

XXXVII CONGRESO ANUAL AAAeIC

RESÚMENES DE TEMAS LIBRES

ARCHIVOS DE ALERGI A E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2014;45(2):79-94

29941

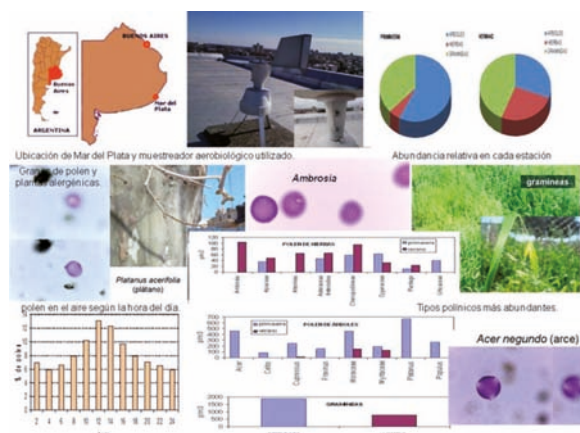
DIVERSIDAD Y ESTACIONALIDAD DEL POLEN DE MAR DEL PLATA DURANTE PRIMAVERA-VERANO Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS ALÉRGICOS

Latorre F, Abud Sierra ML, Bailleau F
IIMyC (CONICET-UNMDP), Mar del Plata / I

El polen contiene la célula sexual masculina de las plantas que, al ser liberado a la atmósfera durante la polinización, puede ser interceptado por las mucosas y desencadenar reacciones alérgicas en humanos. Los granos de polen son morfológicamente diferentes según la especie y así de variable son las sustancias proteicas que contienen (antígenos). La polinosis es el trastorno inmunológico más frecuente (15-30% de la población mundial). En este trabajo se propuso determinar los tipos polínicos más abundantes y con potencialidad alérgica en primavera y verano 2013-2014 en la ciudad de Mar del Plata (provincia de Buenos Aires, Argentina). Se analizaron también, datos de consultas, síntomas y pruebas inmunológicas para establecer relaciones y pautas de tratamiento satisfactorio. Se utilizó un muestreador de polen Burkard/Lanzoni instalado en el Complejo Universitario UNMDP en el centro geográfico de la ciudad a 20 m de altura. Este captador semeja la respiración humana ya que aspira 10 litros de aire por minuto. Las muestras se analizaron al microscopio y se calculó la concentración. Se estudiaron 24 casos de pacientes que asistieron al Centro Médico de Alergias

y Asma de Mar del Plata durante el período. El polen total fue de 12.122 granos correspondientes a 42 tipos polínicos y el 74% se registró en primavera. Las mayores concentraciones correspondieron a especies arbóreas (50% del espectro total), 39% a gramíneas y 11% a hierbas. Sin embargo, si analizamos cada estación por separado, en verano aumenta el polen de hierbas y disminuye el de árboles. La cantidad de polen de gramíneas es mucho mayor en primavera (71%) que en verano (29%). El 62% de los tipos polínicos registrados son alergógenos destacándose *Platanus*, *Acer*, gramíneas, *Ambrosia* y *Chenopodiaceae-Amaranthaceae*. El 45% del polen se registró entre las 10 y las 16 horas; el máximo, a mediodía. El 83% de los pacientes realizó la primera consulta durante el período de estudio, de los cuales el 65% la realizó en primavera. El 33% presentó rinitis, el 4% asma y el 42% rinitis y asma. El 58% de los pacientes refirió empeoramiento de síntomas en más de una estación sugiriendo que el estudio de polen-pruebas debería continuarse en otoño e invierno.

CONCLUSIÓN. Este tipo de estudio sirve para orientar con qué tipos polínicos específicos y en qué momento se debería realizar la terapia inmunológica. Se concluye que es muy importante realizar el estudio conjunto en forma simultánea, así como también establecer homogeneidad en los tratamientos y procurar una muestra poblacional que incluya a todas las áreas de la ciudad. Es importante que la información obtenida sea transmitida a la población afectada a fin de que se tomen medidas de prevención adecuadas. Se recomienda la realización de estudios alergológicos en los individuos atópicos con las especies halladas en la atmósfera que son características de la zona.



29942

ESTUDIO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ALERGI A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA IGE MEDIADA

Petriz NA, Busaniche JN, Parisi CA, Álvarez A
Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA / I

Introducción: la alergia a la leche de vaca es la alergia alimentaria más frecuente en pediatría; la prevalencia estimada en niños menores de 2 años es del 2% de la población. La mayoría de los estudios han demostrado desarrollo de tolerancia alrededor de los 3 años de edad. Otros han encontrado resultados menos optimistas con persistencia de la alergia IgE mediada a la proteína de la leche de vaca a los 8,6 años de edad. Actualmente no contamos con información estadística en nuestro país; los datos son muy diversos y provienen de países con regiones climáticas, culturas y genética diferentes. Objetivo: describir las características de una población de pacientes con alergia a la leche de vaca mediada por IgE. Metodología: estudio descriptivo, retrospectivo, transversal en pacientes que consultaron al servicio de alergia pediátrica del Hospital Italiano entre el 2006 y el 2012. Se realizó la revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de alergia a leche de vaca. Se recabaron los siguientes datos: sexo, edad de diagnóstico, síntomas, resultados de test cutáneos (tamaño de pápula), IgE específica sérica (Elisa, CARLA) para proteína de leche de vaca, otras condiciones atópicas (asma, rinitis, eccema), alergias alimentarias concomitantes, el tipo de fórmula o alimentación, edad de curación, duración de la enfermedad. Para analizar los resultados y evaluar factores asociados se utilizó la prueba de chi cuadrado, considerando significativa una p menor de 0,05. Resultados: se hallaron 72 pacientes con alergia a la leche de vaca IgE mediada, 54,2% de sexo masculino. Al momento del diagnóstico la edad promedio fue de 5,19 meses; los síntomas más prevalentes fueron la urticaria (39 pacientes, 54,2%) y vómitos (22 pacientes, 30,6%). El 84,7% presentaban prick test positivo a las proteínas de la leche de vaca; las pápulas mayores de 8 mm en el momento del diagnóstico y el prick test positivo a caseína se asociaron con persistencia de la enfermedad ($p=0,01$). El 68,2% de pacientes presentaban IgE específica para proteína de leche de vaca mayor a 0,36 UI/ml, no se encontró correlación entre el nivel de IgE específica para leche de vaca al momento del diagnóstico y el desarrollo de tolerancia. La enfermedad atópica concomitante más frecuente fue el asma (20 pacientes 27,8%). De los 72 pacientes, en el período del 2006 al 2012, 36 (50%) se curaron con un promedio de edad de 31,6 meses, 30 (41,6%) no se curaron, con un promedio de edad de 62 meses y 6 (8,3%) no volvieron a la consulta. La duración de la enfermedad entre los curados y los no curados en promedio fue de 41 meses.

CONCLUSIÓN. De acuerdo a nuestros datos la duración de la enfermedad es de 41 meses. El valor del tamaño de la pápula y la sensibilización a la caseína se asocia a mayor persistencia de la enfermedad, no así el nivel de IgE sérica medida por este método. El asma se asocia más frecuentemente como patología alérgi-

ca. Conocer las características de esta enfermedad en nuestra población es fundamental para realizar un mejor abordaje del paciente en cuanto al diagnóstico, seguimiento y manejo.

29945

O TRAVESSEIRO DOS NOSSOS SONHOS. DORMINDO COM O INIMIGO

Sandra Regina Leite Rosa Olbrich

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Botucatu / 3

Introdução: o crescente interesse por microrganismos alérgicos, a procura por novos reservatórios além do interesse em fungos anemófilos, grande frequência e diversidade, bem como a associação com doenças alérgicas motivou o estudo. Identificação e quantificação dos fungos em travesseiros permitirá avanços no diagnóstico. Objetivos: avaliar ocorrência de fungos em travesseiros de crianças alérgicas e correlacioná-los. Métodos: pacientes do Ambulatório de Imunologia e Alergia do HC de Botucatu, atendidos entre julho de 2010 a agosto de 2012. Preenchido questionário com dados epidemiológicos e clínicos e os travesseiros utilizados pelas crianças coletados, na residência, colocados em saco plástico estéril. Aspirados dentro da câmara de fluxo com amostrador de ar MAS-100NT® por cinco minutos em cada parte, externa e interna. Utilizados 3 placas para cada aspirado com diferentes meios. Foram identificados pelos métodos micológicos tradicionais e os menos comuns, feitas extrações de DNA e sequenciamento. Resultados preliminares: Todos procedentes de diferentes regiões de Botucatu, 45% teste alérgico negativo para fungos; os travesseiros na sua maioria eram de espuma densa; dois deles com capa anti-alérgica, segundo o fabricante. Observou-se um maior número de fungos na parte externa quando comparada a parte interna dos travesseiros ($p>0,0001$); identificados 33 gêneros de fungos em 365 culturas, média de 73 crescimentos por travesseiros sendo 66,6% no lado externo e 33,4% no interno. Os mais prevalentes foram: *Cladosporium*, *Penicillium*, leveduras, *Fonsecaea*, *Acremonium* e *Nigrospora*. A prevalência de fungos presentes no interior e exterior dos travesseiros foi diferente, variando em concordância de 25 a 37%. Houve concordância em 15,1% dos gêneros de fungos utilizados na realização de prick teste e isolados.

CONCLUSIÓN. O travesseiro é um importante armazenador de fungos, Uso de capa não é fator impeditivo para crescimento e penetração dos fungos e para descartá-lo como reservatório.

29946

OBESIDADE MÓRBIDA: INVESTIGAÇÃO IMUNOALERGOLÓGICA NO PRÉ-OPERATÓRIO

Jaime Olbrich Neto

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. b / 3

Introdução: a obesidade está associada à maior morbidade secundária, resistência à insulina, diabetes, hipertensão e dislipidemias. Essas, representam 8% do total de gastos em saúde pública no Brasil. Além disso, há custos indiretos relacionados ao afastamento do trabalho, absenteísmo e aposentadoria precoce. Assim, cirurgia bariátrica (CB) é um recurso consistente nos casos de obesidade grave com falha de tratamento clínico, proporcionando aos pacientes reduções nos índices de mortalidade e melhora das comorbidades. A observação de morbimortalidade não explicável por complicações técnicas cirúrgicas no pós-operatório despertou preocupação. Morbidade alérgica progressiva, imunodeficiências, e estado vacinal podem ter relação com complicações no pós operatório. **Objetivo:** avaliação alergológica e imunológicas na pré cirurgia bariátrica. **Pacientes e métodos:** foi realizado avaliação epidemiológica descritiva e laboratorial pré operatória que incluiu: hemograma, VHS, PCR, anti-Hbs, rubéola IgG, linfócitos T (CD3, CD45, CD4, CD8), B (CD20), NK (CD16), além de teste alérgico por punctura e prova função pulmonar. **Resultados:** foram avaliados 43 pacientes na fase pré operatória; no IMC, 47,1 considerado médio, 46,4 mediana, 37,3 mínimo e 60,8 com IMC máximo. 65,2% com doença pré existente \pm asma, hipertensão, diabetes, hipertireoidismo, depressão. Houve positividade para os testes: 52% *Dermatophagoides farinae*, 52% *D. pteronissinus*, 62% *Blomia tropicalis*, 30% fungos mix, 52% *Blatella* germânica, 48% *Periplaneta americana* e 53% polens. Referiram: dificuldade respiratória 47,8%, asma 21,7%, - todos sem acompanhamento médico, chiado no peito 39,1%, obstrução e coceira nasal 47,8%, coceira na pele 30,4%, 30,4% fumantes, alergia alimentar 8,7% (castanha caju, embutidos, corantes), 17,3% alergia medicamentosa. **Dados laboratoriais:** C3 e C4 normais; IgG e IgM normais, IgE aumentada em 64%, Deficiência de IgA em 1 paciente; Linfócitos(CD3, CD45, CD4, CD8, CD16, CD20) normais. Anti Hbs reagente em 17%, IgG rubéola em 82%, Eosinofilia em 14,2%.

CONCLUSIÓN. Paciente com obesidade mórbida deve ser avaliado quanto às respostas imuno-alérgicas, se presentes devem ser controladas.

29947

ADA-SCID: RELATO DE CASO

Jaime Olbrich Neto

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Botucatu / 3

A deficiência de adenosina-deaminase (ADA) é uma doença rara, hereditária comprometendo o metabolismo das purinas elevando ao acúmulo de metabólitos tóxico. Como resultado tem-se deficiência imunitária, e as crianças apresentam infecções oportunistas, dificuldade de ganho de peso e crescimento, e perfil imune compatível com imunodeficiência combinada grave \pm SCID. Sem tratamento é fatal nos primeiros anos de vida, e necessita de uma intervenção precoce. O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) alogênico tem sido considerada o principal tratamento da ADA-SCID; outra possibilidade é a reposição enzimática com PEG-ADA bovina; e terapia genética com células hematopoiéticas autólogas. **Relato do caso clínico:** RASJ, masculino, filhos de pais primos em primeiro grau, com 10 meses de vida foi diagnosticado como desnutrido grave, e com alergia alimentar múltipla: leite de vaca, soja, e ovo. Foi submetido a dieta de exclusão, e teve excelente ganho de peso. Após um ano o paciente foi desafiado com proteína de soja e posteriormente com leite,apresentou reação cutânea e pneumonia. Mantida dieta de exclusão. Endoscopia digestiva alta revelou esofagite e duodenite com eosinofilia moderada. Mantida dieta de exclusão e introduzido fórmula elementar 15%, em seguimento com gastropediatria. O paciente apresentava de pneumonias de repetição, e hemogramas com redução de linfócitos em contagem absoluta, Dosagem inicial de imunoglobulinas com valores normais de IgG e IgA, e aumento de IgE. Na avaliação da imunologia pediátrica foram solicitados imunofenotipagem de linfócitos: CD4, CD8, CD19, CD16, imunoglobulinas e ácido úrico. Valores de CDs apresentaram queda ao longo da evolução, assim como os níveis de imunoglobulinas, e ácido úrico abaixo do limite. Pedido dosagem de ADA no sangue que revelou 0,5UI/gHb/min a 37°C, abaixo do limite inferior de 1,11. Paciente e a irmã menor eram compatíveis para transplante de medula óssea. Paciente, com quatro anos, enquanto aguardava leito para transplante morreu com infecção e insuficiência respiratória.

CONCLUSIÓN. Discussão: no quadro clínico de ADA-SCID, os pacientes geralmente apresentam, nos primeiros 6 meses de vida, infecções do trato respiratório e gastrointestinal com déficit de crescimento, o que pode ser confundido com alergia alimentar isoladamente. O custo do tratamento, bem como a especificidade são fatores que podem contribuir para o início tardio da terapia. O diagnóstico precoce é determinante.

29949

PICO DE POLINOSIS EN ESPECIES ARBÓREAS DE DIFERENTES CIUDADES DE LA ARGENTINA DURANTE EL AÑO 2013

Barrionuevo LB, Arango N, Ramón GD, Ramón FM, Kahn AM, Daraio MC, Fasano P, Serrano G, Villafañe VI, Molina O, Mendes A, Reyes MS, Adamo M,

AAAeIC. Bahía Blanca / I

El objetivo de este trabajo fue relevar los diferentes pólenes arbóreos alergogénicos en cinco ciudades de la República Argentina (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Bahía Blanca, Córdoba, Alto Valle del Río Negro y Bariloche). El período estudiado está comprendido entre los meses de julio y diciembre del año 2013. Los datos obtenidos fueron mostrados en la página web de la Asociación Argentina de Asma e Inmunología Clínica, y en la página de la NAB/AAAAI. Para el muestreo se utilizaron captadores de impacto tipo Rotorod Mod. 40. Los datos son diarios y están expresados en granos de polen/m³ de aire. De las categorías tomamos la correspondiente a árboles/arbustos y comparamos la presencia de las mismas especies en las diferentes ciudades. Se estudiaron los niveles de pico máximo de las especies y los días en que ocurrieron en cada ciudad. Sólo se tomaron en cuenta las especies cuya concentración final fue mayor o igual a 15 granos de polen/m³ de aire, siguiendo la clasificación establecida por la NAB (National Allergy Boureau). Además acompañamos en el trabajo las tablas de la polinización de cada una de las ciudades para cada especie. Se observó que el período de mayor concentración de granos/m³ para los árboles/arbustos en CABA fue a principios de noviembre, para Bahía Blanca fue inicios de septiembre, para la ciudad de Córdoba fue principio de octubre. Para la ciudad de Bariloche el período de mayor concentración fue fines de octubre, y para Neuquén fue mediado de septiembre. Se observa que en todas las estaciones aparecen las siguientes especies polínicas: *Cupressaceae* sp. (Ciprés), *Fraxinus* sp. (Fresno) y *Morus* sp. (Moras). También se encuentran otras especies como los eucaliptus (*Myrtaceae* sp.). En el siguiente cuadro se comparan las fechas de polinosis de las especies estudiadas.

Fecha máxima de polinosis por especie de árbol y por ciudad.					
Especie arbórea	CABA	Bahía Blanca	Córdoba	Bariloche	Neuquén
Ciprés	18 sept.	9 sept.	7 oct.	18 oct.	7 sept.
Fresno	14 oct.	10 sept.	7 oct.	sin datos	7 sept.
Mora	7 oct.	10 oct.	7 oct.	4 oct.	19 sept.

CONCLUSIÓN. Puede observarse que las especies tienen pocas diferencias entre los picos encontrados en las ciudades estudiadas. Puede pensarse que la distancia geográfica no es un factor fundamental en los picos de

máxima polinización de las especies en estudio. Es muy probable que las condiciones climáticas de las diferentes geografías (cercanía al mar, humedad, temperatura, sean condicionantes para su expresión). Estos resultados parciales deberían compararse con estudios sucesivos para poder determinar si esta aparente uniformidad se da por la biología propia de estas especies, por variables meteorológicas cambiantes a lo largo de los años, o por una combinación de ambas. Debido a la discontinuidad en los muestreos (salvo en la ciudad de Bahía Blanca) no se cuenta con datos sobre la época de inicio de floración de especies alergogénicas como los olmos, álamos, plátanos y los máximos niveles de fresnos. La continuidad en los muestreos es la única herramienta que nos permite acercarnos fielmente a los inicios de floraciones en los árboles, con lo cual la calidad de vida de los pacientes con rinitis alérgica mejoraría considerablemente.

29950

INICIO DE POLINIZACIÓN DE GRAMÍNEAS EN CINCO CIUDADES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA EN EL AÑO 2013

Barrionuevo LB, Arango N, Ramón GD, Ramón FM, Kahn AM, Daraio MC, Fasano P, Serrano G, Villafañe VI, Molina O, Mendes A, Reyes MS, Adamo M

AAAeIC. Bahía Blanca / I

El objetivo de este trabajo fue comparar la época de inicio de la polinización de las gramíneas (*Poaceae*) en 5 ciudades de la República Argentina (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Bahía Blanca, Córdoba, Alto Valle del Río Negro y Bariloche). El período de muestreo está comprendido entre los meses de julio y diciembre del año 2013. Los datos obtenidos fueron mostrados en la página web de la Asociación Argentina de Asma e Inmunología Clínica y la página de la NAB/AAAAI. Para el muestreo se utilizaron captadores de impacto tipo Rotorod Mod. 40. Los datos son diarios y están expresados en granos de polen/m³ de aire. Para el análisis de la lluvia polínica los datos fueron agrupados en tres categorías: árboles/arbustos, gramíneas y hierbas. De estas tres categorías tomamos la correspondiente a gramíneas y comparamos el inicio de la polinosis en las diferentes ciudades. Se observó que el período de inicio de mayor concentración de granos/m³ para las gramíneas en CABA fue el 18 de noviembre, para Bahía Blanca fue el 4 de noviembre, para la ciudad de Córdoba fue el 30 de octubre, para Bariloche el comienzo del período de polinización fue en febrero y para Neuquén fue el 15 de diciembre. En el siguiente cuadro se comparan las fechas de inicio polinosis de las gramíneas.

Fecha máxima de polinosis de gramíneas por ciudad.					
	CABA	Bahía Blanca	Córdoba	Bariloche	Neuquén
Fecha	31 oct.	4 nov.	23 oct.	28 nov.	8 oct.

CONCLUSIÓN. Puede observarse que las gramíneas tienen pocas diferencias entre los inicios de polinosis en cuatro de las ciudades muestreadas CABA, Bahía Blanca, Neuquén y Córdoba. Sin embargo, la ciudad de Bariloche muestra un inicio de polinización de gramíneas tardío de más de 20 días con respecto a las otras ciudades. Teniendo en cuenta la fecha de inicio de la polinosis, puede concluirse que los períodos más riesgosos para los pacientes que presentan síntomas de rinitis alérgica sensible a pólenes de gramíneas es a fines de octubre y comienzo de noviembre. La posibilidad de contar con estos datos en la web actualizados a diario ayuda al paciente a estar prevenido ante un pico de lluvia polínica.

CONCLUSIÓN. Puede observarse que las tres categorías se encuentran representadas en todo el período en estudio. Tanto los árboles como las gramíneas muestran un inicio en la época de polinización, sin embargo se ve que las hierbas están presentes durante todo el período, con lo cual se pierde la tradicional estacionalidad de esta categoría, que normalmente comenzaba en enero. Podría especularse que las hierbas participarían como causantes de rinitis alérgica estacional y exacerbaciones de asma a partir de la primavera, en contraposición a lo clásicamente descrito. La posibilidad de contar con datos diarios es de sumo interés para poder mejorar la calidad de vida de estos pacientes, es por esto que estos tipos de trabajos son una herramienta importante no sólo para los profesionales sino también para la población en general.

29951

PÓLENES RELEVANTES EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA DURANTE EL AÑO 2013

Kahn AM, Daraio MC, Bossio MB, Gaviot S, Barrionuevo LB, Arango N, Ramón GD

AAAeIC. Bahía Blanca / I

El objetivo de este trabajo fue relevar la época de mayor polinosis de las especies de interés alergogénico en la ciudad de Córdoba. El período de muestreo está comprendido entre los meses de octubre de 2013 y abril de 2014. Los datos obtenidos fueron publicados en la página web de la Asociación Argentina de Asma e Inmunología Clínica (<http://www.alergia.org.ar/pacientes/polenes/index.htm>) y en la AAAAI (<http://www.aaaai.org/global/nab-pollen-counts.aspx>). La ciudad de Córdoba (31° 9' S y 64° 3' W) se encuentra en la provincia fitogeográfica del Espinal (Cabrera, 1968). Para el muestreo se utilizó un captador de impacto tipo Rotorod Mod. 40. Los datos son diarios y están expresados en granos de polen/m³ de aire. Para el análisis de la lluvia polínica los datos fueron agrupados en tres categorías: árboles/arbustos, gramíneas y hierbas. Dentro de esta separación, se utilizaron los datos correspondientes a los rangos: moderado, alto-muy alto. Estos rangos son los propuestos por la NAB (National Allergy Bureau), perteneciente a la AAAAI. Durante la época de estudio, se observó que el período de mayor concentración de granos/m³ para los Árboles se encuentra a principios de octubre, siendo las especies más representativas: ciprés (*Cupressaceae*), mora (*Morus alba*), abedul (*Betula* sp.) y fresno (*Fraxinus* sp.). Las gramíneas tuvieron su máximo nivel de polinosis a fines de octubre, y las hierbas se encontraron presentes durante todo el período de muestreo. Las especies más representativas de esta categoría fueron: ortiga (*Urtica* sp.), amarantaceas/quenopodiaceas, y plantago (*Plantago* sp.)

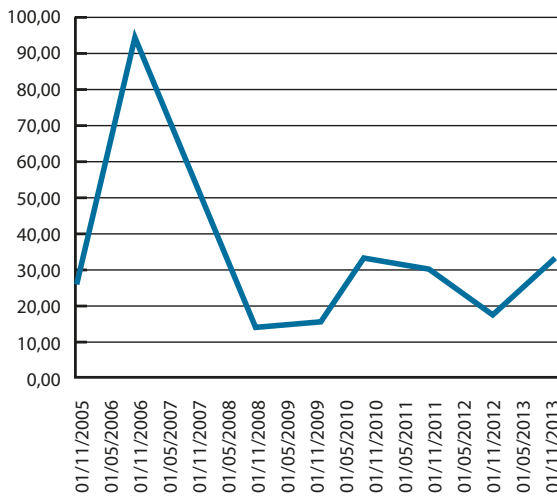
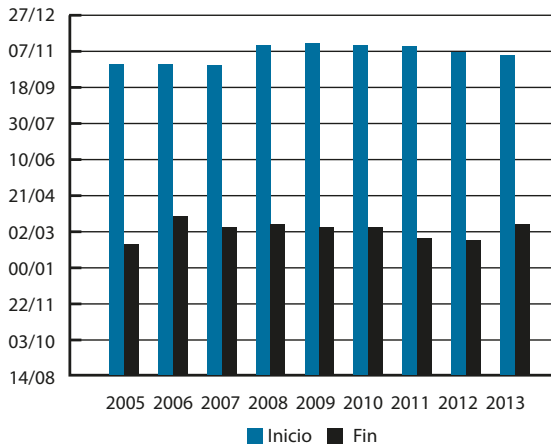
29952

COMPORTAMIENTO DE LA POLINIZACIÓN DE GRAMÍNEAS EN LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA EN UN PERIODO DE 9 AÑOS CONSECUTIVOS (2005-2013)

Ramón GD, Ramón FM, Barrionuevo LB, Arango N

Instituto de Alergia e Inmunología del Sur. Bahía. Blanca / I

Se estudió en forma retrospectiva el comportamiento de la polinización de las gramíneas (*Poaceae* spp.) en la ciudad de Bahía Blanca, en forma ininterrumpida desde el año 2005 hasta el año 2013. Los datos obtenidos fueron mostrados en la página web de la Asociación Argentina de Asma e Inmunología Clínica y la página de la NAB/AAAAI. El estudio se basó en los hallazgos realizados durante este período de tiempo, utilizando como método de captación de pólenes un muestreador de impacto tipo Rotorod Mod. 40. Los datos son diarios y están expresados en granos de polen/m³ de aire. Para el análisis de la lluvia polínica los datos fueron agrupados en tres categorías: árboles/arbustos, gramíneas y hierbas. Fueron expresados en granos de pólenes por metro cubico de aire. De estas tres categorías tomamos la correspondiente a gramíneas. Los resultados mostraron picos máximos de pólenes de gramíneas con el valor más alto de 93,59 granos/m³ de aire en el año 2006 y el más bajo de los picos máximos de 13 granos/m³ en el año 2008, siendo una media de 35,09 de granos/m³ en todo el período estudiado. Los inicios de polinización de estas especies se observaron entre las fechas 20 y 21 de octubre en los años 2005, 2006 y 2007; y entre las fechas 4 de noviembre y 18 del mismo mes en los siguientes años. Se encontró una diferencia de casi un mes entre algunos inicios de polinización de estas especies. Al considerar el final de la polinización definida como el día anterior a 3 mediciones consecutivas diarias en las que se observan menos de 10 granos de polen por m³. Se halló finales de polinización desde el 13 de febrero hasta el 26 de marzo en los años estudiados.



Polinización de gramíneas en Bahía Blanca. Arriba: fecha de inicio y finalización. Abajo: pico máximo.

CONCLUSIÓN. Podemos concluir lo siguiente: 1) Hay una variabilidad en las fechas de inicio y las fecha de finalización en el periodo estudiado, comprendida aproximadamente dentro de 30 días y 40 días aproximadamente y respectivamente; 3) Estos cambios pueden deberse a eventos climáticos puntuales; 4) No se observan grandes cambios en las fechas de máxima polinosis y 5) Hay una disminución a lo largo de los años en cuanto a la cantidad de gr/m³ que se contaron.

29954

FISIOLOGÍA DE LA TRANSFERENCIA PASIVA DE LA INMUNIDAD TRANSPLENTARIA

Viola MJ, Lozano A, Lozano NA, Saranz RJ, Agresta MF, Sasía LV, Ianiero L, Ponzio M

Servicio de Alergia e Inmunología. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Universidad Católica de Córdoba. Córdoba / I

Introducción: los recién nacidos (RN), tienen un sistema inmunológico completamente desarrollado. Sin embargo, todos los neonatos, especialmente los recién nacidos pre-término (RNPT), presentan una disminución en su capacidad de respuesta inmunológica, razón por la cual la respuesta inmune inicial es dependiente de la Inmunoglobulina G (IgG) materna transferida a través de la placenta. **Objetivo:** comparar si la edad gestacional (EG) durante el tercer trimestre influye en el nivel sérico de IgG en sangre de cordón umbilical. **Población y Método:** estudio observacional analítico, de corte transversal. Se incluyeron RN con EG mayor a 28 semanas, recibidos por el Servicio de Pediatría y Neonatología de la Clínica Universitaria Reina Fabiola. Se dividió a los pacientes en cinco grupos según la EG: 28-31 semanas, 32-33 semanas, 34-35 semanas, 36-37 semanas y 38-40 semanas, según el test o método de Capurro; y se dosó IgG en muestra de sangre de cordón umbilical utilizando la técnica de Inmunodifusión Radial Simple (IDRS). **Análisis estadístico:** se realizó análisis descriptivo. Se realizaron pruebas de Kruskal Wallis a los fines de encontrar diferencias de IgG entre grupos. Se realizaron regresiones lineales a los fines de estudiar la asociación entre EG y dosaje de IgG. Se consideró un valor de $p < 0,05$ para establecer significancia estadística. **Resultados:** Se incluyeron 90 RN de los cuales 47 (52,2%) fueron sexo masculino y 43 (47,8%) fueron sexo femenino. Cuarenta y un (45,6%) niños nacieron de madre primigesta y 49 (54,4%) niños nacieron de madre secundigesta, tercigesta o multigesta. Los RN presentaron un peso promedio de 3033,72 g (DE: $\pm 654,44$ g). Se los dividió en cinco grupos según la EG: no se logró recolección de muestra para el grupo de 28-31 semanas, 8 (8,9%) RN fueron de 32-33 semanas, 15 (16,7%) RN de 34-35 semanas, 9 (10%) RN de 36-37 semanas y 58 (64,4%) de 38-40 semanas. Diez (11,1%) RN fueron gemelares. Se observó que el valor de IgG en sangre de cordón umbilical incrementa a medida que aumenta la EG. Se encontró que los grupos de RNPT son similares entre sí y difieren de manera estadísticamente significativa con los RN a término ($p < 0,001$). En ninguno de los grupos se registró valores de Hipogamaglobulinemia. Se observó un incremento del valor de IgG en sangre de cordón umbilical (pendiente: 2,44; $p < 0,001$; $R^2 = 0,23$). Ni el sexo ($p = 0,98$) ni el antecedente de número de gestas en la madre ($p = 0,47$) influyó en el valor de IgG en sangre de cordón umbilical. Se encontró una asociación significativa entre peso del RN y valor de IgG ($p < 0,001$), lo cual puede ser atribuido a la estrecha relación que existe entre peso y EG.

CONCLUSIÓN. Los niveles de IgG en sangre de cordón umbilical presentan relación directa con la EG del RN, sin presentar hipogamaglobulinemia durante el tercer trimestre de gestación.

29955

FUNCIÓN PULMONAR RELACIONADA AL GRADO CLÍNICO DE RINITIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SIN ASMA PREMIO AL MEJOR TRABAJO LIBRE PRESENTADO EN FORMATO POSTER.

Agresta MF, Saranz RJ, Lozano NA, Lozano A, Sasía LV, Bovina Martijena MdelP, Ianiero L (Grupo de Investigación acreditado por la Secretaría de Investigación y Vinculación Tecnológica de la Universidad Católica de Córdoba)

Servicio de Alergia e Inmunología. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Universidad Católica de Córdoba. Córdoba / I

Introducción: evidencias epidemiológicas, funcionales y patológicas vinculan las vías aéreas superior e inferior, reconocidas como una vía aérea única^o. Se han observado alteraciones espirométricas subclínicas en pacientes con rinitis, sin asma, que podrían ser directamente proporcionales al grado clínico de rinitis. **Objetivos:** investigar las posibles alteraciones de la función pulmonar y su potencial reversibilidad al broncodilatador en niños y adolescentes con rinitis alérgica y no alérgica, sin asma, según el grado clínico de rinitis clasificado por ARIA. **Población y métodos:** Estudio observacional descriptivo, en el que se incluyeron niños y adolescentes entre 5 y 18 años con síntomas de rinitis alérgica y no alérgica, sin asma. Se realizó espirometría por curva flujo-volumen y se analizó la existencia de anomalías en la función pulmonar y la respuesta broncodilatadora en relación al grado clínico de rinitis por ARIA ajustando un modelo logístico. **Resultados:** se estudiaron 189 pacientes; en 42 (22,2%) se observó al menos un parámetro alterado en la función pulmonar. Los pacientes con rinitis persistente moderada-grave presentaron mayor afectación de la función pulmonar respecto a los otros grados de rinitis ($p=0,0086$). El defecto se asoció tanto a la frecuencia ($p=0,0257$) como a la gravedad de los síntomas de rinitis ($p=0,0353$) pero no con la condición de atopia ($p=0,2802$). La respuesta broncodilatadora positiva fue más frecuente en los grados de rinitis moderada-grave que en las formas leves ($p=0,0476$) y no se asoció con la expresión de atopia ($p=0,6320$).

CONCLUSIÓN. Existieron alteraciones funcionales respiratorias en un importante porcentaje de niños con rinitis alérgica y no alérgica, sin asma, afectación que es más prevalente en la rinitis persistente moderada-grave. La alteración de la función pulmonar se asoció a la frecuencia y la gravedad de la rinitis y fue independiente de la condición de atopia. El defecto funcional fue potencialmente reversible al broncodilatador en pacientes con rinitis moderada-grave.

29957

DEFICIENCIA DEL FAGOCITO: A PRO- PÓSITO DE UN CASO

Lampugnani A, Galdeano E, Carelli D, Ramis E, Cañellas A, Herrero S, Larrea C, Herrero M

San Juan / I

Introducción: la Enfermedad Granulomatosa Crónica (EGC) es una Inmunodeficiencia Primaria poco frecuente. Compromete el sistema fagocítico por un defecto del sistema NADPH oxidasa, condicionando susceptibilidad a infecciones por bacterias catalasa positivas y hongos, formación de abscesos, granulomas y procesos inflamatorios sistémicos. El 60-70% corresponden a formas ligadas al X y 30% restantes a recesivas

Descripción: paciente de 4 años de edad con antecedentes de numerosas internaciones por procesos infecciosos de vía aérea inferior durante el primer año de vida. **Screening inmunológico:** GB 10000, L 40%, CD3 49% 1960, CD4 34% 1360, CD8 14% 560, CD19 19% 760, NK16% 640, IgA 47, IgG 1841, IgM 138. **Proliferaciones:** BASAL 5869, IL2 14107. **PHA:** 46095, IL2 45521 (control sano 52425). Por hipergamaglobulinemia se agrega HIV y DHR. Continúa sólo en seguimiento pediátrico refiriendo diarrea crónica con RAST leche vaca negativo. Internación por neumonía con derrame a los 2 años y neumonía a los 3 años. **Endoscopia y biopsia (3 años):** duodenitis crónica inespecífica. **Colonoscopia normal.** ENA negativos, AGA negativos. En junio 2013 (4 años) es nuevamente remitido para evaluación inmunológica, por antecedente de primo hermano materno fallecido en el año 2012 a los 4 meses de edad, por linfocitosis hemofagocítica. Se reevalúa laboratorio obteniendo: IgA 355, IgG 2361, IgM 187 GB 8200, L 47% 3854, CD3 65% 2505, CD4 27% 1040, CD8 31% 1194, CD19 19% 732, NK 12% 462. Por hipergamaglobulinemia persistente con inversión CD4/CD8, se solicita nuevo HIV que resulta negativo y DHR que informa ALTERADA en dos oportunidades, con respecto al control, en el paciente y la madre, con lo que se presume diagnóstico de Enfermedad Granulomatosa Crónica ligada al X, y se agrega profilaxis con Itraconazol 100mg/día y TMS 5mg/kg/día. En agosto 2013 se interna por fiebre de 6 días, tos, dificultad respiratoria, hepatoesplenomegalia, anemia y Rx de tórax con imagen nodular hidroaérea en base derecha confirmada por TAC. Se medica con clindamicina y por persistir febril se rota a meropenem/vancomicina. PPD (+) 10 mm, Infectología indica esquema para TBC, Baciloscopia y cultivo negativos. Buena evolución. Alta con tuberculostáticos. A las 2 semanas, reingresa febril, detectando neumonía izquierda. Se medica con ceftriaxona (72 h) rotando a amoxicilina (7 días) con respuesta favorable. Cultivo de secreciones: Cándida. Por mala evolución Neumonológica e Infectológica y para confirmación de diagnóstico mediante

biología molecular y/o decisión de posterior trasplante de médula según evolución, es trasladado a hospital Garrahan donde amplían estudios detectando Aspergillosis pulmonar por lo que comienza tratamiento con Caspofungina hasta la actualidad (8vo mes) con buena respuesta. Corroboran diagnóstico de Enfermedad Granulomatosa Crónica mediante biología molecular que informa: presencia de la mutación p.Gly533del en el exón 13 del gen CYBB, compatible con diagnóstico de EGC ligada al cromosoma X. Se evaluaron dos hermanos y tres primos no resultando histocompatibles

CONCLUSIONES. Nuestro caso ilustra retrospectivamente el comportamiento de la presentación clínica de la Enfermedad Granulomatosa Crónica. Existen diversas manifestaciones clínicas donde la búsqueda y detección del microorganismo responsable del proceso infeccioso así como la evaluación anatomopatológica, pueden orientarnos sobre el sector inmune que puede estar comprometido, dirigiendo de esta manera en forma correcta la batería de estudios para un abordaje diagnóstico adecuado. La respuesta clínica favorable durante la administración del tratamiento específico puede presagiar buen pronóstico; sin embargo la presencia de complicaciones y secuelas deberán valorarse en el tiempo para juzgar el verdadero pronóstico a largo plazo.

ralizada, cabello claro con brillo metálico, rinorrea mucopurulenta, bronquiolitis. Exámenes complementarios: Citológico anemia hipocrómica, plaquetas: 156.000, PCR: 62,29, leucocitos: cantidad y fórmula normales. Se observan granulaciones típicas de SCH en neutrófilos y linfocitos. Se evaluó actividad NK CD107a no encontrándose expresión de este receptor. Rx tórax: signos de atrapamiento aéreo. Cumplió tratamiento con ampicilina, gentamicina y ceftriaxona. Punción lumbar, urocultivo y hemocultivo negativos. Se analiza microscopia óptica del pelo de la paciente, se encuentran acúmulos de melanina típicos y diferentes de pelo normal. Se realiza citológico al resto de la familia encontrándose inclusiones similares en la madre y en tres de seis hermanos.

CONCLUSIÓN. Aunque esta enfermedad es rara, un alto grado de conciencia y reconocimiento temprano del síndrome, puede dar lugar al inicio del tratamiento definitivo que se diagnostica con un simple citológico. El trasplante de médula ósea solo es curativo si se realiza antes de la fase acelerada. Este procedimiento no cambia las manifestaciones dermatológicas ni detiene las alteraciones neurológicas del SCH. En nuestro paciente se otorga consejo genético y se indican vacunas según edad exceptuando las que son a gérmenes vivos. Los familiares no aceptan el trasplante como medida terapéutica, se analiza decisión con Comité de Bioética Hospitalario considerándose respetar la decisión.

29958

SÍNDROME DE CHEDIAK HIGASHI, REPORTE DE UN CASO Y HALLAZGO FAMILIAR

Rodríguez C, Elías M, Furlotti C, Pussetto V, Pautasso SM, Miño O, Boni AM, Rivas MA, Fili T, Berretta A, Orellana JC

Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba. Córdoba / I

Introducción: el Síndrome de Chediak Higashi (SCH) es una enfermedad autosómica recesiva caracterizada por albinismo oculocutáneo, hemorragia, infecciones recurrentes consecuencia de un estado inmunodeficiente y afectación neurológica. Es una entidad rara, con menos de 500 casos descriptos en los últimos 20 años. Un alto porcentaje de pacientes con SCH desarrollan formas graves, con intensa reacción linfocitocitaria e infiltración linfocítica de varios órganos, esto se conoce como fase acelerada. **Objetivo:** reportar un caso de SCH en una niña y el hallazgo de otros familiares con la misma patología. **Desarrollo:** Niña de 2 meses de edad, RNT/AEG. **APP:** internación previa por síndrome febril. **Motivo de consulta:** ingresa al Hospital de Niños de Córdoba por fiebre de 24 horas de evolución. **Ex. Físico:** hipertermia, palidez gene-

29968

DÉFICIT DE VITAMINA D Y REQUERIMIENTO DE INTERNACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA, HOSPITAL DE NIÑOS DE CÓRDOBA

Varela T, Orellana J, Muiño J, Miño O, Pautasso E, Romero B, Pogonza R, Rivolta S

Hospital de Niños de Córdoba / I

Introducción: existe información sobre la importancia de la Vitamina D en la integridad de las vías aéreas y en el correcto funcionamiento del sistema inmunológico. Se ha sugerido la asociación entre bajos niveles de vitamina D, inflamación de la vía aérea y gravedad del asma. Sin embargo se necesitan realizar estudios rigurosos para establecer esta correlación. El objetivo fue estudiar la correlación de los niveles de Vitamina D sérica en asmáticos y la progresión hacia un fenotipo de HRB tanto en atópicos como no atópicos. **Material y métodos:** se estudiaron 74 niños admitidos al Hospital de Niños Córdoba; entre 5 y 15 años de edad. Separados en Severos (a) (n: 51), y leves/modera-

dos (b) (n:23) (GINA) comparados con 21 sanos, (controles) (c) de igual sexo y edad. En todos los grupos se determinaron niveles de Vitamina D por electroquimioluminiscencia, IgE sérica por ELISA, y sensibilidad a aero-alérgenos por Prick. Resultados: el grupo estudiado presentaba 42 de sexo femenino y 32 masculino. Los niveles de Vitamina D fueron en (a): $29 \pm 8,13$ ng/ml, en (b): $31,31 \pm 10,4$ ng/ml y en (c): $38,45 \pm 4,55$ ng/ml, $p < 0,0071$. El grupo (a) tenía 23 normales (≥ 30 ng/ml de vit D), 21 insuficientes (29,9 a 20 ng/ml) y 9 deficientes ($< 19,9$ ng/ml); en (b): 12 normales y 9 insuficientes y en (c) 21/21 normales, $p = 0,0007$. Los niveles de IgE fueron en (a): 508 ± 361 kU/L, en (b) 319 ± 300 kU/L y en (c) 38 ± 25 kU/L, $p < 0,0001$. El Prick (+) en (a) fue 25/27 casos, 24 casos no realizados por estar en UTI, en (b) 18/23 casos, en (c) 3/21 casos, $p < 0,0001$. Estos parámetros indican atopía en la mayoría de los asmáticos

CONCLUSIÓN. 1° Los asmáticos severos presentaban niveles de vitamina D más bajos comparados con los leves/moderados así como con los controles. 2° Probablemente la deficiencia/insuficiencia de vitamina D sea un factor de predicción en la severidad del asma

29977

URTICARIA CRÓNICA, TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB, SERIE DE CASOS Y SITUACIONES COMPLEJAS .

Parisi CAS, Petriz N, Ritchie C, Bender V, Barbariol S, Marchetti P
Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA / I

Introducción: la urticaria crónica puede ser una patología con gran impacto en la calidad de vida . En los últimos años se ha acumulado evidencia acerca de la efectividad del tratamiento con omalizumab de diferentes tipos de urticaria crónica refractaria a los tratamientos habituales. **Objetivo:** describir una serie de 3 casos de urticaria crónica de difícil manejo tratados con omalizumab **CASO 1.** Mujer de 66 años, con urticaria crónica , enfermedades autoinmunes múltiples y nódulo pulmonar primario con controles normales. fractura de L3 por osteoporosis. Gran compromiso de su calidad de vida . Score de urticaria (UAS7)= 42 Test de suero autólogo negativo, Biopsia de piel sin vasculitis **Tratamiento** con dosis altas de anti histamínicos, corticoides y colchicina con regular respuesta. Se decide comenzar con Omalizumab dosis de 150 mg por mes. Al mes de la primera dosis, UAS7 menor de 6, se indica descenso de corticoides y se suspende la colchicina. Al cuarto mes de tratamiento se diagnóstica adenocarcinoma de pulmón. Se indica quimioterapia. Se reporta el caso y se decide continuar con este tratamiento. Actualmente buena evolución del tratamiento quimioterapéutico, aun realizando el mismo. Urticaria controlada con 1 año y 3 meses de uso de omalizumab. **CASO 2.**

Mujer de 40 años, antecedentes de anafilaxia, angioedema y urticaria crónicas, Alergia al látex, asma y rinitis. Tratamiento con altas dosis de anti histamínicos y corticoides con escasa respuesta, UAS7 40. Biopsia de piel diagnosticando urticaria vasculitis Evolución Regular respuesta, UAS7 42 . Requiere pulsos frecuentes de corticoides orales. Se agrega al tratamiento Azatioprina 100 mg con mejoría parcial. Se indica Omalizumab, se comienza con una dosis de 150 mg, control al mes UAS7 6. Presenta inmediatamente posaplicación un cuadro de somnolencia severa. Valorando riesgos y beneficios se decide continuar con el tratamiento. Continúa con hidroxycina UAS7 menor a 6. 1 año y dos meses de tratamiento. **CASO 3.** Sexo masculino, 55 años. Con urticaria/angioedema desencadenados por la exposición al frío, episodios recurrentes de ojo rojo y artralgias, sin fiebre asociada. El cuadro clínico fue interpretado como probable síndrome familiar autoinflamatorio por el frío recibiendo tratamiento con meprednisona a altas dosis, metrotexato, canakinumab (anti IL-1) y azatioprina en otra institución. Al examen físico presentaba habones, dolorosos y pruriginosos y púrpura palpable, UAS 7: 42. Biopsia de piel: Vasculitis Leucocitoclástica de vasos pequeños y de mediano calibre. Test del cubo de hielo positivo. Se diagnostica urticaria vasculitis precipitada por frío. Se aumenta la dosis de corticoides y continúa con azatioprina y se indica desloratadina 20 mg/día, y montelukast 10 mg/día. Debido a la pobre respuesta al tratamiento y efectos adversos presentados (cataratas, glaucoma e HTA asociados al uso de corticoides) se decide iniciar tratamiento con omalizumab a 300 mg mensuales. El paciente presenta notable mejoría de los síntomas desde la primera semana de la aplicación de la primera dosis de omalizumab, con escasas lesiones en piel. UAS 7: menor de 6. Se encuentra en plan de descenso de Inmunosupresores.

CONCLUSIÓN. Se presentan 3 pacientes con síntomas de urticaria crónica severa con altos requerimientos de medicación, efectos adversos múltiples. 2 de los pacientes presentan cuadros de urticaria vasculitis con buena respuesta, actualmente son pocos los trabajos que demuestran efectividad en esta enfermedad. Aún es necesario comprender cuales son los mecanismos de acción del omalizumab en el tratamiento de la urticaria y determinar su posible uso en las urticarias vasculitis.

29981

EPIDEMIOLOGÍA DEL ASMA BRONQUIAL EN MARATONISTAS

Tamagna N, Schmidt P, Siles B, Daguerre MF, Vinuesa M, Galimany J
Instituto de Alergia e Inmunología. Sanatorio Británico. Rosario, Santa Fe / I

Objetivo: el objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de asma bronquial en maratonistas, evaluar

cuántos corredores tenían historia de broncoespasmo luego de realizar actividad física, investigar la comorbilidad con rinitis alérgica, diferencias entre sexos y antecedentes familiares de alergia. Material y método: estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Durante el año 2013 se realizó una encuesta sobre salud respiratoria a 220 personas que participaron de la primera maratón para la comunidad de 4 y 8 km, organizada por la Fundación del Sannatorio Británico de Rosario. La encuesta fue entregada a cada uno de los participantes y fueron completadas en forma personal. Los datos recabados fueron codificados y almacenados en una base de datos, utilizando el programa M. Excel y el SPSS para su análisis estadístico. Las variables cuantitativas se describieron con sus promedios, desvíos estándar, mínimo y máximo. Para las variables cualitativas se calcularon porcentajes y frecuencias. Para describir las preguntas en forma gráfica se utilizaron gráficos de sectores y barras. Para la comparación entre variables se utilizó el test Chi cuadrado. Se consideran estadísticamente significativas las pruebas de hipótesis con valores de p asociados inferiores a 0,05 ($p < 0,05$). Resultados: en el estudio participaron 220 personas entre 17 y 82 años con una edad promedio de $35,5 \pm 11,3$ años. El 62% de sexo masculino y el 38% de sexo femenino. El 6,4% refirió haber tenido sibilancias en el pecho en el pasado. De este grupo el 45,5% dijo haberlas tenido en los últimos 12 meses. El 77% eran mujeres y el 23% hombres, comprobando diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,003$). La edad promedio fue de $35,4 \pm 9,76$ años, con una edad mínima de 23 años y una máxima de 48 años, no existiendo diferencias en las edades promedios ($p = 0,96$). El 4,6% respondió que alguna vez ha tenido asma. El 1,8% ha notado sibilancias o silbidos al respirar durante o después de hacer ejercicio en los últimos 12 meses. De estos últimos el 100% tuvo sibilancias en el pasado, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). El 12,3% posee antecedentes familiares de asma, madre 25,9% y padre 18,5%. El 18,1% de los encuestados afirmó tener alergias nasales. De ellos el 20,5% también presentó antecedentes de asma, evidenciando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). Con respecto al sexo de los encuestados y la presencia o no de alergias nasales no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,16$).

CONCLUSIÓN. En el presente estudio encontramos una prevalencia de asma bronquial en corredores de maratón inferior a las halladas en otras publicaciones. Así mismo la presencia de silbidos o sibilancias en relación a la actividad física fue menor con respecto a otros trabajos. En cambio las alergias nasales se presentaron con una frecuencia relativamente similar a la encontrada en la literatura, y fue independiente del sexo de las personas encuestadas. Los antecedentes familiares de asma y de rinitis alérgica los encontramos con mayor frecuencia en los pacientes que refirieron diagnóstico de asma bronquial con respecto a aquellos que no tenían síntomas. Hallazgo similar a lo observado en la literatura consultada. Estos datos nos guían para concluir que pueden coexistir un nivel de

esfuerzo físico y el asma bronquial. Todos aquellos que padecen esta enfermedad deben desarrollar la actividad deportiva adaptada a cada nivel de condición física y de su patología.

29982

SÍNDROME DE ALERGIA CRUZADA ENTRE LÁTEX Y FRUTAS.

Ordoñez M, Furlotti V, García Cucatti ME, Allasia L.

Servicio Alergia e Inmunología Hospital Misericordia Nuevo Siglo. Córdoba / I

Introducción: El síndrome látex-fruta es un conjunto de signos y síntomas que caracterizan una reacción de hipersensibilidad inmediata mediada por IgE, dirigida a látex y a frutos como banana, palta, castaña y kiwi, entre otras. Los alérgenos responsables de esta reactividad cruzada son las quitinasas de clase I, las profilinas, la proteína de transferencia lipídica y la patatina. Son fundamentalmente las quitinasas de clase I las que, al poseer un dominio heveína N-terminal, reaccionan de forma cruzada con el alérgeno principal del látex, el Hev b 6. **Objetivo:** Diagnosticar Síndrome látex-fruta en una paciente con sintomatología altamente sugestiva, describir su evolución clínica en el tiempo e instruir sobre las medidas preventivas que deben tomarse. **Metodología:** Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 43 años, que consultó por presentar prurito y edema en ambos labios al ingerir kiwi, desde hace varios años. Posteriormente se sumó a esto prurito y eritema local al contacto con sustancias como champú frutal, sandalias de goma, globos. No presentó síntomas al utilizar preservativos, guantes de goma, ingerir chicles ni con tratamientos ginecológicos. Se estudió a la paciente a través de una detallada anamnesis por historia clínica, seguido de análisis de laboratorio IgE específica (RAST) y pruebas cutáneas (prick test, prick to prick con frutas frescas). **Resultados:** Se obtuvieron resultados de laboratorio (RAST): IgE espe-



cífica a látex positivo. IgE específica a kiwi: pendiente. Pruebas cutáneas (prick) con resultado positivo para las siguientes frutas: kiwi, banana, palta, castaña, nueces, maní, cáscara de maní, anana, almendra. Discusión: Los pacientes pueden presentar síntomas asociados al contacto con elementos de látex y posteriormente desarrollar alergia a frutas aunque se ha observado a la inversa, como en el presente caso. La anafilaxia sistémica es la manifestación mas prevalente y se presenta en el 50% de los casos. El resto de la sintomatología corresponde a urticaria, angioedema o síndrome de alergia oral.

CONCLUSIÓN. Es necesario prevenir riesgos o futuras complicaciones una vez diagnosticado este síndrome, debido a que pueden producirse reacciones anafilácticas graves. Se le indicó a la paciente evitar contacto con látex y derivados, como así también ingestión de frutos a los cuales es sensible y productos alimentarios que los contengan.

29983

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A INSULINA E HIPERSENSIBILIDAD A PROTAMINA: CASO CLÍNICO

Ordóñez M, García Cucatti ME, Allasia L, Furlotti V

Servicio Alergia e Inmunología Hospital Misericordia Nuevo Siglo. Córdoba / I

Introducción: la alergia a la insulina es una afección poco frecuente pero potencialmente severa con una prevalencia menor al 1% y la hipersensibilidad a protamina no supera el 10%. Para su correcto diagnóstico es preciso descartar como posibles alérgenos a la propia molécula de insulina, el caucho de los dispositivos de inyección, la protamina, el zinc y otros excipientes. Pueden estar mediados inmunológicamente por mecanismos de Hipersensibilidad tipos I, III y IV. Generalmente se asocia a mal control de glucemia, manifestaciones locales en piel o sistémicas ya siendo graves. Quienes reciben NPH insulina tienen mayor riesgo de desarrollar hipersensibilidad a protamina. **Objetivo:** Diferenciar y diagnosticar hipersensibilidad a insulina del resto de componentes del preparado, especialmente protamina. **Desarrollo:** Se presenta el caso de una paciente sexo femenino de 49 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II hace 4 años, comienza en abril del 2012 con NPH como tratamiento y desde entonces en la zona de su colocación presenta ardor local, prurito generalizado y pequeñas pápulas eritematosas que luego se induran. Se mantuvo asintomática mientras sustituyó tratamiento con hipoglucemiantes orales pero debido al mal control de su glucemia se decidió retomar insulino terapia repitiendo las lesiones. **Complementarios:** Se estudió a la paciente reali-

zando una detallada historia clínica, análisis de laboratorio RAST IgE específica para insulina NPH y protamina. Test cutáneos tanto a NPH e insulinas alternas (Detemir y Glargina) látex y protamina con resultado positivo para esta última. Discusión: si bien alergia a insulina e hipersensibilidad a protamina son entidades de poca frecuencia, se deben tener en cuenta dentro del tratamiento de la diabetes mellitus por alterar la calidad de vida del paciente y su severidad ante reacciones sistémicas agudas y en especial relación a protamina cuando se la utiliza para revertir efecto de heparina. Se disponen de varias opciones terapéuticas eficaces para el tratamiento de esta problemática, pero aun así no se cuenta con protocolos estandarizados. La desensibilización se propone como opción terapéutica, cuando los síntomas locales se intensifican o hay riesgo de producirse una reacción sistémica.



CONCLUSIÓN. En esta paciente, se decidió tratarla con Detemir ya que presentó pruebas cutáneas negativas y buena tolerancia. En un paciente de estas características se debe ser actuar en forma conjunta entre médico tratante, diabetólogo y alergista.

29984

ESTUDIO DE UNA POBLACIÓN DE 2565 PACIENTES CON URTICARIA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BSAS

Parisi C, Ritchie C, Petriz N, Morelo C

Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA / I

Introducción La urticaria es una de las enfermedades más comunes de la piel y su manejo es uno de los problemas más importantes en la actividad clínica diaria tanto en pacientes adultos como pediátricos. El diagnóstico de urticaria se puede realizar a través de la historia clínica y la observación al exa-

men físico. Puede ser clasificada en varios grupos y en diferentes subgrupos en los que la evolución y los tratamientos pueden variar. Existen escasos datos de prevalencia de urticaria pero se estima que entre un 15 y un 20 % de la población tendrá urticaria en algún momento de su vida. **Objetivos** Describir las características de una población de pacientes con diferentes tipos de urticaria, los tratamientos realizados y las especialidades involucradas. **Metodología** Se realizó la revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de urticaria atendidos en el hospital desde junio 2006 a junio del 2013. Se recabaron los siguientes datos: sexo, edad de diagnóstico, tipo de urticaria, tratamientos instaurados, especialidades involucradas en el manejo, antecedentes personales, enfermedades concomitantes. **Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos almacenados en un soporte Excel utilizando como soft estadístico el SPSS versión 19.** Las características basales de la población estudiada fueron expresadas como porcentajes o tasas para las variables categóricas y la variable continua edad fue expresada como Mediana, desvío Standard, cuartiles y rango según su distribución asimétrica. **Resultados** Se hallaron 2565 pacientes con diagnóstico de urticaria, 58.8 del sexo femenino. Al momento del diagnóstico la edad promedio fue de 28.425 años. Se observó más frecuentemente en los mayores de 50 años (24.4%) y entre los 2 a 5 años de edad (20.6%). Presentaron urticaria aguda el 82% de los pacientes, 18% urticaria crónica siendo más prevalente la urticaria aguda dentro del grupo de 2 a 5 años y la urticaria crónica en los mayores de 50 años. En el 92.8% de los pacientes no se identificó un alérgeno causal. El tipo dermatográfica fue la más frecuente (5.2%). El 65% fueron tratados con antihistamínicos de primera generación, el 51% con antihistamínicos de segunda generación y el 34% con corticoides. Las especialidades involucradas en la atención fueron: los médicos clínicos y médicos de familia en un 54.1%, pediatras 38.4 %, alergistas 26% y dermatólogos 9%. El 22.4% de los pacientes tenían enfermedades alérgicas (rinitis, asma, dermatitis atópica), el 12.9% presentaba al momento del diagnóstico enfermedades infecciosas (fiebre, neumonitis, catarro de vía aérea superior, gastroenterocolitis). El 6.6% tenían hipotiroidismo y el 20% hipertiroidismo. El 2.5% de los pacientes padecían neoplasias.

CONCLUSIÓN. De acuerdo a nuestros datos los grupos más afectados son los mayores de 50 años y entre los 2 y los 5 años de edad. La urticaria aguda es más frecuente que la urticaria crónica y en la mayor parte de los casos no se identifica el alérgeno causal. La urticaria dermatográfica es el subtipo que predomina. Con respecto al tratamiento se indican más los antihistamínicos de primera generación que los de segunda generación y los corticoides. Los médicos clínicos, de familia y los pediatras son los más consultados. Conocer las características de esta enfermedad en nuestra población y los tratamientos que se indican es fundamental para realizar mejoras en el abordaje del paciente en cuanto al diagnóstico, seguimiento y manejo.

29985

POTENCIAL ALERGÉNICO DE EXTRACTOS POLÍNICOS DE *CORTADERIA SELLOANA* (POACEAE) Y *BETA VULGARIS* (CHENOPODIACEAE) EN PACIENTES ATÓPICOS.

Galvez M, Bianchimano A, Murray G, Martínez A, Carignano C, Prat MI
Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca / I

Introducción: las principales especies herbáceas productoras de polen en Bahía Blanca pertenecen a la familia de las Poaceae y Chenopodiaceae. *Cortaderia selloana* (Poaceae) es una gramínea de amplia distribución en Sudamérica, Nueva Zelanda y Nueva Guinea, cuyo uso como planta ornamental se ha extendido en los últimos años en diversos espacios verdes. *Beta vulgaris* (Chenopodiaceae) es una especie cultivada en climas templados y tropicales. Estudios previos han demostrado la capacidad alérgica de otros miembros de estas familias, sin embargo es escasa la información sobre el potencial alérgico de las especies mencionadas. **Objetivos:** Estudiar en sueros humanos la presencia de IgE específica frente a *C. selloana* y *B. vulgaris*, generalmente no incluidas en los estudios empleados para el diagnóstico de atopia. **Materiales y métodos:** se evaluaron 31 pacientes que realizaron consultas por sintomatología alérgica durante los meses de primavera y verano en la localidad de Bahía Blanca. A estos individuos se les realizaron pruebas cutáneas, con extractos comerciales compuestos por mezclas de gramíneas o mezclas de malezas, y pruebas de ELISA indirecto para determinar IgE específica. Para esto último se prepararon extractos proteicos en buffer PBS de *Lolium perenne*, *L. multiflorum*, *C. selloana*, *Chenopodium album*, *Salsola kali* y *B. vulgaris* a partir de granos de polen recolectados en la misma ciudad. **Resultados:** las pruebas de ELISA indirecto para los extractos polínicos de *L. perenne*, *L. multiflorum*, *C. selloana* fueron negativas en 14 pacientes con pruebas cutáneas negativas para gramíneas. En el caso de 12 pacientes con pruebas cutáneas negativas para malezas, 10 de ellos fueron negativos también en el ELISA indirecto para *C. album*, *S. kali* y *B. vulgaris*. El ELISA indirecto con extracto de *C. selloana* fue positivo sólo en dos de los 17 pacientes con pruebas cutáneas positivas para extractos de gramíneas. Estos dos individuos también resultaron positivos para *Lolium*. La prueba de ELISA indirecto con extracto de *B. vulgaris* fue positiva en seis pacientes de los 19 que tenían pruebas cutáneas positivas para malezas, dentro de los cuales uno fue también positivo para *C. album*, otro para *S. kali*, otro para las tres especies ensayadas y los tres restantes fueron positivos únicamente para *B. vulgaris*.

CONCLUSIÓN. Estos resultados demuestran la capacidad alergénica de *C. selloana* y *B. vulgaris*. En el caso de *C. selloana* se observa un alto grado de reactividad cruzada con componentes de *Lolium*. Para *B. vulgaris*, si bien se aprecia la reactividad cruzada con *C. album* y *S. kali*, se muestra además la presencia de componentes no compartidos con estas últimas dos especies. Sería de interés continuar el estudio de los alérgenos propios de *C. selloana* y *B. vulgaris* para evaluar la utilidad de incorporarlas en las pruebas que se utilizan actualmente para el diagnóstico o incluso para la administración de inmunoterapia.

ron períodos de tiempo (en meses) significativamente ($p < 0,05$) más tardíos en la introducción a su dieta habitual de papas ($6,11 \pm 0,88$ vs. $5,58 \pm 1,02$), frutos secos ($35,00 \pm 17,70$ vs. $26,08 \pm 14,56$), golosinas ($26,50 \pm 12,36$ vs. $21,19 \pm 11,59$), yogurt ($9,40 \pm 9,76$ vs. $6,87 \pm 2,28$), pescado ($16,06 \pm 11,34$ vs. $12,60 \pm 5,6$), cereales ($8,97 \pm 3,30$ vs. $8,02 \pm 4,92$) y yema de huevo ($10,66 \pm 8,39$ vs. $11,17 \pm 4,39$).

CONCLUSIÓN. Nuestros resultados plantean, al igual que otros trabajos de mayor envergadura, dudas sobre el beneficio, en atopía, de retrasar la introducción de alimentos sólidos más allá de los 4 a 6 meses de edad.

29986

INTRODUCCIÓN ALIMENTOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA Y PRESENCIA DE ENFERMEDADES ATÓPICAS EN NIÑOS DE LA CIUDAD DE PEREZ, SANTA FE

Molinas J, Arias P, Gabriele E, Tous M, Arduso L, Torrent C

Universidad del Centro Educativo Latinoamericano. Rosario / I

Introducción: la evidencia disponible no permite concluir respecto a la asociación entre el momento de la introducción de alimentos complementarios y el desarrollo de la enfermedad atópica. **Objetivo:** valorar la asociación entre el tiempo de introducción de alimentos y la prevalencia de enfermedades atópicas en niños de entre 3 y 8 años. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio transversal en 89 padres de niños (56,3% niñas, edad media: $5,95 \pm 1,78$ años) que cursaban en escuelas primarias de la ciudad de Perez, Provincia de Santa Fe, Argentina. Los cuestionarios de frecuencia alimentaria y las preguntas validadas para enfermedades alérgicas se administraron fuera de los establecimientos educativos, durante la espera de los padres a sus hijos y se recolectaron al día siguiente. **Resultados:** se halló una elevada prevalencia de síntomas atópicos actuales (41,6%) y de utilización de lactancia materna exclusiva (89,9%). Se encontró una prevalencia significativamente mayor de síntomas de rinitis actuales en los niños que consumieron leche maternizada ($37,9\%$ vs. $12,9\%$; $p < 0,01$). En el mismo sentido, la edad de comienzo de la utilización de leche maternizada fue significativamente menor en los niños que actualmente poseen algún síntoma de enfermedad atópica que en quienes no los poseen ($3,40 \pm 2,87$ vs. $5,48 \pm 4,50$ meses; $p < 0,05$). Los niños que manifestaron síntomas de alguna enfermedad atópica durante el último año de vida mostraron

29987

REACCIÓN ALÉRGICA A TATUAJE TEMPORARIO EN UN NIÑO: DEMOSTRACIÓN DE DERMATITIS POR CONTACTO ALÉRGICA POR PARAFENILENDIAMINA.

La Forgia M, Poggio C, Bravo G, Torres C, Glikin I

Hospital General de Agudos Dr. José María Penna. CABA / I

Fundamentación: los tatuajes de henna^o semipermanentes, que se realizan habitualmente en las zonas turísticas, siguen siendo populares entre los niños. Ellos también son conocidos por causar graves alergias de contacto. La henna^o se suele adulterar con un tinte sintético conocido como parafenilendiamina (PPD), a concentraciones superiores de las permitidas, a fin de lograr un efecto de larga duración. La experiencia clínica ha demostrado que después de una reacción alérgica extrema a PPD o sustancias relacionadas, el alérgeno se debe probar con precaución, especialmente en los niños. La sensibilización primaria a PPD con tatuajes de henna^o negra conduce frecuentemente a reacciones cruzadas con una serie de compuestos estructuralmente relacionados. **Objetivo:** presentamos un caso de un niño de 8 años de edad con diagnóstico de dermatitis por contacto alérgica (DAC) por PPD secundaria a la realización de un tatuaje de henna^o. **Metodología:** Paciente masculino de 8 años de edad. Con antecedentes personales de asma bronquial y rinitis alérgica. Antecedentes familiares: madre asmática. Consulta a nuestro servicio por presentar eccema subagudo a nivel de antebrazo derecho que sigue el trayecto del dibujo de un tatuaje de henna^o realizado hace aproximadamente un mes. **Exámenes complementarios:** Laboratorio de rutina dentro de parámetros normales. IgE elevada. Con el diagnóstico presuntivo de DAC por PPD, se realiza test del parche (TP) estándar, limitando a 24 hs el tiempo de exposición

ción a PPD. Simultáneamente se aplicó PPD con una dilución al 50% del reactivo estándar para observar y comparar resultados. Resultados: la lectura informa positividad (+++) para parafenilendiamina en ambos sitios y con igual respuesta, siendo la misma relevante en el presente. Se indican medidas de evitación. Se indicó tratamiento con aceponato de metilprednisolona tópico con buena respuesta, en la actualidad se observa hipopigmentación residual.

CONCLUSIÓN. La *henna*° ha sido utilizada como tinte para la piel, el pelo y las uñas por más de 4000 años, y como una expresión de arte en el cuerpo, especialmente en las culturas islámicas e hindúes. La misma se obtiene de la hoja seca y pulverizada de la planta *Lawsonia inermis*, y colorea la piel de color marrón rojizo. Cuando se adiciona PPD, la misma adquiere una coloración negra. Dado que la concentración de PPD suele ser elevada, se incrementa la posibilidad de sensibilización. La misma ocurre dos semanas luego de la aplicación y consiste en una reacción eczematosa aguda que incluye vesículas y ampollas. El tratamiento con glucocorticoides tópicos resuelve las mismas con hipo o hiperpigmentación residual, habiéndose descrito incluso cicatrización queloide. El diagnóstico de certeza es mediante el TP que en el caso de niños y para este alérgeno debe limitarse a 24 hs de aplicación o a la dilución al 50% del reactivo estándar. Nos parece importante comunicar que la concentración estándar de PPD 1% puede ser demasiado alta para uso pediátrico, y la importancia de confirmar la sensibilización debido a la creciente utilización de tintes para el cabello oscuro y realización de tatuajes semipermanentes en este grupo de edad. Una vez sensibilizados, los pacientes pueden experimentar DAC con la utilización de tintes para el cabello que contienen PPD. Son frecuentes las reacciones cruzadas con otros tintes para el cabello, tintes utilizados en la industria textil, anestésicos locales, y los productos químicos de caucho. La sensibilización de los niños a la PPD puede tener consecuencias importantes no solo para su salud, sino también para la elección de su futura carrera.

tre las cuales, el *Helicobacter pylori* (HP) podría tener un papel asociado como agente sensibilizante pro-inflamatorio. Objetivo; determinar y describir manifestaciones clínicas, co-morbilidades y prevalencia en pacientes con urticaria crónica e infección por *Helicobacter pylori*. Población y método: estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo de 54 pacientes entre 18 y 80 años, con diagnóstico clínico de UC e IgG anti-HP elevado, atendidos en el periodo de marzo 2012 ± marzo 2014 en el Centro Especialidades Médicas, Paraná (ER). Se relacionó su sintomatología, antecedentes patológicos, IgE., Ac IgG anti HP, eosinofilia, eritrosedimentación, hepatograma, análisis tiroides, celiaquía, micológico y parasitológico en materia fecal y Pruebas cutáneas. Resultados: de la muestra estudiada 79% fue de sexo femenino con edad promedio de 49 años. El 29,63 % presentó síntomas gastrointestinales. Dentro de los antecedentes alérgicos, el 14.8% refirió rinitis alérgica; 12.96% dermatitis atópica e alergia a drogas; 7.41% asma bronquial; 5.56% alergia a alimentos y 1% dermatitis de contacto. En cuanto a antecedentes patológicos no alérgicos, el 12.96% hipotiroidismo, 11,11% hipertensión arterial y 7.41% diabetes mellitus. El 74,07% de los pacientes obtuvo IgE sérica positiva, pero sólo el 59,26% presentó pruebas cutáneas positivas, siendo el 35.19% a ácaros, 25,93% hongos, 18,52 % alimentos y 3,70 % pólenes. En laboratorio, el 12,96% presentó eosinofilia y el 22,22 % eritrosedimentación elevada. El 22,22% obtuvo micológico en materia fecal positivo para *Candida albicans*. No hubo alteraciones en la función tiroidea, hepatograma ni parasitológico en materia fecal. Se diagnosticó un caso de enfermedad celíaca.

CONCLUSIÓN. Es importante reconocer la presencia de HP en los pacientes con UC para un temprano estudio y tratamiento ya que solo el 29,63% presentó síntomas digestivos asociados tanto a enfermedades alérgicas como no alérgicas. Podemos indicar que actuaría como factor de riesgo pero no como causalidad.

29988

URTICARIA CRÓNICA Y HELICOBACTER PYLORI

Cavallo MC, Cavallo AR

Centro de Especialidades Médicas, Paraná, Entre Ríos. Rosario / I

Introducción: la urticaria crónica (UC) es una de las consultas más frecuentes en la práctica alergológica. Se ha demostrado su prevalencia con infecciones bacterianas, en-

29989

LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lampugnani A, Bustos M, Sánchez L

Hospital Rawson, San Juan. San Juan / I

Introducción: la linfocitosis hemofagocítica es una patología infrecuente, de difícil diagnóstico, caracterizada por proliferación y activación descontrolada de macrófagos y linfocitos T que puede desencadenar falla multiorgánica con elevada mortalidad. Se clasifica

en primaria y secundaria. El curso clínico se caracteriza por fiebre prolongada, hepatoesplenomegalia. El laboratorio muestra citopenias de dos o más líneas celulares, aumento de ferritina, aumento de triglicéridos e hipofibrinogenemia. Caso clínico: Paciente RNT, 28 gemelar, hijo de padres no consanguíneos, nacido por cesárea. Embarazo controlado. Serologías negativas. Peso nacimiento: 2970gr. Sin patología durante los primeros 2 meses de vida. Screening neonatal normal. Antecedentes familiares: 8 tíos maternos fallecidos (5 varones, 3 mujeres) en la infancia por patología respiratoria. A los 2 meses comienza con fiebre persistente por lo que se inició en forma ambulatoria por infectólogo estudio de síndrome febril prolongado: GB 18440 (Neutrófilos 51% - Linfocitos 37% - Monocitos 11%). Hb 8,6 VCM 82 ± HCM 26 - CHCM 32. Plaquetas 563000. VSG 60. Glucemia 103. Orina: sedimento normal. Urocultivo: negativo.HMC x 2: negativos. Serologías: VDRL negativa ± HIV negativo ± HbsAg negativo ± HVC negativo ± Chagas negativo ± toxoplasmosis negativo ± CMV IgM negativo ± VEB IgM negativo. Fondo de ojo: normal. Ecografía abdominal: normal. Rx tórax normal. A los 3 meses 20 días, persiste en su día 50 febril y se agrega cuadro de dificultad respiratoria leve. Rx de tórax condensación en vértice pulmonar izquierdo. Se interna por neumonía. Se realizan HMC x 2 (negativos). Se inicia tratamiento con ceftriaxona 80mg/kg/día. Luego de 10 días de tratamiento persiste febril. GB 24500 (N 73%- Lo 21%- Mo 4%) Hb 7,4 VCM 71, HCM 22, CHCM 30. Plaquetas 156000. VSG 80 PCR 348. Se rota antibiótico a Ceftriaxona, amikacina, TMS/SMX, aciclovir. Luego de 72 hs, persiste clínicamente desmejorado, febril, taquipneico, marcada distensión abdominal por lo que pasa a Unidad de Terapia Intensiva. Se solicita valoración por hematología para descartar sd hemofagocítico. Laboratorio GOT 148 ± GPT 98 ± GGT 841 ± BiT 0,6 ± BiD 0,12- LDH 1221. TP 60% KPTT 42 Colesterol 121 ± Triglicéridos 180 Fibrinógeno 60. PL confirma hemofagocitosis. Inicia tratamiento con dexametasona y ectopósido con mala respuesta. Fallece a las 48 hs. Se enviaron muestras a Bs As para actividad NK y CD107a que informaron normales. Queda muestra en seroteca de hospital Garrahan para biología molecular. Nueve meses después se diagnostica en primo hermano Enfermedad Granulomatosa Crónica con mutación en CYBB. DHR en ambas madres (hermanas) alterada. Se comunica a Hospital Garrahan donde realizan mutación detectando mutación p.Gly533del en el exón 13 del gen CYBB, lo que confirma Enfermedad Granulomatosa ligada al X

CONCLUSIONES. Nuestro caso ilustra una causa muy poco frecuente de linfohistiocitosis hemofagocítica (LHH). La LHH es una patología de baja prevalencia, potencialmente fatal, que puede presentarse en cualquier etapa de la vida, incluso en la fetal. Sus síntomas iniciales imitan a infecciones comunes, por lo cual es ne-

cesario un alto grado de sospecha frente a pacientes con fiebre, esplenomegalia, citopenias, elevación de triglicéridos y ferritina. Otro punto a destacar es la obligación de descartar patologías subyacentes tales como neoplasias, inmunodeficiencias.

29990

ASMA SEVERO Y SENSIBILIZACIÓN A HONGOS AERÓGENOS.

Maillo M, Borghello MC, Wilde MC, Buemo ML, Aufranc A
Instituto del Buen Aire. Santa Fe / I

Introducción: el asma bronquial es un problema de salud serio y global que afecta todos los grupos estarios, con un incremento de su prevalencia principalmente en países en vías de desarrollo, con altos costos en salud y con una creciente carga para los pacientes y la comunidad. El rol de los hongos intra- y/o extradomiciliarios como causa sensibilizante o como factor exacerbador del asma bronquial ha sido claramente demostrado. Aunque la adecuada diferenciación entre sensibilización o infección de la vía aérea baja, es aún confusa en el caso del asma severo. Es poco conocida la prevalencia de sensibilización a hongos en pacientes con asma severo, siendo la mayoría de los datos disponibles relacionados con estudios que incluyen pacientes con asma y rinitis. **Objetivo:** el objetivo de este estudio, es el de evaluar la prevalencia de la sensibilización a hongos aerógenos en asmáticos severos. Incorporando además, el rol de estas sensibilizaciones en el eventual control del asma. **Metodología:** estudios de corte transversal, observacional de un grupo seleccionado al azar, de pacientes con diagnóstico de asma severo (pasos 4 y 5), según normativa GINA 2014. Los pacientes debían encontrarse estables clínicamente, sin exacerbaciones de asma en las últimas 4 semanas, estar recibiendo un tratamiento estable, con cumplimiento de la medicación y con la capacidad para realizar estudios de funcionales técnicamente aceptables (ATS/ERS). Se realizó prick test con batería estandar y con las 22 especies comerciales de extractos de hongos disponibles en el país. **Resultados:** se evaluaron 18 pacientes con asma pasos 4 y 5, 55,5% eran mujeres, la edad promedio fue de 57 años (36 a 74 años), con un IMC promedio de 28,9. Comorbilidades se detectaron en el 50% de los casos y múltiples en el 38,8%. Todos los sujetos habitaban casas, con un promedio de 3,2 convivientes por domicilio. 11 personas, refirieron habitaban ambientes húmedos y con manchas de humedad visibles. En el 22,22% de los casos, habían sufrido inundaciones en las viviendas que moraban. El 50%, tenían aire acondicionado en sus domicilios y el 88,8% tenían animales. Tabaquismo actual, se registró en 2 pacientes y 5 tenían ese antecedente. En 10 pa-

cientes (55,55%), su asma se encontraba no controlado, 6 estaban controlados y 2 parcialmente controlados. En el 94% de los casos, presentaban otro tipo de alergia. ACQ promedio fue de 2,66. El FeNo promedio fue de 35,16 ppb (11 a 55 ppb) y la VEF1 promedio fue del 60,1%. Se halló, algún tipo de sensibilización cutánea a aeroalergenos en 14 pacientes (77,77%) y sensibilización a hongos en 7 de ellos (38,88%), siendo en todos estos casos, a múltiples familias de hongos. Los hongos hallados fueron: *Penicillium* (4), *Curvularia* (3), *Rizhopus* (3), *Cladosporium* (2), *Rhodotorula* (2), *Mycrosporium gypseum/canis*(2), *Epidermophitum* (1), *Elmintosporum* (1) y *Alternaria* (1). No

se encontró test cutáneo positivo a *Aspergillus*. No se demostró significancia estadística entre la sensibilización a aeroalérgenos y el grado de control del asma [$p=0,163$ OR:0,19(0,01-2,29)], como tampoco en el caso de la sensibilización a hongos [$p=0,38$ OR:2,33(0,34-16,18)].

CONCLUSIÓN. En este grupo de asmáticos severos, la sensibilización a aeroalérgenos es muy frecuente, donde la presencia de sensibilización a hongos es relevante, aunque no impresiona influir en el control del asma. Estudios con mayor número de pacientes ayudarían a verificar el rol de la sensibilización a hongos en subtipos específicos de asma severo.