

XL CONGRESO ANUAL AAAEIC. TRABAJOS PRESENTADOS EN FORMATO PÓSTER

XL Annual Congress AAAeIC. Poster presentations

ARCHIVOS DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2017;48(1):31-54

201701

REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS EN PACIENTES CON ALERGIA Y DESENSIBILIZACIÓN A PLATINOS

L. Garavaglia, E. Garramone, C. Ritchie, C. Parisi

Sección Alergia e Inmunología. Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción. Derivados de Platino son el tratamiento quimioterápico de primera línea en pacientes con cáncer de ovario, pulmón y colon, entre otros. Por la mayor utilización de éstos, debido a la prevalencia de estas patologías, ha habido un aumento paralelo de la incidencia de reacciones de hipersensibilidad (HS), lo cual podría significar, en caso de un manejo deficiente, una reacción adversa fatal o la pérdida de la primera línea de tratamiento efectivo. **Objetivos.** Describir las características de una serie de casos en pacientes con reacciones de HS a derivados platinos con prick test positivos que requirieron desensibilización. **Materiales y métodos.** Presentamos 8 pacientes con diagnóstico de cáncer de colon (1) y de ovario (7) con reacciones de HS tipo I en relación a la infusión de derivados de Platino. Los pacientes se estudiaron con prick test e intradermorreacción cuando la primera fue negativa, con concentraciones estandarizadas, Carboplatino Prick 10 mg/ml - Intradermorreacción 1 mg/ml, Oxaliplatino Prick 5 mg/ml - intradermorreacción 0.1 mg/ml - intradermorreacción 1 mg/ml, Cisplatino Prick 1 mg/ml - intradermorreacción 0.1 mg/ml. Aquellos con clínica compatible, test cutáneos positivos y sin una mejor alternativa de tratamiento, se les realizó protocolo de desensibilización de 12 pasos.

Resultados. Se realizó un total de 26 procedimientos en 8 pacientes, uno por cada ciclo de infusión, (16 con Oxaliplatino - 6 con Cisplatino - 4 con Carboplatino), siguiendo el esquema de tratamiento quimioterápico FOLFOX (cáncer de colon) y Taxano + Platino (cáncer de Ovario); de los cuales 10 pacientes presentaron reacciones de HS leves y 2 pacientes presentaron HS severa.

CONCLUSIÓN. Ante la posibilidad de un mecanismo de HS de tipo I, es de buena práctica clínica el diagnóstico correcto de las mismas. Actualmente el único método disponible para diagnosticar una HS mediada por IgE

a agentes quimioterápicos no vesicantes son los test cutáneos. En casos seleccionados, puede realizarse desensibilización a la droga, la cual constituye una estrategia exitosa y bien tolerada para reutilización del platino en pacientes con reacciones graves.

201702

REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD A MARCAPASO Y CONEXIONES. ROL DEL ALERGISTA

Cecilia Pérez Tortolo¹; Dozo Gloria¹; Bruno Eva²; Juaneda Ignacio²; Fariás Dimas²; Martínez Marcelo²; Orellana Julio

1. *Servicio de Alergia e Inmunología Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba.*
2. *Servicio de Cardiología Hospital de Niños Sma Trinidad de Córdoba.*
3. *División de Alergia e Inmunología Hospital de Niños Sma Trinidad de Córdoba.*

Introducción. Existen en la literatura médica pocas publicaciones de reacciones de hipersensibilidad a los materiales constituyentes de prótesis y/o dispositivo para implantar en niños

Caso clínico. Presentamos un varón de 10 años de edad con antecedentes de bloqueo aurículo-ventricular completo congénito en control periódico especializado. Ingresa al Hospital en insuficiencia cardíaca congestiva por miocarditis aguda secundaria a picadura de escorpión, presenta paro cardiorrespiratorio con recuperación completa luego de maniobras habituales de reanimación y medicación de sostén cardiovascular. Se implanta marcapaso transitorio y a los 10 días del evento se coloca marcapaso definitivo bicameral en posición sub-xifoidea con cables en zona de epicardio.

Recuperado hemodinámicamente, se observa en la región del bolsillo de implante una inflamación; que luego se asocia a derrame pericárdico. Descartada etiología infecciosa, se indican esteroides con buena respuesta

Se investiga la etiología a través de pruebas de parches cutáneos para los componentes del marcapaso sumando níquel, cromo y cobalto. Se encuentra positividad leve para SILICONE RUBBER Y PLATINUM IRIDIUM.

Se procede a la colocación de un nuevo marcapaso con cubierta de PARYLENE; el niño presenta buena evolución.

CONCLUSIONES. Las reacciones de hipersensibilidad a los constituyentes no solo del marcapaso sino también de sus cables deben ser tenidas en cuenta, cuando no hay respuesta al tratamiento antibiótico y se descarta la infección, debiendo realizarse pruebas de alergia e Inmunología y extracción del dispositivo. Queda el interrogante sobre el rol que el veneno de escorpión pudo haber tenido en la modulación de la respuesta inmune.

201703

ANAFILAXIA INDUCIDA POR EJERCICIO. SERIE DE CASOS

Viviana Sotomayor¹, Cinthia Pérez¹, Perla Alcaraz¹, Pedro Piraino^{1,2}, Rosmary Stanley^{1,2}

1. Unidad de Alergología, Hospital de Clínicas FCM-UNA, San Lorenzo, Paraguay.
2. Servicio de Neumología y Alergia HC-IPS, Asunción, Paraguay.

Introducción. Existe una incidencia creciente de un tipo de anafilaxia peculiar que se produce con ejercicio. La anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de alimentos constituye un subtipo identificado en algunos casos.

Caso 1. Niña 12 años, con rinitis y habones intermitentes de 3 meses de evolución consulta por dos episodios de urticaria, angioedema, tos y disnea, posterior a ejercicio físico, con ingesta previa de panificados y embutidos. RAST para trigo y ácaros clase 2. Sin síntomas con ingesta de trigo sin ejercicio. Tratamiento con Cetirizina y evitación sin nuevos episodios severos similares. Pero persiste urticaria se indica montelukast. Al año de seguimiento la paciente no refiere nuevos cuadros severos ni episodios de urticaria.

Caso 2. Niño 10 años, con asma no controlada, y episodio de habones generalizados, dificultad respiratoria marcada y cianosis, 30 minutos posterior al juego de fútbol. Relaciona con ingesta previa de embutido y panificados. En urgencias, se administran corticoides ev y antihistamínicos. Con empeoramiento de la mecánica respiratoria e hipotensión es derivado a terapia donde inicia tratamiento con adrenalina ev y asistencia ventilatoria mecánica con mejoría en los días posteriores. RAST a alimentos clase 0, ácaros clase IV.

Caso 3. Persona adulta 39 años sin antecedente de atopia acude por urticaria de 4 años de evolución, episodios más frecuentes al cambiar de trabajo y aumentar la actividad física, ocasionalmente prurito faríngeo, sin relación con ingesta de alimentos y/o drogas. Prick test e IgE específica negativos para aeroalérgenos y alimentos. Se realiza prueba de provocación al ejercicio con ayuno, presentándose

eritema generalizado, habones aislados, prurito faríngeo, taquicardia, hipotensión, por lo cual es tratada con adrenalina IM, expansiones, corticoide, antihistamínico e ingresada a UTI.

Discusión. Con esta presentación recordamos un cuadro poco común, a considerar como diagnóstico diferencial. Ante la sospecha de anafilaxia inducida por ejercicio insistir en la anamnesis sobre ingesta previa de alimentos o medicamentos y educar al paciente en medidas de evitación y automanejo de adrenalina.

201704

ALERGIA A PENICILINA VS. REACCIÓN DE JARISCH HERXHEIMER EN UNA PACIENTE EMBARAZADA VRDL POSITIVA

Gustavo Cherner¹, Leila Müller¹, Antonela Mossuz¹, Ledit Arduso^{1,2}

1. Servicio de Alergia, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina.
2. Cátedra Neumonología, Alergia e Inmunología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.

Introducción. Las reacciones por antibióticos son la causa más frecuente de hipersensibilidad, donde la penicilina ocupa un lugar preponderante. En el tratamiento de la sífilis es el fármaco de elección y puede inducir reacciones cutáneas por un mecanismo alérgico o por unopoco conocido, la reacción de Jarisch-Herxheimer. El diagnóstico diferencial representa un verdadero desafío.

Presentación del caso. Mujer de 20 años, cursando 12da semana de embarazo con antecedente dudoso, referido por la madre, de exantema generalizado en la infancia secundario a intradermorreacción con penicilina y VDRL positiva en control prenatal, sin otros antecedentes patológicos.

Se solicita IgE específica, Prick Test e Intradermorreacción con penicilina los que resultan negativos. Se realiza prueba de tolerancia oral (PTO), sin manifestaciones de hipersensibilidad; se otorga alta hospitalaria con tratamiento. Presenta exantema maculopapular pruriginoso generalizado 12 horas después por lo que se suspende medicación con resolución espontánea.

Con servicio de infectología se decide prueba de tolerancia con ceftriaxona para permitir tratamiento ambulatorio, sin reacciones de hipersensibilidad durante su desarrollo. Luego de 12 horas, repite igual manifestación cutánea, que resuelve con difenhidramina. Continúa tratamiento EV con ceftriaxona (administración lenta), no vuelve a presentar exantema.

Luego de 7 días de tratamiento, por solicitud del servicio de tocoginecología, se realiza prueba de tolerancia con penicilina G sódica EV que es bien tolerada sin reacciones

inmediatas ni tardías. Continúa tratamiento EV hasta el alta, sin complicaciones.

Discusión. ¿Fue una reacción mediada por IgE o una reacción de Jarisch - Herxheimer? ¿Por qué no presentó exantema ante la segunda provocación con penicilina? ¿Se desensibilizó con ceftriaxona o disminuyó la carga treponémica luego del tratamiento inicial? ¿Se pueden indicar betalactámicos con seguridad a esta paciente?

Consideraciones finales. Tras nueva PTO con penicilina postparto sin manifestaciones, se interpreta el cuadro como reacción de Jarisch-Herxheimer secundaria a tratamiento y se habilita el uso de betalactámicos.

201705

REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS EN PACIENTES AMBULATORIOS

Ordoñez M; Haggi S; Piatti F; Furlotti V; Irastorza MJ.

Introducción. Reacción adversa a un medicamento es cualquier efecto no deseado, producido tras la administración de un fármaco a dosis terapéuticas, con la finalidad de tratar, prevenir o diagnosticar una patología. Las reacciones de hipersensibilidad corresponden del 10 a 15% de las reacciones adversas a medicamentos; afectan 10% de los pacientes internados y 7% de los ambulatorios. Sus manifestaciones clínicas son de presentación variable, las más comunes afectan a la piel y son de severidad variable.

Objetivo General. Determinar la frecuencia de los medicamentos y manifestaciones clínicas en las reacciones de Hipersensibilidad a Fármacos en pacientes que concurren de forma espontánea a consultorios de Alergia e Inmunología (Consultorio Privado y Hospital Misericordia) desde 2012 al 2017.

Objetivos específicos. Identificar características demográficas y clínicas de la población estudiada. Conocer frecuencia de los medicamentos sospechoso y su correlación clínica.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional. Se obtuvieron datos de 101 historias clínicas de dichos consultorios externo (se excluyeron 46 por falta de datos).

Resultado: En la población estudiada, (55 pacientes) 82% femenino, 18% masculino. Edad media 45 años, atópicos 49%. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron urticaria 58%, anafilaxia 22%. Los grupos de fármacos implicados con mayor frecuencia fueron: antibióticos 38%, AINES 29%, anestésico local 16%.

CONCLUSIÓN. Los resultados hallados son similares a lo publicado por otros autores, aunque las publicaciones referidas a consulta ambulatoria son escasas. El diagnóstico de certeza de hipersensibilidad a fármaco se debe rea-

lizar con estudios complementarios específicos y no solo con la presentación clínica.

201706

EPIDEMIOLOGÍA DE TEST DE PARCHES EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

Salcerini F, Ticona A, Huamalies D, Dávila A

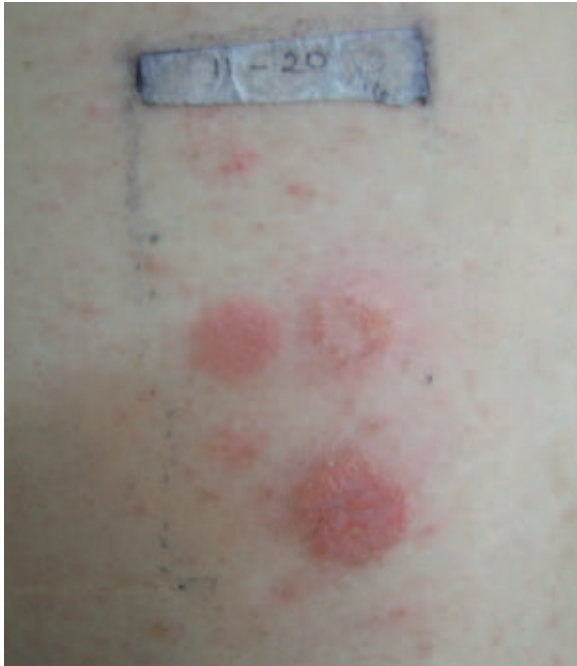
Servicio de Alergia e Inmunología, Sanatorio Adventista del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Adventista del Plata. Entre Ríos, Rep. Argentina.

Antecedentes. La dermatitis por contacto es un tipo de reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV producida por contactantes sensibilizantes^{1,2}. Es netamente celular y se manifiesta con la aparición de una reacción cutánea al cabo de 48-96 hs³.

Objetivos: a) Conocer la sensibilidad a contactantes. b) Conocer la distribución por edad y sexo. c) Analizar la evolución del *test* de parches en las diferentes lecturas.

Materiales y métodos. Estudio epidemiológico, observacional y retrospectivo, sobre 96 pacientes. Se utilizó *test* de parches con la técnica epicutánea *in vivo* aplicada con cámaras *Finn Chambers* y batería *Standard* de 30 sustancias contactantes del laboratorio *FDA Allergenic*. Fueron realizados en el Servicio de Alergia del Sanatorio Adventista del Plata, Entre Ríos. Los parches se retiraron a las 48 hs para una 1ª lectura, y luego de 96 hs para la 2ª lectura definitiva.





Resultados. Distribución etaria: 5 a 78 años. Edad promedio: 38,2 años. Distribución por sexo: 78 femeninos (edad promedio 37,5 años) y 18 masculinos (edad promedio 43,5 años).

A las 48 hs, la distribución de las sensibilidades fueron: terebintina 38 pacientes (p), sulfato de níquel 36 p, bicromato de potasio 28 p, cloruro de cobalto 26 p, kathon 23 p, grupo carba 23 p, timerosal 19 p, colofonia 19 p, p-fenilendiamina 19 p, etilendiamina 15 p, perfumes mix 15 p, prometazina 15 p, parabenos 13 p, resinas epoxi 13 p, formaldheído 12 p, mercapto 11 p, quaternium 11 p, benzocaína 11 p, quinolinas 10 p, nitrofurazona 9 p, bálsamo del Perú 8 p, PPD 8 p, hidroquinona 8 p, lanolina 7 p, tiuram 7 p, sulfato de neomicina 6 p, irgasan 6 p, propilenglicol 5 p, antraquinona 4 p, butil-fenol-paraterciario 4 p.

A las 96 horas se observó: sulfato de níquel 40 p, terebintina 33 p, cloruro de cobalto 27 p, p-fenilendiamina 24 p, bicromato de potasio 21 p, timerosal 19 p, perfumes mix 17 p, parabenos 15 p, formaldheído 15 p, colofonia 10 p, carbas 10 p, kathon CG 10 p, bálsamo del Perú 9 p, hidroquinona 9 p, resina epoxi 8 p, PPD 7 p, tiuram 6 p, benzocaína 6 p, sulfato de neomicina 5 p, lanolina 5 p, prometazina 5 p, nitrofurazona 4 p, quaternium 4 p, quinolina 3 p, etilendiamina 3 p, butil-fenol-paraterciario 3 p, mercapto 2 p, propilenglicol 2 p, irgasan 1 p, antraquinona 1 p.

CONCLUSIONES. Según las horas de evolución del *test* de parches, a 48 hs. predomina: terebintina (38 p) y el sulfato de níquel (36 p), luego bicromato de K (28 p), cloruro de cobalto (26 p), kathon CG y carbas (23 p ambos). A 96 hs predomina: sulfato de níquel (40 p), terebintina (33 p), cloruro de cobalto (27 p), p-fenilendiamina (24 p) bicromato de K (21 p) y timerosal (19 p).

A pesar de que en las primeras horas del *test* de parches no predomina el sulfato de níquel, termina siendo el principal contactante sensibilizante en nuestro grupo, similar a otros autores^{4,5}.

La p-fenilendiamina es el 4to contactante encontrado, diferenciando con otros autores, donde es el que menos aparece⁴. El 2do sensibilizante es la terebintina, tanto a las 48 hs como a las 96 hs; y 3ro el cloruro de cobalto. El timerosal se mantiene igual tanto a las 48 hs como a las 96 hs.

Respecto al bicromato de potasio (21 p), lo encontramos positivo en 19 de 78 mujeres (24,3%) y en 2 de 18 hombres (11,1%); estos números permiten reconsiderar la exposición laboral al cemento⁶ como la causa mayor de sensibilidad.

En relación a la edad media de la muestra según sexo, presupone una sensibilización más temprana en mujeres, similar a lo descripto^{4,7}.

Está en proceso de estudio la asociación laboral y de comorbilidades⁷.

201707

ENCUESTA SOBRE MANEJO DE LA ANAFILAXIA EN MÉDICOS DE CONSULTORIOS DE EMERGENCIA EN TRENQUE LAUQUEN

Corral Costoya M¹, Molinas JL², Neffen H³, Arduoso LRF⁴

1. Médico del Servicio de Pediatría del Hospital Municipal "Pedro T. Orellana", Trenque Lauquen.
2. Facultad de Química. Universidad del Centro Educativo Latinoamericano, Rosario.
3. Centro de Alergia, Inmunología y Enfermedades Respiratorias de Santa Fe, Santa Fe.
4. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario.

Racional. El manejo de la anafilaxia por parte de médicos de consultorios de emergencia (MCE) es a veces deficiente en términos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior. El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento de la anafilaxia entre los MAPS en la ciudad de Trenque Lauquen, Argentina.

Métodos. Se realizó una breve encuesta con 6 preguntas de elección múltiple relacionadas con los síntomas, el diagnóstico y el manejo de la anafilaxia a MCE. A cada encuesta se le asignó una puntuación máxima de 6 puntos.

Resultados. 48 médicos respondieron al cuestionario, que representan el 100% de los MCE en la ciudad, (64,6 mujeres, edad media = 40,6 años). El conocimiento era aceptable en las preguntas relacionadas con los síntomas, el fármaco de elección y el momento de referir al paciente al alergista (70,8%; 79,7% y 100% de respuestas correctas, respectivamente). El conocimiento fue limitado o pobre en relación a la mejor prueba de diagnóstico, la causa más frecuente de anafilaxia y la vía de administración de adre-

nalina (22,9%; 16,7% y 41,7% de respuestas correctas, respectivamente). La puntuación media general 3,13 puntos y sólo el 39,6% de los participantes tenían una puntuación mayor de 3. No se observaron diferencias significativas al comparar la puntuación media obtenida con el sexo y los años de especialidad del médico.

CONCLUSIONES. El resultado más sorprendente fue que la mayoría de los participantes respondieron que la vía de elección para la administración de adrenalina era subcutánea o intravenosa. A pesar de que existen varias directrices internacionales desde hace 30 años, los MCE de Trenque Lauquen tienen escaso conocimiento sobre el manejo de la anafilaxia.

201708

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ANGIOEDEMA HEREDITARIO TIPO I EN MISIONES, ARGENTINA

Marcelo Dante Strass

Unidad de Alergia e Inmunología, Sanatorio Boratti, Posadas (Misiones), Argentina.

Introducción. El Angioedema Hereditario (AEH) es una enfermedad rara en la población general, pero no infrecuente en la especialidad.

Objetivo. Describir las características clínicas de los pacientes con HAE tipo I recientemente diagnosticados en la provincia.

Material y métodos. El estudio es descriptivo y retrospectivo basado en la revisión de las historias clínicas consecutivas de pacientes atendidos a nivel privado entre octubre de 2014 y noviembre de 2016.

Población: El número de pacientes diagnosticados fue 6 (50% masculinos y 50% adultos), la edad promedio al momento del diagnóstico: 15,7 (1-30) años, el promedio de años sin diagnóstico Global: 14,06 (1,3-25,9), en niños: 3,4 (1,3-7), en adultos: 24,73 (24-25,9) años.

Resultados. La edad al momento de la primera manifestación fue 3,6 (rango 2-6) años; 33% eran asintomáticos al momento del diagnóstico (1 paciente pediátrico se volvió sintomático recientemente); la manifestación más frecuente del AE es en el tejido celular subcutáneo (miembros o rostro), seguido de AE abdominal. Los disparadores más frecuentes reportados son stress, infecciones, premenstruo / menstruación y traumatismos.

Todos los pacientes tuvieron valores normales de C3 y bajos de C4, C1 inhibidor cuantitativo y funcional. En esta pequeña serie, al momento del diagnóstico, los pacientes con niveles más bajos de C1 inhibidor funcional fueron los que más frecuencia e intensidad de síntomas manifestaban, mientras que los que registraban niveles funcionales $\geq 24\%$ (todos niños) permanecían asintomáticos.

CONCLUSIÓN. Este es el primer registro de pacientes con HAE en la provincia. Serían necesarios estudios nacionales a mayor escala que amplíen y confirmen estos hallazgos.

201709

PACIENTES CON PRESUNTO DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ALERGIA A AMOXICILINA EN NIÑOS. RESULTADOS DEL ESTUDIO ESQUEMATIZADO DE UNA SERIE DE CASOS.

Fortes Pilar*; LandiFraguglia, Sofia*; Bozzola, César Martín.**

* *Servicio de Pediatría, Hospital Británico de Buenos Aires.*

** *Sección de Alergia Pediátrica, Hospital Británico de Buenos Aires.*

Introducción. Los beta-lactámicos son la causa más común de reacción alérgica medicamentosa (RAM). Su prevalencia es 2,73%. La amoxicilina (AMX) se utiliza como elección en infecciones en niños. Las virosis son la causa más frecuente de urticarias en niños. La AMX se usa empíricamente y cuando sucede una RAM es difícil diferenciar con una virosis. La RAM debe descartarse porque los reemplazos no son eficaces en ciertas patologías.

Objetivo. Describir pacientes con hipersensibilidad (HS) a AMX en una serie de pacientes con sospecha clínica de RAM a través de su estudio esquematizado.

Población, material y métodos. Serie de 43 pacientes derivados por sospecha de RAM por AMX. Variables estudiadas: sexo; edad de consulta y a la reacción; momento de reacción durante el tratamiento; tipo de reacción; motivo de indicación del ATB; resultados de IgE específica, testificación cutánea y desafío; antecedentes personales y familiares de alergia; diagnóstico final. Se realizó χ^2 para evaluar variables paramétricas.

Resultados. Total: 43; sexo masculino: 22 (51,16%), femenino 21 (48,83%). Promedio de edad de consulta y reacción: 5,41 años (0,75-16 años); 3,32 años (0,33-14 años). Momento de reacción: <1 h: 5 (11,63%); 1-72 hs: 20 (46,51%); >72 hs: 18 (41,46%). Tipo de reacción: urticaria: 39 (90,70%); exantema morbiliforme: 3 (6,98%); anafilaxia: 1 (2,33%). Motivo de indicación de AMX: otitis: 20 (46,51%); amigdalitis: 16 (37,21%); neumonía: 5 (11,63%); otros: 2 (4,65%). Estudios positivos: RAST: 1 (2,33%); testificación cutánea: 5 (11,63%) (uno solo positivo a mezcla de determinantes menores); desafíos: 4 (9,30%). Antecedentes personales: 13 (30,25%) (NS); antecedentes familiares: 27 (62,79%) ($p < 0,05$; IC95% 0,047 – 0,951). 7 presentaron HS IgE mediada y 2 HS retardada.

CONCLUSIONES. Se observó que el 20% de niños con sospecha de RAM por AMX presentaban HS. El 10% se

diagnosticó con desafío por lo que es importante su realización. Un esquema diagnóstico apropiado identifica pacientes que no deberían realizar evitación. Los antecedentes familiares pueden ser un factor de riesgo. La AMX es de elección en infecciones pediátricas y ante la sospecha de RAM se debe confirmar alergia.

201710

PACIENTES CON ALERGIA ALIMENTARIA DE TIPO INMEDIATA VS. MEDIATA SOMETIDOS A PRUEBA DE DESAFÍO. DIFERENTES PATOLOGÍAS. DIFERENTE RESOLUCIÓN

Ettlin Eugenia*, Graziani Paula*, Landi Fraguglia M. Sofía*, Cosentino Mariana*, Bozzola C.Martín.**

* *Servicio de Pediatría, Hospital Británico de Buenos Aires.*

** *Sección de Alergia Pediátrica, Hospital Británico de Buenos Aires.*

Introducción. Recientemente se ha incrementado la prevalencia y el conocimiento de la alergia alimentaria (AA). La prevalencia en Argentina es el 2,5 - 5% y del 6% en niños. Los alimentos implicados son leche de vaca, huevo, pescado y maní.

La reacción se produce por ingesta de un antígeno alimentario. Se clasifica en AA mediada por IgE (AAI) y AA no mediada por IgE (mediata/celular/eosinofílica) (AAM). Poco se conoce de su historia natural.

Objetivo. Primario: Determinar diferencias en la resolución de AA según su mecanismo fisiopatológico por prueba controlada de desafío (PCD).

Secundario: Evaluar diferencias en edad de diagnóstico y resolución según el mecanismo fisiopatológico.

Población y métodos. Retrospectivamente se evaluaron 263 casos con AA divididos en AAI o AAM. Se evaluaron edad al diagnóstico, a la realización de la PCD y el resultado de la misma. Se aplicó t de student para variables paramétricas y chi2 para no paramétricas. Significancia $p < 0,05$.

Resultados. De 263 pacientes 41,4% presentaron AAI y 51,6% AAM (NS). Entre los pacientes con AAI el 40,4% superó la PCD. De los pacientes con AAM el 62,3% superó la PCD ($p < 0,001$).

La población se evaluó según edad al diagnóstico (AAI: media: 5 m, \bar{x} : 6,28 m / AAM: media 4 m, \bar{x} : 5,22 m) ($p < 0,05$) y según edad de PCD (AAI: media 24 m, \bar{x} : 29,29 m / AAM: media 17 m, \bar{x} : 23,66 m ($p < 0,05$)).

CONCLUSIÓN. En nuestro estudio se observó que existen diferencias en la resolución clínica dependiendo del mecanismo subyacente. Los pacientes con AAM tienden a superar la PCD en un 51% vs un 41% de AAI. La diferencia de edad de diagnóstico y de resolución es signifi-

cativa pero solo es clínicamente representativa al momento del alta ya que la diferencia es de 6 meses a favor de las AAM. El conocimiento de la historia natural de las diferentes formas de AA ayuda a tomar decisiones clínicas más acertadas.

201711

PREMIO Mejor trabajo libre presentado en formato póster

LA PROCTOCOLITIS ALÉRGICA PRESENTA UNA HISTORIA NATURAL DIFERENTE A LA URTICARIA CUANDO SON PROVOCADAS POR ALERGIA A LA LECHE DE VACA EVALUADAS POR PRUEBAS DE DESAFÍO

Feroce, Paula*; Fortes, Pilar*; Landi F.M. Sofía*, Bozzola, César Martín.**

* *Servicio de Pediatría, Hospital Británico de Buenos Aires.*

** *Sección de Alergia Pediátrica, Hospital Británico de Buenos Aires.*

Introducción. La alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) es la alergia alimentaria más frecuente en pediatría con prevalencia entre 2-7,5%. Se clasifica en mediada por IgE y no mediada por IgE por su mecanismo fisiopatológico y su historia natural (HN) parece ser diferente. El seguimiento por pruebas de desafío (PD) demuestra que la mayoría de las APLV resuelven espontáneamente.

Objetivos. Primario: Determinar si existe diferencia en los resultados de las (PD) entre urticaria (U) y proctocolitis alérgica (PCA).

Secundario: Evaluar diferencias por sexo, en edades diagnósticas (ED) y en la edad de PD (EPD) entre U y PCA.

Materiales y métodos. Se analizó retrospectivamente 158 pacientes con APLV sometidos a PD. Divididos en PCA, U y sexo, se evaluó respuesta a la PD, ED y EPD. Se aplicó t de student evaluar variables paramétricas y chi2 para no paramétricas. Significancia $p < 0,05$.

Resultados. De 158 pacientes con APLV, 56,3% presentó PCA y 43,7% U. El 64,1% de PCA superó la prueba. El 31,9% de U superó la PD ($p < 0,001$). El 48,1% fueron M con PD superada en el 51,3%; el 51,9% fueron F y el 48,8% superó la PD (NS).

ED: PCA: media: 3 meses (0-48 meses), \bar{x} : 3,67 meses; U: media: 5 meses (1-48 meses), \bar{x} : 5,9 meses ($p < 0,001$); EPD: PCA: media: 13 meses (5-71 meses), \bar{x} : 16,12 meses; U: media: 24 meses (7-192 meses), \bar{x} : 28,58 meses ($p < 0,001$).

CONCLUSIÓN. Este estudio demuestra que existen diferencias en los resultados de las PD por APLV según patología. La PCA (64,1%) resuelve más frecuentemente que la U (31,9%) y a edades más tempranas (13m vs 24m).

Sin diferencias por sexo. Pese a que la APLV es la causa en ambos casos, el mecanismo fisiopatológico subyacente puede ser el factor que determina la diferencia en su historia natural y no el tiempo de dieta realizado. Estos datos demuestran una HN diferente entre estas entidades y ayudan a encontrar el momento más adecuado para realizar una PD de alta.

201712

INMUNOTERAPIA ORAL CON LECHE DE VACA EN NIÑOS ALÉRGICOS QUE NO RESUELVEN ESPONTÁNEAMENTE SUS SÍNTOMAS. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Graziani, Paula*; **Landi Fraguaglia, Sofía***; **Cosentino, Mariana***; **Bozzola, César Martín****

* *Servicio de Pediatría, Hospital Británico de Buenos Aires.*

** *Sección de Alergia Pediátrica, Hospital Británico de Buenos Aires.*

Introducción. La alergia a la leche de vaca (APLV) es la más frecuente en nuestra población. La mayoría resuelven hacia los 4 años. Los que no revierten se puede optar por un tratamiento de inmunoterapia oral (ITO) para conseguir que ingieran ciertas cantidades de leche sin riesgos.

Objetivos. Describir una serie de casos con APLV IgE mediada que no han resuelto espontáneamente sometidos a una ITO.

Población, material y métodos. Describimos retrospectivamente una serie de niños con APLV IgE mediada con desafío controlado confirmatorio sometidos a ITO con protocolo ambulatorio de 6 meses, dosis inicial 0.00006 g de proteína de leche y duplicación semanal y luego quincenal hasta alcanzar 6.4 g. Se evaluaron sexo, diagnóstico, edad al inicio y final del tratamiento, duración del protocolo, reacciones adversas, necesidad de antihistamínicos, pacientes que finalizaron el tratamiento y tipos de desensibilización alcanzada.

Resultados. Varones 19 (67.86%); mujeres 9 (32.14%). Diagnósticos: asma: 4 (14.29%); urticaria: 6 (21.43%); anafilaxia: 18 (64.29%). Promedio edades de inicio/finalización tratamiento: 5.82/6.33 años (rangos: 2.46-16.33/2.63-16.87). Promedio duración: 6,19 meses (0,63-17,17). En los que alcanzan objetivo: 7,24 meses (5.67-17.17). Reacciones adversas: 16 (57,14%). Antihistamínicos necesarios en 10 (35,71%). 20 finalizaron tratamiento (71.43%); 17 mantuvieron la desensibilización a 3 meses, 3 la perdieron por abandono por sabor, 3 tolerancia parcial y 5 no progresaron por efectos adversos importantes.

CONCLUSIONES. En esta serie se obtuvo más del 70% de éxito en alcanzar 200 ml (6.4g de proteína) con ITO en

un promedio de 7,24 meses en pacientes con APLV grave. Es improbable realizarlo en 6 meses debido a intercurencias inevitables. Las reacciones adversas son frecuentes, pero aceptables para una desensibilización. El sabor de la leche es un problema. El objetivo del tratamiento debería permitir que los niños puedan realizar actividades sociales y nutricionales minimizando los riesgos de una ingesta accidental. Nuevas alternativas de tratamiento estarán disponibles en el futuro.

201713

LOS NIÑOS CON PROCTOCOLITIS ALÉRGICA PRESENTAN ÍNDICES DE CRECIMIENTO MENORES QUE LOS NIÑOS SANOS.

Landi Fraguaglia, Sofía*; **Fortes, Pilar***; **Graziani, Paula***; **Feroce, Paula***; **Bozzola, César Martín****.

* *Servicio de Pediatría, Hospital Británico de Buenos Aires.*

** *Sección de Alergia Pediátrica, Hospital Británico de Buenos Aires.*

Introducción: La alergia alimentaria por leche de vaca (APLV) es la más frecuente en lactantes. La procto-colitis alérgica (PCA) es una de las alergias más prevalentes en los primeros meses de vida. De presentación variable con aumento del número de deposiciones, cólicos, deposiciones explosivas o con moco, sangre o hematoquecia. La dieta es el tratamiento en la que se elimina la ingesta del alimento ofensor por el paciente y la madre si amamanta. No se sabe si la PCA influye en el crecimiento.

Objetivo: Comparar una población con PCA con otra sana para determinar si los parámetros de crecimiento son diferentes.

Población y métodos. Estudio de casos controles. Se evaluaron 71 casos con PCA y se los comparó con 71 niños sanos de iguales edades a los casos. Se recopilaron datos de edad, sexo, talla y peso. Se calculó el Z score para talla y peso, relación peso/talla e IMC. Se aplicó t de student para estudio de variables paramétricas y chi2 para no paramétricas. Se tomaron como valores significativos $p < 0,05$.

Resultados. Ambas poblaciones fueron similares en edad (Promedio/Mediana; Casos/Controles: 9,65/9,48 - 8/7m) y sexo. Sin diferencias en valores absolutos de peso y talla. Se obtuvieron datos significativos para: relación peso/talla $p < 0,05$ (promedio: casos/controles: 11.755/12.326); IMC $p < 0,05$ (promedio: casos/controles: 16,46/17,04); Z-score para talla $p < 0,001$ (promedio: casos/controles: -0.204/0.559) y Z score para peso $p < 0,001$ (promedio: casos/controles: -0.249/0,484).

Discusión. La PCA por APLV es una consulta habitual. La dieta es útil para diagnóstico y tratamiento. Los parámetros de peso y talla medidos por z-score homogeiniza los valores según sexo y edad y permite comparar los re-

sultados. Se demuestra una diferencia significativa para z-score de peso y talla, aunque los niños con PCA no se encuentren en riesgo nutricional absoluto (z-score <2), y para IMC. No conocemos cómo esta diferencia puede afectar en el largo plazo el crecimiento. Las posibles causas pueden ser la enfermedad en sí misma, la dieta terapéutica, ciertas conductas parentales temerosas hacia nuevos alimentos o una conjunción de elementos. Nuevos estudios deben realizarse para encontrar causas que permitan eliminar potenciales riesgos nutricionales.

201714

SÍNDROME DE KOUNIS EN PACIENTE CON CÁNCER DE COLON

L.Garavaglia, E.Garramone, C.Ritchie, C.Parisi.

Sección Alergia e Inmunología. Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción. Presentamos el caso de una paciente de 65 años con antecedentes de cáncer de colon estadio IV, quien presentó prurito en manos, lesiones tipo urticarianas y dolor precordial leve durante la duodécima infusión de Oxaliplatino. Se realizó testificación cutánea con oxaliplatino, resultando positiva por lo que se decidió realizar protocolo de desensibilización.

Durante la séptima desensibilización, sufrió dolor precordial típico, intensidad 9/10, de 15 minutos de duración, sin cambios electrocardiográficos, con elevación de enzimas cardíacas. Luego de descartar otras causas de eventos coronarios y múltiples diagnósticos diferenciales, se interpretó de etiología alérgica.

Objetivo. Presentar una entidad poco frecuente de origen alérgico.

Discusión. El síndrome de Kounis (SK) fue descrito en 1991 por Kounis y Zavras como la aparición simultánea de eventos coronarios agudos y alérgicos. En 1998, Braunwald apuntó que la angina vasoespástica podía ser inducida por reacciones alérgicas, por mediadores como la histamina y leucotrienos actuando en el músculo liso de las arterias coronarias. Así la angina alérgica y el infarto agudo de etiología alérgica se han reconocido como el SK. Se han descrito múltiples desencadenantes. Se divide en dos subtipos: Tipo I (sin enfermedad coronaria) y el tipo II (con enfermedad coronaria).

Diagnóstico. Es eminentemente clínico y se basa en objetivar síntomas y signos sugestivos de una reacción alérgica aguda y un evento coronario agudo coincidentes en el tiempo.

Tratamiento. El tratamiento es el específico del síndrome coronario agudo y el de la anafilaxia.

CONCLUSIÓN: El SK es una entidad infradiagnóstica y se necesitan más estudios para conocer mejor su epi-

demología, clínica y diagnóstico, así como definir mejor medidas preventivas y terapéuticas.

201715

ANAFILAXIA INDUCIDA POR FÁRMACOS

Jares E.¹, Sánchez-Borges M.², Gómez M.³, Ensina L.F.⁴, Bernstein J.⁵, Arias Cruz A.⁶, Monsell S.J.¹, Castillo A.⁷, GonzalezDiaz S.⁶, MaciasWeinmann A.⁶, Serrano RG.⁸, Morfin-Maciél B.⁹, Mimessi G.³, Ramirez Zuloaga L.¹⁰, De Falco A.¹¹, Barayazarra S.¹², Cherrez Ojeda I.¹³, Monge Ortega O.⁶, Alcaraz P.¹⁴, Piraino P.¹⁵, Znacchi A.¹², Cardona Villa R.¹⁰

1. *Fundación LIBRA, Buenos Aires, Argentina.*
2. *Centro Medico-Docente La Trinidad, Caracas, República Bolivariana of Venezuela.*
3. *Hospital San Bernardo, Salta, Argentina,*
4. *Federal University of São Paulo, São Paulo, Brazil.*
5. *Department of Internal Medicine and Division of Immunology/AllergySection, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, EUA.*
6. *Hospital "Dr. Jose Eleuterio Gonzalez" Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.*
7. *Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña, Santo Domingo, Rep. Dominicana.*
8. *Instituto Neuquino de Alergia, Policlínico Neuquen, Argentina.*
9. *Hospital San Angel, México, México.*
10. *Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.*
11. *Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.*
12. *Nuevo Hospital San Roque, Córdoba, Argentina.*
13. *Universidad Espiritu Santo, Guayaquil, Ecuador.*
14. *Unidad de Alergia, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas-UNA, Paraguay.*
15. *Instituto de Previsión Social-Hospital Central, Asunción, Paraguay.*

Antecedentes. La información sobre clínica para inductores de anafilaxia por medicamentos en nuestros países es escasa. El presente trabajo aborda estos aspectos.

Método. Estudio transversal descriptivo mediante un cuestionario online efectuado en 14 unidades de alergología de 6 países de América Latina. Se seleccionaron los pacientes consecutivos que consultaron a los servicios de alergia por anafilaxia presuntamente producida por medicamentos.

Resultados. Se evaluaron 89 pacientes. El 29% de los pacientes tenía antecedentes de reacciones adversas con otros medicamentos, 32 % con el mismo fármaco, pero de menor gravedad, y 8 % presentó reacciones anteriores con la misma droga de igual o mayor gravedad. El 82% de las reacciones comenzaron menos de 1 hora y 13% entre 1 y 2 horas tras el contacto con el fármaco. Presentaron reacciones moderadas el 52% y 45 % graves. El 50% de las re-

acciones graves comenzaron en los primeros 10 minutos tras la administración del fármaco, (grupo leve-moderado 20%). La aplicación parenteral fue responsable del 34 % de las reacciones. Los AINEs fueron implicados en el 54% de los casos, antibióticos beta lactámicos 23%, antibióticos no beta lactámicos 5%, anestésicos 3%, contrastes radiológicos 2% y relajantes musculares, 1%.

CONCLUSIÓN. Los AINEs están implicados en más de la mitad de los pacientes con anafilaxia por medicamentos; los beta lactámicos fueron el segundo grupo en importancia. Más del 90% de las reacciones se desencadenaron en menos de 2 horas después de la administración del fármaco y los que comenzaron en los primeros 10 minutos presentaron más riesgo de reacciones graves. El 40% de los casos se produjo en pacientes con antecedentes de reacciones anteriores al mismo medicamento o a medicamentos del mismo grupo, enfatizando la necesidad de educación de los médicos es este aspecto.

201716

ANAFILAXIA INDUCIDA POR FÁRMACOS. TRATAMIENTO Y ESTUDIOS EFECTUADOS

Jares E.¹, Sánchez-Borges M.², Gómez M.³, Ensina L.F.⁴, Bernstein J.⁵, Arias Cruz A.⁶, Monsell S.J.¹, Castillo A.⁷, GonzalezDiaz S.⁶, MaciasWeinmann A.⁶, Serrano RG.⁸, Morfin-Maciél B.⁹, Mimessi G.³, Ramirez Zuloaga L.¹⁰, De Falco A.¹¹, Barayazarra S.¹², Cherrez Ojeda I.¹³, Monge Ortega O.⁶, Alcaraz P.¹⁴, Piraino P.¹⁵, Znacchi A.¹², Cardona Villa R.¹⁰

1. *Fundación LIBRA, Buenos Aires, Argentina.*
2. *Centro Medico-Docente La Trinidad, Caracas, República Bolivariana of Venezuela.*
3. *Hospital San Bernardo, Salta, Argentina.*
4. *Federal University of São Paulo, São Paulo, Brazil.*
5. *Department of Internal Medicine and Division of Immunology/AllergySection, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, EUA.*
6. *Hospital Dr. Jose Eleuterio Gonzalez, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.*
7. *Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña, Santo Domingo, Rep. Dominicana.*
8. *Instituto Neuquino de Alergia, Policlínico Neuquén, Argentina.*
9. *Hospital San Angel, México, México.*
10. *Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.*
11. *Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.*
12. *Nuevo Hospital San Roque, Córdoba, Argentina.*
13. *Universidad Espiritu Santo, Guayaquil, Ecuador.*
14. *Unidad de Alergia, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas-UNA, Paraguay.*
15. *Instituto de Previsión Social-Hospital Central, Asunción, Paraguay.*

Antecedentes. El tratamiento de la anafilaxia inducida por fármacos es efectuado habitualmente por médicos sin entrenamiento específico en alergología. Reportamos el manejo de estos pacientes en el episodio agudo, y los estudios efectuados, cuando son evaluados posteriormente por especialistas.

Método. Estudio transversal descriptivo mediante un cuestionario online efectuado en 14 unidades de alergología de 6 países de Latinoamérica. Se seleccionaron pacientes consecutivos que consultaron por anafilaxia presuntamente inducida por medicamentos.

Resultados. Se evaluaron 89 pacientes, 58% mujeres, 58% de las reacciones tratadas en guardia, 25% hospitalizados y 11% atendidos o presentaron la reacción en UCI. El 87% recibió corticoides sistémicos, antihistamínicos 90%, oxígeno 48%, broncodilatadores inhalados 40%, adrenalina IM 40%, adrenalina SC, 13%. Los pacientes graves recibieron adrenalina en 85% de los casos y 29% en los casos leves-moderados. Tras el alta, 44% recibieron plan de acción para emergencias (50% en el grupo grave y 39% en el grupo leve-moderado), 7% auto-inyector de adrenalina, 6% consejos para evitar el fármaco, y 5% corticoides y/o antihistamínicos orales. La triptasa sérica fue medida en 4% de los pacientes en el estudio alergológico y ninguno en el episodio agudo. Se efectuó Prick Test en el 24% de los pacientes, intra-dermorreacción en 16%, prueba de provocación en 27%, IgE total 46%, IgE específica en 24% de los pacientes.

CONCLUSIONES. La mayoría de los pacientes fueron tratados en Servicios de Emergencias y recibieron antihistamínicos y corticoides. La adrenalina fue utilizada con frecuencia en los casos graves, pero no en los leves y moderados. Más de la mitad de los pacientes no recibieron plan de acción para anafilaxia, indicación de adrenalina como terapia de rescate, o consejos para evitar la medicación implicada. La educación médica de los médicos de atención primaria y emergencia debería enfocarse en la evaluación y manejo de la hipersensibilidad a medicamentos.

201717

SINDROME DE HIPER IGE: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Lampugnani Alejandra, Bertoni Liliana, Galdeano Emilio, Romano Julieta, Bordon Paulina, Perez Fernanda

Introducción. El síndrome hiper-IgE AD es una Inmunodeficiencia Primaria caracterizada por infecciones recurrentes, alteraciones del tejido conectivo, esqueléticas y vasculares. Se caracteriza por una alteración en la vía TH17 que explica la susceptibilidad a infecciones por *S. aureus* y *Candida*. Existen además formas recesivas

Objetivo. Describir tres pacientes con síndrome HiperIgE alertando sobre sospecha precoz

Caso 1. Niña de 7 años con piodermitis recurrente y eccema severo desde los primeros meses de vida. Abscesos cutáneos, neumonía y rinoadenoiditis recurrentes. Facies tosca, paladar ojival, piodermitis severa. IgE mayor a 3000, Score HIES 38, Linfocitos TH17 (0,17 Control 2,3), Anti PCP pre-postvaccinal (25/60), Hipereosinofilia Leve 860

Caso 2. Niño de 2 años, rinoadenoiditis recurrentes. Ingresar por impétigo de cuero cabelludo y celulitis occipital. En hemocultivo *Staphylococcus aureus* MR. Presentó bronconeumonía bilateral con pionesmatocoles, neumotórax bilateral y derrame pleural. IgE 5040, Score HIES 37, Linfocitos TH17 (0,5% Control 2,3%), Anti PCP pre-post vaccinal (90/mayor 13) Hipereosinofilia leve (810)

Caso 3. Varón de 12 años con eccema severo que ingresa por traumatismo en pelvis, con fiebre, dolor e impotencia funcional de cadera derecha. En RMN presenta osteoartritis de articulación sacroilíaca y hueso ilíaco derechos con fracturas pequeñas. Hemocultivos negativos. Presenta neumonía de base de pulmón derecho, derrame pleural y pericárdico. IgE 2021, Score HIES 27, Linfocitos TH17: (0,7% Control 2,3) Anti PCP pre y post vaccinal (103/mayor 113) Hipereosinofilia leve (723)

COMENTARIOS. El Síndrome de HiperIgE autosómico dominante (SHIGE-AD) es una entidad infrecuente causada por una mutación en STAT 3 del cromosoma 4 y requiere alto grado de sospecha así como manejo precoz de las infecciones.

Uno de los principales diagnósticos diferenciales está dado por el niño atópico con eccema e infecciones recurrentes. El tratamiento es de sostén y antibióticos ante la presencia de infecciones. Cuando asocian déficit de respuesta específica a antígenos polisacáridos, como el caso 1 de nuestra paciente se agrega gamaglobulina

201718

ANGIOEDEMA HEREDITARIO CASO CLÍNICO

Marcela Pía Chinigo, Benítez Pablo, Di Plácido Patricia.
Servicio de Alergia del Hospital San Juan de Dios de La Plata.

Resumen. El angioedema hereditario es un trastorno genético caracterizado por ataques de edemas recurrentes y espontáneos sin urticaria, con alta mortalidad, debido a la obstrucción de las vías aéreas, lo que hace que el tratamiento inmediato sea crucial. Se presenta un caso de un paciente de 62 años de sexo femenino que consulta al consultorio de alergia, en diciembre del 2015. La paciente presenta edemas de cara y manos en varias ocasiones,

sin respuesta a corticoides. La paciente fue inicialmente diagnosticada como angioedema adquirido de acuerdo a los resultados de laboratorio (C1q disminuido), de la aparición tardía de los síntomas y por la falta de antecedentes familiares. Se deriva a clínica médica, quien realiza estudios para descartar patologías asociadas. Los resultados muestran solo un ligero descenso de proteínas. Para llegar al diagnóstico se envía la muestra a Bonn Alemania. Se realiza estudio genético y se detectó la mutación c.1438G>A en el exón 8 del gen SERPING1, que produce un cambio del aminoácido Valina-480 por metionina, en estado de heterocigosis. Ya se han descrito mutaciones en el mismo codón en pacientes con Angioedema hereditario por deficiencia de C1inh, con lo cual esta mutación se considera patogénica.

CONCLUSIÓN. Considerando todos los estudios realizados a la paciente, los resultados son compatibles con el diagnóstico de Angioedema Hereditario tipo I. El estudio genético fue esencial para llegar al correcto diagnóstico

201719

REPORTE DE CASO: DESENSIBILIZACIÓN RÁPIDA EN UN PACIENTE CON HIPERSENSIBILIDAD A ASPIRINA SOMETIDO A ANGIOPLASTIA CORONARIA EN MISIONES

Strass MD1, Lazarte JL2, Pérez V3

1. *Alergia e Inmunología.*
2. *Servicio de Hemodinamia.*
3. *Unidad Coronaria*

Sanatorio Boratti, Posadas, Misiones.

Introducción. La aspirina es necesaria luego de una angioplastia coronaria debido al riesgo de trombosis. La hipersensibilidad a AAS (HAAS) usualmente implica evitación total de AAS y/o AINE's, aunque cuando la droga es vital, puede intentarse una desensibilización.

Se publicaron varios protocolos de desensibilización rápida para tales pacientes, en pocas horas y en un ambiente controlado. Luego de completada, el paciente puede ingerir dosis terapéuticas de aspirina indefinidamente, pero la tolerancia es temporal, existiendo riesgo de nuevas reacciones al suspenderse. En ese caso, se requiere una nueva desensibilización.

Caso Clínico. Paciente varón de 55 años, ex tabaquista, con obesidad y dislipemia que presentó en agosto de 2016 un Síndrome Coronario Agudo (SCA) sin elevación del ST. Presentaba antecedente de urticaria, angioedema facial y dificultad respiratoria alta luego de ingesta de Aspirina y otros AINES.

Presentaba lesión suboclusiva en arteria coronaria descendente anterior realizándosele angioplastia, colocación de stent y posterior desensibilización rápida a AAS.

Diseñamos un protocolo consistente en administración de AAS cada 30 minutos: 1, 2, 5, 10, 20, 40, 80 y 100 mg, controlando posible aparición de síntomas, FR, TA, FR y SO₂ cada 15 minutos en Unidad Coronaria. Dosis acumulada: 256 mg, en 270 minutos y 8 pasos.

Posteriormente, el paciente continuó con AAS y Clopidogrel hasta junio de 2017 donde requirió extracción dentaria. Se indicó interrumpir antiagregantes 7 días antes y nueva desensibilización a las 48 hs. Se aplicó esta vez un protocolo descrito por Silberman, de 5 pasos, cada 30 minutos hasta alcanzar 75 mg como dosis final, con una dosis acumulativa de 150 mg.

CONCLUSIONES. Es frecuente encontrar pacientes con SCA e HAAS. La desensibilización a AAS es una práctica segura en manos entrenadas, pero poco utilizada. Describimos un caso resuelto exitosamente en nuestra institución.

201720

MENCIÓN Trabajo libre en formato póster presentado por Jóvenes Alergistas

TEST DE ADHESIÓN A INHALADORES EN PACIENTES CON ASMA DE NUESTRA POBLACIÓN

M. Celeste Borghello, Georgina Caggiano, M. Cecilia Cavallo, M. José Irastorza, Cristian Moriconi, Leonor Villa.

Grupo Jóvenes Alergistas, Asociación Argentina Alergia e Inmunología Clínica.

Introducción. El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, requiere un adecuado control de la enfermedad y una monitorización regular de su medicación. **Objetivo.** Evaluar el grado de adhesión al tratamiento de Asma en nuestra población e identificar el tipo de incumplimiento con mayor prevalencia.

Materiales y métodos. Estudio observacional, prospectivo, transversal, multicentrico (Córdoba, Marco Juárez, La Plata, Rosario y Paraná). Se realizó cuestionario TAI a los pacientes entre 18 a 80 años, con diagnóstico de asma según Gina 2016 en tratamiento con inhaladores durante febrero a mayo del 2017 en Servicios de Alergia de dichas ciudades.

Resultados. Se estudiaron 124 pacientes. Edad promedio 45 años, 59% sexo femenino. 56% pertenecen al ámbito privado. El 88% estaba con terapia combinada y 22% con monodroga.

Los incumplidores fueron 101 (81.5%), 64 del ellos presentaron mala adhesión (54.1%), 34 adhesión intermedia (27.4%) y 23 pacientes buena adhesión (18.5%). Los tipos de incumplimientos hallados fueron: Errático 89.11%, Deliberado 87% e Inconsciente 18.5%. El ámbito privado presentó mejores cumplidores (83%).

CONCLUSIÓN. Prevalece una alta tasa de incumplimiento a los tratamientos inhalados, siendo el tipo errático el más frecuente. El ámbito privado presentó mejor cumplimiento. Esto nos hace replantear nuevas estrategias para mejorar eficacia terapéutica, mayor adherencia, educación y control de su enfermedad.

201721

CONOCIMIENTO DE LA INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA CON ALÉRGENOS EN MÉDICOS NO ALERGÓLOGOS

Villa L, Cavallo C, Cherner G, Ritche C, Oviedo L, Crisci MS, Strass MD, Ramón G, Molinas JL, Arduso LRF.

Comité de Alérgenos, Pruebas Diagnósticas e Inmunoterapia, AAAeIC.

Introducción. La inmunoterapia específica con alérgenos (ITEA) es una herramienta terapéutica para asma y rinitis alérgica, pero parece ser considerada sólo por médicos alergólogos.

Objetivos. Conocer el concepto que tienen médicos no alergólogos sobre la utilización, eficacia y recomendaciones de la ITEA en rinitis y asma.

Material y métodos. Se desarrolló una encuesta sobre distintos aspectos de la ITEA, tomando como guía una realizada en otro país. Se obtuvieron respuestas de una jornada de pediatría y dos congresos de medicina interna.

Resultados. Respondieron el cuestionario 227 médicos (69,8% mujeres, edad media = 37,0 años). Los términos ITEA o vacunas para la alergia son reconocidos casi por igual (58,8% y 60,5%).

El 24,3% considera que ITEA consiste en administrar alérgenos más medicación antiinflamatoria en bajas dosis y por tiempo prolongado y el 28,3% que sólo puede administrarse en forma subcutánea. En cuanto a si la consideran útil siempre o casi siempre para rinitis o asma, no existieron diferencias en relación a ambas patologías (rinitis 5,6% y 32,2% asma 6,1 y 30,2%). 21,3% no considera o no tiene opinión formada (32,6%) sobre si la ITEA previene la aparición de nuevas sensibilizaciones o modificar la progresión de la enfermedad (8,8% y 23,8%). Sólo el 7,8% considera que la ITSL es más segura que la ITSC. El 36,1% solicita más detalles al alergólogo cuando se prescribe en niños y el 47,3% no tiene opinión sobre la diferencia en la eficacia entre ambas vías de administración. El 69,2% sugiere más información sobre ITEA en los congresos.

CONCLUSIÓN. Existe, en general, falta de información sobre ITEA en médicos no alergólogos y una necesidad insatisfecha de que el tema tenga mayor difusión en sus congresos.

201722

DERMATOSIS POR PENICILINA: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS**Bertone MS¹, Masciarelli AB¹, Juarez Villanueva L², Ruiz Lascano A², Zwiener R³, Kahn AM^{1,4}**

1. Servicio de Alergia e Inmunología.
2. Servicio de Dermatología.
3. Hospital Privado Universitario de Córdoba, Hospital Austral.
4. Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba.

Introducción. Las reacciones adversas a fármacos se dividen en inmunológicas y no inmunológicas. Las primeras pueden ser debidas a cualquiera de los cuatro tipos de reacciones de hipersensibilidad descritas por Gell y Coombs. Los antibióticos betalactámicos son los fármacos que causan reacciones adversas inmunológicas con mayor frecuencia, representando hasta el 30% de los casos, seguidos por los antiinflamatorios no esteroideos.

Desde el punto de vista clínico los pacientes pueden presentar diferentes tipos de reacciones, desde inmediatas como las anafilácticas, hasta reacciones retardadas que pueden involucrar diferentes órganos, entre ellos la piel.

Objetivos. Reportar 2 casos de reacciones adversas cutáneas en pacientes tratados con beta lactámicos.

Métodos. Primer caso: Mujer con diagnóstico de faringitis aguda. Recibe amoxicilina/ ácido clavulánico más penicilina 2.400.000 IM. A las 24 hs. presenta lesiones púrpuricas en miembros inferiores, superiores y abdomen que evolucionaron a lesiones ampollares con secreciones serosas, asociado a artralgias en muñecas, codos y tobillos. La biopsia demostró vasculitis leucocitoclástica con extravasación eritrocitaria. Requiere internación, pulsos de metilprednisolona por 3 días y ciclofosfamida 750 mg con resolución clínica en 20 días.

Segundo caso. Mujer con diagnóstico de faringitis aguda. Recibe amoxicilina y penicilina benzatínica. A las 24 horas presenta lesiones ampollares dolorosas en manos y lesiones purpúricas en miembros inferiores. Se realiza biopsia que informa dermatitis perivascular a predominio linfocítico con exocitosis. Realiza tratamiento con meprednisona 20 mg/ día y cuidados locales de la piel con resolución clínica en 15 días.

CONCLUSIÓN. Presentamos dos pacientes con lesiones cutáneas severas luego de 24 horas de haber recibido betalactámicos, con biopsia compatibles con vasculitis y resolución en 2 a 3 semanas.

201723

ANAFILAXIA PERIOPERATORIA: REPORTE DE UN CASO**Masciarelli AB¹; Bertone M¹; Daraio MC¹; Kahn A M^{1,2}**

Servicio de Alergia e Inmunología, Hospital Privado Universitario de Córdoba (1), Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba (2).

Introducción. La incidencia de anafilaxia peri-operatoria es de 1:10000 procedimientos quirúrgicos. Los mecanismos fisiopatológicos incluyen: IgE dependientes (70 % de los casos), no IgE dependientes y no inmunológicos.

Las causas en orden de frecuencia son: los bloqueantes neuromusculares (58 %), el látex (19,6%), antibióticos (12,8%), hipnóticos, opioides y expansores plasmáticos. Dentro de los BNM están, succinilcolina (33%), rocuronio (29%), atracurio (19%) y vecuronio (10%)

Clínicamente no hay diferencias de acuerdo al mecanismo fisiopatológico involucrado. Hay compromiso multisistémico, agudo y fatal, aunque las reacciones IgE mediadas suelen ser más severas.

Es muy importante su reconocimiento precoz y diferenciación respecto a otros eventos adversos peri-operatorios. **Objetivos.** Reportar un caso de reacción anafiláctica peri-operatoria donde se realizó el diagnóstico a través de testificación cutánea.

Métodos. Se realizó testificación cutánea con los diferentes fármacos utilizados durante el acto operatorio de la paciente: propofol, fentanilo y rocuronio.

Caso Clínico. Mujer de 21 años de edad ingresada al quirófano para cirugía programada de columna vertebral. Al momento de la inducción anestésica, presenta episodio de hipotensión severa y edema labial con requerimiento de inotrópicos y asistencia respiratoria mecánica, evolucionando con recuperación completa en 24 horas.

Resultados. Se realizó testificación cutánea con fentanilo, rocuronio y propofol, y test in vitro para cefalosporinas y látex. Los resultados fueron: test cutáneo negativo para fentanilo, positivo débil para propofol a dilución 1:10, y positivo para rocuronio a dilución 1:10.000. La testificación cutánea fue medida de acuerdo a la escala de Norman.

CONCLUSIÓN. Presentamos un caso de hipersensibilidad inmediata al bloqueante neuromuscular rocuronio en el contexto de anafilaxis perioperatoria. Se realizó el diagnóstico mediante testificación cutánea y el resultado es concordante a las estadísticas de la bibliografía consultada. La paciente fue intervenida posteriormente sin eventos adversos evitando el uso de rocuronio y propofol.

201724

CALENDARIO POLÍNICO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA: AÑO 2016**Bertone MS¹, Masciarelli AB¹, Ramon G³, Arango N³, Kahn AM^{1,2}**

1. Servicio de Alergia e Inmunología, Hospital Privado Universitario de Córdoba.
2. Instituto Universitario

de Ciencias Biomédicas de Córdoba. 3. Instituto de Alergia e Inmunología del sur, Bahía Blanca.

Introducción. Los pólenes anemófilos causan diversas enfermedades alérgicas como rinitis, conjuntivitis y asma. Estos incluyen árboles, gramíneas y malezas.

La polinización depende de la temperatura y humedad del medio ambiente, de allí que la época de mayor polinización sea la primavera y el verano.

Existe correlación entre la concentración de pólenes ambientales con frecuencia y severidad de enfermedades alérgicas.

Objetivos. Relevar y conocer cuáles son los pólenes anemófilos más frecuentes en la ciudad de Córdoba.

Métodos. Para el muestreo se utilizaron captadores de impacto tipo RotorodMod. 40. Los datos fueron diarios, expresados en granos de polen/m³ de aire.

El período de muestreo está comprendido entre los meses de enero y Noviembre del año 2016. Los datos obtenidos fueron publicados en la página web de la Asociación Argentina de Asma e Inmunología Clínica y la Academia Americana de Alergia, Asma e Inmunología (NAB).

Resultados. El mayor conteo de granos de pólenes se registró durante el tercer trimestre del año, siendo los mismos estadísticamente superiores a los otros tres trimestres, y el mes de Mayo fue el mes con menor registro.

Los pólenes de los árboles fueron observados a lo largo de todo el año, en cambio las gramíneas y las malezas fueron observados durante los meses de Enero, Febrero, Marzo, Septiembre y Octubre.

Para el análisis estadístico se utilizó el test de ANOVA.

CONCLUSIÓN. El conteo de granos de pólenes fue significativamente superior durante el tercer trimestre del año. Esto podría explicar la exacerbación de los síntomas alérgicos que ocurre en los pacientes atópicos durante esta época.

Hemos observado además, la presencia de pólenes de árboles durante todo el conteo, lo que no es un fenómeno habitual.

201725

MANEJO DE ALERGIA AL LÁTEX EN NIÑOS CON MIELOMENINGOCELE: EXPERIENCIA EN LA SALA DE ALERGIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA DE LA PLATA.

Bárbara Aguilar Becher, Silvina Morales, Gabriela Ríos, Marcela García.

Introducción. El mielomeningocele (MMC) es un defecto del cierre del tubo neural. Los niños afectados presentan alergia al látex en un 20-67%, mientras que en la población general es del 1 al 2 %. Las manifestaciones clí-

nicas pueden ser desde leves hasta graves (anafilaxia perioperatoria). La ausencia de sensibilización no descarta el riesgo de sensibilización ulterior. Durante los últimos años, se ha trabajado en el asesoramiento de la evitación del látex en estos niños, particularmente previo a intervenciones invasivas.

Objetivo. Conocer el porcentaje de niños con MMC que se encuentran sensibilizados y el de alérgicos al látex; evaluar la efectividad de la prevención realizada en la consulta de alergia.

Materiales y métodos. Se realizó una revisión de 44 niños con MMC (edad promedio: 8,54) derivados a la sala de alergia (2013/2017) previa intervención quirúrgica. Se recabaron datos de la historia clínica: antecedentes de alergia al látex, número de intervenciones, valoración de Ig E específica y prick test para látex. Además, presencia de síntomas en cirugía posteriores a la intervención.

Resultados. Fueron 18 varones y 26 mujeres. El promedio de intervenciones fue de 4.11. Del total, 12 presentaron Ig E específica para látex (serología y/o prick-test): 6 con manifestaciones clínicas (alergia) y 6 sin ellas (sensibilizados). Luego del asesoramiento en la sala, ninguno presentó síntomas durante la intervención.

CONCLUSIONES. El 13,6 % de los pacientes con MMC revisados presentaron alergia al látex y el 13,6 %, sólo sensibilizados. Estos datos son inferiores a los descriptos en la bibliografía. El manejo y prevención de alergia al látex en nuestro hospital es efectivo para prevenir manifestaciones clínicas en intervenciones quirúrgicas.

201726

USO DE OMALIZUMAB EN URTICARIA CRONICA ESPONTANEA. REPORTE DE DOS CASOS

Gaviot S, Kahn AM.

Fundación FAERAC, Santa Rosa, La Pampa. Hospital Privado Universitario; Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba Córdoba, Argentina.

Introducción. La urticaria crónica espontánea es una enfermedad de frecuente diagnóstico en el consultorio médico del especialista. Constituye un desafío en su diagnóstico diferencial y así como en su seguimiento y su tratamiento.

Métodos. Se describen dos casos clínicos. Ambas mujeres en edad media de la vida, con diagnóstico de urticaria crónica espontánea. Las pacientes tenían Score UAS altos y CVRS global baja (deterioro de calidad de vida) sin mejoría de síntomas con los esquemas terapéuticos recomendados sugeridos en guías clínicas. Luego de 4 y 8 meses respectivamente, comenzaron tratamiento con anticuerpo omalizumab a dosis 300 mg vía subcutánea cada 4 semanas.

Resultados. Ambas pacientes controlaron síntomas luego de dos semanas de iniciado el tratamiento. El primer caso no tuvo recurrencias de la enfermedad, score UAS7 mejoría absoluta. En seguimiento cumpliendo un año de tratamiento pudo disminuirse dosis a 150 mg cada 8 semanas. El segundo caso continua, con esquema 300mg SC dado presencia de síntomas leves al final de dosis. No se presentó ningún evento adverso luego de la colocación del anticuerpo monoclonal, ni inmediato ni retardado.

CONCLUSIÓN. Se observó en ambos casos, control sintomático de la enfermedad y mejoría en la calidad de vida. Omalizumab es un anticuerpo monoclonal descrito como tercera línea de tratamiento y en ambos casos presentó una eficacia y seguridad aceptables.

201727

PREMATURIDAD, BAJO PESO AL NACER, CESÁREA. SU ROL EN LA ALERGIA PEDIÁTRICA Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA

Pinilla V, Baracchini M, Gomez J, Agüero V, Flores E.
Neumus Centro De Alergia, Inmunología Y Vías Respiratorias, Quilmes, Bs. As. Argentina.

Introducción. En un estudio retrospectivo que incluye recién nacidos a los 10 años, se investigó la relación entre la sensibilidad alérgica postnatal con la prematuridad, bajo peso, nacimiento por cesárea, antecedentes de alergia, edad materna, paridad, tabaquismo, e ingreso a neonatología.

Objetivos. Encontrar vínculos entre la sensibilización alérgica postnatal, con los eventos perinatales, el impacto sobre su marcha alérgica, vía aérea, digestiva y piel en prematuros.

Material y métodos: Entre el 2006 al 2016 fueron investigados 173 niños, con criterios de exclusión, comparados con el grupo control por: Historia Clínica. Examen físico; Laboratorio; Saturación de oxígeno; Espirometría; Skin Prick Test (Extractos Alergénicos Estandarizados); Imágenes (Rx-TAC).

Resultados. Alergia Familiar: Reconocida: 78,03%; Desconocida: 21,96%; Un Padre: 45,18%; Ambos Padres: 54,81%; Niveles IgE: Normal 15,02%-Alto: 84,97%; Edad Gestacional: RNT Eutócicos 30,35%- Cesárea: 69,64%; RNPT Eutócicos: 11,96%-Cesárea: 88,03%; Peso Nacimiento RNT: Normal: 83,92%-Bajo Peso: (RNTBP): 16,07%; RNPT: 67,52% – RNPTMBP Muy bajo peso 32,47%; Lactancia Si: 71,67%; No 28,32%; Edad Materna: < 20 años: 13,87%; 20-39 años: 84,97%; >39 años: 1,15%; Nivel Socioeconómico: Bajo: 50,28% - Medio:46,82%- Alto: 2,89%; Tabaquismo: Nunca: 32,36%; Activo: 29,91%; Pasivo: 70,08%; Internación: Distress, Prematuridad, Bajo Peso: 58,11%; SALAM,

EMH: 41,88%; Dias en UTIN: 1-5 días: 58,11%; 5-20 días: 42,85%; 20-30 días: 32,65%; > 30 días: 24,48%; Oxigenoterapia: Halo: 58,11%- ARM >48 hs: 41,88%; Sepsis: 41,02%; Espirometría: > 6 años: Normal:32,36% Obstruictiva: Leve: 39,30% - Moderado: 21,38%- Severa: 6,93%; Internaciones Recurrentes: < 5 días: 38,46%; > 5 días: 61,53%.

CONCLUSIÓN: Los eventos perinatales, juegan un rol en la vida postnatal del prematuro, bajo peso o nacido por cesárea, ligados a procesos respiratorios, con refractariedad a la terapia de mantenimiento o rescate, abriendo uno de los caminos en la marcha alérgica. Identificar éste grupo de riesgo, permite anticiparnos, con agentes terapéuticos y disminuir el impacto en la vía aérea.

201728

SARCOIDOSIS, EL ENEMIGO OCULTO DE LA ALERGIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pinilla V, Baracchini M, Gomez J, Agüero V, Flores E.
Neumus Centro De Alergia, Inmunología Y Vías Respiratorias, Quilmes, Bs. As. Argentina.

Introducción. La tos en alergia, nos puede sugerir caminos diagnósticos y terapéuticos, no deseados. En la práctica alergológica diaria, la tos, como motivo de consulta, es frecuente, que detrás de ésa máscara, tanto hoy como ayer, en la historia de la medicina, nos lleva buscar orígenes multicausales.

Objetivo. Jerarquizar, a la tos, en el diagnóstico alérgico-inmunológico, como emergente clave, en el contexto clínico de una enfermedad, o el centinela, que anuncia algo subyacente de mayor gravedad, siendo muchas veces subestimado, por ende sub-diagnosticado, y como tal sub-tratado, muy lejos de a su etiología.

Método. Una anamnesis clínica-alérgológica mostró antecedentes familiares y personales de alergia y otros, como alto peso al nacer, becegeítis, toxoplasmosis, hipotiroidismo, y el examen físico sugería otra enfermedad de base, enmascarada, a ser confirmada por examen complementario, por lo que la estrategia diagnóstica fue focalizada con: Skin Prick Test; Imágenes: Simples; Tomográficas; Ecográficas; Laboratorio: Clínico; Screening Inmuno-Alergológico, Endocrinológico, Infectológico, etc.; Exploración Quirúrgica Laparoscópica: Punción Biopsia; Espirometría; Test de Marcha de 6 minutos; Test de Difusión Pulmonar; Saturometría; Pletismografía; Interconsultas Infectología; Oftalmología; Dermatología; Cardiología; Endocrinología: Hematología; Gastroenterología.

Resultados. Antecedentes: Historia Personal y Familiar de Alergia:+; Rinosinusitis; Neumónicos Alto Peso al nacer: BCGítis; Toxoplasmosis; Insuf.Renal:Hipotiroididea; Psicológicos:Ataques de Pánico; Tabaquismo Activo

y/o Pasivo:no; Raza:Blanca; Sexo: Femenino; Nivel Socioeconomico: Medio; Índice Masa Corporal:29.41; PPD negativa; TBC:Esputo Directo,Cultivo:negativo;ERS:82 mm; HIV:no reactiva; Arco5:normal; Hudleson:negativa; S.Feldman: negativa; Enzima Convertidora Angiotensina I:52 UI; Calciuria:195;TAC Tórax: Conglomerados adenomegálicos;TAC Abdomen: ganglios inguinales; Perfil Inmunológico: Inmunoglobulinas /Poblaciones Celulares: normal; Marcadores Serológicos: Adenovirus+; Mycoplasma+; Parainfluenza+; Bordetella+; V.S.R+; Dermatología: normal; Oftalmología:normal; Cardiología: normal;Test Marcha 6 Minutos:Sat.Inicial 99 FC:83 BORG:0; Sat. Final 98 FC final 117 BORG:2 distancia recorrida: 480 mts.; Pletismografía: Volúmenes Pulmonares:Dentro Límites Normales; Test de Difusión:Disminución leve que corrige al volumen pulmonar.No corregida a la Hb del pcte.;EspirometriaComputarizada:normal; Biopsia: Sarcoidosis.

CONCLUSIONES. Ante un paciente alérgico, refractario a la terapia, tos de larga data, comprometiendo cotidianidad, y sueño, deberá contemplarse la búsqueda de un enemigo oculto: la sarcoidosis.

201729

FRECUENCIA DE IGE ESPECÍFICAS SÉRICAS PARA LOS PRINCIPALES GRUPOS DE ALÉRGENOS REALIZADOS EN UN LABORATORIO DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. DESCRIPCIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA DESDE 2012 A 2017

Gentili María Patricia¹, Mafioli Mónica³, Mayo Daiana⁴, Belén Uñates⁵, Romina Ranocchia².

1,2. Bioquímicas. 2,3,4,5. Técnicas. Área Inmunología Fares Taie Laboratorios, Rivadavia 3343, Mar del Plata, Argentina.

El diagnóstico de alergia requiere la combinación de una historia clínica, ensayos in vivo y la detección de IgE específica. Las pruebas in vivo nunca están exentas de riesgo, razón por la que cuantificar IgE específica se han convertido en una herramienta esencial en los algoritmos diagnósticos.

El objetivo del trabajo es mostrar la frecuencia de IgE específica sérica a los alérgenos con mayor demanda solicitados en nuestro laboratorio desde el año 2012 hasta 2017(7398 determinaciones) ensayada mediante ELISA (Allergen-A). Por grupo de alérgenos observamos positividad de:31.8 % a alergia a venenos (abeja:15.4 %;hormiga roja: 16.4 %, principalmente clase 1 y 2); 47,3 % a ácaros de polvo casero, Dermatophagoides pteronyssinus y Dermatophagoides farinae, ambos 19.5%, clase 2-4; y 3.1% mix de ácaros, clase 4-6, y polvo de habitación, BlomiaTropicalis: 2.3%,ambos clase

1-3); 18.6% a alérgenos de mascotas (epitelio y caspa de gato: 15,4 %principalmente clases 2 y 3y epitelio de perro: 7.9%, clases 1 y 2); 37. 6 % a alérgenos de hongos (mix de hongos: 7.4%,AlternariaAlternata: 20.9 %, Aspergillus Fumigatus: 2.3 %,CladosporumHerbarum: 7 %,máxime clases 1 y 2); 10.5% a alérgenos de pólenes de gramíneas (mix de gramíneas: 3.5 % clases 1-4, Lolium Perenne: 3.7 % y harina de trigo: 3,3 % principalmente clases 1 y 2); 14,8 % a alérgenos alimentarios (yema, clara y ovoalbúmina de huevo: 0.73, 1.5 y 0.52 %; leche, caseína, beta-lactoglobulina y alfa-lactoglobulina de vaca: 2.25, 2.76,4.4 y 2.3 %; poroto de soja: 0.18 %; mix de pescados y mariscos: 0.15 %, clase 1 y 2 mayoritariamente).

Históricamente la positividad se considera en clases asignadas a la concentración de IgE específica artificialmente, son necesarios estudios que valoren los puntos de corte a establecer para cada alérgeno según distintos utilidades y situaciones clínicas.

201730

ALERGIA RESPIRATORIA IGE MEDIADA A CEREALES. REPORTE DE UN CASO

Romina P Ranocchia¹, Mauricio Rojas², Luján Colombo³, M. Patricia Gentili⁴

1,4. Bioquímica, Área Inmunología, Fares Taie Instituto de Análisis, Mar del Plata.

2. Médico Alergista, Servicio de Alergia e Inmunología Clínica 25 de Mayo, Mar del Plata.

3. Técnica Área Inmunología Fares Taie Instituto de Análisis.

La prevalencia de la alergia a cereales es baja comparada con otros grupos de alimentos. Aunque el trigo es el grano comúnmente involucrado en la alergia a los cereales en occidente, también pueden estar implicados otros como arroz, maíz, centeno, cebada y avena. La alergia respiratoria a las proteínas del trigo es comúnmente observada en adultos (1 %) expuestos ocupacionalmente a la harina, mientras que la alergia alimentaria al trigo es más frecuente niños (0,5 %).

El objetivo es describir un caso de alergia respiratoria IgE mediada a cereales diagnosticada en adolescente femenina (17 años) que ingresa al Servicio de Alergia por un cuadro de rinitis crónica de años de evolución (principalmente estacional). Como antecedentes previos, la paciente presentaba episodios de broncoespasmos relacionados al esfuerzo. Antecedentes familiares: padre asmático. Al momento de la consulta los síntomas son rino-rrhea, estornudos y prurito nasal. Se realiza prick test obteniéndose positividad para aeroalérgenos: pólenes (1+) y gramíneas (2++) y para alérgenos alimentarios: positivo para trigo (2+), negativo para leche de vaca y huevo. Hemograma, hepatograma, IgA, IgG e IgM norma-

les. IgE total: 1506 U/ml. IgE específica positiva para trigo (47,80 kU/L; clase 4), cebada (2,36 kU/L, clase III), centeno y avena (0,40 y 0,30 kU/L respectivamente, clase I). Tras dieta libre de gluten (DLG) durante 1 mes en ausencia de tratamiento habitual para la rinitis hay clara mejoría de su sintomatología respiratoria. Así, un resultado positivo de los anticuerpos IgE específicos sumado a un prick test positivo para el trigo respalda la suposición de que las molestias son la consecuencia de una alergia. Más aún, la introducción de la DLG y la consecuente mejoría clínica al eliminar de manera estricta el alérgeno corrobora un diagnóstico de alergia respiratoria a los cereales.

201731

ASMA RELACIÓN ENTRE TEST DE CONTROL DE ASMA, ESCALA VISUAL ANÁLOGA Y ESPIROMETRÍA

Defanti R, Winchel R, Diaz M, Recuero N, Herrera E, de Barayzarra S.

CIDI Hospital San Roque, Cordoba, Argentina.

Introducción. El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea. Contamos con herramientas que nos permiten su valoración en la consulta diaria espirometría, test de control de asma (ACT), y escala visual análoga (EVA).

Objetivos. Establecer relación entre la puntuación de ACT y EVA. Establecer relación entre EVA y espirometría (VEF1).

Materiales y métodos. Se evaluó 68 pacientes de entre 9 y 74 años de edad que concurrieron al servicio de Alergia e Inmunología del Nuevo hospital San Roque en mayo de 2015. Se realizó espirometría, parámetro normal VEF1 > 80%, ACT escala de 5 a 25, tomando como valor de adecuado control > a 21 y EVA 0 a 10 tomando como valor leve < 5. Procesamiento estadístico OpenEpi versión online 3.03. Valor estadísticamente significativo $p < 0.05$.

Resultados. El 6% presentó ACT dentro de valores controlados y el 94% ACT lejos del objetivos. De ese 6% todos tuvieron EVA alterado (> 5). Del 94% el 40 % tenía EVA alterado. Del total de pacientes el 55 % presentó EVA normal ($p = 0.016$) estadísticamente significativos. OR 0. IC 95% 0.3 - 0.5. Pacientes con VEF1 alterado fueron el 42% y con VEF1 normal 58%. Los pacientes con VEF1 alterado presentaron un promedio de EVA de 5.21 y los pacientes con VEF1 normal un promedio de EVA de 5.86. Análisis estadístico $p = 0.089$ no significativa. OR 0.5. IC 95% 0.3 - 1.2.

CONCLUSIÓN. Existe relación significativa entre la puntuación de ACT y EVA; no existe, relación entre VEF1 y EVA; probablemente porque pacientes con va-

lores muy bajos de VEF1 se adaptaron a su condición de hipoxia y no perciben su disnea. EVA es una herramienta complementaria en la valoración del paciente asmático, pero debe ser evaluado en el contexto de otras herramientas como ACT y espirometría.

201732

ESPUTO INDUCIDO EN PACIENTES ASMÁTICOS RELACIONADO CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Winchel R, Diaz M, Defanti R, Herrera E, Recuero N, de Barayzarra S.

CIDI Hospital San Roque, Córdoba, Argentina.

Introducción. El esputo inducido (EI) es una técnica útil para el diagnóstico de enfermedades inflamatorias bronquiales, basada en el análisis celular. Un mejor conocimiento del mismo, permitirá guiar el diagnóstico y el tratamiento de un modo más apropiado.

Objetivo. Estudiar el patrón inflamatorio del esputo inducido en pacientes asmáticos por IMC. Relacionar los niveles séricos de IgE y pruebas cutáneas según el IMC.

Materiales y Métodos. Se incluyeron 25 pacientes entre 16 y 65 años con diagnóstico de asma.

Se dividieron en cuatro grupos: peso normal, sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida, de acuerdo con el IMC.

Se realizaron espirometría pre y post broncodilatador, dosaje de IgE sérica y pruebas cutáneas.

Resultados. 18 mujeres y 7 varones. Según IMC, obesidad mórbida n: 5, obesidad n: 8, sobrepeso n: 5, peso normal n: 7.

Según severidad: 5 tenían asma severa, 9 persistentes moderados, 9 persistentes leves y 2 intermitentes leves. Los pacientes con obesidad mórbida presentaron un FEV1 medio de 2,8 lt (78%), obesidad de 2,1 lt (68%), sobrepeso 2,8 lt (84%) y peso normal 3,1 lt (86%). La media de IgE sérica fue: 288 ± 73 en obesos mórbidos, 353 ± 11 en obesos, $116 \pm 23,6$ en sobrepeso y 138 ± 71 en normopeso ($p = 0,0004$).

Celularidad del esputo: los obesos mórbidos tuvieron: una media de eosinófilos de 7.9 ± 6.8 y una media de neutrófilos de 38 ± 16 . Obesos, media de eosinófilos 16.5 ± 11.6 y media de neutrófilos 51 ± 11.6 . Sobrepeso, media de eosinófilos 8.4 ± 5.7 y media de neutrófilos 62.5 ± 13.7 . Normopeso media de eosinófilos 8.5 ± 4.7 y media de neutrófilos 21.5 ± 4.7 ($p = 0.0161$). SKPT a aeroalérgenos fueron positivos

CONCLUSIÓN. Todos los pacientes tenían eosinófilos aumentados en esputo. Los pacientes con sobrepeso, obesos y obesos mórbidos también tenían aumentados los neutrófilos. Todos los pacientes tenían IgE elevada y pruebas cutáneas positivas.

201733

EVALUACIÓN DE SEGURIDAD DE INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL CON DERMATOFAGOIDES EN POBLACIÓN DE ARGENTINA

Gómez RM¹, Jares E², Monsell S², Mimessi G¹, Martínez J³.

1. Fundación Ayre. Salta, Argentina;
2. Fundación Libra. Buenos Aires, Argentina;
3. Asesoría médica, Stallergenes Greer LatAm.

La Inmunoterapia Sub-Lingual (ITSL) surge como alternativa a la Sub-Cutánea, fundamentalmente por su perfil de seguridad para el paciente. Sin embargo, carecemos de datos locales al respecto.

Objetivo. Analizar eventos asociados al tratamiento de ITSL con ácaros, en pacientes de Argentina con Rinitis Alérgica (RA).

Material y Métodos. Seguimiento de adultos voluntarios con diagnóstico clínico de RA persistente moderada-severa >1 año evolución, con sensibilidad y correlación clínica con Dermatophagoides pteronyssinus y farinae, que realizan tratamiento farmacológico convencional más Solución Sublingual 10IR - 300IR Der p 50/ Der f 50.

Se registraron eventos asociados a toma de ITSL, según reporte del paciente y valoración del investigador, durante el primer bimestre de tratamiento, incluyendo pacientes que hayan tomado al menos 1 dosis del producto.

Análisis descriptivo de frecuencias en único grupo de pacientes en tratamiento, de 3 centros de Argentina, sin análisis comparativo.

Resultados. Se evaluaron 35 pacientes, edad media 30.7 años (18-66), femeninos 60%.

Diecinueve pacientes reportaron al menos 1 evento asociado a la toma de Solución Sublingual (54,3%), con 2 cada 3 que presentaron su evento entre semana 1 y 2 (correspondiente a etapa de incremento de dosis).

Las frecuencias de eventos se detallan en gráfico 1, agrupándose arbitrariamente en eventos a nivel local, en piel y a nivel digestivo. El tiempo consignado corresponde desde el momento de aplicación sub-lingual de la vacuna.

No hubo exacerbación de asma o rino-conjuntivitis. Tres eventos requirieron tratamiento y resolvieron (urticaria, dolor abdominal, hinchazón en boca), sin generar por parte del paciente ninguna solicitud de discontinuación de ITSL.

CONCLUSIONES. La ITSL con ácaros en nuestra población está asociada a eventos fundamentalmente locales y digestivos, en más de la mitad de los pacientes. No obstante, no hubo reporte de eventos serios ni necesidad de interrupción, con tolerancia posterior en la continuidad del tratamiento.

*Evaluación realizada con la colaboración de Stallergenes Greer, y el soporte de Fundación Ayre

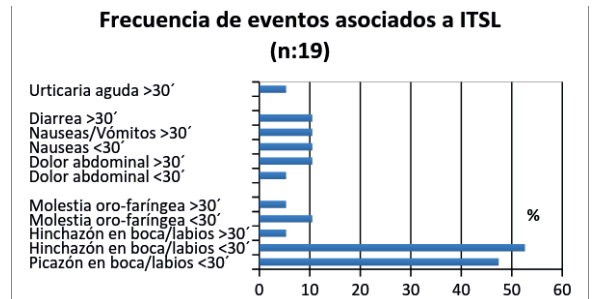


Gráfico 1

201734

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ALÉRGICAS DEL ASMA DEL ADULTO MAYOR

Marcela Soria, Carlos Bueno, Violetta Cesanelli, Susana Barrayzarra, Ana Maria Stok, Anahí Yañez.

Investigaciones en Alergia y Enfermedades Respiratorias-In.AER.

Antecedentes. Hasta la fecha pocos estudios se han enfocado en las características clínicas y alérgicas del asma del adulto Mayor en Argentina, definido como asma en personas de 60 o más años.

Objetivos. Identificar y estudiar las características y comorbilidades clínicas y alérgicas de pacientes con asma del adulto mayor en Argentina, comparando las subpoblaciones de pacientes con asma de aparición tardía (por sus siglas en inglés: LOA) y con asma con inicio antes de los 60 años (por sus siglas en inglés: EOA).

Métodos. Estudio retrospectivo observacional descriptivo fue desarrollado en cinco clínicas y hospitales en Argentina. Médicos alergistas analizaron las historias clínicas de sus pacientes durante el 2014, e incluyeron a aquellos adultos mayores de 60 años que presentan diagnóstico de asma según las guías GINA. Las características clínicas y alérgicas fueron analizadas.

Resultados. Un total de 152 pacientes con diagnóstico de asma fueron incluidos en este estudio, con un promedio de edad de 67 años, 73% mujeres, y un 11 % de ex-fumadores. Un 10.5% de participantes presentaban EOA. En cuanto las características clínicas del asma, tales como gravedad del asma, tratamiento, valores de %VEF1, VEF1/CVE, porcentaje de pacientes con % VEF1 normal y reversibilidad, no se observaron diferencias significativas entre las subpoblaciones EOA y LOA. Por otro lado, si bien no se observaron diferencias en la mayoría de las comorbilidades que presentaron los pacientes EOA y LOA, se observó que los EOA presentaron un mayor porcentaje de pacientes con alergias a nivel nasal con respecto a los LOA (71% vs 46%; p<0.03, Test de Fisher). Sin embargo, vale destacar que casi la mitad de los pacientes con LOA presentaron alergias a nivel nasal.

CONCLUSIÓN. Los pacientes EOA y LOA incluidos en este estudio no mostraron diferencias significativas en la mayoría de sus características clínicas y alérgicas estudiadas. Sin embargo, sí se observaron diferencias en cuanto a las alergias a nivel nasal, identificando la asociación entre rinitis alérgicas y EOA previamente descripta. Estos resultados pueden proveer una mejor comprensión de las características clínicas del asma en el adulto mayor en Argentina, y así desarrollar futuras estrategias terapéuticas y mejorar la calidad de vida de los pacientes ancianos.

201735

INMUNODEFICIENCIA COMUN VARIABLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lampugnani, Alejandra; Boccardo, Gimena.

Hospital Guillermo Rawson, San Juan

Introducción. La IDCV es una Inmunodeficiencia Primaria caracterizada por falla en la diferenciación de linfocitos B que genera disminución en la síntesis de inmunoglobulinas que se expresa con bajos niveles en la concentración de al menos dos isotipos y reducción o ausencia de producción de anticuerpos específicos.

Se presenta entre los 20 y 40 años y 20 % de los casos en menores de 20 años

La forma de presentación más común es a través de infecciones bacterianas severas recurrentes de tracto respiratorio y gastrointestinal. En el 25-50% de los casos puede asociar trastornos autoinmunes

La mayoría de los casos son esporádicos y solo 10-20% tiene historia familiar con herencia más frecuentemente AD
Objetivos. Lograr concientizar sobre posibilidad de Inmunodeficiencia Primaria en el adulto que comienza con infecciones relevantes independientemente de antecedentes en edades tempranas de la vida para lograr diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Caso clínico. Varón de 33 años remitido por Infectología por neumonía recurrente. Como antecedentes patológicos personales refería sinusitis crónica durante el último año.

Entre el screening inmunológico se evidencia IgG 74 mg/dl, IgA, IgM e IgE no dosables. Poblaciones linfocitarias: GB 4470 L 34% 1519 CD3 52% 789 CD4 16% 243 CD8 32 486 CD19-20 182. Su poblaciones B: linfocitos vírgenes 85% linfocitos memoria sin cambio de isotipo 11,8 linfocitos memoria con cambio de isotipo 2,8% linfocitos transicionales 0,3%, células plasmáticas 0,4%. Isohemaglutininas anti b negativas. Grupo sanguíneo A positivo Se asume IDCV y comienza tratamiento con gamaglobulina EV hasta obtener valores protectivos mayores a 700 mg/dl permaneciendo con mantenimiento cada 21 días

CONCLUSIONES. La IDCV es una inmunodeficiencia poco frecuente con alta variabilidad clínica que va des-

de infecciones, citopenias autoinmunes y granulomas inflamatorios. Su diagnóstico temprano es imprescindible ya que el tratamiento de sus complicaciones puede ocasionar lesiones irreversibles

El control de infecciones se logra en forma individual con sustitución regular y eficiente de gamaglobulina endovenosa o subcutánea.

201736

MENCIÓN Trabajo libre presentado en formato póster por Jóvenes Alergistas

FORMACIÓN DE LOS JÓVENES ALERGISTAS EN LA ARGENTINA

Cavallo María Cecilia, Villa Leonor.

Grupo Jóvenes Alergistas – AAAEIC

Objetivo. Conocer la formación de la especialidad de alergia e Inmunología y analizar si hay una enseñanza unificada y que cuestiones pueden mejorar.

Material y Método. Se confeccionó una encuesta sobre la formación académica, anónima para ser completada por médicos especialistas o en formación en Alergia e Inmunología del Grupo de Jóvenes Alergistas, de forma web y presencial durante el XXXVIII Congreso Anual AAAEIC.

Resultados. Se obtuvieron 21 encuestas, de las cuales el 76.2% fueron de sexo femenino, con edad media 32 años. El 52.4% realizó su formación en ámbito privado. El 66.7% fue concurrencia, 28.6% postgrado y 4.8% residencia. Respecto a especialidad previa: 38.1% clínica médica, 28.6% pediatría, 23.8% no requiero especialidad previa, 9.5% medicina familiar.

La carga horaria promedio fue de 21 hrs/semanales, siendo mayor en Residencia (50hrs). Las clases teóricas de inmunología básica e inmunopatología fueron: el 42.9% semanales, 33.3% una vez por mes, 4% quincenales y 1% cada dos meses. El 57.1% curso metodología de la investigación. El 57% tuvo rotaciones a fines. 52.4% no rindieron exámenes anuales.

Respecto a la práctica, el 76.2% tuvo tutor continuo. El 47.6% refirió realizar pruebas cutáneas una vez por semana, 33% todos los días, 14.3% una vez por mes y realización de Inmunoterapia: 38.1% solo en el último año, el 33.3% ocasionalmente, 19% diariamente y 9.5% no realizó.

El 80% refirió participar en congresos. El 65% rindió trabajo final para recibirse. El título otorgado 60% fue Provincial y el 40% Nacional/Universitario. El 28.6% considero insuficiente lo aprendido durante la formación, sugiriendo más desempeño práctico.

CONCLUSIÓN. Los resultados analizados no fueron homogéneos en cuanto a carga horaria y a realización de prácticas. Consideramos importante desarrollar una for-

mación diaria integrada y unificada a nivel país para que la enseñanza sea similar en todos los jóvenes.

201737

ESTUDIO DE UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EVALUADA DURANTE 12 MESES EN EL SERVICIO DE INMUNOLOGÍA Y ALERGIA DE HOSPITALH. NOTTIQUE CONSULTARON POR SOSPECHA DE ALERGIA ALIMENTARIA

Peña Sonia. Kiper Mónica. Tolín Ana. Trigüi Jesica. Gallardo Angela.

Servicio de Inmunología y Alergia Hospital Notti.

Introducción. La alergia alimentaria (AA) es frecuente, se estima que afecta al 3% a 5% de niños menores de 3 años. Los alérgenos más comunes son leche y huevo, y en menor medida pescados, mariscos, tomate, maní y frutos secos.

Objetivos. Conocer la frecuencia de pacientes con AA evaluados en 12 meses y evaluar las herramientas con las que se pudo confirmar y/o descartar el diagnóstico.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, no experimental, longitudinal con recolección de datos de historias clínicas hospitalarias de pacientes pediátricos evaluados desde abril 2014 a marzo 2015 con sospecha de AA.

Resultados. De un total de 693 pacientes evaluados en el área de Alergia en 12 meses, 52 (7,5%) correspondieron a consultas por sospecha de AA teniendo un ligero predominio masculino 56%. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: sospecha de alergia proteínas de leche de vaca (APLV) 50%, AA 30.7%, APLV y huevo 9.6%, maní 3.8%. Se confirmó diagnóstico de AA en 28 (54%) y se descartó en los 24 restantes. De los 28 pacientes con diagnóstico confirmado correspondieron a: APLV 61%, alergia huevo 21%, APLV y alergia huevo 14%, alergia maní 4%. Para confirmar o descartar diagnóstico de AA las herramientas diagnósticas que se utilizaron fueron: anamnesis compatible en el 11%, anamnesis e IgE específica para alimentos en 62%, anamnesis, IgE específica y Prick Test para alimentos en 19%, anamnesis, IgE específica, Prick test y provocación con alimento sospechoso en el 8%.

CONCLUSIONES. La frecuencia y distribución de pacientes con AA en nuestra población pediátrica es acorde a lo descrito en la bibliografía y en otros centros. El 73% de los pacientes pudo diagnosticarse con interrogatorio e IgE específica en sangre para el alimento sospechoso. Es importante descartar y/o confirmar un diagnóstico de certeza para evitar restricciones nutricionales innecesarias.

201738

CASO CLINICO HIPERSENSIBILIDAD A TINTA ROJA DE TATUAJE

Ariane Adelaida Barreda Davila, Elva Torres Machaca.

Policlínico de Alergias del Sur, Policlínico Daniel Alcides Carrión, Arequipa, Perú

Resumen. El tatuaje es una tendencia que está en aumento entre la población joven alrededor del mundo y con ella se va incrementado el riesgo de reacciones de hipersensibilidad a las diferentes tintas usadas en esta práctica. Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 18 años de edad quien a los cinco días de realizarse un tatuaje por primera vez, con tintas de color rojo y negro en antebrazo derecho, presentó prurito, edema con posterior evolución a úlceras en el área de aplicación de la tinta roja. Se le realizó prueba de Prick Test con la tinta roja utilizada para el tatuaje con resultados negativos a igual que pruebas epicutáneas con la tinta roja usada en el paciente, fueron negativas. Se realizó además True Test con reacción positiva a Bálsamo del Perú y Dihidrocloruro de Etilendiamina, La biopsia mostró leve infiltrado linfocítico superficial con pigmento exógeno negro y rojo. Recibió tratamiento con loratadina, dexametasona, mupirocina tópica, clobetasol tópico y amoxicilina más ácido clavulánico.

201739

DESENSIBILIZACIÓN CON RITUXIMAB EN UNA PACIENTE CON LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA (LLC)

Pedro Piraino*¹; Mercedes Royg²; Cynthia Mendoza¹, Cinthia Pérez¹, Perla Alcaraz; José Ferreira Nizza²; Silvio Espínola¹.

1. *Unidad de Alergología de la II Cátedra de Clínica Médica. Hospital de Clínicas-Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.*
2. *Departamento de Hematología Adultos- Hospital de Clínicas-Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.*

Introducción. Rituximab un anticuerpo monoclonal murino/humano. Se une específicamente con el antígeno de membrana CD20 de los linfocitos pre-B y B maduros, tanto en células normales como malignas.

La desensibilización es el procedimiento por el cual a un paciente con antecedente de anafilaxia a un fármaco se le administra una dosis creciente de dicho fármaco hasta alcanzar la dosis única terapéutica. En nuestro medio es el primer caso descrito de desensibilización con un anticuerpo monoclonal como el Rituximab.

Métodos. Se trata de un caso de desensibilización rápida con Rituximab en una paciente con LLC.

Objetivos. Conseguir la tolerancia de una dosis única terapéutica si que el paciente presente reacciones

Resultados. Mujer, 76 años con Leucemia Linfática Crónica e indicación de Rituximab-Clorambucilo. Con la 2da dosis del Rituximab, presenta a los 10 minutos de la perfusión, prurito en cuero cabelludo, edema de cara, disfonía, posteriormente a fonía y sensación de ocupación faríngea. Se suspende la perfusión. Recibió siete ciclos de Clorambucilo. Se indicó tratamiento de segunda línea con Ciclofosfamida-Vincristina y Prednisona asociados al Rituximab 375 mg/m². Fue evaluado por Alergología e indicamos el protocolo de desensibilización rápida de 12 pasos (tabla 1).

Durante la perfusión de la solución C, presentó sensación de calor a nivel del cuero cabelludo y pabellón de ambas orejas acompañado de lesión máculo-eritematosa no pruriginosa. Se administró 1 comprimido de Ibuprofeno 400 mg y 1 ampolla de Clorfeniramina cediendo en 30 minutos. Fue modificada a 13 pasos. El protocolo terminó con éxito.

CONCLUSIONES. El protocolo de desensibilización rápida de los 12 pasos es una opción válida en los casos de anafilaxia por Rituximab. Considerar la utilización de protocolos de desensibilización en patologías oncohematológicas en quienes los medicamentos de primera elección son más eficaces y/o tienen menos efectos adversos que los fármacos de segunda línea.

GRAFICA

Volume(mL) Concentration (mg/ml) Total Amount of Drug in Each Solution (mg)

Solución **A** 250 0,024 mg/ml 6mg

Solución **B** 250 0,24 mg/ml 60mg

Solución **C** 250 2,4 mg/ml 600mg

Step	Solution Used	Rate (mL/h)	Time (min)	Dose (mg)
1	A	2	15	0,012
2	A	5	15	0,030
3	A	10	15	0,060
4	A	20	15	0,120
5	B	5	15	0,300
6	B	10	15	0,600
7	B	20	15	1,200
8	B	40	15	2,400
9	C	10	15	5,953
10	C	20	15	11,906
11	C	40	15	23,811
12	C	75	184,4	553,609
13	C			

Premedicación:

-Montelukast 10 mg, 1 comp VO 1 hora antes.

-1 hora antes: Hidrocortisona 200 mg + 10 mg de Montelukast + Ranitidina 150 mg + Paracetamol

201740

UTILIDAD DEL TEST DE PROVOCACIÓN CONJUNTIVAL EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

Chorzepa GF, Talarn E

Sanatorio Parque, Rosario.

Introducción. La conjuntivitis alérgica (CA) es una patología frecuente caracterizada por prurito, eritema, epífora y quemosis. Su diagnóstico etiológico puede ser difícil ya que en ocasiones tanto las pruebas cutáneas como las determinaciones de IgE específicas pueden ser negativas.

Objetivos. Demostrar la utilidad del test de provocación conjuntival (TPC) en pacientes con CA con pruebas cutáneas negativas

Materiales y métodos. Se presenta el caso de una paciente de 13 años de edad que comienza a los 3 años con eritema conjuntival, prurito ocular, epífora y quemosis bilateral.

Consulta en repetidas ocasiones a especialistas en oftalmología y especialistas en Alergia. Se le realizan prick test y dosaje de IgE total y específicas en sangre y lágrimas siendo todos negativas. Recibe tratamiento sintomático tópico con persistencia de los síntomas.

Resultados. A los 12 años se le realiza TPC con extracto de *Dermatophagoides pteronyssinus* más *Dermatophagoides farinae* con resultado positivo. Comienza tratamiento con inmunoterapia específica logrando una mejoría del 70 % a los 8 meses según una escala visual analógica.

CONCLUSIONES. El TPC es una metodología diagnóstica sub utilizada, confiable en el diagnóstico etiológico de la CA y puede ayudar a un pronto diagnóstico etiológico en casos difíciles.

201741

PROTOCOLOS DE DESENSIBILIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES ADVERSAS DURANTE LA TERAPIA CON FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES. EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ALERGIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA

Di Plácido, Patricia; Benítez, Pablo; Chinigo, Marcela.

Unos de los retos más difíciles en la práctica alergológica es el concerniente a la evaluación y manejo de las reacciones adversas inducidas por Drogas.

Las Reacciones adversas por ARV son 100 veces más comunes en pacientes HIV + que en población seronegativa. Los esquemas de tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida utilizados en la actualidad comprenden drogas ARV, de fácil cumplimiento para el paciente, al ser co-formuladas

Las tóxico-dermias o reacciones adversas cutáneas son las mayormente observadas dentro de las RAD por TARV y dentro de las mismas, las más comunes son: Rash, Urticaria, eritema multiforme, vasculitis. Menos comunes son las RAD severas (Síndrome de Stevens-Johnson y síndrome de Lyell), siendo excluidas de cualquier tratamiento que conlleve la reintroducción de la droga implicada.

El diagnóstico de RAD por ARV es difícil, ya que estos pacientes se encuentran recibiendo múltiples drogas, entre la que se encuentran ATB usados para tratar las infecciones oportunistas.

Para el diagnóstico y manejo de las RAD por ARV, se elaboraron protocolos de desensibilización en periodos cortos (3-4 días, para evitar el riesgo que tienen estos pacientes de desarrollar de resistencia a los ARV si se administran a dosis bajas sostenidas.

Antes de comenzar cada desensibilización, se realizó una detallada historia clínica siguiendo parámetros pre-establecidos.

Para esta presentación se tomaron 7 pacientes HIV + en tratamiento con ARV

Los avances en el tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el conocimiento de los mecanismos inmunológicos involucrados, el metabolismo de cada una de las drogas, determinarán el tratamiento adecuado para cada paciente y la disminución en la frecuencia de presentación de las RAD.

201742

PROGRAMA DIAGNÓSTICO DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO (AEH): EXPERIENCIA DE TRES AÑOS
Martinez P, Vazquez D, Josviack D, Andrada R, Bacigaluppi J, Berardi A, Bottinelli Y, Brandi A, Castro Olivera C, Chiacchio G, Chinigo M, Chorzepa G, Cortigiani L, Crisci S, Fabiani J, Fantini C, Ferreira Mufarreque L, Fili N, Fueyo G, Galicchio M, Gambarte F, Gómez A, González Vara M, Kahn A, Maldonado A, Marocco M, Merhar C, Moreno Andreatta G, Oleastro M, Orellana J, Parisi C, Sayago L, Schiaffino J, Strass M, Zwiener R, Rozenfeld P

Introducción. Los análisis de Laboratorio para diagnosticar AEH en Argentina son aún de difícil acceso. Solo un pequeño número de Laboratorios especializados cuentan con la capacidad de ofrecer resultados de screening y confirmatorios confiables.

Objetivo. Describir el diseño y resultados de un programa diagnóstico multidisciplinario e integral de AEH en Argentina.

Materiales y métodos. Pacientes y muestras: El proceso diagnóstico comienza con la sospecha clínica en la consulta, participando en mayor medida médicos alergistas e inmunólogos. Mediante un formulario donde se resumen las

manifestaciones clínicas más relevantes se establece el contacto con el centro diagnóstico DIEL-IIFP. Las muestras se obtienen y derivan por intermedio de una amplia red de Laboratorios.

Estudios de complemento e inhibidores: Se miden fracciones de complemento C3, C4, C1 Inhibidor (C1 inh) proteína total y C1 inh funcional.

Estudio genético SERPING1: Secuenciación y análisis de 8 exones y regiones intrónicas del DNA.

Estudio del gen del Factor XII: estudio derivado a Bonn, Alemania para investigar la mutación c.983C>A exón 9.

Resultados. Se incluyeron 950 pacientes desde mayo de 2014. Se diagnosticaron 191 pacientes con AEH tipos 1 y 2 (20.1% del total de pacientes estudiados); 165 (86.4%) AEH tipo 1 y 26 (13.6%) AEH tipo 2, pertenecientes a 82 familias. Mutaciones en el gen SERPING1 fueron confirmadas en el 92 % de las familias (23 de 25). Mutaciones del factor XII se diagnosticaron en 4 familias (17%, 4 de 23) con clínica de AEH y C1 inh normal.

CONCLUSIONES. El diseño del programa está basado en la importancia del trabajo interdisciplinario. Los resultados actuales muestran un número apreciable de diagnósticos y en una proporción comparable a la descrita en grandes series publicadas. Los estudios genéticos son de gran utilidad para el estudio de las familias como para el diagnóstico de pacientes con C1 inh normal.

201743

SENSIBILIZACIÓN A AEROALÉRGENOS EN PACIENTES CON ASMA DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, ARGENTINA.

Jossen RA, Gómez RM.

Fundación Ayre. Salta, SA.

Introducción. Al presente no se han publicado datos de la prevalencia de sensibilidad a aeroalergenos en pacientes con Asma en esta región del país.

Objetivo. Conocer la prevalencia de sensibilización a aeroalergenos en pacientes con Asma de la ciudad de Esperanza y alrededores.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico médico de Asma (GINA). Evolución mínima de 3 años, asistidos en centro especializado de la ciudad de Esperanza, SF (donde no se cuenta con servicio público de la especialidad). Se practicó Skin Prick Test, utilizando antígenos y lancetas de Laboratorios Diater S. A. Consideramos positivas a las pápulas cuyo promedio de diámetros fuera igual o mayor a 3 mm. Previamente verificamos la suspensión de medicación que pudiera influir en los resultados.

Resultados. 320 pacientes. Masculinos: 145 (45.3%). Femeninos: 175 (54.7%). Edad media: 27.2 años (4-62).

	Total. 320	n=	Monosensi- bles	Masculi- nos. n= 145 (45.3%)	Femeni- nos. n= 175 (54.7%)
Ácaros	232 (72.5%)	7 5 / 2 3 2	(32.3%)	112 (77.2%)	120 (68.6%)
Hongos	82 (25.6%)	6/82	(7.2%)	36 (24.8%)	46 (26.3%)
Cucarachas	52 (16.3%)	0/52	(0%)	33 (22.8%)	19 (10.9%)
Gato	45 (14.1%)	2/45	(4.4%)	23 (15.9%)	22 (12.6%)
Perro	17 (5.3%)	2 / 1 7	(11.8%)	11 (7.6%)	6 (3.4%)

CONCLUSIONES. La prevalencia de sensibilidad muestra que los alérgenos derivados de ácaros del polvo doméstico son los sensibilizantes más frecuentes, seguidos por los de hongos anemófilos y de cucarachas, que superan a los de mascotas hogareñas como gato y perro respectivamente.

201744

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA FRACCIÓN EXHALADA DE ÓXIDO NÍTRICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON RINITIS ALÉRGICA Y NO ALÉRGICA SIN ASMA

Saranz RJ, Lozano A, Lozano NA, Sasia LV, Alegre G; Sosa AG, Concari E, Ponzio MF.

Universidad Católica de Córdoba, Facultad de Medicina. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Servicio de Alergia e Inmunología.

Introducción. Evidencias epidemiológicas, funcionales y patológicas vinculan las vías aéreas superior e inferior, reconocidas como una "vía aérea única". Se han observado alteraciones inflamatorias endobronquiales subclínicas en pacientes con rinitis alérgica (RA). Son menos los estudios que caracterizan la inflamación de la vía aérea inferior en rinitis no alérgica (RNA).

Objetivos. Estudiar las diferencias en la inflamación de la vía aérea inferior mediante determinación de la fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) en pacientes con RA y RNA sin asma y en relación a la función pulmonar y a la gravedad de la rinitis.

Población y métodos. Estudio prospectivo, observacional, analítico. Se incluyeron niños y adolescentes, entre 6 y 18 años, con diagnóstico de RA y RNA sin asma. Se realizó curva flujo-volumen y determinación de FeNO mediante equipo portable NIOX Mino®. Se consideraron normales valores <20 ppb; borderline entre 20 - 35 ppb y patológicos >35 ppb. Se clasificó la rinitis de acuerdo a la guía ARIA. Análisis estadístico: Se utilizó la prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney para variables cuantitativas y chi cuadrado para comparar variables cualitativas. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 40 pacientes, 28 con RA y 12 con RNA. Los pacientes con RA exhibieron niveles de FeNO más elevados (mediana 36,5 ppb; rango 5-114)

que los RNA (mediana 7 ppb; rango 5-24) ($p=0,0011$). Considerando valores de FeNO de 20 ppb como punto de corte se observó que los pacientes con función pulmonar alterada tuvieron mayor probabilidad de presentar FeNO elevada [OR 7,14 (IC 95% 1,04-49,04)] ($p=0,049$). No hubo diferencias de FeNO en relación a la frecuencia de síntomas ($p=0,576$) ni la gravedad de la rinitis ($p=0,168$).

CONCLUSIONES. Los niños y adolescentes con RA tuvieron valores de FeNO significativamente más elevados que los pacientes con RNA. La función pulmonar alterada tuvo mayor probabilidad de FeNO elevada.

201745

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ANGIOEDEMA HEREDITARIO (AEH) ATENDIDOS POR MÉDICOS PERTENECIENTES AL COMITÉ CIENTÍFICO DE AEH DE LA AAAEIC

Vazquez D, Josviack D, Fantini C, Fili N, Zwiener R, Medina I, Bailleau R, Berardi A, Chinigo M, Chorzepa G, Gattolín G, Kahn A, Maldonado A, Marocco M, Moreno Andreatta G, Parisi C, Strass M.

Comité científico de AEH de la AAAEIC.

Introducción. El Angioedema Hereditario es una enfermedad inmunológica, genética y poco frecuente. Se caracteriza por el déficit de la proteína plasmática C1-inhibidor (C1-INH-AEH Tipo I), o por la presencia de una proteína disfuncional (C1-INH-AEH Tipo II), existiendo además otro tipo de AEH con C1-inhibidor Normal (nC1-INH-AEH). Clínicamente presenta episodios recurrentes de angioedema subcutáneo o submucoso, siendo una enfermedad potencialmente mortal.

Objetivos. Evaluar pacientes con AEH, tipo, antecedentes familiares, distribución geográfica, características demográficas, clínicas y tratamiento, edad de comienzo, edad de diagnóstico y retraso en el mismo.

Materiales y métodos. Se estructuró una planilla de Excel como instrumentos de recolección de datos. Las mismas fueron completadas por los autores. Se realizó análisis estadístico. **Resultados.** Casuística 169 pacientes; 160 C1-INH-AEH: 158 Tipo I, 2 Tipo II. 9 nC1-INH-AEH. 59% sexo femenino, 41% masculino. Promedio comienzo de síntomas: 19 años. Edad al diagnóstico: 29 años. 87% presentaba antecedentes familiares. 12 mutaciones de novo. 30% de profesionales no cuenta con laboratorio local para el diagnóstico. El 78% de los pacientes han tenido crisis en el último año. Sitios de mayor afectación: Extremidades, Cara, labios, lengua, Gastrointestinales. El 48% de las crisis son tratadas en domicilio. El 7,2% internación en el último año. Las crisis son tratadas principalmente con Icatibant subcutáneo y con Concentrado de C1 Inhibidor endovenoso.

CONCLUSIONES. Está casuística muestra que la distribución de los distintos tipos de AEH, sus características clínicas y retraso en el diagnóstico se asemejan a los reportes internacionales.

201746

ENCUESTA SOBRE MANEJO DE LA ANAFILAXIA EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN ROSARIO

Mossuz A1, Müller L1, Pianetti D1, Arduso M1, Cherner G1, Carassai M1, Huapaya Mauricio C2, Molinas JL3, Arduso LRF1

1. *Servicio de Alergia e Inmunología, Hospital Provincial del Centenario, Rosario.*
2. *Hospital Alejandro Gutierrez, Venado Tuerto.*
3. *Facultad de Química, Universidad del Centro Educativo Latinoamericano, Rosario.*

Racional. El manejo de la anafilaxia por parte de médicos de atención primaria de la salud (MAPS) es en ocasiones deficiente en términos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior. El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento de la anafilaxia entre MAPS de la ciudad de Rosario.

Métodos. Se realizó una encuesta con 8 preguntas de elección múltiple relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de la anafilaxia a MAPS en distintos centros de atención médica de Rosario tanto públicos como privados. A cada encuesta se le asignó una puntuación máxima de 6. Resultados 180 médicos respondieron al cuestionario, (63,3% mujeres, edad media = 33,5 años). El conocimiento fue aceptable en dos preguntas relacionadas con el diagnóstico y una acerca del fármaco de elección para el tratamiento (72,8%, 73,9% y 87,8% de respuestas correctas, respectivamente), limitado en relación a la vía de administración y presentación de la adrenalina (54,4% y 48,3% de respuestas correctas, respectivamente), y pobre en relación al marcador biológico de anafilaxia (14,4% de respuestas correctas). La puntuación media general fue de 3,51 puntos y el 50,6% de los participantes tuvo una puntuación mayor de 3. El puntaje promedio fue mayor en los médicos cuyo lugar de trabajo es público y privado simultáneamente ($3,79 \pm 1,18$ puntos), en comparación con los que trabajan sólo en servicios públicos o privados ($3,35 \pm 1,37$ puntos). El 14,4% de los médicos respondió disponer de un algoritmo de diagnóstico y tratamiento de anafilaxia y el 24,4% respondió conocer alguna guía internacional o nacional de anafilaxia.

CONCLUSIONES. En concordancia con hallazgos previos y a pesar de que existen varias directrices nacionales e internacionales desde hace más de dos décadas, los MAPS de nuestra muestra tienen escaso conocimiento sobre la existencia de tales guías y sobre el manejo de la anafilaxia.

201747

ANAFILAXIA INDUCIDA POR EL EJERCICIO Y ASOCIADO CON ALIMENTOS

Ana Luz Santamaria

Hospital Dr. Eguiguren. 30 de Agosto, Partido Trenque Lauquen

Resumen. El objetivo de esta presentación es reportar un caso clínico de este raro síndrome para generar la sospecha temprana ante un paciente que luego de un cuadro de anafilaxia presenta episodios recurrentes de urticaria por ejercicio con respuesta parcial a antihistamínicos.

En este síndrome, la reacción se produce cuando el paciente realiza ejercicio físico de 2 a 4 horas después de la ingestión de determinados alimentos o también cuando ingiere el alimento inmediatamente después de practicado el esfuerzo. En ausencia de ejercicio físico, el paciente tolera el alimento sin ninguna reacción aparente, a pesar de tener anticuerpos Ig E frente a él. Existe un grupo de pacientes con anafilaxia desencadenada claramente por el ejercicio realizado después de la ingesta, en los que no se puede identificar un alimento específico precipitante.

Describo el caso de un adolescente que consulta al servicio de emergencias de la localidad de 30 de agosto partido de Trenque Lauquen con un cuadro de anafilaxia mientras practicaba deporte. A partir de este episodio cada vez que realizaba actividad física aparecía urticaria que cedía con dosis altas de antihistamínicos más el cese de la actividad. El paciente fue estudiado en centro de alergia para indagar sobre desencadenantes con resultados negativos.

Aunque no se ha logrado identificar un alimento desencadenante las medidas de evitación de la alimentación dos a tres horas previas al ejercicio han permitido a este adolescente que lleve una actividad física adecuada para su edad. Se requiere un alto índice de sospecha diagnóstica ya que esta entidad pone en riesgo la vida de los pacientes si no se identifica a tiempo y también afecta considerablemente la calidad de vida.

201748

PRINCIPALES TIPOS POLÍNICOS EN EL AIRE DE MAR DEL PLATA (SETIEMBRE 2013-MARZO 2017)

Fabiana Latorre1 y María Laura Abud Sierra2

1. *Instituto de Investigaciones Marinas y Costeras (CONICET-UNMDP), Universidad Nacional de Mar del Plata, Universidad Autónoma de Entre Ríos. Funes 3250. (7600) Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina.*
2. *Universidad Nacional de Mar del Plata. Funes 3250. (7600) Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina.*

La concentración de polen a lo largo de los años varía en intensidad y composición en función de las condicio-

nes ambientales de la ciudad y sus alrededores (Latorre, 1999). En este trabajo se presenta un primer resumen con la información aerobiológica de Mar del Plata desde que se inició el estudio de polen alergénico para la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica (AAAeIC) a través de STAN CONICET (setiembre 2013). El objetivo fue destacar la presencia de aquellos tipos alergénicos más frecuentes. Se usó un captador Hirst (Burkard-Lanzoni) instalado en el centro geográfico de la ciudad. Si bien se observa una estacionalidad típica de climas templados con un máximo entre fines de invierno y principios de primavera, en todos los meses del año los valores de polen son altos (más del 6% anual). El año 2016 fue más productivo, con diferencias significativas en invierno y en noviembre. Entre tres y ocho tipos polínicos diferentes suman más del 75% cada mes. En orden decreciente, enero: gramíneas, eucaliptos, moreras y ortigas; febrero: gramíneas, ambrosías, moreras, quenopodios, eucaliptos, sófora, casuarina y ortigas; marzo: gramíneas, ambrosías, altamisa, quenopodios, casuarina, cedro, morera; abril: cedro, gramínea, morera, ciprés y eucaliptos; mayo: cedro, gramínea, morera, ortiga y ciprés; junio: ciprés, ortiga, eucalipto, morera y gramínea; julio: ciprés, olmo, olivo, ortiga, gramínea, fresno; agosto: ciprés, olmo, fresno y pino; setiembre: ciprés, plátano, arce y fresno; octubre: plátano, fresno, morera, gramínea, ciprés, tala y arce; noviembre: gramíneas, tala, morera y eucaliptos; diciembre: gramíneas, eucaliptos y castaño. Estos resultados permiten afirmar que el polen potencialmente responsable de causar afecciones respiratorias varía mes a mes y su importancia relativa varía entre años. Es importante continuar con estos estudios para establecer un patrón general y evaluar su impacto en la salud (Belmonte, 2007).

201749

REPORTE DE CASO EN PACIENTE CON ALERGIA A CEFADROXILO Y AMOXICILINA

C. Parente, E. Juskiewicz Franze, C. Morelo, C. Parisi.
Sección Alergia. Servicio de Clínica Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción. Los antibióticos betalactámicos son la causa reportada de alergia a fármacos más frecuente en todo el mundo. Este tipo de alergia representa más de un 20% de las muertes en Europa y más de un 75% en Estados Unidos por anafilaxia. Entre un 80 y 95% de los pacientes etiquetados como alérgicos a estos fármacos verdaderamente no lo son. La prevalencia estimada se encuentra entre el 5 al 10 % de la población general. En los estudios en la población pediátrica la amoxicilina como etiología representa en 1.4 %, otras penicilinas el 1.2 % y la cefalosporinas el 0.7 %. Puede existir sensibilización cruzada con cualquier grupo de betalactámicos o específica al tipo según los determinantes menores.

Objetivos. Describir las características de un caso, en paciente con prick test positivo a cefalotina y amoxicilina.

Materiales y métodos. Se estudió una paciente de 14 años de edad que luego de primera toma de Cefadroxiolo, rápidamente, presentó urticaria, angioedema de labios y lengua temblor, tos y disnea. Era la primer exposición a cefadroxiolo pero había consumido previamente otros betalactámicos (cefalexina y amoxicilina). Se realizó IgE específica (RAST) para Cefalosporinas, Penicilina V y G, Ampicilina y Amoxicilina siendo negativo. Se decide realizar testificación cutánea con cefalotina y amoxicilina.

Resultados. Se realizó prick test, siendo positivo a ambos antibióticos, por lo cual no se prosiguió con intradermorreacción.

CONCLUSIONES. La sensibilización a betalactámicos puede ser específica a cada grupo pero en este caso hubo sensibilización cruzada a través de otro fármaco. La sensibilidad de IgE específica es muy baja por lo que en casos sospechosos con resultados negativos, es importante realizar test cutáneos que permitan objetivar el diagnóstico.