

## Anafilaxia y determinación de triptasa a propósito de un caso de reacción alérgica a *Anisakis*

**Sr. Director:** Presentamos el caso de una mujer de 52 años que acudió al servicio de Urgencias y posteriormente a la consulta por un cuadro de enrojecimiento generalizado y palpitaciones. En el electrocardiograma presentó una taquicardia supraventricular a 150 lpm, con exploración física anodina salvo por la presencia de enrojecimiento difuso e hipotensión severa, instaurándose tratamiento de soporte y metilprednisolona. La paciente había ingerido una hora antes un plato que contenía atún, pescado que había ingerido en otras ocasiones sin problemas.

En el estudio realizado posteriormente en el servicio de Alergia destaca positividad límite en las pruebas cutáneas para *Anisakis* y negativos para pescados azul y blanco, y niveles séricos de IgE total 88 KU/l y triptasa 4,92 mg/l (determinación realizada en el intervalo de 5 horas posterior al inicio del episodio). A las 24 horas se repitieron los análisis con determinación de IgE total 110 KU/l, triptasa 5,03 mg/l e IgE específica frente a atún inferior a 0,35 KU/l, siendo la IgE específica frente a *Anisakis* 48,9 KU/l.

La anafilaxia es un síndrome de aparición brusca y afectación multisistémica con sintomatología y gravedad muy variables. Es un diagnóstico de exclusión y se deben descartar otros diagnósticos como la mastocitosis sistémica, el síndrome carcinoide, el feocromocitoma y el angioedema hereditario, entre otros.

La mastocitosis sistémica se caracteriza por una proliferación anormal de los mastocitos en diversos tejidos del organismo y una producción excesiva de sus mediadores, y puede cursar entre otros con rubefacción y colapso vascular.

En los últimos años, en diversos estudios se ha observado que la elevación de la concentración de triptasa sérica (endoproteasa presente de forma exclusiva en los mastocitos) permite apoyar el diagnóstico de anafilaxia, independientemente de la etiología, si bien estos datos son más relevantes en situaciones particulares como por ejemplo las que suceden en el transcurso de un acto realizado bajo anestesia general, y no son tan frecuentes después de reacciones anafilácticas por ingesta de alimento<sup>1</sup>. El clínico debe ser muy cuidadoso cuando utiliza los niveles en suero de triptasa para refutar o apoyar un diagnóstico de anafilaxia por la posibilidad de falsos positivos y falsos negativos<sup>2,3</sup>, no infrecuentes, siendo fundamental una exhaustiva anamnesis para determinar los posibles alérgenos. Existe una gran variabilidad interindividual en la cinética de liberación y, por tanto, en la participación de la triptasa sérica en las reacciones alérgicas, por lo que es

recomendable su determinación seriada, con lo que aumentan sensibilidad y especificidad, que alcanzan valores del 73% y 98% respectivamente.

En un individuo normal la triptasa en suero es indetectable (hasta 1,2 mg/l). Puede elevarse a la hora de iniciarse la reacción alérgica y volver a niveles normales posteriormente, en el caso de anafilaxia. En el caso de mastocitosis sistémica se esperan valores mayores de 20 ng/ml.

En cuanto a nuestra paciente, se estableció un diagnóstico diferencial entre anafilaxia y mastocitosis sistémica, descartándose, en base a las pruebas, la posibilidad de una mastocitosis. El diagnóstico final fue anafilaxia asociada a la sensibilización a *Anisakis* simple y se instauró una dieta exenta de pescado crudo.

P. RAMOS<sup>a</sup>, C. MATEO<sup>b</sup>, B. MORALES<sup>c</sup> y J.M. FUENTES<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Tres Cantos. Tres Cantos. Madrid.

<sup>b</sup>Centro de Salud Peñagrande. Madrid.

<sup>c</sup>Centro de Salud Reyes Católicos. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sampson HA. Food anaphylaxis. Br Med Bull. 2000;56:925-35.
2. Caughey GH. Tryptase genetics and anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 2006;117:1411-4.
3. Brown SG, Blackman KE, Heddle RJ. Can serum mast cell tryptase help diagnose anaphylaxis? Emerg Med Australas. 2004;16:120-4.