

424/3330 - ANAFILAXIA VEGETAL

I. Ostolaza Tazón¹, J. Capellades I Llopart¹, M. Prado Vizcado² y P. González García³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Cantabria.²Médico de Familia. Centro de Salud El Sardinero. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 26 años que acude de urgencia a nuestro centro por aparición brusca de exantema habonoso generalizado con prurito palmoplantar y en cuero cabelludo. Además, clínica progresiva de broncoespasmo tras haber comido pollo con verduras. Se administraron adrenalina, corticoides y antihistamínicos con mejoría inmediata. Reinterrogando a la paciente refiere episodios similares desde hace un año, presentando en los últimos 5 meses 4 episodios similares que han precisado nebulizaciones y adrenalina. Había sido valorada por alergología por estornudos matinales con rinorrea acuosa anterior y prurito ocular, relacionado ello mediante pruebas cutáneas con polvo, polen y epitelios. Refiere también desde hace un año brotes cada vez más frecuentes de asma (usa terbutalina a demanda y ciclos de formoterol/budesonida) y dermatitis atópica (corticoides tópicos y orales). Cuenta prurito oral con ciertas verduras y frutas.

Exploración y pruebas complementarias: Xerosis generalizada con lesiones residuales en tronco y pliegues junto con eritema facial sin descamación, afectando aproximadamente un 60% de la superficie corporal. Resto normal incluyendo mucosas. Se realizó espirometría con patrón obstructivo leve normalizado tras broncodilatadores. Ante los episodios de anafilaxia sin claro desencadenante junto con la dermatitis atópica moderada-severa y el asma bronquial persistente se derivó de nuevo a Alergología. Mediante pruebas cutáneas y serológicas (IgE) se obtuvo positividad para LTP (proteína transportadora de lípidos). Se ajustó dieta y comenzó tratamiento con omalizumab con disminución de las exacerbaciones cutáneas y respiratorias y mayor tolerancia por ciertos alimentos.

Orientación diagnóstica: Síndrome de LTP.

Diagnóstico diferencial: Reacciones alérgicas a diversos alérgenos alimentarios.

Comentario final: La alergia a alimentos está en aumento suponiendo el tercer motivo de consulta al servicio de alergología en menores de 12 años. Es el médico de cabecera quien ha de saber reconstruir la historia clínica intentando buscar junto con el paciente el origen de los episodios y simplificar el tratamiento de cara a facilitar la adherencia desde las consultas de primaria.

Bibliografía

- Katelaris C. Food allergy and oral allergy or pollen-food syndrome. Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology. 2010;10(3):246-51.

-
2. Farreras Valentí P, Rozman C, eds. *Farreras-Rozman. Medicina Interna*, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

Palabras clave: Dermatitis. Asma. Proteína transportadora de lípidos.