda<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica. Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Laboratorios Diater. España.

**Objetivos:** Presentamos dos casos clínicos de alergia al coco con diferente presentación clínica y distintas vías de sensibilización.

**Material y métodos:** *Caso 1:* Paciente de 13 años que ha presentado tres episodios de urticaria y angioedema (dos tras la ingestión de un pastelillo de frutos secos y otro tras coco fresco). Antecedente de erupción eritematosa con jabón de coco. *Caso 2:* Paciente de 10 años con episodio de anafilaxia (erupción urticariforme generalizada, angioedema facial, broncoespasmo y disfonía) tras la ingestión de horchata de chufa y un pastelillo de coco. Se realizaron test cutáneos, IgE total y específica, test de provocación a frutos secos e inmunotransferencia frente a extracto de coco.

**Resultados:** *Caso 1:* Test cutáneos a inhalantes positivos para ácaros y olivo. Test cutáneos a alimentos positivos para almendra y avellana. *Prick by prick* positivo a coco, avellana, piñón y nuez. IgE total: 14 UI/ml. CAP: DPT 1,04 KU/l, DF 0,74 KU/L y coco 1,09 KU/l. Test de provocación con frutos secos negativo. *Caso 2:* Test cutáneos a inhalantes positivos para olivo y negativos para alimentos. *Prick by prick* a chufas y horchata negativos y a coco positivo. IgE total: 65 UI/ml. CAP a olivo 1,3 KU/l y coco 14,6 KU/l. La inmunotransferencia reveló un reconocimiento desigual frente al extracto de coco por parte de las IgE del suero de los pacientes. Dicha fijación a la IgE se produjo para proteínas de pesos moleculares que oscilaban entre los 18 y los 50 kDa.

**Conclusiones:** El coco es ampliamente utilizado en productos de higiene y alimentación. Se han descrito muchos casos de dermatitis de contacto por coco aunque es raro como causa de alergia alimentaria. La sensibilización por vía cutánea podría preceder a una reacción tras la ingestión.

## ANAFILAXIA TRAS PRUEBA CUTÁNEA CON ANTIVIRAL EN NIÑO ALÉRGICO AL HUEVO

D. González de Olano, M. Gandolfo Cano, S. Santos Magadán, S. Pérez Bustamante, A. Meléndez Baltanás, S. Muley Alonso y E. González-Mancebo

Unidad de Alergia. Hospital de Fuenlabrada, Madrid. España.

**Antecedentes:** La lisozima, o muraminidasa, es una enzima del sistema inmune que puede actuar como opsonina innata o como enzima catalítica. Se encuentra en numerosas secreciones corporales como saliva, lágrimas, moco y también en la clara de huevo. Por su capacidad lítica frente a peptidoglicanos de pared celular bacteriana, especialmente gram-positivas, es utilizada también en la industria farmacéutica. Un niño de 11 años de edad, con anafilaxias de repetición tras ingestión de huevo, refería prurito palmar y angioedema ocular tras contacto cutáneo con Lisozima®.

**Material y métodos:** Niño con evitación de ingestión de huevo y derivados desde los 10 meses. En exploraciones complementarias de última revisión, 3 meses antes de consulta actual, presentaba pruebas cutáneas positivas frente a clara, yema, ovoalbúmina y ovomucoide y las siguientes determinaciones de IgE específica: clara 99,8 KU/l, yema 82,7 KU/l, ovoalbúmina 69,7 KU/l y ovomucoide 61,7 KU/l, con una IgE total de 946,4 UI/ml. Se realizó prueba cutánea con Lisozima®.

**Resultados:** Se objetivó pápula de 26 × 16 mm (histamina 6 × 6 mm, salino 0 × 0 mm) tras realización de prueba cutánea con Lisozima®. Aproximadamente 5 minutos después de prueba cutánea, comenzó con prurito generalizado, eritema en abdomen, rino-rrea, lagrimeo, tos y disnea sibilante.

**Conclusiones:** Los pacientes altamente sensibilizados frente a un alérgeno pueden presentar síntomas tras contacto con pequeñas cantidades de dicho alérgeno o tras contacto con dicho alérgeno presentado de forma inadvertida. Las reacciones sistémicas tras pruebas cutáneas son extremadamente raras. Presentamos un caso de anafilaxia tras realización de prueba cutánea con Lisozima® en niño alérgico al huevo.

## ANAFILAXIA EN UN NIÑO DE 4 MESES ALIMENTADO EXCLUSIVAMENTE CON LACTANCIA MATERNA

M.R. del Olmo de la Lama, F. Guerra García, A. Salvador Amores y M.C. Troyano Rivas

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

**Objetivos:** Presentación de un caso de alergia alimentaria que se manifestó con anafilaxia en un niño de 4 meses con alimentación materna exclusiva.

**Material y métodos:** Niño de 4 meses que 5 horas antes de acudir a urgencias presenta irritabilidad, y lesiones cutáneas, posteriormente decaimiento, un vómito y edema generalizado. Se diagnostica de anafilaxia, responde bien al tratamiento habitual, se retira lactancia materna y se realiza estudio alérgico por sospecha de alergia alimentaria.

**Resultado:** En los antecedentes destaca que el niño presenta una dermatitis atópica desde los 15 días de vida, desde entonces la madre realiza una dieta exenta de lácteos sin mejoría de las lesiones cutáneas. Previamente al cuadro de anafilaxia el niño tomó pecho y la madre había cenado dos huevos. Las pruebas cutáneas son positivas para PLV y huevo, negativas para pescados, soja, pollo, cacahuete y legumbres. La IgE específica para PLV y huevo está muy elevada. En la actualidad el niño tiene 4 años, persiste APLV y huevo, recientemente se ha hecho alérgico al pescado después de tolerarlo inicialmente. Continúa con DA y desde los 9 meses de vida presenta sibilancias recurrentes.

**Conclusiones:** Ante un lactante alimentado exclusivamente con lactancia materna que presente un cuadro de anafilaxia la causa es casi siempre la APLV, el niño puede estar sensibilizado a otros alimentos como el huevo. En el caso que presentamos creemos que el desencadenante del cuadro fue la alergia al huevo, ya que la madre llevaba 3 meses y medio con dieta sin PLV.

#### ANAFILAXIA DESPUÉS DE INGESTA ALIMENTARIA CON ESTUDIO IgE NEGATIVO. ¿SIEMPRE HAY QUE REALIZAR PROVOCACIÓN?

M.R. del Olmo de la Lama, F. Guerra García, M.C. Troyano Rivas, A. Salvador Amores y R. Losada del Pozo

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

**Objetivos:** Valoración de la prueba de provocación para el estudio de la alergia alimentaria cuando no está claro el antígeno, aunque la clínica desencadenada por la ingesta sea una anafilaxia.

**Material y métodos:** Caso clínico de una niña de 12 años que acude a urgencias por presentar de manera brusca picor generalizado, dolor de garganta, tos, decaimiento, visión borrosa y sensación de muerte inminente. Exploración clínica: habones generalizados, edema en cara, tos seca continua y afonía. Taquicardia y TA baja. Recibe tratamiento con: adrenalina IM, metilprednisolona IV, salbutamol inhalado y fluidoterapia IV, respondiendo rápidamente a las medidas terapéuticas. En la historia clínica se constata ingesta 20 minutos antes de: judías, merluza y naranja. No administración de fármacos, fiebre, ni otra sintomatología.

**Resultados:** Se realiza estudio alérgico. En los antecedentes personales destaca: reacción cutánea al contacto con el melocotón, dermatitis atópica desde los dos años, rinoconjuntivitis las 2 últimas primaveras. Se realiza PRICK y PRICK-PRICK con melocotón, judías, merluza y naranja, todos son negativos. Determinación de IgE específica para estos alimentos negativa. Provocación con naranja, melocotón y merluza: negativas, provocación con judía: positiva.

**Conclusiones:** Ante una anafilaxia es fundamental la actuación en el servicio de urgencias, no sólo terapéutica sino también de recogida de datos para eliminar los posibles desencadenantes de la reacción hasta realizar el estudio alérgico. La realización de la provocación incluso cuando exista el riesgo de desencadenar una reacción grave es completamente necesaria cuando no se ha llegado al diagnóstico etiológico por otros medios.

#### INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL EN ALÉRGICOS A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA. NUESTRA EXPERIENCIA

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

Servicio de Alergología, Hospital San Pedro, Logroño. España.

**Objetivos:** La inducción de tolerancia oral se plantea como una alternativa de tratamiento en casos de alergia a proteínas de leche de vaca persistente. Presentamos 2 pacientes que siguieron un protocolo de inducción de tolerancia oral, en nuestro Servicio de Alergología.

**Casos clínicos:** *Pacientes:* Dos varones, de 9 (paciente 1) y 6 (paciente 2) años de edad, diagnosticados de APLV mediante pruebas cutáneas e IgE específica. Ambos seguían dieta de eliminación, habiendo presentado, durante el último año, reacciones urticariales tras ingesta inadvertida de trazas de leche.

*Protocolo de inducción de tolerancia:* seguimos la pauta rápida de inducción de tolerancia descrita por Martorell et al, administrando dosis progresivamente crecientes de leche de vaca, hasta alcanzar dosis de 200 ml el 5.º día. *Paciente 1:* Se alcanza dosis de 200 ml el día 5. Posteriormente, en tomas domiciliarias, presenta dolor abdominal y vómitos, por lo que se reduce dosis a 100 ml diarios, con buena tolerancia. *Paciente 2:* El día 3, tras tomar 32 ml, presenta urticaria y disnea. El día 4, tras 50 ml, dolor abdominal y eritema facial. Llega a tolerar dosis domiciliarias de 100 ml, pero tras reaparición de sintomatología cutánea y digestiva, se reduce la toma a 75 ml.

**Comentarios:** Aunque la mayoría de los estudios muestran un alto porcentaje de éxitos, en nuestros pacientes no hemos conseguido establecer una dieta libre. Sin embargo, la tolerancia de dosis intermedias evita el riesgo de reacciones por contactos accidentales, lo que conlleva un importante beneficio en su calidad de vida.

#### SENSIBILIZACIÓN A LA LECHE DE VACA Y CARNE DE TERNERA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.A. Rico<sup>a</sup>, T. Díaz<sup>a</sup>, M.C. Costa<sup>a</sup>, P. Iriarte<sup>a</sup>, J. Jurado<sup>a</sup>, B. Veleiro<sup>a</sup>, M. Lombardero<sup>b</sup> y A. Ledesma<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Sección de Alergia, Hospital Universitario A Coruña. España.

<sup>b</sup>Laboratorio Alk Abelló S.A. Madrid. España.

**Objetivos:** Estudiar la evolución de la sensibilización y tolerancia a la leche de vaca cruda y hervida y a carne de ternera en un paciente de 5 años de edad.

**Material y método:** Paciente diagnosticada de alergia a la leche de vaca a los 4 meses: con el primer biberón de leche adaptada y con carne de ternera después, presentó una urticaria perioral y en abdomen. Desde entonces realiza dieta estricta sin PLV ni carne de ternera. Pruebas cutáneas: *prick*: aeroalergenos, leche de vaca, carnes. *Prick-prick*: leche, carne de ternera cruda, cocida. Controles: histamina, solución salina. IgE específicas (CAP Pharmacia; Upsala; Suecia). Inmunotransferencia. Prueba de tolerancia oral abierta: leche de vaca, templada, hervida: 10', 20' y 30'.

**Resultados:** Pruebas cutáneas a los 5 años: positivas leche entera, ALA, BSA, leche de vaca y carne de ternera crudas. La IgE específica al diagnóstico: leche: 18,4, ALA: 7,7, BLG: 3,19, caseína: 2,67 ku/l. A los 5 años: leche: 0,39 y PLV: < 0,35 ku/l. Prueba de tolerancia oral abierta: positiva con leche cruda y cocida 20', negativa con leche hervida 30'.

**Conclusiones:** La buena tolerancia de la a la leche hervida 30' nos hace pensar en una alergia persistente por proteínas termolábiles o en la alteración de los epitopos conformacionales producida por la exposición prolongada a la temperatura de cocción.



## ALERGIA A FRUTAS ROSÁCEAS

J. Martín-Lázaro y B. Gutiérrez-Novoa

*Policlínico Lucense (POLUSA). Lugo. España.*

**Objetivos:** Presentamos el caso de una niña de 16 años, previamente diagnosticada de rinitis y asma bronquial alérgica a ácaros del polvo remitida por su médico de Atención Primaria por presentar síntomas nasooculares y prurito palatino y faríngeo inmediato tras comer melocotón, yogur de melocotón y nectarina. No presenta urticaria ni angioedema ni síntomas sistémicos. Tolerancia a manzana, pera, ciruela, fresa y almendra.

**Material y métodos:** Se realizan pruebas cutáneas en *prick* con neumoalergenos habituales, batería de pólenes, profilina y LTP de melocotón. Se realiza IgE específica a ácaros, melocotón, albaricoque, cereza y ciruela.

**Resultados:** Las pruebas cutáneas resultan positivas a *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Lepidoglyphus destructor*, polen de gramíneas y LTP. La IgE específica resulta positiva para *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Lepidoglyphus destructor*, *Iolium perenne*, melocotón, albaricoque, ciruela y cereza (72,56, 2,63, 1,47, 0,61, 0,58 y 0,56 respectivamente).

**Conclusión:** La paciente fue diagnosticada de rinitis y asma bronquial alérgica a ácaros del polvo y polen de gramíneas y alergia alimentaria a frutas rosáceas por sensibilización a LTP (Lipid Transfer Protein, Proteína Transportadora de Lípidos). No ha vuelto a presentar reacciones desde que se le recomendó evitar las frutas rosáceas. El perfil de sensibilización, al ser las pruebas cutáneas negativas a profilina y positivas a LTP nos indica que la paciente está verdaderamente sensibilizada y las reacciones pueden llegar a ser graves.

## ALERGIA A LAS ESPINACAS EN UN PACIENTE DE 18 MESES

B. Redón Escartí<sup>a</sup>, M. Ferrer Vázquez<sup>a</sup>, B. Bartolomé Zavala<sup>b</sup> y A. Michavila Gómez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Alergia Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital General de Castellón. Castellón. España.*

<sup>b</sup>*Bial-Aristegui. Departamento de I+D. Bilbao. España.*

**Introducción:** La alergia a ciertos alimentos como huevo, pescado o legumbres en los primeros meses de vida, es relativamente frecuente, sin embargo es excepcional con alimentos como las espinacas. Presentamos un caso de alergia a espinaca en un niño de 18 meses.

**Caso clínico:** Varón de 18 meses que consulta por aparición de eritema peribucal y reacción inmediata exantemática urticariforme generalizada sin anafilaxia tras ingesta de diferentes alimentos, uno de ellos puré de espinacas. Se realiza *prick*-test obteniendo resultados positivos (> 3 mm sobre el control negativo), a extractos de huevo, pescado, lentejas, garbanzos, zanahoria, espinaca, acelga, remolacha cocida y polen de *Chenopodium album*; y *prick-prick* positivo a caldo de espinaca, espinaca cocida y espinaca cruda. Se determinó el nivel de IgE específica mediante EAST (Enzyme AllergoSorbent Test) frente a los extractos de espinaca, acelga, zanahoria, y polen de *Chenopodium album*, obteniéndose valores bajos de IgE específica aunque mayores que los obtenidos con un control negativo. El método de SDS-PAGE immunoblotting detectó bandas fijadoras de IgE específica en el extracto de espinaca con las siguientes masas moleculares: 63,5 kDa, 43,5 kDa y 39 kDa.

**Comentarios:** Es muy infrecuente encontrar pacientes de esta edad con alergia comprobada, *in vivo* e *in vitro*, a espinacas. Presenta, además, sensibilización a diferentes vegetales tanto de la misma familia Chenopodiaceae (remolacha y acelgas), como de taxonomías distintas, así como al polen de *Chenopodium album*. Antes de la reacción, nuestro paciente había consumido en algunas ocasiones espinacas y acelgas, pero no remolacha.



# Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



## PÓSTERS

## XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica Palma de Mallorca, 14-16 de mayo de 2009

### Segunda Sesión de Pósters

Moderadores: A. Madroño Tentor y R. Artigas

#### DÉFICIT DE ALFA-1-ANTITRIPSINA EN ASMA BRONQUIAL EN UNA CONSULTA DE ALERGIA INFANTIL

M.C. García Ara, M.T. Belver, I. Bobolea, M.T. Boyano, J.M. Díaz Pena y S. Quirce

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

**Introducción:** Entre las determinaciones complementarias en el estudio de asma bronquial en niños se encuentra la determinación de alfa-1-antitripsina (AAT) en suero. Conocer el fenotipo es importante para indicar unas medidas de profilaxis. También es importante realizar estos estudios a los familiares para despistar posibles déficits.

**Objetivos:** Estudio de la casuística del déficit de AAT en niños en niños con asma bronquial estudiados en nuestra consulta de Alergia en los últimos 12 años.

**Metodología:** Estudio retrospectivo analizando los datos epidemiológicos, valores séricos de AAT, estudio fenotípico y estudio a familiares de primer grado.

**Resultados:** Hemos detectado 7 pacientes con el déficit de AAT en los últimos 12 años. (3V/4M). La edad media de Dx 7 años (4-13). Todos ellos consultaron por asma bronquial y en todos ellos se detectó sensibilización a inhalantes excepto en un caso que se Dx de Asma infeccioso. Los valores medios de AAT fueron de 0,72 g/l (v normal 0,90-2,0 g/l). En la tabla se describen los fenotipos encontrados. Se realizó estudio a padres y hermanos en 5 pacientes siendo normales las cifras de AAT en 3 familias y se detectó el déficit en dos.

Pacientes			Padre	
	AAT sérica(g/l)	Fenotipo	AAT sérica(g/l)	Fenotipo
1	0,51	PiZ PiS	85	PiZ
2	0,78	PiZ PiM	NH	
3	0,65	PiZ PiS	Normal	
4	0,83	PiS PiS	NH	
5	0,76	PiZ PiN	Normal	
6	0,85	PiZ PiN	77	PiZ
7	0,67	PiZ PiS	Pendiente	

**Conclusiones:** Baja frecuencia de déficit de AAT en niños asmáticos vistos en una consulta de alergia infantil. No obstante alguno de los fenotipos encontrados (ZS, ZM) podría conllevar ligero riesgo de enfisema y de hepatopatía, de allí la importancia de su determinación.

#### RINOCONJUNTIVITIS, ASMA URTICARIA POR ALFALFA

I. Leanizbarrutia<sup>a</sup> y F. Pineda<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Consulta privada.. España.

<sup>b</sup>DIATER Laboratorios. España.

**Objetivos:** Presentar un niño con rinoconjuntivitis, asma bronquial, urticaria al exponerse a alfalfa cortada en un secadero. Tolerancia leguminosas. Posible causa de sensibilización por exposición laboral del padre.

**Caso clínico:** Niño de 4 años, con episodios de rinoconjuntivitis sin clara exposición ambiental, que se controla con aplicación tópica de antihistamínicos. No detectándose sensibilización alérgica con inhalantes habituales. Un año después, refiere rinoconjuntivitis, asma y urticaria, mientras se encontraba en un secadero de alfalfa, donde trabaja su padre. Mejora al salir, recayendo al entrar nuevamente. Se controla con broncodilatadores y antihistamínicos. Había estado anteriormente en el secadero sin problemas. El padre no se cambia de vestimenta al acudir al trabajo. Tolerancia lentejas, garbanzos, judías y cacahuete. *Prick test*: ácaros, epitelios, pólenes y hongos ambientales: negativas. Extracto de alfalfa cortada: 14 x 6 mm (8 controles negativos). Soja y lenteja: 5 x 3 (similar a histamina). Inmunoblotting: las IgEs del suero del paciente reconocieron proteínas en la alfalfa fresca, judía, lenteja, cacahuete crudo, tostado y soja.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de niño con sensibilización inhalatoria para alfalfa, posiblemente a través de contactos previos con alérgenos aportados por el padre del trabajo. A pesar de presentar banda de reconocimiento para legumbres, no presenta problemas con su ingesta.

#### ASMA INDUCIDO POR EJERCICIO EN EL NIÑO PREESCOLAR

M. Bosque, R. Grau, H. Larramona, L. Valdesoiro, O. Asensio, S. Loureda y P. del Bas

Unidad de Alergia y Neumología Pediátrica.

Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

**Introducción:** El test de ejercicio mediante carrera libre es una herramienta útil para el diagnóstico del asma inducido por el ejercicio, entidad poco investigada en el niño en edad preescolar.

**Objetivo:** Demostrar la existencia de asma inducida por el ejercicio en niños diagnosticados de asma bronquial de edades comprendidas entre 3 y 6 años.

**Material y métodos:** Niños de 3 a 6 años diagnosticados de asma bronquial. Test de carrera libre de 6 minutos de duración, exigiendo una frecuencia cardíaca post-ejercicio de por lo menos un aumento del 80% de la basal. Las espirometrías forzadas realizadas antes de la carrera, 3' y 10' post ejercicio. Definimos un test positivo: disminución del 10% del FEV<sub>1</sub> y/o FEV<sub>0,5</sub> y un 15% del FEF<sub>50</sub> respecto a los valores basales.

**Resultados:** Se estudiaron 95 casos, 64 niños y 31 niñas. De edades comprendidas entre 3 y 6 años (media de 4,5 años). Se diagnosticaron de asma inducida por el ejercicio: 21 niños (22%) valorando el FEV<sub>1</sub>, 29 niños (31%) valorando el FEV<sub>0,5</sub> y 30 niños (32%) valorando el FEF<sub>50</sub>. En 10 casos, aparición de síntomas post-ejercicio y test positivo.

**Comentarios:** La espirometría forzada y el test de ejercicio pueden practicarse, con personal adiestrado, en niños en edad preescolar. El FEV<sub>0,5</sub> y FEF<sub>50</sub> son también parámetros importantes para identificar el asma inducido por el ejercicio en este grupo de edad. El asma inducido por ejercicio puede presentarse en niños en edad preescolar incluso en aquellos afectos de asma leve.

## ESTUDIO PRELIMINAR DE LA PREVALENCIA DE ASMA EN NIÑOS EN LA CIUDAD DE LOGROÑO

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

*Servicio de Alergología. CAR San Millán. Hospital San Pedro. Logroño. España.*

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de asma en la población infantil del área urbana de Logroño en el momento actual (2007-2008).

**Material y métodos:** Se proporcionó el cuestionario escrito del estudio ISAAC ("International Study of Asthma and Allergy in Childhood") a 165 niños de entre 11 y 12 años que cursaban 6.º de primaria en Logroño. 93 eran mujeres (56,3%) y 72 varones (43,6%).

**Resultados:** El 12,2% refirieron haber padecido asma en alguna ocasión pero hasta un 16,4% habían presentado sibilancias. El 6,1% presentaron sibilancias en los últimos 12 meses, un 4,8% las presentaron de 1-3 veces y un 1,8% de 4-12 veces en el último año. En cuanto a las preguntas de severidad, tan sólo el 1,2% de los niños respondieron que se despertaron por la noche por esta causa. Un 5,5% requirió hospitalización por síntomas respiratorios. En relación con el ejercicio físico, el 14,7% presentaron sibilancias en los últimos 12 meses. Se recogieron también datos sobre antecedentes familiares de asma y tabaquismo pasivo, un 21,3% y un 46,3% afirmaron presentarlos respectivamente.

**Conclusiones:** A pesar de nuestra pequeña muestra, la prevalencia de asma en el área de Logroño (6,1%) podría encontrarse entre las más bajas de España según el estudio ISAAC. Si comparamos nuestra prevalencia con el único estudio realizado anteriormente en La Rioja en niños de 6-7 años en los años 2001-2002 (datos no publicados, tesis doctoral), observamos que no hay un aumento significativo de la prevalencia. (5,4 vs 6,1%).

## ESTUDIO DE LOS INGRESOS POR ESTATUS ASMÁTICO EN CASTILLA Y LEÓN. ANÁLISIS DE 6 AÑOS

J.E. Fernández Alonso<sup>a</sup>, J.M. Andrés de Llano<sup>a</sup>, C. Santana Rodríguez<sup>a</sup>, S. Castrillo Bustamante y M.M. Sendino García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. España.

<sup>b</sup>Servicio de Sistemas de Información. SACYL. España.

**Introducción:** El *Conjunto Mínimo Básico de Datos* (CMBD) obtenidos a través de la hoja clínico-estadística y del informe clínico constituye la principal herramienta que los sistemas nacionales de salud tienen para la elaboración de los indicadores que permiten la planificación y elaboración de los planes anuales de gestión.

**Objetivos:** Analizar diversos aspectos clínico-epidemiológicos de los niños ingresados en nuestra comunidad por *estatus asmático* entre los años 2002 y 2007.

**Población y métodos:** *Estudio observacional retrospectivo analítico* de la información obtenida del CMBD acerca de los 129.242 pacientes menores de 15 años ingresados entre los años 2002 y 2007 en los hospitales públicos del SACYL (Sanidad de Castilla y León). Para la codificación de los ingresos se ha utilizado la versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9 MC.

**Resultados:** Durante los 6 años analizados (2002-2007) el número de ingresos por Estatus Asmático en niños menores de 15 años ha sido de 43 pacientes (30 niños y 13 niñas), lo que supone una densidad de incidencia de 2,4 ingresos por estatus en hospitales del SACYL por cada 100.000 niños y año. De ellos, el 51,2% (22 casos) ha tenido lugar durante los años 2006 y 2007. La mediana de edad de los pacientes ingresados ha sido de 4 años con un Pc 25-75 de 2-7,5. La provincia de residencia que aporta más número de casos es León con 16 y la que menos Zamora con 1. La mediana de la estancia hospitalaria ha sido de 3 días con un Pc. 25-75 de 2-5. El promedio de códigos diagnósticos por niño ha sido de 6,2 y de procedimientos de 5,1; llamando particularmente la atención que en 11 casos no consta el uso de nebulizaciones y en 23 la administración de oxígeno.

**Conclusiones:** Necesitamos concienciarnos de la importancia que tiene la recogida sistemática de los datos básicos derivados del proceso asistencial del paciente y saber que dicha información es la que finalmente utilizan clínicos, epidemiólogos, gestores, etc.

## ALVEOLITIS POR EXPOSICIÓN A HUMIDIFICADOR ULTRASÓNICO DOMÉSTICO

M. Rodríguez Rodríguez

*Unidad de Alergia. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.*

**Objetivo:** La utilización de humidificadores ultrasónicos (HU) es frecuente en hogares con niños de corta edad. Se describen dos casos de patología respiratoria por HU compatibles con: neumonitis por hipersensibilidad (pulmón del humidificador) y alveolitis tóxica (fiebre del humidificador) respectivamente.

**Pacientes:** 1) Niña 8 años. Desde hace 2 meses viene presentando tos nocturna disneizante, ocasionalmente acompañada de sibilancias, febrícula intermitente y astenia. Leucocitosis y Rx tórax normal (dos visitas Urgencias). No historia previa atopía, hermana con asma. Estudio: *Aspergillus* Prick (+), intradermorreacción: inmediata (+), 6h (+), 24h (-), 48h. (+), resto de aeroalergenos negativos (*Alternaria*, *Penicillium*, *Cladosporium*, *Mucor* y *Pullularia*; ácaros domésticos, ácaros almacenamiento, epitelios y pólenes). IgE total < 18,40 UI/ml, IgE *Aspergillus* < 0,35 KU/l, IgG *Aspergillus* 6,73 mg/l. Con diagnóstico sospecha neumonitis por hipersensibilidad se aconseja retirar HU, desapareciendo sintomatología en 1 semana. 2) Mujer 34 años con episodios nocturnos recurrentes 3 meses evolución: intenso malestar, opresión torácica, disnea, escalofríos, hipertermia 39-40 °C. Estos síntomas desaparecían en horas, quedando asintomática. Antecedentes: rinoconjuntivitis estacional larga evolución, sin síntomas bronquiales asociados. Estudio: Prick test positivo: polen plátano sombra, olivo y gramíneas; negativo para resto aeroalergenos: hongos, ácaros y epitelios. Rx tórax y espirometría: normal. Se encontró relación temporal entre estos episodios y los cuadros catarrales de su hija, en cuyo dormitorio pernoctaba esos días para cuidarla. Se aconsejó retirar HU del dormitorio de la niña, no volviendo a presentar síntomas.

**Conclusión:** Dada la creciente utilización de HU, el pulmón de humidificador debería considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con enfermedades pulmonares o síndrome febril de origen desconocido.

## PACIENTE SENSIBILIZADO A ÁCAROS QUE EVOLUCIONA MAL

J. Martín-Lázaro, P. Iriarte-Sotés, P. Sesma-Sánchez y R. López-Abad

Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol. La Coruña. España.

**Objetivos:** Estudio de un paciente varón de 16 años enviado desde el servicio de pediatría, diagnosticado de rinitis alérgica a ácaros con mala evolución a pesar de tratamiento correcto. Refiere clínica ocular y nasal (rinorrea acuosa, prurito, estornudos en salvas) de predominio en el fin de semana, con accesos de tos y dificultad respiratoria de meses de evolución que también predominan el fin de semana. Vive en hábitat urbano. El fin de semana viaja a la aldea de sus abuelos, donde colabora en el cuidado de animales (gallinas, cerdos y ternero). Presenta síntomas nasooculares leves dentro de casa con claro empeoramiento al alimentar a los animales y al moler maíz para hacer pienso.

**Material y métodos:** Se realiza prick con neumoalergenos habituales (incluyen ácaros, mohos, pólenes, epitelios de perro-gato), mezcla de plumas, epitelio de vaca y harinas (gliadina, alfa-amilasa, arroz, avena, cebada, centeno, maíz y trigo). Se realizan pruebas de función respiratoria. Se determina IgE específica a ácaros del polvo doméstico y almacenamiento, y harinas.

**Resultado:** Las pruebas cutáneas fueron positivas a ácaros (*Dermatophagoides*, *Lepidoglyphus destructor*) y a harina de maíz. La espirometría fue normal con metacolina positiva (PD20: 0,17 mg). La IgE específica fue positiva a *Dermatophagoides*, *Lepidoglyphus* y harina de maíz (5,32, 15,20 y 1,13 KU/l).

**Conclusiones:** Se trata de un paciente diagnosticado de rinitis alérgica a ácaros que empeora de sus síntomas nasales al manipular maíz e, incluso, presenta síntomas de asma bronquial. Al estudiarlo encontramos alergia al maíz por vía inhalada, tolera la ingesta de maíz y el paciente presenta buena evolución al evitar su contacto.

## CONSUMO DE DIETA MEDITERRÁNEA Y DE ACEITE DE OLIVA DURANTE EL EMBARAZO: ¿INFLUYEN EN LAS SIBILANCIAS DEL PRIMER AÑO DE VIDA?

V. Hernando Sastre<sup>a</sup>, J.M. Lucas Moreno<sup>a</sup>, V. Pérez Fernández<sup>b</sup>, A. Martínez-Torres<sup>a,c</sup>, M. Sánchez-Solís<sup>a,b,c</sup>, J.A. Castro-Rodríguez<sup>d</sup>, J. Mallol<sup>e</sup> y L. García-Marcos<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Alergia Pediátrica; Hospital Infantil Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. España.

<sup>b</sup>Área de Pediatría, Universidad de Murcia. Murcia. España.

<sup>c</sup>Unidad de Neumología Pediátrica, Hospital Infantil Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

<sup>d</sup>Facultad de Medicina; Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Chile.

<sup>e</sup>Departamento de Medicina Respiratoria Infantil, Hospital El Pino. Universidad de Santiago de Chile. Chile.

**Objetivos:** Comprobar la hipótesis de que la dieta mediterránea y el aceite de oliva utilizados durante el embarazo pueden ser factores protectores sibilancias durante el primer año de la vida del niño.

**Métodos:** Los padres de 1.468 lactantes (edad media 16,6 ± 2,5 meses) completaron un cuestionario validado (Int Arch Allergy Immunol. 2007;44-50) cuando acudieron a la visita de vacunación de la triple vírica. Los niños se estratificaron según hubieran padecido (42,2%) o no sibilancias durante el primer año de la vida. Se empleó una puntuación de dieta Mediterránea utilizada por los autores pre-

viamente (Thorax. 2007;62:503-8; J Pediatr. 2008;152:823-8). Se usó la pregunta "¿Qué tipo de aceite utiliza predominantemente para cocinar o aliñar ensaladas?" para conocer el uso de este tipo de aceite.

**Resultados:** En la tabla se muestran los valores de la asociación (aOR) de padecer sibilancias con la puntuación de la dieta mediterránea y con el consumo preferente de aceite de oliva. Los resultados están ajustados para sexo, duración de la lactancia materna exclusiva, dermatitis, asistencia a guardería, hábito de fumar de la madre en el embarazo, asma o dermatitis en los padres, resfriados y manchas de humedad en las paredes de la casa.

	aOR	IC 95%
Aceite para cocinar y aliñar ensaladas durante el embarazo (oliva vs otros)	0,6	0,4-0,9
Cuartil de dieta mediterránea durante el embarazo		
Primero (inferior)	1	—
Segundo	0,73	0,50-1,08
Tercero	0,91	0,65-1,28
Cuarto (superior)	1,03	0,66-1,63

**Conclusiones:** El uso de aceite de oliva para cocinar y aliñar ensaladas durante el embarazo es un factor protector independiente de que el niño padezca sibilancias es primer año de vida.

## CAPACIDAD DEL CUESTIONARIO ISAAC PARA DESCARTAR LA PRESENCIA DE SENSIBILIZACIÓN EN ESCOLARES

V. Hernando Sastre<sup>a</sup>, J.M. Lucas Moreno<sup>a</sup>, J. Batllés Garrido<sup>b</sup>, G. García Hernández<sup>c</sup>, M. Morales Suárez-Varela<sup>d</sup>, V. Pérez Fernández<sup>e</sup>, M. Sánchez-Solís<sup>a,e,f</sup> y L. García-Marcos<sup>a,e,f</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Alergia Pediátrica, Hospital Infantil Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

<sup>b</sup>Unidad de Neumología y Alergia Pediátrica, Hospital Torrecárdenas; Almería. España.

<sup>c</sup>Sección de Neumología y Alergia Pediátrica, Hospital Infantil Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>d</sup>Unidad de Investigación; Hospital Peset. Valencia. España.

<sup>e</sup>Área de Pediatría; Universidad de Murcia. Murcia. España.

<sup>f</sup>Unidad de Neumología Pediátrica; Hospital Infantil Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Objetivo:** Conocer la validez del cuestionario ISAAC para diagnosticar la presencia de alergia diagnosticada por prick-test.

**Métodos:** Se utilizó la fase 2 del estudio, que incluye 2.720 niños de varias ciudades (9-11 años) con cuestionario y prick test a los siguientes alérgenos: *D. pter*; *D. farinae*; gato; *Alternaria*; mezcla de árboles (*Betula*, *Alnus* y *Corylus*); mezcla de hierbas (*Dactylis*, *Lolium*, *Festuca*, *Poa*, *Phelum* y *Avena*), *Olea* y *Parietaria*. Noventa y un niños no tenían completas las preguntas necesarias, por lo que fueron 2.629 niños los que se analizaron. Se usaron las siguientes preguntas: 1. Ha tenido su hijo problemas de estornudos, le ha goteado o se le ha taponado la nariz, sin haber estado resfriado o con gripe, en los últimos doce meses. 2. ¿Ha tenido su hijo estos problemas de nariz acompañados de picor y lagrimeo en los ojos, en los últimos doce meses. 3. ¿Ha tenido su hijo alguna vez alergia nasal, incluyendo fiebre del heno o rinitis?

**Resultados:** En la tabla se recogen las pruebas diagnósticas con sus intervalos de confianza (95%), considerando el resultado del prick test como estándar de oro.

	Sensibilidad	Especificidad
1. Síntomas de rinitis en el año anterior	48,8 (46,9-50,7)	76,7 (75,0-78,3)
2. Síntoma de rinoconjuntivitis en el año anterior	34,56 (32,75-36,38)	88,09 (86,8-89,3)
3. Diagnóstico de alergia nasal	23,4 (21,75-25,04)	90,46 (89,3-91,6)
Preguntas 1 + 3	28,89 (26,9-30,9)	92,26 (91,2-93,4)
Preguntas 2 + 3	22,21 (20,4-24,0)	94,85 (93,9-95,8)

**Conclusiones:** La especificidad es lo suficientemente alta, como para que una respuesta negativa a la combinación de preguntas 2 y 3 descarte con gran seguridad la presencia de sensibilización.

### UTILIDAD DEL ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO EN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE ASMA Y RINITIS

J.M. Lucas Moreno<sup>a</sup>, M.J. Soriano Pérez<sup>b</sup>, E.J. Sempere-Jover<sup>b</sup>, J. Valverde-Molina<sup>b</sup>, V. Hernando Sastre<sup>b</sup>, M. Sánchez-Solís<sup>a,c</sup> y L. García-Marcos<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Alergia Pediátrica; Hospital Infantil Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

<sup>b</sup>Servicio de Pediatría; Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera. Murcia. España.

<sup>c</sup>Unidad de Neumología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen de la Arrixaca; Murcia. España.

**Objetivo:** Conocer la utilidad del ONe en estudios epidemiológicos basados en el cuestionario ISAAC.

**Material y métodos:** A 254 niños en edad escolar entre 6 y 12 años, se les determinó ONe (mediante NioxMino® según técnica estandarizada) en el colegio y se pidió a los padres que rellenaran un cuestionario de síntomas que incluía las preguntas centrales sobre asma y rinitis del estudio ISAAC. Se consideró asma actual a la respuesta positiva a la pregunta: ¿Ha tenido su hijo sibilancias o pitos en el pecho durante los últimos 12 meses? Se interpretó como rinoconjuntivitis la respuesta positiva a estas dos preguntas: ¿Ha tenido su hijo picor de nariz y estornudos —que no fueran relacionados con un resfriado— en los últimos 12 meses? y ¿Se han acompañado estos problemas de nariz de picor y/o enrojecimiento de ojos? Los valores de ONe (ppb) se transformaron logaritmicamente para conseguir una distribución normal de los datos.

**Resultados:** El 51,7% fueron varones y la edad media fue de  $9,24 \pm 1,90$  años. El 9,7% de los niños padecían asma actual; y el 11,6% sufrían síntomas de rinoconjuntivitis. En la tabla se especifican los valores de ONe de cada grupo de niños. Trece pacientes fueron excluidos por tener valores de ONe fuera de rango ( $> 2SD$ ); ninguno de ellos padecía enfermedad alérgica.

Grupo	N	Media	Desv. típica	IC 95%
1. Normal	212	2,21	0,5	2,14-2,28
2. Asma	11	2,78	0,96	2,14-3,43
3. Rinitis	16	2,98	0,73	2,59-3,36
4. Asma + rinitis	15	2,87	0,67	2,50-3,34

1 vs 2,  $p = 0,008$ ; 1 vs 3,  $p = 0,0001$ ; 1 vs 4,  $p = 0,0001$ .

**Conclusiones:** Los niños que mediante cuestionario responden afirmativamente a las preguntas sobre asma o rinoconjuntivitis presentan —de media— niveles significativamente mayores de ONe.

### EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DESENCADENANTES DE ASMA EN NIÑOS QUE ACUDEN A URGENCIAS

E. Farreny<sup>a</sup>, C. Vasquez<sup>a</sup>, A. Gorriaz<sup>a</sup>, L. Ferre<sup>b</sup>, C. Gómez<sup>b</sup> y S. Nevot<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento Materno-Infantil. Servicio de Pediatría. Althaia. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa. España.

<sup>b</sup>Servicio de Alergia. Althaia. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa. España.

**Objetivos:** Evaluar los factores desencadenantes de crisis de asma en niños que acuden a urgencias.

**Material y métodos:** Encuesta realizada a niños con 3 o más episodios de broncoespasmo que consultan al servicio de urgencias entre los meses de diciembre de 2008 y febrero de 2009.

**Resultados:** Se realizaron un total de 30 encuestas, edad media de 3,27 años (rango 4 meses-10 años), 71,45% sexo masculino. El 60,7% había consultado previamente al pediatra. Un 46,87% acude a urgencias por empeoramiento de los síntomas. El síntoma más frecuente es la tos (42%). La sintomatología, en el 39,23% de los casos, es de más de una semana de evolución. Los principales agentes desencadenantes del episodio fueron las infecciones respiratorias (75,86%). Como tratamiento de la crisis actual la mayoría (57,57%) recibe tratamiento con broncodilatadores de acción corta, el 12,12% recibe corticoides orales y el 6,06% corticoides inhalados. El 42,86% ha tenido ingresos previos por crisis de broncoespasmo. El 56,66% no hacía tratamiento de base. De los que hacen tratamiento de base (13/30) el 75% asegura cumplirlo al 100% siendo el fármaco más utilizado es el montelukast (37,5%) seguido de los corticoides inhalados (25%). De estos últimos, sólo el 62,6% realiza bien la técnica inhalatoria. El 79,65% de los niños encuestados de edad igual o inferior a los 3 años presentan índice predictivo de asma (IPA) positivo.

**Conclusiones:** Las infecciones virales respiratorias son el desencadenante más frecuente de asma en el período evaluado, siendo la tos el principal síntoma de consulta. El tratamiento de mantenimiento más utilizado es el montelukast, por encima de los corticoides inhalados. La técnica inhalatoria incorrecta condiciona un mal control del asma. Se observó un alto índice de pacientes con IPA positivo.

### CRITERIOS DE ALTA EN EL ASMA INFANTIL VALORANDO CALIDAD DE VIDA, FUNCIÓN RESPIRATORIA E INFLAMACIÓN PULMONAR

A. Machinena, J. Lozano, M. Piquer, O. Domínguez, M.T. Giner, A.M. Plaza, M. Alvaro y M.A. Martín

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

**Objetivos:** Valorar parámetros clínicos, de función respiratoria y biomarcadores de inflamación en niños asmáticos que completaron tratamiento con inmunoterapia específica con la finalidad de establecer criterios consensuados de curación de asma.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, de niños asmáticos controlados en un hospital de 3er nivel. Se consideraba al alta una duración de inmunoterapia específica de más de 3 años, sin síntomas de asma en el último año y sin tratamiento sintomático. Se incluyeron 50 niños que recibieron alta médica en el año 2008 hasta la fecha, con asma bronquial extrínseca y con una edad promedio al alta de 12 años. Se obtuvieron datos al inicio y al alta de, espirometría basal forzada, óxido nítrico exhalado (ONE) y de calidad de vida.

**Resultados:** Se observan valores de espirometría al alta con FEV1 100% (2,86 L) y FEF25-75 110% (3,49 L/sec). El ONE se objetivó en valores medios de 28 ppb (normal). Los que tenían un ONE persistentemente elevado al alta presentaban síntomas de rinitis residual (n.º 11; 22%).

**Conclusiones:** En los niños asmáticos tratados con inmunoterapia específica durante 4,3 años se objetiva: ausencia de síntomas de asma en el último año, incluyendo actividades deportivas y sin recibir tratamiento. Función respiratoria normal. Ausencia de inflamación en la vía aérea en aquellos que no tuvieron rinitis residual.

## NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD EN UN ESCOLAR

M.A. Rueda Montero, E. Rodríguez Plata, L. Sánchez Nieto, E. Alonso Lebrero, V. Fuentes Aparicio y L. Zapatero Remón

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

**Introducción:** Ante un asma de difícil control debe plantearse diagnóstico diferencial con otras enfermedades orgánicas e inmunológicas.

**Caso clínico:** Paciente de 7 años con alergia alimentaria y asma bronquial con polisensibilización a inhalantes. En los últimos 3 años ha precisado tres ingresos con afectación del estado general, fiebre, dificultad respiratoria, hipoxemia mantenida, infiltrados pulmonares y leucocitosis. Los cuadros se resuelven en pocos días. En intervalos, con tratamiento de corticoides inhalados y broncodilatadores, presenta crepitantes, tos y expectoración. Varias visitas a Urgencias con afectación estado general, decaimiento e hipoxemia. Ha seguido dos ciclos de corticoides orales, en verano 2007 con buena respuesta y durante 3 meses en 2008 sin alcanzar control. Vivienda: bajo, 3 canarios y 2 agapornis retirados al inicio del cuadro. Pruebas complementarias: lones sudor normales. Mantoux negativo. Rx tórax en intervalos normal. TAC pulmonar normal. Alteraciones espirométricas fundamentalmente obstructivas. Estudio alérgico (tabla).

	2006	2007	2008
Pruebas cutáneas	+ ácaros, hongos, pólenes, huevo, pescado		
IgE total KU/l	609	698	919
IgE aspergillus KU/l	15,5	18,5	25
IgE cladosporium KU/l	20,2	35,8	54,4
IgE alternaria KU/l	2,69	2,55	3,8
IgG aspergillus mg/l	96,7	198,5	149
IgG cladosporium mg/l			131
IgG alternaria mg/l		47,6	40
IgG penicilium mg/l		92	122
IgG suero periquito mg/l	10,9	9,9	88,4
IgG suero paloma mg/l	80,7	61,4	14,5
Eosinófilos	20,5%	11,8%	15,1%

Tras nuevos cuadros de agudización a pesar de corticoides orales y último ingreso en octubre 2008 el niño refiere contacto diario durante el curso escolar con pájaros (15-0) situados en unas jaulas contiguas a su clase. Se aconseja el traslado a otro pabellón mejorando clínicamente con rapidez y suspendiendo corticoides orales.

**Conclusiones:** 1-El paciente cumple criterios diagnósticos de neumonitis por hipersensibilidad a antígenos aviares y hongos. 2-En algunos casos el contacto es difícil de localizar. 3-Este caso, con exposición en el ámbito de la actividad escolar, puede considerarse como un equivalente de asma ocupacional.

## ESTUDIO Y COMPARACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS OBESOS Y NO OBESOS

G. Rodrigo<sup>a</sup>, O. Carvajal<sup>a</sup>, S. Quevedo<sup>a</sup>, B. García<sup>b</sup>, A. González<sup>b</sup>, T. Bracamonte<sup>a</sup> y L. Echeverría<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Neumología y Alergia Infantil. Hospital Severo Ochoa. Leganés. España.

<sup>b</sup>Unidad de Endocrinología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés. España.

**Objetivo:** La prevalencia de Obesidad está en continuo aumento y se han descrito diversas alteraciones en la prueba de función pulmonar (PFP) en niños obesos comparándolos con los no obesos. La propuesta del estudio es investigar las medidas espirométricas (FEV<sub>1</sub>, FEV<sub>1</sub>/FVC, MMEF<sub>25-75</sub>) y las pruebas broncodilatadoras con salbutamol (PBD) (400 µg) en las dos poblaciones.

**Material y métodos:** 101 niños, 54 mujeres y 47 varones con una edad media de 11 años divididos en dos grupos: grupo I, 75 Obesos con un IMC > P<sub>84</sub> y grupo II, 26 No Obesos. Se realizaron PFP (espirometría y prueba broncodilatadora) siguiendo la normativa habitual. PBD (+): ΔFEV<sub>1</sub> ≥ 12%.

**Resultados:** 1. Espirometría (porcentajes):

	FEV <sub>1</sub>	FEV <sub>1</sub> /FVC	MMEF <sub>25-75</sub>
Grupo I	113,8	109,8	110,3
Grupo II	112,2	113,2	117,6

2. Prueba broncodilatadora (incremento porcentaje):

	PBD (+) (n.º)	ΔFEV <sub>1</sub> (%)	ΔMMEF <sub>25-75</sub> (%)
Grupo I	13	2,7	10
Grupo II	5	4	5,4

No se encontró ninguna significación estadística en ninguno de los parámetros de la PFP entre las dos poblaciones.

**Conclusiones:** 1. No existe ninguna diferencia en las PFP entre niños obesos y no obesos. 2. Parece existir cierta tendencia no significativa a menores valores de FEV<sub>1</sub>/FVC y menor respuesta broncodilatadora en obesos. 3. El incremento de asma en los niños obesos referido en la literatura puede ser debido a un incorrecto diagnóstico de la enfermedad no reflejándose en los estudios de la función pulmonar.

## NO TODO ES ASMA ALÉRGICA

M. Salas Casinello, F. Gómez Pérez, J.L. Corzo Higuera, E. Ananías Sotelo, A. Jurado Ortiz y C. Muñoz Román

*Sección de Alergia Infantil, Hospital Materno Infantil, Carlos Haya, Málaga. España.*

**Objetivos:** El asma es la causa más frecuente de tos con dificultad respiratoria y sibilancias en la infancia, pero no debemos olvidar otras patologías que pueden dar clínica similar; y que una prueba positiva a neuroalergenos sólo indica sensibilización si no se acompaña de clínica compatible.

**Material y métodos:** Varón de 9 años con antecedente de bronquiolitis, sin antecedentes personales ni familiares de atopía. Derivado con diagnóstico de asma por alergia a pólenes y mala evolución con tratamiento sintomático e inmunoterapia. Presenta desde los 2 años episodios diagnosticados de bronquitis o broncoespasmo con tos productiva, dificultad respiratoria y rinorrea mucopurulenta en ocasiones con fiebre, sin relación estacional. Se realizó prick-test a neuroalergenos, IgE específica (CAP) a olivo, gramíneas, Dp y alternaria; espirometría basal forzada y test broncodilatador; hemograma, determinación de inmunoglobulinas y subclases de IgG,

test del sudor,  $\alpha_1$ -antitripsina y TAC torácico. Como última prueba gammagrafía para estudio de motilidad ciliar.

**Resultados:** Las pruebas cutáneas fueron positivas a olivo y débilmente a gramíneas, IgE específica a olivo 6,31 KU/l siendo el resto negativas. La espirometría fue normal con broncodilatador negativo. No se encontraron alteraciones en el hemograma, inmunoglobulinas, test del sudor,  $\alpha_1$ -antitripsina ni TAC torácico. La gammagrafía con Tc mostró ausencia de motilidad ciliar en ambas fosas nasales.

**Conclusiones:** Presentamos el caso de un niño de 9 años con disinesia ciliar primaria. Se trata de una enfermedad autonómica recesiva, se debe sospechar en pacientes con tos productiva, sinusitis y otitis de repetición con mala evolución. En nuestro caso se llegó al diagnóstico por clínica compatible junto a estudio gammagráfico de motilidad ciliar.

#### PERFIL DE SENSIBILIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON ALERGIA PRIMAVERAL EN CÓRDOBA

A.M. Medina Fernández, M. Calvo Fernández, J. Torres Borrego, I. García Núñez y M.J. Barasona Villarejo

*Servicio de Alergología y Neumología Infantil.*

*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.*

*Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.*

**Introducción:** El polen de olivo y gramíneas constituye la principal causa de alergia respiratoria estacional en la provincia de Córdoba. En población adulta alérgica, se han observado perfiles de

sensibilización complejos con sensibilización tanto a alérgenos mayoritarios como a minoritarios de dichos pólenes. Pero, ¿qué ocurre en pacientes pediátricos?

**Objetivos:** Analizar el perfil de sensibilización que tiene una población pediátrica que acude a nuestra consulta por clínica respiratoria en primavera.

**Material y métodos:** Se incluyeron a 62 niños de forma consecutiva vistos de septiembre a diciembre de 2008, presentando clínica respiratoria en primavera. Retrospectivamente se analizaron variables demográficas (edad y sexo); clínicas (rinoconjuntivitis y/o asma) y diagnósticas (IgE específica frente al extracto de polen completo obtenidos en prick test, alérgenos mayoritarios de dichos pólenes, polcalcina y profilina).

**Resultados:** Los 62 niños tenían un edad media de 10,29 años (5-16) siendo un 52,9% varones. El 91,9% presentaban rinoconjuntivitis y asma bronquial frente al 8,1% que sólo tenían asma. Todos los pacientes estaban sensibilizados a olivo y el 62,9% tenían IgE específica  $> 0,35$  KU/l frente a Ole e1 con valores medios de 65,10 (0,73-  $> 100$ ). De los pacientes sensibilizados a olivo, el 87,7% lo eran también a gramíneas teniendo IgE específica frente a Phleum p 1 + 5  $> 0,35$  el 71,1% con valores medios de 24,49 (0,35-  $> 100$ ). El 8,3% estaban sensibilizados a polcalcina ( $2,21 \pm 8,53$ ) y el 22,4% a profilinas ( $2,90 \pm 6,09$ ).

**Conclusiones:** El paciente polínico que acude en primavera a nuestra consulta es un varón de unos 10 años de edad con rinoconjuntivitis y asma bronquial sensibilizado a polen de olivo y en más de un 60% a Ole e1 (alérgeno mayoritario). Los pacientes incluidos presentan perfiles de sensibilización frente a olivo u olivo + gramíneas, siendo esta sensibilización en la mayoría de los casos a expensas de alérgenos mayoritarios.



# Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



## PÓSTERS

### XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica Palma de Mallorca, 14-16 de mayo de 2009

#### Tercera Sesión de Pósters

Moderadores: R. Kraemer y R. Perelló

#### REACCIÓN ADVERSA A VACUNA PENTAVALENTE

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

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

**Objetivos:** La administración de vacunas suele acompañarse de reacciones leves locales como dolor, eritema o edema y sistémicas en forma de fiebre o irritabilidad. Son excepcionales las reacciones sistémicas graves.

**Caso clínico:** Niño de 4 años sin antecedentes patológicos de interés que a los 2 meses de vida tras recibir la 1.ª dosis de las vacunas recomendadas (difteria/tétanos/pertussis acelular/polio inactivada/Haemophilus + hepatitis B + meningococo C) presentó erupción cutánea en forma de eritema seguido de cianosis en extremidades inferiores. Madre hiperinmunizada a difteria/tétanos.

**Estudio y resultados:** El estudio inicial mostró unas pruebas cutáneas positivas a la vacuna pentavalente y negativas a la de hepatitis B y meningococo C. Al desglosar la vacuna pentavalente las pruebas fueron positivas a los 15 minutos a dT, y positivas a las 24 horas a dT, DTP y Haemophilus, y negativas a polio. El análisis objetivó anticuerpos protectores frente a Bordetella pertussis, Difteria y toxina tetànica y una hipogammaglobulinemia (Ig G, M y A).

**Evolución:** El niño recibió sin problemas la vacuna de la polio inactivada, la hepatitis B, el meningococo C y la triple vírica. Con el tiempo las cifras de gammaglobulinas se han normalizado y presenta niveles no protectores de anticuerpos frente a difteria y tétanos por lo que precisa revacunación. Se realiza nuevo estudio con la vacuna dT siendo en esta ocasión negativo, por lo que administramos la primera dosis de la vacuna sin presentar reacción adversa inmediata ni retardada.

**Conclusiones:** En nuestro paciente se podría pensar que la reacción observada a los 2 meses de vida fue debida a hiperinmunización materna. En cualquier caso, es aconsejable repetir el estudio alergológico a vacunas en niños que presentan reacciones adversas a edades tempranas.

#### REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS, ALGUNOS ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS

R.F. Ocaña-Vela, J.L. Eserverri, A.M. Marín, C. Blasco, T. Fadeeva y P. Garcés

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

**Objetivos:** Identificar los fármacos implicados, características clínicas y epidemiológicas en las reacciones adversas medicamentosas (RAM).

**Material y métodos:** Revisamos 150 historias, 89 niños/61 niñas (0-16 años), derivados para estudio de RAM durante un año. Se realizaron: IgE específicas (amoxicilina, penicilina G y penicilina V), pruebas cutáneas (betalactámicos, AINEs) y/o tests de provocación oral (TPO), según el fármaco implicado.

**Resultados:** El 50,7% de las RAMs ocurrieron en el grupo de 2 a 6 años y sólo 10% tenían comorbilidad alérgica. Los principales fármacos estudiados fueron: amoxicilina, amoxicilina-ácido clavulánico, ibuprofeno, paracetamol y azitromicina. El 97% tuvo clínica cutánea: exantema (49%), urticaria (46,7%) y angioedema (12%). La principal reacción a betalactámicos fue exantema (48,3% de 120) y angioedema para ibuprofeno (37,5% de 16). El tiempo de latencia desde la primera toma hasta la reacción fue menor de 24 h para ibuprofeno y mayor de 24 h para betalactámicos. Diagnóstico final de alergia en 5,3% (8 pacientes, 6 a amoxicilina y 2 a amoxicilina-clavulánico), ninguno con IgE específica positiva. Uno fue positivo inmediato a la prueba cutánea y 7 positivos a TPO (2 inmediatos). Tres pacientes fueron intolerantes a AINEs, identificamos 1 por TPO y 2 por historia clínica.

**Conclusiones:** Amoxicilina y amoxicilina-ácido clavulánico fueron los fármacos más implicados en las RAM. En pacientes con pruebas positivas las manifestaciones cutáneas fueron las más frecuentes. No hubo comorbilidad alérgica en ninguno de ellos. El ibuprofeno es tercera causa de RAM siendo la manifestación principal el angioedema.



## ANAFILAXIA TRAS ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES

J. González-Cervera, P. Berges-Gimeno, A. Henríquez-Santana y F.J. Ruiz-Hornillos

*Hospital Sur. Alcorcón. Madrid. España.*

**Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con anafilaxia en el que se pone de manifiesto la importancia de los test cutáneos previos a las pruebas de provocación.

**Material y métodos:** Paciente de 12 años, con rinitis persistente, que 60 minutos tras la administración de Triamcinolona intramuscular y 30 minutos tras ingerir pipas de girasol presentó cuadro clínico consistente en aparición de urticaria generalizada, tos y disnea sibilante. La paciente acudió al servicio de urgencias y fue tratada con prednisona, dexclorfeniramina y salbutamol, resolviéndose el cuadro. Se realizaron prick test con inhalantes habituales, pipas de girasol y triamcinolona. Se determinó IgE específica mediante CAP de Pharmacia frente a pipa de girasol.

**Resultados:** Los tests cutáneos fueron positivos para epitelio de hámster, negativos a ácaros, pólenes, hongos y pipas de girasol. La IgE específica para pipa de girasol fue  $< 0,10$  KU/l, realizándose provocación oral controlada con pipas de girasol con resultado negativo. El prick test con triamcinolona a concentración de 40 mg/ml, resultó positivo (pápula de  $7 \times 6$  mm). Se realizaron controles en 5 pacientes con resultado negativo. Ante estos resultados se realizó provocación controlada con metilprednisolona y mometasona previa realización de prick test con resultado negativo.

**Conclusión:** Estamos ante un caso en el que hemos demostrado mediante test in vivo alergia IgE mediada frente a triamcinolona, poniendo de manifiesto la importancia de la realización de prick test en la valoración de la alergia a medicamentos. Hemos demostrado tolerancia a corticoides de otros grupos de Coopman.

## NIÑA DE 17 AÑOS CON INTOLERANCIA A AINE

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

*Servicio de Alergia. Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.*

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de Intolerancia a AINE y el estudio que se realizó para poder aportar fármacos alternativos.

**Método:** Niña de 17 años sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestra consulta por presentar 3 episodios de reacciones adversas con la toma de antiinflamatorios no esteroideos. El primer episodio ocurrió hace 3 años a las 2 horas de tomar 500 mg de ácido acetilsalicílico y consistió en angioedema facial marcado y rinitis. Hace 3 meses refiere con Ibuprofeno 400 mg, rinoconjuntivitis y edema palpebral, ocurriéndole lo mismo hace 2 semanas tras la toma de metamizol en cápsulas. Refiere que tolera 2 gr de paracetamol al día. Al haber 3 grupos farmacológicos implicados consideramos que existe una Intolerancia a AINE, por lo que se realiza el test de provocación controlada con 3 fármacos alternativos, separados cada uno de ellos una semana (celecoxib, meloxicam, y piroxicam).

**Resultados:** Las 3 provocaciones con celecoxib, meloxicam y piroxicam resultaron negativas. La paciente fue diagnosticada de intolerancia a AINE y se le recomendó que en caso de necesidad de un antiinflamatorio o analgésico tomara paracetamol o uno de los 3 que toleraba.

**Conclusiones:** El protocolo de provocación con inhibidores selectivos de la COX en intolerantes a AINE, puede ser considerado seguro y útil en la clínica. Aún así, previo a la recomendación de dichos fármacos se debe realizar estudio controlado, aunque se estén administrando tratamientos considerados muy fiables.

## EN LA MARCHA ALÉRGICA, QUÉ ES PRIMERO ¿EL ASMA O LA RINITIS?

R. Rodríguez, M.D. García, M. Casanova, V. Botella López, M. Romero Gómez, V. Esteban Cantó y J. Garde

*Hospital General de Elche. Alicante. España.*

**Objetivos:** Determinar si la aparición de rinitis alérgica precede, por lo general, al asma alérgico o viceversa.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo en el que, durante dos meses, se analizan a todos los pacientes que consultan en la Unidad de Alergia de Elche para revisión del asma o la rinitis que presentan.

**Resultados:** Se analizan 147 pacientes consecutivos: 128 (87%) con rinitis y 61 (41%) con asma. 48 niños (33%) presentan asma y rinitis conjuntamente, 80 (54%) presentan únicamente rinitis y 19 (13%) presenta únicamente asma. El motivo de consulta inicial fue: 38 (26%) por asma y rinitis; 80 (54%) por rinitis, 20 (14%) por asma y 8 (5%) por otros motivos. Tras un período promedio de seguimiento de tres años, el 19% de los niños que consultaron por rinitis presentaban, además, asma y el 15% de los que inicialmente consultaron por asma asociaron, además, rinitis. De los 48 pacientes que presentaban asma y rinitis en el momento de la revisión, en 14 (29%) ocasiones habían debutado simultáneamente, en 10 (21%) ocasiones debutaron con asma y posteriormente presentaron rinitis y en 24 (50%) de las ocasiones debutaron con rinitis y posteriormente asociaron asma.

**Conclusiones:** La asociación asma y rinitis alérgica es muy frecuente en pediatría. En nuestra serie el 63% de los niños con rinitis asociaban asma, y el 79% de los asmáticos presentaban además rinitis.

## ALERGIA A BETA-LACTÁMICOS. CASUÍSTICA EN UN HOSPITAL COMARCAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO

L. Rodríguez Ferran, N. Cortés Álvarez y F.J. Molina Jiménez

*Sección de Alergología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Barcelona. España.*

**Objetivo:** Conocer las características de los pacientes remitidos para estudio de alergia a beta-lactámicos y los resultados de dichos estudios.

**Material y métodos:** Se incluyeron los pacientes remitidos para estudio de alergia a beta-lactámicos, recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, fármaco, motivo de administración, tipo de reacción, tiempo de latencia y estudio alergológico realizado.

**Resultados:** 64 pacientes (14,3% de las visitas). Edad media al estudio: 5,7 años; tiempo medio entre reacción y estudio: 20,7 meses. Fármaco: amoxicilina-clavulánico 67%; amoxicilina 30%; penicilina 3%. Clínica: urticaria 60%, exantema maculo-papular 26,5%, urticaria-angioedema 8%, dudoso eritema multiforme 1,5%. Tiempo de latencia toma de fármaco-reacción: desconocido 62,5%, y  $< 1$  h en 8%. Estudio alergológico positivo: 1 por anamnesis, 1 IDR positiva amoxicilina; 1 IDR positiva a cefuroxima; 1 RAST positivo a clavulánico; 5 pruebas de exposición (PE) positivas. Con lo cual, de 64 pacientes iniciales, se realizó PE a 63, siendo positiva en 5.

**Conclusiones:** 1) La información suele ser inexacta, debido al excesivo tiempo entre la reacción y el estudio. Esto podría mejorarse explicitando más la información al derivar al paciente. Para ello se ha enviado a cada pediatra un cuestionario a rellenar al derivar un paciente. 2) Se confirmó alergia a beta-lactámicos en un 12,5% de los pacientes. 3) El tipo de reacción más frecuente fue urticaria. 4) Las PE positivas referían como reacción previa: urticaria (2), urticaria con dificultad respiratoria dudosa (1), eritema multiforme (1, reproducción idéntica en la PE), exantema micropapular (1).

## IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA SUBCUTÁNEA: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL NÍVEL II

A.L. Leite, S. Lima, A. Oliveira y A.M. Ribeiro

*Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE – Unidade de Oliveira de Azeméis. Portugal.*

**Introdução:** A imunoterapia específica consiste na administração gradual de extractos alérgenos, em quantidades crescentes, a um

indivíduo previamente sensibilizado e sintomático para a exposição ao alérgeno causal. Tem-se revelado uma terapêutica capaz de alterar o curso natural da doença alérgica.

**Objetivo:** Análise descritiva de crianças/adolescentes com doença respiratória alérgica em programa de imunoterapia específica subcutânea (ITSC).

**Metodologia:** Revisão dos processos de doentes seguidos em consulta de Imunoalergologia Pediátrica a efectuar ITSC. Foram analisados dados epidemiológicos, clínicos e terapêuticos.

**Resultados:** Incluíram-se 49 doentes, com idades entre 7 e 18 anos, sendo a maioria do sexo masculino (79,6%). 67% tinham asma e rinite associadas. Relativamente à sensibilização, 70% apresentavam sensibilização exclusiva para ácaros, 10% para gramíneas e os restantes polissensibilização a ácaros e gramíneas. A média etária de início da ITSC foi de 12,5 anos ( $\pm 1,8$ ) e a duração média de tratamento foi de 2 anos ( $DP \pm 1,6$ ). Foram administradas  $31,1 \pm 25,3$  doses de inoculação e 39% apresentaram reacções adversas locais. As reacções sistémicas foram documentadas apenas em 4% dos casos. Os doentes foram reavaliados ao final de 1 ano, constatando-se fase de remissão na maioria. Cerca de 2/3 referiram melhoria da qualidade de vida após início da ITSC, comprovando-se uma diminuição do número de crises, com consequente decréscimo da gravidade clínica.

**Comentarios:** A ITSC é uma terapêutica eficaz e que contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida da criança alérgica. É um procedimento seguro, muito embora não devam ser desvalorizadas eventuais complicações, reservando-se a sua aplicabilidade a centros com comprovada experiência.

## SEGURIDAD DE LA VACUNA TRIPLE VÍRICA EN LA POBLACIÓN DE NIÑOS ALÉRGICOS A HUEVO DE S/C TENERIFE

G. Hernández, E. Rodríguez-Plata, E. Pérez, J.A. Martínez, J. Iglesias y J.C. García Robaina

Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Objetivos:** La vacuna triple vírica empleada en la actualidad (Sarupa®) se prepara en embriones de pollo, por lo que podría contener trazas de huevo. Esto ha generado preocupación ante su uso en niños alérgicos al huevo. Aunque existen algunos estudios que avalan su seguridad, no existe un consenso generalizado. Previamente se recomendaba la vacunación con Moruviraten®, vacuna exenta de huevo, pero ha sido retirada del mercado recientemente. El objetivo de nuestro estudio es determinar la seguridad de la vacuna triple vírica en nuestra población de niños alérgicos al huevo.

**Material y métodos:** Fueron incluidos pacientes en edad pediátrica remitidos desde atención primaria con sospecha de alergia a huevo pendientes de vacunación con Sarupa®. Se realizaron pruebas cutáneas con huevo, determinación de IgE específica y tolerancia oral con huevo si estaba indicada. Posteriormente se sometió a todos los pacientes a prick test con la vacuna y administración cautelosa de la misma en nuestro Servicio.

**Resultados:** Se revisaron 49 historias clínicas, 27 niños y 22 niñas con edades comprendidas entre los 14 meses y los 4 años de edad, remitidos por sospecha de alergia a huevo. De los 49 pacientes 35 se objetivaron alérgicos y 14 con sensibilización asintomática, no presentando en ninguno de los dos grupos, reacción tras la administración de la vacuna.

**Conclusiones:** La vacuna triple vírica (Sarupa®) parece segura en la población pediátrica con historia de alergia a huevo. Son necesarios más estudios con mayor número muestral para llegar a un consenso sobre su administración rutinaria en Centros de Salud.

## ALERGIA A POLEN DE ABEJA EN UN NIÑO

M.F. Martín Muñoz<sup>a</sup> B. Bartolomé<sup>b</sup>, M. Camino<sup>a</sup>, I. Bobolea<sup>a</sup>, M.C. García Ara<sup>a</sup> y S Quirce<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Alergología, Hospital Infantil, La Paz. Madrid, España.

<sup>b</sup>Laboratorio Bial Aristegui. Bilbao. España.

**Objetivo:** Estudio de un niño de 4 años con rinoconjuntivitis polínica que desarrolló edema de úvula y faringe y urticaria minutos después de la ingestión de polen de abeja.

**Material y métodos:** Realizamos prick test con polen de abeja y los extractos de pólenes locales, ácaros del polvo doméstico, hongos comunes y caspa de animales. Analizamos la composición del polen de abeja. Cuantificamos triptasa sérica IgE total y específica frente a extractos de polen de abeja, *Lolium perenne*, *Olea europaea*, *Platanus acerifolia*, *Cupressus arizonica*, *Taraxacum officinale*, *Artemisia vulgaris* y *Quercus ilex* y alérgenos específicos Art v 1, Ole e 1, Lol p1, Pla a 1, Pla a 2 y LTP de melocotón. Realizamos SDS-PAGE inmunotransferencia inhibición para determinar los alérgenos responsables de la reacción alérgica.

**Resultados:** Los prick test mostraron resultados positivos para todos los pólenes y negativos con el resto de los alérgenos. El polen de abeja se componía de: 25% *Quercus* spp, 16% familia Rosaceae, el 12% familia Compositae. El nivel de Triptasa fue 3,5 µg/ml; la IgE total 435 kU/l y los valores de IgE específica para polen de abeja 6 KU/L, y para los pólenes de *Artemisia vulgaris*, *Taraxacum officinale*, *Cupressus arizonica*, *Olea europaea*, *Platanus acerifolia*, *Lolium perenne*, *Quercus ilex* y Art v 1, Ole e 1, Lol p1 y Pla a 2 fueron superiores a 0,35 KU/L. Los hallazgos de la SDS-PAGE inmunotransferencia inhibición apuntan al polen de *Artemisia vulgaris* y otras compuestas como la causa más probable de la reacción.

**Conclusión:** Los productos como el polen de abeja, miel, jalea real y propóleo deben llevar etiquetas de advertencia para pacientes con alergia al polen.

## PAUTA DE VACUNACIÓN LENTA FRENTE A REACCIÓN URTICARIAL CON PENTAVAC

B.H. Santurino, E. Macías, E. Moreno, R. Pacheco y F. Lorente

Servicio de Alergología del Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

**Objetivos:** Completar vacunación con DTP + HIB + polio + meningitis C en niño con antecedentes de reacción urticarial en relación con dicha vacuna.

**Material y métodos:** Presentamos a un lactante de 4 meses de edad que a los 60 minutos de la administración de la segunda dosis de Pentavac® (DTP + HIB + polio y meningitis C) presentó una reacción urticarial generalizada y edema palpebral bilateral que cedió en menos de 24 horas tras la administración de metilprednisolona IM. Doce meses después es enviado a consulta para estudio alergológico. Se realizaron pruebas cutáneas intraepidérmicas (prick) con Pentavac® con resultado positivo en dos ocasiones sucesivas separadas por un intervalo de 2 meses. Las pruebas cutáneas en 5 controles fueron negativas. La IgE específica frente a leche, huevo, látex, formaldehído y tétanos toxoide fue negativa. Se realizaron también pruebas epicutáneas con excipientes incluyendo hidróxido de aluminio, formaldehído, fenoxietanol y tiomersal con resultado negativo. Ante la necesidad de la vacunación del niño se decide la administración, por separado, de las diferentes vacunas. Revisando la bibliografía no encontramos protocolos específicos de vacunación frente a reacciones de hipersensibilidad a vacunas en niños. Se utilizó una pauta de administración basada en el protocolo de desensibilización al toxoide tetánico de Carey y Metzger.

**Resultados:** El niño toleró la administración de los diferentes preparados sin presentar reacciones adversas.

**Conclusiones:** Las reacciones de hipersensibilidad frente a las vacunas son excepcionales. La inmunización de estos niños plantea la necesidad de buscar protocolos de inducción de tolerancia para la población infantil.



# Allergologia et immunopathologia

www.elsevier.es/ai



## PÓSTERS

### XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica Palma de Mallorca, 14-16 de mayo de 2009

#### Cuarta Sesión de Pósters

Moderadores: V. Cardona y A. Oehling

#### HOSPITAL DE DÍA: INSTRUMENTO EFICAZ Y SEGURO EN LAS CONSULTAS DE ALERGIA

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

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

**Objetivos:** Analizar el número de niños a los que se les realizó prueba de provocación con alimentos o medicamentos, con el objetivo de valorar la importancia, utilidad clínica y seguridad del Hospital de Día Infantil, así como su papel en la mejora de calidad de vida del paciente alérgico.

**Material y métodos:** Pacientes alérgicos a alimentos y/o fármacos que tras ser estudiados en nuestras consultas, fueron enviados a nuestro Hospital de Día para provocación durante el año 2008.

**Resultados:** Se realizó prueba de provocación a 2.272 pacientes: 1.893 niños con alimentos (83,31%) y 379 con medicamentos. Se objetivaron 160 reacciones alérgicas (7,04%): 83 a leche (51,83%), 44 a huevo (19 para clara cocida y 25 para cruda), 4 a leguminosas, 5 a frutos secos, 4 a frutas y 5 a pescados. De las 379 provocaciones realizadas por supuesta alergia a fármacos, fueron positivas sólo 8 (2,11%): 5 para AAS y 3 para ibuprofeno. Durante este año ninguna provocación fue positiva para beta-lactámicos.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos demuestran que provocaciones realizadas tras una selección cuidadosa de los pacientes, de forma rigurosa, en lugares adecuados y con personal adiestrado, presentan un número escaso de reacciones adversas y permiten mejorar claramente la calidad de vida de los pacientes alérgicos. El Hospital de Día de Alergia es un instrumento eficaz y seguro en la Consulta de Alergia

#### FRECUENCIA DE PARASITOSIS EN NIÑOS CON IgE SÉRICA TOTAL ELEVADA

I. Bobolea, M.C. García Ara, J.M. Díaz Pena, M.T. Boyano, J.I. Larco y S. Quirce

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

**Introducción:** En niños alérgicos solemos encontrar IgE elevada no obstante cuando ésta se encuentra por encima de 1.000 KU/l tratamos de descartar presencia de parasitosis.

**Objetivos:** Analizar la frecuencia de parasitosis en niños con IgE sérica total elevada

**Metodología:** Seleccionamos pacientes con IgE sérica total > 1.000 KU/l con distintas patologías: Alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) (Grupo I), alergia a epitelios de animales sin APLV (Grupo II), y pacientes con IgE sérica total > 1.000 KU/l sin APLV y sin alergia a epitelios (Grupo III). Se realizó recogida de datos clínicos, parásitos en heces tres determinaciones y test de Graham, y determinación de IgE sérica total y específica para Equinococo (IgE Eeq), Ascaris (IgE As) y Anisakis (IgE An). En los pacientes con IgE positiva para Eeq se descartó hidatidosis.

**Resultados:** Se recogieron consecutivamente 26 pacientes, 11 del grupo I, 6 del grupo II y 9 del grupo III (polínicos). Se detectó presencia de parásitos en heces en 3 pacientes: En dos presencia de *Enterobius vermicularis* y en el otro quistes de *Blastocystis hominis* y *Endolimax nana*. IgE específica para parásitos fue positiva en 24/26 (92%). En la tabla se muestra este porcentaje por grupos.

Tabla Porcentaje de positividad de IgE específica

CAP > 0,34KU/L	Grupo I (n = 11)	Grupo II (n = 6)	Grupo III (n = 9)
IgE As	5 (45%)	4 (66%)	7 (77%)
IgE An	5 (45%)	3 (50%)	7 (77%)
IgE EQ	10 (90%)	4 (66%)	3 (33%)

**Conclusiones:** Encontramos alta frecuencia de IgE específica para parásitos en IgE sérica total elevada y baja frecuencia de parásitos en heces. En el grupo I hay un porcentaje mayor de pacientes con IgE específica para Equinococo y de IgE para Ascaris en grupo III.

#### DIVERSIDAD DE ÁCAROS DOMÉSTICOS EN LAS ISLAS CANARIAS

F. Schamann Medina<sup>a</sup>, A. Sánchez Palacios<sup>a</sup>, J.A. García Marrero<sup>a</sup>, J. Figueroa<sup>a</sup>, M.D. Gallego<sup>a</sup>, H. Pinto<sup>b</sup> y V. Iraola<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Insular de Las Palmas, Alergología. Las Palmas de Gran Canaria. España.

<sup>b</sup>Laboratorios LETI, S.L., R & D, Tres Cantos. Madrid. España.

**Introducción:** Los ácaros domésticos constituyen el principal factor etiológico de sensibilización alérgica en las Islas Canarias. La fauna de ácaros domésticos de las islas más grandes (Tenerife, Gran Canaria) es relativamente bien conocida. Sin embargo, la situación cambia en las otras islas donde, es en su mayor parte, desconocida.

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo fue estudiar las especies de ácaros y determinar los niveles de Der p 1 y Der f 1 en polvo doméstico de domicilios de La Gomera, Hierro, La Palma y Lanzarote.

**Material y métodos:** Las muestras de polvo fueron recolectadas en 93 colchones y 52 cocinas en cuatro islas: Gomera (11 colchones; 8 cocinas); El Hierro (19; 17), La Palma (34; 12) y Lanzarote (29; 15). Las muestras de polvo fueron recolectadas usando un aspirador modificado para tal efecto. Los ácaros fueron aislados de las muestras e identificados al microscopio. Los niveles de alérgenos fueron determinados usando anticuerpos monoclonales.

**Resultados:** Se han identificado 30 especies de ácaros, siendo *Dermatophagoides pteronyssinus* la especie más abundante y prevalentes. Para el resto de las especies hay grandes diferencias entre islas, así *D. farinae*, *Euroglyphus maynei* y *Chortoglyphus arcuatus* fueron más frecuentes y abundantes en La Gomera que en las otras islas. *Tyrophagus putrescentiae* fue más común en La Gomera y La Palma que en Lanzarote y El Hierro. *Blomia tropicalis* más prevalente en Lanzarote que en las otras islas. La altitud y orientación de la localidad tenían una gran influencia en la distribución y abundancia, dentro de cada isla, en diversas especies como *B. tropicalis*, *D. farinae* y *C. arcuatus*.

**Conclusiones:** Aunque *D. pteronyssinus* es la especie predominante en nuestra área, existen otras especies que dependiendo de diversos factores, como la orientación y altitud dentro de la isla, deberían ser tenidos en cuenta en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes alérgicos a ácaros. Estas especies son *D. farinae*, *E. maynei*, *B. tropicalis* y *C. arcuatus*.

## CARACTERIZACIÓN BIOLÓGICA DE UN EXTRACTO ALERGÉNICO DEL ÁCARO *BLOMIA TROPICALIS*

A. Sánchez-Palacios<sup>a</sup>, J. Cumplido<sup>b</sup>, P. Verdú<sup>b</sup> y A. Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Insular, Servicio de Alergología, Las Palmas de Gran Canaria. Santiago. España.

<sup>b</sup>Hospital Gran Canaria Dr. Negrín, Servicio de Alergología. Las Palmas de Gran Canaria. España.

<sup>c</sup>Bial-Aristegui, Departamento de I+D, Bilbao. España.

**Objetivo:** *Blomia tropicalis* (familia *Echimyopodidae*) es un ácaro implicado en la aparición de alergias respiratorias en regiones tropicales y subtropicales cuyo clima húmedo y caluroso es idóneo para su crecimiento. En nuestro país, la sensibilización a este ácaro ha sido estudiada mayoritariamente en Canarias, donde se encontró una incidencia del 56,25% en sujetos atópicos. El objetivo de este trabajo ha sido caracterizar un extracto de *Blomia tropicalis* y establecer su valor diagnóstico.

**Materiales y métodos:** Un cultivo de ácaros se sometió a maceración en tampón fosfato salino. La suspensión obtenida se centrifugó y el sobrenadante se filtró a través de filtros de celulosa AP20. Seguidamente, se dializó utilizando membranas de 5000 Da y se liofilizó. El extracto se analizó por métodos electroforéticos y de inmunodetección. Se llevó a cabo una prueba de prick a distintas concentraciones del extracto en pacientes con historia clínica de alergia inhalatoria por *B. tropicalis*.

**Resultados:** La caracterización biológica se realizó con 40 pacientes alérgicos a *B. tropicalis* sin aparición de efectos adversos. El valor SPT fue de 0,87 mg/ml con un intervalo de confianza de 0,38-2,61 mg/ml ( $p < 0,05$ ). El tamaño de la pápula estimado a 1 SPT fue de entre 3,65 y 83,33 mm<sup>2</sup>. La sensibilidad óptima se encontró a 3xSPT. La inmunodetección mostró bandas fijadoras de IgE a 14,7-16,5-44,8-67,9 kDa, que podrían coincidir con los alérgenos descritos en *B. tropicalis*: Blo t 5, 12, 2, 1.

**Conclusión:** Se ha definido un extracto de referencia de *Blomia tropicalis* para su uso en diagnóstico e inmunoterapia.

## ANAFILAXIA EN NIÑOS. REVISIÓN

E. Santolaya<sup>a</sup>, M.T. Audicana<sup>a</sup>, J.M. García<sup>b</sup>, D. Muñoz<sup>a</sup>, E. Fernández<sup>a</sup>, O. Villarreal<sup>a</sup> y M. Frías<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Alergología e Inmunología Clínica, Hospital Santiago Apóstol. España.

<sup>b</sup>Sección de Alergología Pediátrica. Servicio de Pediatría, Hospital de Cruces. Baracaldo. Bizkaia. España.

**Objetivo:** Revisión de los casos de anafilaxia infantil estudiados en nuestro Servicio de 2000 a 2008.

**Material y método:** Estudio transversal descriptivo considerando la historia clínica del paciente y el estudio alergológico (pruebas cutáneas e IgE específica).

**Resultados:** Se describen 28 casos (6 leves, 18 moderados y 4 graves). La edad media es de 4.7 años (rango: 0-14), el 50% son menores de 3 años, existiendo predominio masculino (2:1). Existen antecedentes personales de asma y dermatitis atópica en un 32% y 29% respectivamente. En un 64% la anafilaxia es la primera manifestación de la sensibilización y tiene una evolución bifásica en un 7%. El 86% presentan manifestaciones cutáneas, el 54% síntomas respiratorios y, el 50% gastrointestinales. La afectación conjuntival y nasal está presente en el 14% y 21% respectivamente, y la sintomatología cardiovascular y neurológica en un 7%. La causa más común es alimentaria (75%), seguida de farmacológica (11%). Los cacahuetes y frutos secos representan el 33% de los alimentos, las frutas el 24%, la leche el 14%, al igual que el huevo, seguidos del pescado (10%) y las legumbres (5%). En cuanto a fármacos, dos casos son por AINE y uno por  $\beta$ -lactámicos. El látex es causa en un niño intervenido quirúrgicamente en siete ocasiones. Se observan dos casos de anafilaxia inducida por esfuerzo y uno idiopático.

**Conclusiones:** La anafilaxia es una urgencia pediátrica en aumento cuyo diagnóstico y temprano tratamiento son esenciales. Los alimentos y, concretamente los de origen vegetal, son los más implicados en la etiología.

## JOVEN CON DERMATITIS POR SENSIBILIZACIÓN AL THIOMERSAL Y SULFATO DE NÍQUEL

I. García Núñez, M.J. Barasona Villarejo, A.M. Medina Fernández, C. Moreno Aguilar, M.A. Algaba Mármol y F. Guerra Pasadas

Servicio de Alergia. Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.

**Objetivos:** Describir un caso clínico de una paciente que acudió a consulta por cuadro de dermatitis en manos de varios meses de evolución. Mostrar el estudio que se realizó.

**Material y métodos:** Mujer de 17 años estudiante de Bachillerato, que ayudaba a su madre en la peluquería familiar, no usando guantes. Acude a nuestra consulta desde atención primaria por cuadro de varios meses de lesiones eritematosas, muy pruriginosas y secas en ambas manos, sobre todo dedos, mejorando tras tacrolimus tópico aunque con tendencia a empeorar. También refiere cuadro similar en zona retroauricular, cuello y muñecas tras usar bisutería. Se realizó historia clínica exhaustiva para valorar factores de riesgo y se solicitaron: Prick test con neumoaérgenos, pruebas epicutáneas con batería estándar y con sustancias de peluquería.

**Resultados:** Prick test neumoaérgenos (ácaros, pólenes, hongos y epitelios más frecuentes en nuestro medio): negativo. Pruebas epicutáneas estándar y peluquería, con lectura a las 48, 72 y 96 horas: positivo a las 48 horas para Thiomersal (+++) y Sulfato de níquel (++). Juicio diagnóstico: dermatitis de contacto por sulfato de níquel y Thiomersal.

**Conclusiones:** Presentamos a una paciente estudiante con una dermatitis de contacto como ayudante de peluquería. El Thiomersal es un conservante muy extendido en nuestro medio, estando en tintes, colonias, etc. La sensibilización a sulfato de níquel también confirmó el diagnóstico de dermatitis de zonas expuestas a bisutería. La importancia de una historia clínica exhaustiva, con valoración de aficiones y de actividades extraescolares, hace que se clarifique mucho el diagnóstico de numerosas patologías. Las pruebas epicutáneas siguen siendo el test más empleado, seguro y fiable para diagnosticar hipersensibilidad tipo IV.

## UTILIZACIÓN DE PHADIATOP Y PHADIATOP INFANT POR LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

L. Moral y A. Esteban

*Servicio de Pediatría y Servicio de Análisis Clínicos. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.*

**Objetivos:** Evaluar los datos de laboratorio obtenidos en los dos primeros años de implementación de Phadiatop y Phadiatop Infant.

**Material y métodos:** Desde noviembre de 2006 los pediatras de atención primaria pueden solicitar la prueba de Phadiatop o Phadiatop Infant si el niño es mayor o menor de 4 años, respectivamente. En caso de ser positiva, se determina la IgE específica frente a cinco aeroalergenos prevalentes. En algunos niños se realiza la determinación de fx5 (mezcla de alimentos) o IgE específica frente a otros alérgenos.

**Resultados** (tabla I):

Resultados referidos a los cinco aeroalergenos analizados sistemáticamente (tabla II):

Otros aeroalergenos ordenados por su porcentaje de positividad: caspa de gato, caspa de perro, artemisia, parietaria, ciprés, aspergillus y cladosporium. Alimentos ordenados por su porcentaje de positividad: melocotón, clara de huevo, leche de vaca, avellana, cacahuete, soja, trigo y pescado.

**Conclusiones:** Phadiatop y Phadiatop Infant están siendo utilizados de manera creciente por parte de los pediatras de atención primaria. Los resultados nos muestran un panorama de los alérgenos predominantes en nuestro medio. Sería interesante analizar si esta información está contribuyendo a una mejor atención a los pacientes alérgicos de nuestra área.

## ALERGIA A LÁTEX EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE RIESGO EN NUESTRO MEDIO

M. Calvo, J. Torres, G. Moreno, A.B. Molina e I. Raya

*Unidad de Neumología y Alergia pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Materno-Infantil Reina Sofía. Córdoba. España.*

**Introducción:** La alergia a látex constituye un problema de salud pública debido al aumento exponencial de su incidencia a partir de la generalización de su uso. La prevalencia estimada en la población infantil es del 1%, afectando especialmente a grupos de riesgo.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de alergia y sensibilización a látex en niños con vejiga neurógena en nuestro medio. Describir la clínica y los posibles factores de riesgo para esta patología, así como la realización de medidas de profilaxis, incluyendo la inmunoterapia específica.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal descriptivo en 25 pacientes con vejiga neurógena (20/25 casos por mielomeningocele). Variables recogidas: atopia personal o familiar; exposición previa a látex (número de cirugías y tipo, sondaje vesical intermitente, derivación ventricular); realización de medidas de profilaxis. Se realizó *prick-test* con extracto de látex para diagnóstico y batería de neuromoalergenos para comprobar atopia personal (ALK-Abelló®). Asimismo, se determinó IgE específica de látex y sus alérgenos recombinantes (Pharmacia diagnostics®).

**Resultados:** 8/25 (32%) pacientes muestran sensibilización al látex, siendo sintomática en 4 de ellos. De éstos, 3/4 están recibiendo inmunoterapia específica con buena respuesta. En los pacientes sensibilizados destacan entre los factores estudiados mayor número de intervenciones quirúrgicas (media de 7,5 intervenciones frente a 3,4 en el grupo no sensibilizado) y mayor atopia (4/8 frente a 4/17).

**Comentarios:** Los niños con mielomeningocele suponen el principal grupo de riesgo de alergia a látex, discutiéndose si de forma primaria o se debe al tipo y número de intervenciones. Otros factores asociados son la atopia (entendida como positividad de al menos un *prick*) y el número de intervenciones. La prevalencia de sensibilización y alergia clínica obtenida es similar a la descrita previamente en la literatura. Llama la atención la ausencia de medidas de profilaxis primaria domiciliaria en gran parte de los pacientes encuestados.

TABLA I

	Pruebas realizadas	Pruebas positivas	Porcentaje de resultados positivos	Incremento del n.º de pruebas (2008/2007)	Incremento del n.º de pruebas positivas (2008/2007)
Phadiatop	1.444	806	55,8%	56,0%	-5,0%
Phadiatop Infant	797	269	33,8%	29,0%	-6,8%

TABLA II

	Determinaciones realizadas	Determinaciones positivas (> 0,35 kU/l)	Porcentaje de determinaciones positivas
D. pteronyssinus	1.150	647	56,3%
Polen de olivo	1.080	338	31,3%
Polen de salsola	1.076	216	20,1%
Alternaria	1.036	152	14,7%
Polen de grama mayor	1.050	100	9,5%

## URTICARIA CRÓNICA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE GRAVES: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Troyano, R. del Olmo, F. Guerra, A. Salvador y P. Puyol

Hospital de Móstoles. Madrid. España.

**Introducción:** La urticaria crónica es definida como aquella que dura más de 6 semanas. De las consideradas idiopáticas, el 35-50% corresponden a urticarias de naturaleza autoinmune, a causa de autoanticuerpos circulantes específicos contra receptores FcεRI IgG de mastocitos y basófilos y IgE. Sin embargo, también existe una relación bien conocida entre la autoinmunidad tiroidea y la urticaria crónica autoinmune, cuya relación con los autoanticuerpos FcεRI no está bien establecida.

**Caso clínico:** Niña de 9 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo I desde los 21 meses y enfermedad de Graves desde dos años antes, tratada con tiamazol, que consulta por urticaria de 2 meses de duración, tratada con antiH1 sin mejoría. Se pauta tratamiento con dexametasona y se suspenden antitiroideos por sospecha de reacción medicamentosa. Leve mejoría inicial, con reaparición de las lesiones a los dos días de la suspensión. Se realizó un estudio diferencial completo de causas de urticaria crónica con los únicos datos positivos de Ac anti-TPO positivos (58,7 U/l) y el antecedente de diabetes mellitus y enfermedad de Graves. Un año después persisten los habones, con diferente intensidad según temporadas, y ocasionalmente angioedema en labios. Actualmente eutiroides y en tratamiento con antiH1 y antileucotrienos.

**Conclusiones:** Las urticarias crónicas de origen autoinmune corresponden a un porcentaje importante de las urticarias crónicas, por lo que un estudio de anticuerpos y hormonal cuando no se encuentra una causa clara sería recomendable. También debe atribuirse cuando existe una enfermedad autoinmune asociada y no se encuentran datos de otra etiología.

## CONSUMO DE PARACETAMOL Y DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS NO ATÓPICOS

J.M. Lucas Moreno<sup>a</sup>, V. Hernando Sastre<sup>a</sup>, V. Pérez Fernández<sup>b</sup>, A. Martínez-Torres<sup>a,b</sup>, M. Sánchez-Bahillo, M. Sánchez-Solís<sup>a,b,c</sup> y L. García-Marcos<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Alergia Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen de la Arrixaca; Murcia. España.

<sup>b</sup>Área de Pediatría; Universidad de Murcia. Murcia. España.

<sup>c</sup>Unidad de Neumología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Objetivo:** Conocer la asociación entre el consumo de paracetamol (primer año y actual) y la presencia de síntoma de dermatitis atópica.

**Métodos:** Se utilizó la fase 3 del estudio ISAAC, que incluye 16.787 niños (6-7 años) sin atopía, (definida ésta por inexistencia de síntomas nasales —que es un marcador válido de ausencia de atopía—, ver abstract enviado) de varias ciudades españolas, con cuestionario completado por los padres. Se consideró dermatitis atópica cuando se contestó afirmativamente todas las preguntas: 1. ¿Ha tenido su hijo alguna vez manchas rojas en la piel que pican, y que aparecen y desaparecen, por lo menos durante seis meses? 2. ¿Ha tenido su hijo alguna vez estas manchas rojas que pican, en los últimos doce meses? 3. Estas manchas rojas que pican, ¿le han salido a su hijo alguna vez en alguno de estos lugares: pliegues de los codos, detrás de las rodillas, empeine del pie, bajo las nalgas, alrededor del cuello, ojos u orejas?

**Resultados:** En la tabla se recoge la asociación del consumo de paracetamol en el primer año y actual. Los resultados se presentan crudos (OR) y ajustados (aOR) para sexo, edad, asma, ciudad y nivel cultural de la madre.

TABLA Paracetamol usado habitualmente

	OR	IC95%	aOR	CI95%
Paracetamol habitual para tratar la fiebre en el primer año de vida (sí vs no)	1,24	1,06-1,45	1,23	1,04-1,44
Paracetamol usado al menos una vez por mes (vs nunca) en el año anterior	1,54	1,11-2,12	1,44	1,02-2,04

**Conclusiones:** El consumo de paracetamol se asocia a síntomas de dermatitis en escolares no atópicos.

## SÍNDROME LÁTEX-FRUTA EN PACIENTE CON SÍNDROME MALFORMATIVO

A. Machinena, M. Piquer, M.T. Giner, B. Minaya, O. Domínguez, A.M. Plaza y M.A. Martín Mateos

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

**Objetivo:** Insistir en la necesidad de profilaxis frente a la alergia a látex. Describir un caso donde la inmunoterapia al látex se hace indispensable.

**Caso clínico:** Antecedentes personales: síndrome de Crouzon y Pfeiffer. De los 2 meses a los 16 años requirió 14 intervenciones quirúrgicas: craneofaciales, oftalmológicas, derivación ventrículo-peritoneal, traqueotomía, adenoides y drenajes transtimpánicos, escoliosis. A los 6 años se deriva por presentar, tras contacto con látex: urticaria generalizada, prurito y dificultad respiratoria. Angioedema facial y dificultad respiratoria con frutos secos, melocotón, cerezas y banana. Rinitis tras contacto con epitelio de perro y gato. Se diagnosticó alergia a látex, melocotón, cerezas, frutos secos y gato; indicándose evitación de látex y gato, y dieta exenta de los alimentos. Seis meses después, tras cirugía de escoliosis, episodio de hipotensión, requiriendo soporte con inotrópicos, atribuido a su alergia al látex (IgE: 732 KUI/l, IgE a látex: 83.2 KUI/l). A los 16 años ingresa en cuidados intensivos por disfunción valvular, y meningitis por *S. aureus*. Concomitantemente dos episodios de urticaria y broncoespasmo grave que atribuyen al látex. No se detecta látex en el material utilizado, sospechándose vía de entrada inhalatoria. Presentó disnea con sibilantes tras la administración de metamizol.

Alergeno	Prick (mm)	IgE (KUI/l)
Látex	negativo	0,50
Melocotón	7 × 6	2,07
Gato	5 × 4	15,1
Metamizol	negativo	< 0,35
Histamina	5 × 4	

**Diagnósticos:** alergia a látex, rinitis por epitelio de gato, alergia a frutos secos, melocotón y cereza, sensibilización a higo. Sospecha de alergia a metamizol, tolerante a otros analgésicos. Tratamiento: evitación de látex. Al precisar intervenciones quirúrgicas sucesivas, se indica inmunoterapia específica sublingual que tolera sin incidencias, con mejoría.