

Archivos de Alergia e Inmunología Clínica

Publicación trimestral y suplementos - Volumen 51 - Número 4 - Año 2020

AAAeIC XLIII CONGRESO ANUAL

EDITORIAL

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Revisión del rol de los antihistamínicos para el resfriado común

ARTÍCULO ORIGINAL

Estudio descriptivo de las características de la respuesta cutánea a prick tests con distintos ácaros del polvo doméstico en una población de pacientes atópicos

RESÚMENES DE TRABAJOS

XLIII Congreso Anual AAAeIC.

Trabajos presentados en formato póster

Publicación Oficial de



Asociación Argentina
de Alergia e Inmunología Clínica



Sociedad Chilena
de Alergia e Inmunología



Sociedad Paraguaya
de Alergia, Asma e Inmunología



Sociedad Peruana
de Inmunología y Alergia



Sociedad Uruguaya
de Alergia, Asma e Inmunología



AAIC

Editores

Juan Carlos Muiño, Pablo Moreno

Editores Asociados

Adrián Kahn, Maximiliano Gómez

Secretarios de Redacción

Julio Orellana, Mónica Marocco, Cora Onetti

Comité Consultivo

Ansotegui, Ignacio J. (España)

Ardusso, Ledit R. F. (Rosario)

Báez, José Ricardo (Mendoza)

Beltramo, Dante (Córdoba)

Bottasso, Oscar (Rosario)

Bózzola, Martín (Buenos Aires)

Calvo Gil, Mario (Chile)

Cejas, Arturo Hugo (Córdoba)

Crisci, Carlos D. (Rosario)

Curet, Carlos A. (Córdoba)

Docena, Guillermo H. (La Plata)

Gargiulo, Pascual Ángel (Mendoza)

Isasi, Sadi Cossy (Córdoba)

Juárez, Claudio Patricio (Córdoba)

Juncos, Luis (Córdoba)

Lozano, Alejandro (Córdoba)

Máspero, Jorge F. (Buenos Aires)

Neffen, Hugo E. (Santa Fe)

Parisi, Claudio A. S. (Buenos Aires)

Penissi, Alicia Beatriz (Mendoza)

Saranz, Ricardo J. (Córdoba)

Schuhl, Juan F. (Uruguay)

Serra, Horacio M. (Córdoba)

Esta publicación es propiedad de la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica.

Registro de propiedad intelectual en trámite

Publicación indexada en LILACS, LATINDEX y THOMSON REUTERS

ISSN 1515-9825

Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica. Fundada el 11 de mayo de 1949.
Personería Jurídica Insp. de Justicia N° C.594°
Afilada a la International Association of Allergy and Clinical Immunology y a la European Academy of Allergy and Clinical Immunology.

Moreno 909 | (C1091AAS) Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Rep. Argentina
Tel: +54-11-4334-7680/4331-7356 | Fax: +54-11-4334-7680
secretaria@aaaic.org.ar | aaaic@aaaic.org.ar | <http://www.archivos.alergia.org.ar>

La revista Archivos de Alergia e Inmunología Clínica tiene frecuencia trimestral y publica trabajos relacionados con la alergia y la inmunología en su más amplio sentido. El contenido de los artículos es responsabilidad directa de sus autores y no necesariamente refleja la opinión del Consejo Editorial. En la elección del material publicado se provee información correcta y actualizada, pero la continua evolución de la medicina hace que el médico en última instancia sea quien evalúe si ella es válida y adecuada para un paciente.

Tampoco se asume ningún tipo de responsabilidad científica o jurídica de los productos o servicios publicitados ni se responderá a quejas realizadas por los respectivos responsables.

Producción editorial, comercial y gráfica PUBLICACIONES LATINOAMERICANAS S.R.L.
Piedras 1333 2° C (C1240ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina
tel./fax (5411) 4362-1600 | e-mail info@publat.com.ar | <http://www.publat.com.ar>

SUMARIO

Summary

EDITORIAL | EDITORIAL

EDITORIAL

Editorial

Juan Carlos Muiño, Pablo Moreno, Maximiliano Gómez

ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

REVISIÓN DEL ROL DE LOS
ANTIISTAMÍNICOS PARA EL RESFRÍO
COMÚN

Review antihistamines role for the common
cold

Florencia Baillieu, María Celeste Borghello

ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS
CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA
CUTÁNEA A PRICK TESTS CON DISTINTOS
ÁCAROS DEL POLVO DOMÉSTICO
EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES
ATÓPICOS

A descriptive study of the prick test cutaneous
characteristics response to different mites of
the household dust in a population of atopic
patients

Guillermo Lucena, Sandra Tabares, Adela Sembaj

RESÚMENES DE TRABAJOS | ABSTRACTS

XLIII CONGRESO ANUAL AAAEIC.
TRABAJOS PRESENTADOS EN FORMATO
POSTER

XLIII Annual Congress AAAelC. Poster
presentations

Autores varios

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES
RULES OF PUBLICATIONS

	152		163
EDITORIAL		XLIII CONGRESO ANUAL AAAEIC. TRABAJOS PRESENTADOS EN FORMATO POSTER	
Editorial		XLIII Annual Congress AAAelC. Poster presentations	
Juan Carlos Muiño, Pablo Moreno, Maximiliano Gómez		Autores varios	
ARTÍCULO DE REVISIÓN			
REVIEW ARTICLE			
REVISIÓN DEL ROL DE LOS ANTIISTAMÍNICOS PARA EL RESFRÍO COMÚN	154	REGLAMENTO DE PUBLICACIONES RULES OF PUBLICATIONS	
Review antihistamines role for the common cold			184
Florencia Baillieu, María Celeste Borghello			
ARTÍCULO ORIGINAL			
ORIGINAL ARTICLE			
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA CUTÁNEA A PRICK TESTS CON DISTINTOS ÁCAROS DEL POLVO DOMÉSTICO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES ATÓPICOS	158		
A descriptive study of the prick test cutaneous characteristics response to different mites of the household dust in a population of atopic patients			
Guillermo Lucena, Sandra Tabares, Adela Sembaj			

SUMARIO ANALITICO

Analytical summary

EDITORIAL

EDITORIAL

Este número de Archivos de Alergia e Inmunología Clínica dedica su presentación a trabajos de la alergología práctica; por ejemplo, establecer el valor de las pruebas de prick como demostrativas de sensibilidad a ácaros. El trabajo de Lucena y colaboradores tiene el valor de comparar extractos alergénicos de diversos orígenes con el empleo de un medio simple y seguro para determinar su importancia en la aproximación diagnóstica correcta y su probable uso en el tratamiento específico con inmunoterapia.

Juan Carlos Muiño, Pablo Moreno, Maximiliano Gómez

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

REVISIÓN DEL ROL DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS PARA EL RESFRÍO COMÚN

El resfrío común es una infección de las vías respiratorias superiores causada con mayor frecuencia por la familia de los rinovirus. Afecta a todos los grupos etarios y si bien en la mayoría de los casos tiene una evolución benigna y autolimitada, se asocia a una morbilidad significativa. El uso de antihistamínicos para aliviar los síntomas del resfrío común es una práctica habitual, aunque su eficacia para esta indicación es discutida.

Existen estudios donde se evalúa la eficacia de los antihistamínicos como monoterapia, así como en combinación con descongestivos y/o analgésicos siendo beneficiosos para aliviar los síntomas del resfrío común sobre todo en adultos y en los primeros días de la infección, en comparación con placebo; sin embargo, estos beneficios deben ser evaluados en relación al riesgo de los efectos adversos que generan, inherentes al tipo de antihistamínico (sedativos o no sedativos) y a su combinación con otros fármacos que potencian sus efectos. Ensayos en niños han sido poco concluyentes y por el momento no hay evidencias para su indicación.

El objetivo de este artículo de revisión fue evaluar los efectos de los antihistamínicos en el resfrío común, basándonos a priori en una revisión sistemática publicada en Cochrane Library 20151, así como otras publicaciones más recientes sobre el tema. Fueron seleccionados artículos que incluyen ensayos aleatorizados controlados con antihistamínicos en el tratamiento del resfrío común, que cumplieran con una metodología aceptable, privilegiando las revisiones Cochrane cuya metodología analítica cumple dichos criterios.

Florencia Baillieu, María Celeste Borghello

ARTÍCULO ORIGINAL

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA CUTÁNEA A PRICK TESTS CON DISTINTOS ÁCAROS DEL POLVO DOMÉSTICO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES ATÓPICOS

Antecedentes. La prueba de prick test (PT) diagnóstica en pacientes alérgicos con poco riesgo de reacciones adversas.

Objetivo. Evaluar la sensibilización en adultos que concurren al Servicio de Alergia del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba a extractos de ácaros de prevalencia y comparar las respuestas.

Diseño y métodos. En un estudio transversal, observacional, aplicamos el PT a 53 adultos de ambos sexos con rinitis y/o asma que asistieron al Hospital entre enero y diciembre del 2017. Se utilizaron lancetas Diater con 5000 PNU de Allergopharma (M1), Diater (M2); Q pharma (M3) y R. Guerra (M4). Se analizaron con software InfoStat 2018/p los test t y Chi cuadrado, con $p < 0,05$.

Resultados. Para Dermatophagoides pteronissynus (DP), Dermatophagoides farinae (DF) y Blomia tropicalis (BT) se observó que la pápula M1 vs. M2, M3 y M4 fueron diferentes ($p < 0,05$), igual que la mácula M1 vs. M3 y M4 ($p < 0,01$). La pápula de DP aumentó a medida que la concentración de IgE incrementó hasta 350 kU/l. Un 48% de las reacciones para DP y DF fueron solo positivas para uno de ellos.

Conclusiones. Observamos que se podría diagnosticar sensibilidad a estos antígenos con solo medir las pápulas, que las potencias de las distintas marcas muestran heterogeneidad y que existe alta reactividad específica entre los ácaros de prevalencia.

Guillermo Lucena, Sandra Tabares, Adela Sembaj

RESÚMENES DE TRABAJOS

XLIII CONGRESO ANUAL AAAEIC. TRABAJOS PRESENTADOS EN FORMATO POSTER

Autores varios

Este número de Archivos de Alergia e Inmunología Clínica dedica su presentación a trabajos de la alergología práctica; por ejemplo, establecer el valor de las pruebas de *prick* como demostrativas de sensibilidad a ácaros. El trabajo de Lucena y colaboradores tiene el valor de comparar extractos alérgicos de diversos orígenes con el empleo de un medio simple y seguro para determinar su importancia en la aproximación diagnóstica correcta y su probable uso en el tratamiento específico con inmunoterapia.

El trabajo de revisión de Borghello y Baillieu nos pone en el camino del resfriado común, causado por infecciones virales. El uso de antihistamínicos es de amplia difusión, pero de escasa importancia para la solución de esta patología en comparación con la rinitis alérgica. Ellos arriban a una conclusión práctica luego de una profunda revisión bibliográfica: el impacto escaso que tienen los antihistamínicos en la infección respiratoria alta, aunque al asociar a descongestivos producen alivio en esta molesta enfermedad, todo muy diferente de la rinitis alérgica. Su uso como monoterapia produce más efectos indeseables que soluciones, por ejemplo: somnolencia, sedación y fallas en el desempeño, tanto en actividades intelectuales como motrices.

Otro aspecto que lleva este número de la revista es el material de trabajos presentados en el XLIII Congreso Nacional de Alergia e Inmunología que se desarrolló en forma virtual entre el 20 y el 23 noviembre de 2020. Se presentó un amplio temario de trabajos.

- Un grupo de trabajo de Uruguayana, Brasil, que analizaron factores del asma en adolescente, la familia, la epigenética, todos con el método de cuestionarios validados. Sus conclusiones tienen alto interés práctico en el manejo del asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica.

- Otro aspecto traído de Colombia sobre rinosinusitis crónica. Su desarrollo y soluciones.

- El asma y su prevención. Se presenta una investigación sobre intervención temprana y desarrollo del asma realizado en 186 pacientes pediátricos de nuestro país, en la Matanza, provincia de Buenos Aires.

- Estudio realizado en Cuba, sobre *Blomia tropicalis*. Este ácaro que tiene gran desarrollo en climas húmedos.

- Siguiendo el amplio espectro de la Inmunología Clínica, se presentan aquí manifestaciones de inmunodepresión con localización cutáneas por el uso de inmunosupresores y moduladores tales como bendamustina y anti-IL-20, en linfomas de manto.

- La alergia a drogas y/o intolerancias se manifiesta como exantema por amoxicilina e infección por VEB, un clásico de las lesiones eritematosas por virus y uso de β -lactámicos asociados.

- Continuando con la presentación de estudios epidemiológicos de alergia alimentaria en Buenos Aires y en el Hospital Italiano, con un número de casos muy importante (321), la alergia se confirmó en 65% de los casos, con sensibilidad a la leche de vaca como primera causa y segunda causa al huevo, además el 12% de los sensibles se presentaron como anafilaxia. Esta casuística demuestra la gran importancia de alergia alimentaria y el predominio de alérgenos incluidos en los 8 grandes.

- El angioedema hereditario y el uso de C1q inhibidor concentrado como solución de tan acuciente problema.

- Otra presentación es el desarrollo de angioedema al usar omalizumab, el que previamente se toleró, aunque se había utilizado con otro medio de dispensación y que estuvo relacionado con látex en la nueva infusión, tomando en cuenta que previamente era alérgico al mismo.

- También se presentó prevalencia de la Dermatitis atópica en: adultos estudio sobre 350 alérgicos, 11 padecían esta manifestación clínica.

- Un aspecto tratado es el COVID-19 y su relación con enfermedades alérgicas: a propósito de un caso.

- El análisis de pacientes que concurren a Servicio de Alergia e Inmunología con manifestaciones de rinitis, asma, dermatitis atópica y alergia alimentos entre las etiologías prevalentes. CABA.

- También se presentó el impacto en la calidad de vida percibido por los padres con hijos alérgicos alimentarios. Este trabajo se hizo en base cuestionario FAQLQ-PF. Sus resultados son predominantes para leche, huevo y concluyen que las alergias alimentarias impactan notoriamente en la calidad de vida de los padres e indirectamente en el núcleo familiar. Servicio de Alergia e Inmunología Pediátrica, de la UCC Córdoba Argentina.

- Reacciones alérgicas en la desensibilización oral a huevo, de gran trascendencia en la práctica de la alergología. Multicéntrico, nacional y España.
- Estudio de la aerobiología polínica de San Rafael, Mendoza, ENCABEZADO POR JOVEN ALERGISTA (Indiveri y cols.). Este trabajo mereció el premio al Mejor Poster de Jóvenes Alergistas.
- Estudio del síndrome Baboon, reacciones a drogas y su desensibilización, una nueva óptica en el tratamiento de procesos de intolerancia o alergia a drogas
- Otro aspecto a destacar es la presentación de un trabajo colaborativo de Latinoamérica y España sobre anafilaxia. Su importante casuística hace del mismo una guía para este difícil tópico de la Alergia e Inmunología
- Siguiendo la línea de efectos indeseables por drogas, se trae una presentación sobre la tormenta de citocinas en paciente tratado con inmunoterapia oncológica.
- Otro importante trabajo a destacar es el valor de las IL-33/ST2 en la patogenia del asma y rinitis, que da un papel preponderante al epitelio en estas patologías.
- Se presenta un trabajo sobre el correcto tratamiento de la rinitis alérgica, lo cual produce una importante mejoría evolutiva del asma.
- Análisis del tratamiento biológico y su aplicación a la dermatitis atópica. Con la limitación de un caso.
- Síndrome de Dress por zolpiden en un paciente con dermatitis atópica. Una rara asociación.
- Estudio de tos severa o grave como forma de asma equivalente.
- Es importante el trabajo, previamente presentado en EAACI, que hace una encuesta en muchos países del mundo y se llega a la conclusión que la dermatitis atópica produce un impacto negativo en las familias de los adolescentes que padecen esta patología
- Se presenta caso de asma infantil y COVID-19, que empeoran las condiciones de estos pacientes.
- Desensibilización oral que conjuntivitis y quertaconjuntivitis con conclusiones alentadoras a pesar del número de casos limitados a 13, aunque abre una ventana para este tipo de tratamiento.
- Ponemos en consideración al mejor trabajo en formato poster de este Congreso. El mismo está realizado por los Dres. Fueyo, Barrionuevo y Ramón. Este último de larga actividad en el estudio de la polinosis en nuestro país. Se realizó en la cuantificación y calificación del polen en el aire en la ciudad de Trelew (Chubut). Se destaca la importancia de variados pólenes y en especial de *Poa*. Continuando esta línea de la polinosis, el equipo de Ramón / Barrionuevo presenta otro trabajo sobre la influencia del viento en la polinosis de poáceas en Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.
- Cerrando esta presentación se discute la posibilidad del paciente si es alérgico o no alérgico en las manifestaciones de sensibilidad o intolerancia a leche de vaca.

Dr. Juan Carlos Muiño
Editor de AAeIC

Dr. Pablo Moreno
Editor, Presidente AAAeIC

Dr. Maximiliano Gómez
Editor Asociado, Presidente XLIII Congreso Anual AAAeIC

REVISIÓN DEL ROL DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS PARA EL RESFRÍO COMÚN

Review antihistamines role for the common cold

Florencia Baillieu^{1,3,4}, María Celeste Borghello^{2,3,5}

RESUMEN

El resfrío común es una infección de las vías respiratorias superiores causada con mayor frecuencia por la familia de los rinovirus. Afecta a todos los grupos etarios y si bien en la mayoría de los casos tiene una evolución benigna y autolimitada, se asocia a una morbilidad significativa. El uso de antihistamínicos para aliviar los síntomas del resfrío común es una práctica habitual, aunque su eficacia para esta indicación es discutida.

Existen estudios donde se evalúa la eficacia de los antihistamínicos como monoterapia, así como en combinación con descongestivos y/o analgésicos siendo beneficiosos para aliviar los síntomas del resfrío común sobre todo en adultos y en los primeros días de la infección, en comparación con placebo; sin embargo, estos beneficios deben ser evaluados en relación al riesgo de los efectos adversos que generan, inherentes al tipo de antihistamínico (sedativos o no sedativos) y a su combinación con otros fármacos que potencian sus efectos. Ensayos en niños han sido poco concluyentes y por el momento no hay evidencias para su indicación.

El objetivo de este artículo de revisión fue evaluar los efectos de los antihistamínicos en el resfrío común, basándonos a priori en una revisión sistemática publicada en Cochrane Library 2015¹, así como otras publicaciones más recientes sobre el tema. Fueron seleccionados artículos que incluyen ensayos aleatorizados controlados con antihistamínicos en el tratamiento del resfrío común, que cumplieran con una metodología aceptable, privilegiando las revisiones Cochrane cuya metodología analítica cumple dichos criterios.

Palabras claves: resfrío común, antihistamínicos.

ABSTRACT

The common cold is an upper respiratory infection most often caused by the rhinovirus family. Affects all age groups and, although in most cases it has a benign and self-limited evolution, it is associated with significant morbidity. Antihistamines use to alleviate the symptoms of the common cold is standard practice, although their efficacy for this indication is disputed.

There are studies evaluating the efficacy of antihistamines as monotherapy, as well as in combination with decongestants and / or analgesics, being beneficial in relieving the symptoms of the common cold, especially in adults and in the first days of infection, compared to placebo; however, these benefits must be evaluated in relation to the risk of the adverse effects, inherent in the type of antihistamine (sedative or non-sedative) and its combination with other drugs that enhance its effects. Trials in children have been inconclusive and at the moment there is not evidence for this indication.

The objective of this review was to evaluate the effects of antihistamines on the common cold, based a priori on a systematic review published in Cochrane Library 2015, as well as other more recent publications on the subject. Articles were selected that include randomized controlled trials with antihistamines in the treatment of the common cold, that complied with an acceptable methodology, favouring Cochrane reviews whose analytical methodology meets these criteria.

Key words: common cold, antihistamines.

ARCHIVOS DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2020;51(4):154-157

INTRODUCCIÓN

El resfrío común está descripto como una infección viral, que provoca inflamación aguda y autolimitada de la mucosa de las vías respiratorias superiores que puede involucrar nariz, garganta y senos paranasales, provocando congestión nasal, estornudos y tos, con una evolución natu-

ral autolimitada en una a dos semanas. Los niños menores habitualmente presentan 6 a 8 episodios anuales. Estas cifras disminuyen a 2 o 4 episodios por año en la edad adulta, provocando del 30 al 50% de ausencia laboral y el 60 al 80% de ausencia escolar².

Los virus más frecuentemente involucrados pertenecen a la familia de los rinovirus (25 al 80%), coronavirus (10 al 20%), virus de la influenza (10 al 15%) y adenovirus (5%)³. Los mecanismos patogénicos de los diversos procesos virales pueden ser muy diferentes, pero clínicamente indistinguibles, con síntomas muy similares e inespecíficos. La infección por rinovirus es transmitida a individuos susceptibles por contacto directo o por partículas aerosolizadas, que ingresan por la mucosa nasal anterior o la conjuntiva a través del conducto lagrimal, llegan a la nasofaringe y penetran las células epiteliales por receptores específicos ubicados en la superficie celular. Una vez dentro de la célula, el virus se replica rápidamente, mientras las células infectadas liberan interleucina-8 (IL-8), potente quimioatrayente de polimorfonucleares, cuyas elevadas concentraciones en secreciones son relevantes ya que se correlacionan proporcionalmente con la gravedad de síntomas del resfrío. Mediadores in-

1. Centro de Alergia Mar del Plata.

2. Hospital de La Baxada Dra Teresa Ratto. Paraná.

3. Grupo de Jóvenes Alergistas AAAelC.

4. Sociedad de Asma, Alergia e Inmunología del Sur.

5. Asociación de Alergia e Inmunología del Litoral

Correspondencia: fbaillieu@gmail.com; celesteborghello@yahoo.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 03/08/2020 | Aceptado: 19/10/2020

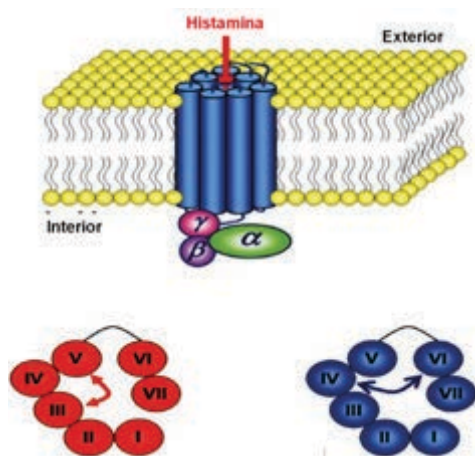


Figura 1.

flamatorios, como quimiocinas y prostaglandinas, pueden causar vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular y secreción de glándulas exocrinas que, junto con la estimulación de terminaciones nerviosas parasimpáticas locales, conducen a los síntomas característicos del resfrío. Estos síntomas están presentes a los pocos días después de la infección, llegando al máximo a los dos a cuatro días posinoculación, y persisten de siete a diez días en promedio^{1,2}.

Se han investigado innumerables tratamientos para el resfrío común, y dado que no existe vacuna ni cura definitiva para esta enfermedad, el tratamiento se enfoca en aliviar los síntomas y reducir el tiempo de su evolución natural⁴. Debido a que los antihistamínicos son eficaces para los síntomas nasales de la rinitis alérgica, similares a los síntomas del resfrío común, se han realizado múltiples ensayos para analizar la eficacia y seguridad de su indicación en esta patología, lo cual es el objetivo de esta revisión³⁻⁵.

ANTIISTAMÍNICOS H1

Ampliamente utilizados desde su descubrimiento en 1942 por el biólogo y farmacólogo suizo Daniel Bovet, quien inició su utilización en la práctica clínica y 15 años después fue Premio Nobel de Medicina.

Bovet descubrió un fármaco que bloquea los efectos de algunas sustancias formadas en el organismo, que actuaban particularmente sobre los vasos sanguíneos y músculo liso de vías respiratorias, generando efectos típicos de las enfermedades alérgicas, como fiebre del heno, asma, etc. Había identificado el *receptor H1 de histamina*, presente en la superficie celular en ciertos tejidos, miembro de la superfamilia de los receptores acoplados a proteína G (GPCRs). Estos receptores pueden ser vistos como “interruptores” celulares que tienen un sistema de “apagado” o “encendido”. En el

caso de la histamina, cuando se une al receptor, activa los sitios de enlaces en los dominios transmembrana III y V y estabiliza su conformación, activando o colocando en posición “encendido” al interruptor. Los antihistamínicos compiten por ese receptor y al unirse a él activan sitios de enlaces cruzados, en los dominios transmembrana IV y VI, llevando el receptor H1 al estado inactivo o de “apagado”. Por lo tanto, los antihistamínicos H1 son agonistas inversos que producen el efecto opuesto en el receptor de la histamina y actúan previniendo la interacción de la histamina con su receptor, en lugar de inhibir su liberación^{6,7}.

Los más de 45 antihistamínicos H1 disponibles en el mundo pueden dividirse en dos grupos: sedativos y no sedativos, de acuerdo a su capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica⁷.

- **Antihistamínicos sedantes.** Estos fueron la primera generación de antihistamínicos y están asociados con varios eventos indeseables, en gran parte debido a su propensión a cruzar la barrera hematoencefálica y su actividad anticolinérgica que causa síntomas de somnolencia y concentración reducida, así como boca seca, visión borrosa y retención urinaria.

- **Antihistamínicos no sedantes o de segunda generación.** Fueron desarrollados desde mediados de los ‘80 y, por ser lipofóbicos, pasan en menor medida la barrera hematoencefálica. Tienen un rápido comienzo de acción y mayor vida media, por lo que se pueden administrar una sola vez al día. Tienen la ventaja de escasos o nulos efectos a nivel del SNC y efectos anticolinérgicos, y algunos cuentan con propiedades antiinflamatorias variables por disminución de mediadores proinflamatorios de mastocitos, factores quimiotácticos y moléculas de adhesión^{8,9}.

Tanto en las infecciones virales como en los procesos de hipersensibilidad tipo I (rinitis alérgica), aunque los mecanismos patogénicos son muy diferentes, los síntomas son similares. Por ello se ha especulado que los antihistamínicos pudieran aliviar los síntomas del resfrío común.

MÉTODO

Se evaluaron 3 revisiones sistemáticas, sobre el tratamiento del resfrío común con antihistamínicos como monoterapia y en combinación con descongestivos y analgésicos. También se incluyeron otros estudios randomizados y controlados, pero con objetivos no solo en el tratamiento del resfrío sino en las características bioquímicas de las drogas, teniendo en cuenta su farmacocinética y metabolismo así como otros tratamientos alternativos que podrían ser útiles al principio de la infección^{4,7}. Estos últimos, si bien aportan datos de interés, desviarán el objetivo de nuestra revisión por lo que no se incluirán en nuestras conclusiones.

La revisión sistemática más actualizada, de Van Driel¹⁰ et al., analiza las publicaciones halladas en PubMed incluyen-



Figura 2. Modificado de: Fox A, Browne D: Effects of histamine in Allergic disease, Pharmacy update, 2014.

do la revisión Cochrane de De Sutter 2015¹, donde solo se analizan los antihistamínicos como monodroga, y de ambos autores juntos en el 2012¹¹ en donde se evaluaron los efectos de diferentes combinaciones de antihistamínicos, descongestivos y analgésicos para el resfriado común.

RESULTADOS

En los adultos, se observó que los antihistamínicos sedantes estuvieron asociados al alivio de rinorrea y estornudos pero no de la congestión nasal, siendo la sedación el efecto adverso mayormente reportado con este tipo de droga. Los estudios con antihistamínicos no sedantes mostraron un efecto poco claro en la congestión y ninguno sobre la rinorrea y los estornudos, pero no se reportaron más efectos adversos comparados con placebo¹.

La revisión del 2012 indica que la combinación de analgésicos y descongestivos puede mejorar la congestión y los estornudos, pero los datos no pudieron agruparse debido a la heterogeneidad de resultados. Los pacientes que han tomado esta combinación reportaron varios efectos adversos como sedación, insomnio y cefalea.

De los 3 ensayos que estudiaron la combinación de antihistamínicos y analgésicos orales, 2 de ellos no demostraron mejoría de síntomas y en particular de la congestión nasal, en comparación con placebo y analgesia. En un ensayo, la combinación se asoció a menos estornudos, y los efectos adversos como irritación nasal, boca seca, y malestar abdominal se observaron en ambos grupos¹¹.

En la revisión 2015 se contemplan estudios que incluyeron niños, en los cuales los resultados fueron contradictorios, las muestras fueron más pequeñas, de calidad estadística inferior y con resultados que carecieron de efectividad. En las que incluyeron descongestivos y analgésicos combinados con antihistamínicos, a pesar de generar mejoría de síntomas nasales, tampoco se halló evidencia que avale su uso en niños, debido al riesgo de sus efectos adversos y sobre todo en los más pequeños^{10,11}.

DISCUSIÓN

Los antihistamínicos como monoterapia para el resfriado común han sido estudiados ampliamente durante los últimos 50 años, se han realizado muchos ensayos en diferentes contextos, con diferentes productos y en diferentes poblaciones para el tratamiento de los síntomas del resfriado común de origen viral con pocas pruebas convincentes de su real utilidad^{11,12}.

En el caso de las rinitis alérgicas, durante la fase temprana de la inflamación se produce una liberación inmediata de productos de mastocitos los cuales generan una red inflamatoria específica que favorece la expresión y activación de moléculas de adhesión (CAM). La activación de CAM favorece la migración de células proinflamatorias tales como eosinófilos y neutrófilos en la mucosa nasal. Estas moléculas han sido objeto de investigación y se han encontrado que los antihistamínicos H1 de nueva generación también tienen un efecto antiinflamatorio, disminuyendo el número de células inflamatorias reclutadas en el tejido y la expresión de ICAM entre otras¹⁰.

En el resfriado común tendrían un efecto beneficioso a corto plazo (primero y segundo día de tratamiento) sobre la gravedad de los síntomas generales, pero no a mediano y largo plazo, y tampoco se observaron efectos clínicamente significativos sobre la obstrucción nasal, la rinorrea y el estornudo¹.

Para adultos con síntomas nasales molestos, los descongestivos y los antihistamínicos en monoterapia o en productos combinados suelen ser la decisión más acertada. Sin embargo, el efecto es leve y aunque los eventos adversos suelen ser leves, algunos pueden ser inquietantes¹³. Específicamente por los efectos adversos, los ensayos que utilizaron antihistamínicos que provocan sedación mostraron efectos adversos más frecuentes en los grupos de tratamiento activo que con placebo. El sín-

toma más frecuente fue la sedación, siendo menos prevalente en los grupos tratados con antihistamínicos que no provocan sedación, aunque probablemente alguno de los efectos adversos en realidad se pueda atribuir a los síntomas del resfrío en lugar de adjudicarse a la medicación.

En los niños, la evidencia de tratamientos para el resfriado común es más limitado. Pocos estudios incluyeron niños y los resultados fueron contradictorios. La falta de pruebas de efectividad de la administración, combinada con los resultados de los ensayos en adultos que no indicaron una mejoría significativa, permite establecer la conclusión de que no hay pruebas suficientes para apoyar la administración de antihistamínicos para el resfrío en los niños, incluso hay reportes que desaconsejan su uso en pediatría, sobre todo combinados con descongestivos¹⁰. En consecuencia, no están recomendados descongestivos ni formulaciones que contengan antihistamínicos en menores de 6 años, y se recomienda precaución entre 6 y 12 años¹¹⁻¹³.

No hay pruebas suficientes que apoyen la prescripción de antihistamínicos en el resfrío común. Es por ello que los tratamientos disponibles en la actualidad incluyen

una combinación de fármacos entre anti-H1, descongestivos y antiinflamatorios orientados al alivio sintomático y la reducción del tiempo de evolución natural de la infección.

CONCLUSIONES

Luego de realizar un análisis bibliográfico, podemos concluir que son múltiples los estudios que se han puesto en marcha para poder evaluar la terapéutica más eficaz en el tratamiento del resfrío común tanto en adultos como niños, evidenciando que los antihistamínicos como monoterapia no tendrían un efecto clínicamente significativo sobre la mejoría general subjetiva del resfrío común o sobre los síntomas individuales como la congestión nasal, rinorrea y estornudos.

En el caso de los niños, se sabe muy poco acerca del efecto de los antihistamínicos, sobre todo en menores de 6 años. Al ser el grupo poblacional donde los resfríos son los procesos más frecuentes, sería un desafío promover futuras investigaciones cumpliendo una rigurosa metodología, con ensayos con muestras más representativas de pacientes controlados y aleatorizados.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Sutter AI, Saraswat A, Van Driel ML. Antihistamines for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (11):CD009345. doi: 10.1002/14651858.CD009345.pub2. PMID: 26615034.
2. Innes JA, Reid PT. Respiratory disease. pp: 687-9. *Davidson's Principles & Practice of Medicine*. 20th Edition. Churchill Livingstone Elsevier, 2006.
3. Heikkinen T, Jarvinen A. The common cold. *Lancet* 2003;361(9351):51-9.
4. Hulisz D. Efficacy of zinc against common cold viruses, *J Am Pharm Assoc* 2004;44:594-603.
5. De Sutter AI, Lemiengre M, Campbell H. Withdraw. Antihistamines for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (4):CD001267. doi: 10.1002/14651858.CD001267.pub2. PMID: 19821274.
6. Al Balawi ZH, Othman SS, Al Faleh K. Intranasal ipratropium bromide for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD008231. doi: 10.1002/14651858.CD008231.pub3.
7. Salvatore F, Shea T, Cravo AS. Bioavailability of Triprolidine as a single agent or in combination with Pseudoephedrine: a randomized, open-label crossover study in healthy volunteers. *Clin Pharm Drug Develop* 2020;9(4):486-95. doi: 10.1002/cpdd.777.
8. Kim S, Chang Y, Cho H, Hwang Y, Moon Y. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, 9: CD006362. doi: 10.1002/14651858.CD006362.pub4.
9. Simons FE, Simons KJ. Histamine and H1-antihistamines: celebrating a century of progress. *J Allergy Clin Immunol* 2011;128(6):1139-50. doi: 10.1016/j.jaci.2011.09.005. Epub 2011 Oct 27. PMID: 22035879.
10. Van Driel ML, Scheire S, Deckx L, Gevaert P, De Sutter A, et al. What treatments are effective for common cold in adults and children? *BMJ* 2018;363:k3786. doi:10.1136/bmj.k3786.
11. De Sutter AI, van Driel ML, Kumar AA, et al. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 15(2):CD004976. doi: 10.1002/14651858.CD004976.pub3. PMID: 22336807.
12. Hayward G, Thompson MJ, Perera R, Del Mar CB, Glasziou PP, Heneghan CJ. Corticosteroids for the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; 10: CD008116. doi: 10.1002/14651858.CD008116.pub3.
13. Muntean IA, Bocsan IC, et al. How could we influence systemic inflammation in allergic rhinitis? The role of H1 antihistamines. *Hindawi Oxidative Medicine and Cellular Longevity* 2018; Art: 3718437.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA CUTÁNEA A PRICK TESTS CON DISTINTOS ÁCAROS DEL POLVO DOMÉSTICO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES ATÓPICOS

A descriptive study of the prick test cutaneous characteristics response to different mites of the household dust in a population of atopic patients.

Guillermo Lucena¹, Sandra Tabares², Adela Sembaj³

RESUMEN

Antecedentes. La prueba de prick test (PT) diagnóstica en pacientes alérgicos con poco riesgo de reacciones adversas.

Objetivo. Evaluar la sensibilización en adultos que concurren al Servicio de Alergia del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba a extractos de ácaros de prevalencia y comparar las respuestas.

Diseño y métodos. En un estudio transversal, observacional, aplicamos el PT a 53 adultos de ambos sexos con rinitis y/o asma que asistieron al Hospital entre enero y diciembre del 2017. Se utilizaron lancetas Diater con 5000 PNU de Allergopharma (M1), Diater (M2); Q pharma (M3) y R. Guerra (M4). Se analizaron con software InfoStat 2018/p los test t y Chi cuadrado, con $p < 0,05$. Resultados. Para *Dermatophagoides pteronissynus* (DP), *Dermatophagoides farinae* (DF) y *Blomia tropicalis* (BT) se observó que la pápula M1 vs. M2, M3 y M4 fueron diferentes ($p < 0,05$), igual que la macula M1 vs. M3 y M4 ($p < 0,01$). La pápula de DP aumentó a medida que la concentración de IgE incrementó hasta 350 kU/l. Un 48% de las reacciones para DP y DF fueron solo positivas para uno de ellos.

Conclusiones. Observamos que se podría diagnosticar sensibilidad a estos antígenos con solo medir las pápulas, que las potencias de las distintas marcas muestran heterogeneidad y que existe alta reactividad específica entre los ácaros de prevalencia.

Palabras claves: prick test, macula, papula, ácaros.

ABSTRACT

Background: The Prick test (PT) detects sensitive patients with low risk of adverse reactions.

Objective. To evaluate the sensitization in adults who attend the Allergy Service of the Hospital Nacional de Clínicas of Córdoba towards extracts of prevalent mites and compare the responses.

Design and methods. In an observational and transversal study, we applied PT to 53 adults of both sexes with rhinitis and/or asthma who attended at Hospital between January and December 2014. Diater lancets with 5000 PNU from Allergo-Pharma (M1), DIATER (M2) were used; Q pharma (M3) and R. Guerra (M4). The t test and Chi square were analyzed with InfoStat 2018/p software, with $p < 0,05$.

Results: For *Dermatophagoides pteronissynus* (DP), *Dermatophagoides farinae* (DF) and *Blomia tropicalis* (BT) we observed that the M1 vs M2, M3 and M4 papules were different ($p < 0,05$), M1 vs M3 and M4 macula ($p < 0,01$). The papule DP increased as the IgE concentration increased to 350 kU/l. A 48,8% of the reactions for DP and DF were only positive for one of them.

Conclusions. Diagnosis is achieved just by measuring the hives. The responses to different makes of antigens show heterogeneity, and there is a high degree of specific reaction to the *Dermatophagoides* spp. subtypes.

Key words: prick test, macula, papule, mites

ARCHIVOS DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2020;51(4):158-162

INTRODUCCIÓN

Los antígenos contenidos en los ácaros: *Dermatophagoides pteronissynus*, *Dermatophagoides farinae* y *Blomia tropicalis*, son los que generan mayor frecuencia de reactividad en nuestra población^{1,2}. El *prick test* (PT) es la técnica actualmente más utilizada para el diagnóstico de las enfermedades alérgicas^{3,4} y pone en evidencia una reacción de hipersensibilidad inmediata local, cutánea y mediada por IgE para cada antígeno, debido a la degranulación de los mastocitos en individuos previamente sensibilizados^{5,6}. En el consultorio, la forma más rápida y adecuada de evaluar la respuesta a un antígeno es la medición del tamaño de la pápula que este provoca en la piel del antebrazo del paciente.

1. Cátedra de Alergia e Inmunología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

2. TecLab, Cátedra de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

3. Cátedra de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Correspondencia: Guillermo Lucena, guillermoenriquelucena@gmail.com.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses. Financiamiento parcial de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, y de aportes personales.

Recibido: 16/03/2020 | Aceptado: 12/08/2020

TABLA I. Dimensiones de pápula y mácula de los antígenos desafiados y la relación entre ellas.

		Pápula (mm)	Mácula (mm)	Pápula/mácula
DP	M1	5,70±3,91	16,35±12,63	0,49±0,29
	M2	3,80±2,47	10,91±9,99	0,51±0,32
	M3	2,33±2,09	6,56±7,06	0,54 ±0,32
	M4	3,33±0,29	23,39±7,19	0,54±0,27±
DF	M1	5,02±4,24	12,83±12,33	0,58±0,31
	M2	2,72±1,93	6,41±7,77	0,68±0,31
	M3	4,28±3,48	11,56±11,01	0,48±0,21
	M4	3,17±2,42	7,24±7,15	0,64±0,30
BT	M1	3,56±2,42	8,28±7,86	0,63±0,30
	M2	1,94±1,84	3,85±4,60	0,68±0,28
	M3	2,44±2,77	6,11±8,04	0,64±0,33

Los resultados se expresan como la media ± error estándar, en milímetros (mm). Se consideró $p < 0,05$. DP: *Dermatophagoides pteronissynus*. DF: *Dermatophagoides farinae*. BT: *Blomia tropicalis*.

Existen distintos criterios para evaluar la respuesta del antígeno, como por ejemplo el diámetro o área de habón. Diferentes factores, como los propios del paciente, del extracto aplicado⁷, de la técnica⁸ y también determinados fármacos¹⁰, pueden modificar la respuesta obtenida al momento de la realización de estos estudios^{11,12}. Esta gran cantidad de factores de distintos orígenes, que influyen de manera decisiva en la prueba, nos motivó a tratar de observar qué relevancia relativa pueden tener algunos de estos factores, en el resultado final.

El objetivo del presente trabajo fue conocer distintas características de las respuestas cutáneas de PT a un grupo de antígenos de ácaros del polvo doméstico de distintas marcas comerciales disponibles en nuestro medio, en una población de pacientes atópicos. Y comparar esas respuestas cutáneas y asociarla a los niveles de IgE total sérica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo y transversal, en el que seleccionamos pacientes que consultaban en forma espontánea por asma y rinitis alérgica en los meses de enero a diciembre del 2017 en el servicio de Alergia e Inmunología del Hospital Nacional de Clínicas, y requerían la realización de PT para su diagnóstico. Los pacientes recibieron una clara explicación del protocolo de investigación basado en los principios de la declaración de los derechos de los pacientes en investigaciones clínicas de Helsinki, las normas CIOMS y la Ley Nacional de Hábeas Data 25326/2000 (Ley de Protección de Datos Personales). Firmaron un consentimiento para participar en el proyecto, el que fue aprobado por el Comité de Ética de la institución.

A todos los pacientes se les realizó la prueba de hipersensibilidad inmediata por PT. Esta se realizó con alérgenos de ácaros estandarizados, fabricados en los laboratorios AllergoPharma (M1), Diater (M2), Q pharma (M3), y fabricados por el Farmacéutico Ricardo Guerra (M4). Todos los anti-

genos son de procedencia nacional en su comercialización al momento de realizar el estudio. Se utilizaron lancetas Diater para realizar las punturas con los extractos alérgicos, y las mismas fueron de uso individual y no se compartieron con otros pacientes. En cada análisis se incluyó un control negativo que consistió en una solución glicerina y un control positivo con histamina en glicerina. El procedimiento se realizó por completo en horario vespertino, en el antebrazo, previa limpieza de la piel con alcohol 70%. Se procedió a la realización del PT según el protocolo estandarizado¹⁹. A todos los pacientes un mismo profesional (GL) aplicó los reactivos en un mismo momento. Las respuestas obtenidas se midieron con una regla milimetrada. La reacción a un alérgeno fue considerada positiva cuando la media aritmética de los diámetros de la pápula fue al menos 3 mm¹. El registro de tamaño menor a 3 mm se consideró como respuesta negativa. Se decidió no realizar una comparación con los testigos positivos o negativos, ya que se buscó establecer la capacidad diagnóstica de cada antígeno. Para el análisis de los resultados, se incluyeron aquellos pacientes en los que al menos un antígeno produjo pápula positiva¹³. Se extrajo a cada paciente una muestra de sangre en el laboratorio central del Hospital Nacional de Clínicas para determinar en suero por ELISA la concentración de IgE total (Wiener Lab, Argentina) considerando como valor normal de referencia entre 0 y 100-130 kU/l.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el software InfoStat 2018/p para el análisis de los datos y se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo. Para las variables cuantitativas se calculó la media más menos el desvío estándar y se compararon mediante test t de Student. El número de pacientes positivos para cada antígeno se expresó como porcentaje del total, y se analizó por test Chi cuadrado. Las diferencias entre grupos se analizaron por ANOVA y la asociación entre variables por test de Spearman.

RESULTADOS

La población estuvo compuesta por 53 pacientes, el 65% fueron hombres y 35% mujeres. El promedio de edad fue 52,25 años con un rango de 24 a 87 años.

Se presenta en la **Tabla 1** la dimensión de la pápula y mácula y la relación pápula/mácula generada por la presencia de los antígenos *Dermatophagoides pteronissynus* spp (DP), *Dermatophagoides farinae* spp (DF) y *Blomia tropicalis* (BT) provenientes de las cuatro marcas utilizadas. Se compararon los diámetros de las máculas y pápulas formadas para cada antígeno y se observaron variaciones según las diferentes marcas utilizadas aplicando el análisis del test ANOVA. Para DP las diferencias estadísticas para el tamaño de la pápula fueron: M1 vs. M2, M3 y M4 ($p < 0,05$), M2 vs. M3 ($p < 0,01$). El tamaño de la mácula mostró diferencias significativas entre M1 vs. M3 y M4

TABLA 2. Frecuencia de pacientes que reaccionaron en forma positiva o negativa frente al antígeno según la marca comercial.

	DP en mm		DF en mm		BT en mm	
	Positivos	Negativos	Positivos	Negativos	Positivos	Negativos
M1	0,87 (47)	0.13 (7)	0.70 (38)	0.30 (16)	0.61(33)	0.39 (21)
M2	0,65 (35)	0.35 (19)	0.52(28)	0.48 (26)	0.69 (17)	0.31(37)
M3	0,50 (9)	0.50 (9)	0.67(36)	0.20 (11)	0.70 (13)	0.30 (11)
M4	0,63(26)	0.37 (15)	0.43(23)	0.35(19)	--	--

Los números representan la frecuencia relativa y entre paréntesis la cantidad de pacientes. DP: Dermatophagoides pteronissynus. DF: Dermatophagoides farinae. BT: Blomia tropicalis.

TABLA 3. Frecuencia de pacientes con pápulas mayores o menores al 20% del tamaño de la macula como respuesta a los antígenos según la marca.

	DP en mm		DF en mm		BT en mm	
	> 20%	< 20%	> 20%	< 20%	> 20%	< 20%
M1	92 (48)	8 (49)	91	9	100	0
M2	100 (54)	0	93	2	100	0
M3	85 (11)	15 (2)	100	0	100	0
M4	100 (36)	0	97	3	---	--

Los números representan la frecuencia expresada en porcentajes. Se analizó por Chi cuadrado considerando $p<0,05$. DP: Dermatophagoides pteronissynus. DF: Dermatophagoides farinae. BT: Blomia tropicalis.

($p<0,01$), M2 *vs.* M3 ($p<0,01$). Para *DF* la dimensión de la pápula generada mostró diferencias entre M1 *vs.* M2 y M4 ($p<0,05$) y para el tamaño de la mácula M1 *vs.* M2 y M4 ($p<0,05$). En el caso de la extensión de la mácula que se forma al aplicar antígenos de *BT*, las diferencias fueron significativas entre: M1 *vs.* M2 ($p<0,01$) y el tamaño de la pápula entre M1 *vs.* M2, ($p<0,01$). Otras comparaciones no resultaron significativas. Se observa que la relación pápula/mácula para cada antígeno no mostró diferencias entre las diferentes marcas utilizadas.

Al considerar el tamaño de pápula mayor a 3 mm como una reacción positiva¹, se observó que M1 produce una mayor cantidad de respuestas positivas para todos los antígenos probados en este estudio. Se muestra en la **Tabla 2** la frecuencia de resultados positivos y negativos para cada antígeno según el tamaño medio de las pápulas. Se observó que la frecuencia de respuesta positiva para *DP* fue diferente entre M1 *vs.* M3 ($p=0,007$). Para *DF*, la diferencia se observó entre M1 *vs.* M2, M4 ($p=0,048$). Otras comparaciones no resultan significativas.

Observamos también una correlación positiva entre los tamaños de cada pápula y sus máculas. Entonces, se calculó la posibilidad estimada de predecir correctamente el tamaño de la mácula, se intentó asignar un valor de predicción para el tamaño de la mácula a partir del de la pápula. Los resultados muestran una alta probabilidad, o incluso certeza, para el caso de *BT*, que conociendo el diámetro de pápula, la mácula sea al menos un 20% mayor que esta (**Tabla 3**). Se calculó que, existe un 25% de posibilidad de predecir que el tamaño de pápula sea menor a un 20% del tamaño de la mácula, y un 94% de probabilidad de predecir un tamaño de mácula al menos un 20% mayor al obtenido en la pápula.

Es conocido que *DP* y *DF* pueden presentar reactividad

TABLA 4. Frecuencia de pacientes con respuesta positiva o discordante para los antígenos DP y DF.

Categoría 1 +/-	Categoría 2 +/+
48,8 (88)	51,1 (92)

Los números representan la frecuencia relativa expresada en porcentaje, entre paréntesis la frecuencia absoluta. Categoría 1: pacientes que reaccionaron de manera diferente para ambos antígenos (+/-). Categoría 2: pacientes con respuesta positiva para ambos antígenos (+/+). Chi cuadrado $p=0,67$. DP: Dermatophagoides pteronissynus. DF: Dermatophagoides farinae.

cruzada. Para evaluar esta situación, se analizó la respuesta de cada paciente a *DP* y *DF* de todas las marcas. En primer lugar, eliminamos los pacientes que mostraron reacción negativa para ambos antígenos. Entre los que tenían reacción positiva, se establecieron dos categorías, aquellos en los que la respuesta fue positiva para un antígeno y negativa para el otro, constituyendo la categoría 1. La categoría 2 agrupa a aquellos pacientes con respuesta positiva para ambos antígenos. En la **Tabla 4** se muestra que hay un 48,8% de sujetos que resultaron positivos para uno solo de los antígenos. El análisis de los valores de IgE total sérica arrojó un valor medio de $285\pm36,9$ kU/l para toda la población. El valor de IgE total plasmática no se asoció con diferencias entre respuestas cutáneas al PT test positivas o negativas. De modo que, la concentración plasmática de IgE no indicaría la capacidad de reacción inmunológica del individuo¹⁴. A continuación, se asignaron rangos a la concentración de IgE total con el objeto de analizar si concentraciones mayores de IgE total se corresponden con pápulas de mayor tamaño según el antígeno aplicado. Sus resultados se muestran en el **Gráfico 1**. Para las reacciones producidas por el antígeno *DP* observamos que los valores medios del tamaño de la pápula se incrementan a medida que la concentración de IgE aumenta hasta valores de 350 kU/l. Observamos también que el perfil de incremento del tamaño de la pápula con el rango de IgE para los antígenos *DF* y *BT* alcanzan un máximo en el rango de 81 a 150 kU/l. Se trató de asociar las dos variables y, al estar los valores IgE total categorizados, se utilizó el test de Spearman que arrojó un valor de 0,73 indicando asociación entre las variables para la primera parte de la curva (**Gráfico 1**).

Si consideramos las respuestas positivas y negativas para cada antígeno según los niveles categorizados de IgE total, observamos que a las respuestas cutáneas positivas les corresponden los valores medios más elevados de IgE total sérica (**Tabla 5**).

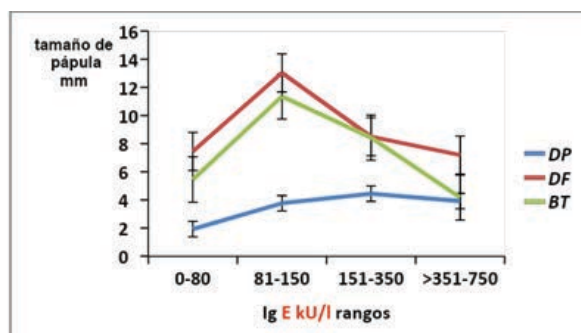


Gráfico 1. Tamaño de la pápula producida frente a los diferentes antígenos según la concentración de IgE total sérica. Los valores representan la media, barra vertical el error estándar del tamaño de la pápula expresado en mm para cada categoría de IgE total plasmática. En azul se representa los valores de IgE plasmática enfrentados al antígeno DP (*Dermatophagoides pteronissynus*), en rojo para DF (*Dermatophagoides farinae*) y en verde para BT (*Blomia tropicalis*).

DISCUSIÓN

Dentro de las principales preocupaciones en el diagnóstico clínico se encuentra comprobar si el método empleado es confiable^{14,15}. Se dispone de métodos de detección *in vitro* de IgE total circulante que son un valioso complemento a los tests *in vivo* como los aquí empleados. Estos estudios *in vitro* aportan mayor exactitud a la detección de IgE específica aunque no necesariamente un mayor valor diagnóstico a la clínica. Estos métodos de diagnóstico dependen de costos, accesibilidad a la tecnología, así como de los profesionales que realizan estas prácticas. Hay trabajos que proponen usar la detección de IgE *in vitro* como *screening* para orientar a los PT¹⁶. En nuestro medio sigue siendo el *prick test* la opción más rápida y accesible¹⁷.

En este trabajo analizamos en qué medida las distintas marcas de antígenos comerciales responden con una pápula mayor o menor según cada antígeno. Trabajos previos realizados sobre aeroalérgenos muestran una gran variabilidad entre marcas¹⁸, dado que el interrogante acerca de la cantidad de antígeno e incluso su determinante antigénico son variables en el diagnóstico alergológico. Es por ello que intentamos establecer una relación de eficacia diagnóstica través de una comparación simple de las reacciones cutáneas observadas¹⁵, y así la M1 parece más potente en algunas de sus respuestas. Pero a pesar de obtener una pápula mayor con uno de los productos usados, sabemos que esto no necesariamente expresa mayor efectividad, ya que podría ser simplemente una gradación de una misma respuesta^{19,20}.

A continuación, nos enfocamos en los pacientes como sujeto de diagnóstico, asignando valores positivos o negativos a cada prueba, en lugar de comparar estadísticamente el tamaño de mácula o pápula^{21,22}. Observamos que M1 detecta un mayor número de pacientes como positivos para la prue-

TABLA 5. Concentración de IgE total sérica expresada en kU/l, según la respuesta de la pápula frente a los antígenos DP, DF y BT para todas las marcas evaluadas.

	RN	RP	p valor
DP	198±134.3	325.75±47.495	0.02
DF	251.5±15.9	323.25±38.9	0.03
BT	227.66±65.9	336±98.6	0.02

Los valores representan medias \pm desvío estándar de la concentración. Se considera respuesta positiva (RP) cuando el diámetro de la pápula fue mayor o igual a 3 mm y negativa (RN) cuando fue menor a 3 mm. Se comparó la diferencia de medidas de RP y RN para cada antígeno con test t de Student, considerando un $p < 0,05$. DP: *Dermatophagoides pteronissynus*. DF: *Dermatophagoides farinae*. BT: *Blomia tropicalis*.

ba, estableciendo una diferencia clínicamente contundente respecto de las otras utilizadas en este estudio. Para el antígeno DP se observó mayor positividad de los pacientes a M1. Para el DF las diferencias no fueron significativas, salvo, entre M1 y M2. Por último, teniendo en cuenta que M4 no comercializa BT, se detectó una diferencia a favor de M1 comparado con M2. Hasta el momento no se conoce que en nuestro medio se registren estudios similares.

Con respecto a la importancia de la medición de las máculas de las reacciones, sometimos a un test de previsibilidad de tamaño de las máculas relacionadas con las pápulas obtenidas. Observamos un valor predictivo para que el tamaño de pápula obtenido puede pronosticar una mácula al menos 20% más grande. Esto relativiza el valor de la medición de la mácula y es, a la luz de estos resultados, innecesario tomar ese registro.

Demostremos que los antígenos pueden tener reactividad específica suficiente como para justificar no utilizar una mezcla de ellos. Los *Dermatophagoides* y sus subespecies *farinae* y *pteronissynus* son un ejemplo¹⁶. Es conveniente usarlos en forma separada al momento de realizar diagnóstico en alergología²³. La Tabla 4 muestra que la frecuencia con la que los pacientes reaccionan a DP y no a DF, y viceversa, es casi la misma de los pacientes que reaccionan a ambos. Los resultados obtenidos revelan un alto porcentaje de pacientes que muestran una gran reactividad individual y una necesidad de usar el antígeno específico y no una mezcla de ambos.

Varios factores influyen en la obtención final del tamaño de pápula^{23,24}. Asociamos el tamaño de la pápula con los valores de IgE total circulantes. Se incluyeron a los pacientes en grupos crecientes de valores de IgE de forma que la cantidad de casos fuera similar o comparable. Observamos asociación del tamaño de la pápula para cada antígeno y los niveles de IgE total sérica. La reacción a DP muestra una progresión lineal hasta el rango de 151-350 kU/l; en cambio, BT y DF producen un máximo de concentración de IgE en el rango de 81-150 kU/l. Es llamativo que para DF y BT la progresión de la respuesta cutánea no haya sido lineal y haya mostrado un valor máximo de respuesta cutánea. Creemos que debería estudiarse un número mayor de casos, ya que se observó una gran dispersión de los valores. Un total de 53 pacientes constituyó la muestra de este estudio. Si bien el número total de pacientes es limitado, al apli-

car al mismo tiempo a cada paciente tres antígenos de cuatro marcas comerciales diferentes se multiplicaron los resultados, aumentando el peso de tamaño de la muestra y la significación de los resultados obtenidos²⁵. Este hecho hace que sesgos habituales al utilizar estas pruebas de aplicación manual, como el distinto tono muscular del operador, se reduzcan en nuestro trabajo por ser la misma persona entrenada y especializada en aplicar estas técnicas (GL)²⁶.

Con los datos analizados en este trabajo podemos concluir que con solo medir las pápulas de cada reacción se podría alcanzar el diagnóstico, ya que sus máculas mostraron un tamaño predecible 20% mayor que las pápulas. Por otra parte, ob-

servamos una gran cantidad de individuos que no manifiestan reactividad cruzada a *Dermatophagoides* y por lo tanto es importante aplicar el PT a las especies por separado. En cuanto a la IgE, observamos una asociación entre los valores plasmáticos de IgE total sérica y las respuestas cutáneas obtenidas. Es necesario continuar con los estudios con mayor cantidad de pacientes para aumentar el peso de los resultados.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer a los pacientes que participaron en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Heinzerling L, Mari A, Bergmann KC, et al. The skin prick test European standards. *Clin Transl Allergy* 2013;3:3-10. DOI:10.1186/2045-7022-3.
- Sánchez-Borges M, Fernández-Caldas E, Thomas WR, et al. International consensus (ICON) on: clinical consequences of mite hypersensitivity, a global problem. *World Allergy Organ J* 2017;10:14-40. DOI:10.1186/s40413-017-0145-4.
- Jensen-Jarolim E, Jensen AN, Canonica GW. Debates in allergy medicine: Molecular allergy diagnosis with ISAC will replace screenings by skin prick test in the future. *World Allergy Organ J* 2017;10:33-39. DOI:10.1186/s40413-017-0162-3.
- Rasool R, Shera IA, Nissar S, et al. Role of skin prick test in allergic disorders: a prospective study in Kashmiri population in light of review. *Indian J Dermatol* 2013;58:12-17. DOI:10.4103/0019-5154.105276.
- Kowalski ML, Ansotegui I, Aberer W, et al. Risk and safety requirements for diagnostic and therapeutic procedures in allergology: World Allergy Organization Statement [published correction appears in *World Allergy Organ J* 2017;10: 6]. *World Allergy Organ J* 2016;9:33-76. DOI:10.1186/s40413-016-0122-3.
- Werner-Busse A, Zuberbier T, Worm M. The allergic emergency-management of severe allergic reactions. *J Dtsch Dermatol Ges* 2014;12:379-387. DOI: 10.1111/ddg.12309.
- Lee SC, Sim DW, Lee J, et al. Comparison between Newly Developed and Commercial Inhalant Skin Prick Test Reagents Using In Vivo and In Vitro Methods. *J Korean Med Sci* 2018;33:e101. DOI:10.3346/jkms.201833.e101.
- Malling HJ, Allesen-Holm P, Karved LS, et al. Proficiency testing of skin prick testers as part of a quality assurance system. *Clin Transl Allergy* 2016;6:36-41. DOI:10.1186/s13601-016-0126-7.
- Ebbesen AR, Riis LA, Gradman J. Effect of Topical Steroids on Skin Prick Test: A Randomized Controlled Trial. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2018;8:285-290. DOI:10.1007/s13555-018-0238-1.
- Ciebiada MG, Barylski M, Ciebiada M. Wheal and flare reactions in skin prick tests of patients treated with montelukast alone or in combination with antihistamines. *Inflamm Res* 2014;63:191-195. DOI:10.1007/s00011-013-0688.
- Supakthanasiri P, Klaewsongkram J, Chantaphakul H. Reactivity of allergy skin test in healthy volunteers Singapore Med J 2014;55:34-36. DOI:10.11622/smedj.2014007.
- Thomsen GF, Schläpffen V, Skadhauge LR, et al. Are allergen batch differences and the use of double skin prick test important? *BMC Pulm Med* 2015;15:33. DOI:10.1186/s12890-015-0021-3.
- Van der Valk JP, Gerth van Wijk R, Hoorn E, et al. Measurement and interpretation of skin prick test results. *Clin Transl Allergy* 2016;6:8-13. DOI:10.1186/s13601-016-0092-0.
- De Vos G, Nazari R, Ferastraoaru D, et al. Discordance between aeroallergen specific serum IgE and skin testing in children younger than 4 years. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2013;110:438-443. DOI:10.1016/j.jana.2013.03.006.
- Nevis IF, Binkley K, Kabali C. Diagnostic accuracy of skin-prick testing for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2016;12:20-31. DOI:10.1186/s13223-016-0126-0.
- Mothes-Luksch N, Jordakieva G, Hinterhölzl L, et al. Allergy diagnosis from symptoms to molecules, or from molecules to symptoms: a comparative clinical study. *World Allergy Organization Journal* 2018; 11:22-33. DOI:10.1186/s40413-018-0199-y.
- Van Kampen V, de Blay F, Folletti I, et al. Evaluation of commercial skin prick test solutions for selected occupational allergens. *Allergy* 2013; 68: 651-8.
- Andersen HH, Lundgaard AC, Petersen AS, et al. The Lancet Weight Determines Wheal Diameter in Response to Skin Prick Testing with Histamine. *PLoS One* 2016;11:e0156211. DOI:10.1371/journal.pone.0156211.
- Haahrela T, Burbach GJ, Bachert C, et al. Clinical relevance is associated with allergen-specific wheal size in skin prick testing. *Clin Exp Allergy* 2014;44:407-16. DOI:10.1111/cea.12240.
- Tatar EC, Sürenoglu UA, Saylam G, et al. Is there any correlation between the results of skin-prick test and the severity of symptoms in allergic rhinitis? *Am J Rhinol Allergy* 2012; 26:e37 -e39. DOI:10.2500/ajra.2012.26.3750.
- Farteh S, Rekkerth DJ, Hadley JA. Skin prick/puncture testing in North America: a call for standards and consistency. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2014;10:44-53. DOI:10.1186/1710-1492-10-44.
- Popescu FD. Cross-reactivity between aeroallergens and food allergens. *World J Methodol* 2015;5:31-50. DOI:10.5662/wjm.v5.i2.31.
- Kiecolt-Glaser JK, Heffner KL, Glaser R, et al. How stress and anxiety can alter immediate and late phase skin test responses in allergic rhinitis. *Psychoneuroendocrinology* 2009;34:670-80. DOI:10.1016/j.psyneuen.2008.11.010.
- Lesourd B, Winters WD. Specific immune responses to skin test antigens following repeated multiple antigen skin tests in normal individuals. *Clin Exp Immunol* 1982;50:635-43.
- Thomsen GF, Schläpffen V, Skadhauge LR, et al. Are allergen batch differences and the use of double skin prick test important? *BMC Pulm Med* 2015;15:33-40. DOI:10.1186/s12890-015-0021-3.
- Werther RL, Choo S, Lee KJ, et al. Variability in skin prick test results performed by multiple operators depends on the device used. *World Allergy Organ J* 2012;5:200-204. DOI:10.1097/WOX.0b013e31827e6513.

XLIII CONGRESO ANUAL AAAEIC. TRABAJOS PRESENTADOS EN FORMATO POSTER

XLIII Annual Congress AAAeIC. Poster presentations

Autores varios

ARCHIVOS DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2020;51(4):163-183

202001

FACTORES ASOCIADOS CON EL ASMA EN PADRES DE ADOLESCENTES EN URUGUAIANA, BR: GLOBAL ASTHMA NETWORK (GAN)

Marilyn Urrutia-Pereira, Herberto J. Chong Neto, Pietro Nunes Rinelli, Laura Simon, Lucas Ferreira Scott, Thiago Mitsuyoshi Fukuda, Dirceu Solé.

Justificación. El estudio GAN evaluó simultáneamente la frecuencia de asma y los factores asociados en adolescentes y sus padres. Los objetivos del GAN están demostrando nuevas pruebas para comprender mejor el asma, las prácticas de gestión de los principales factores de riesgo y la urgente necesidad de reducir su carga global.

Métodos. Estudio transversal de GAN Fase 1, realizado en Uruguai, BR; 896 padres de los adolescentes participantes, edad promedio de 43 años, 17,6% hombres, respondieron el cuestionario estandarizado. La prevalencia de síntomas y los factores asociados con la expresión de asma en estos individuos se identificaron mediante regresión logística.

Resultados. Entre los padres, las sibilancias en los últimos 12 meses ocurrieron en 18,4%, 4-12 episodios de sibilancias en 17,6%, se despertaron 1 o más noches con sibilancias 26%, y 18,2% dificultad para respirar durante el sueño, 12,7% asma, 7,3% tienen un plan de acción. La primera sibilancia fue a los 14 años, 12% tuvo ataques de asma en los últimos 12 meses y 11,5% usó broncodilatadores, solo 2,4% usa corticosteroides inhalados. Son factores asociados con sibilancias: trabajo que causa sibilancias (OR=10,0; IC95%: 5,7-18,52; $p<0,05$), diagnóstico de asma (OR=5,1; IC95%: 3,1-8,3; $p<0,05$), rinitis alérgica (OR=2,2; IC95%: 1,5-3,4; $p<0,05$), exposición al moho (OR=1,8; IC95%: 1,1-3,0; $p<0,05$), uso de cigarrillos (OR=1,03; IC95%: 1,0-1,08; $p<0,05$), uso de gas para cocinar (OR=0,68; IC95%: 0,4-1,04; $p>0,05$) y consumo de vegetales (OR=0,80; IC95%: 0,7-0,9; $p<0,05$).

Conclusiones. Los padres asmáticos de los adolescentes participantes no tienen su enfermedad controlada, usan más medicamentos de rescate que de control. Algunos asocian el trabajo con ataques de sibilancias y otras enfermedades alérgicas. El consumo de una dieta rica en vegetales fue identificado como protector.

Palabras clave: factores de riesgo, padres, Global Asthma Network.

202002

FACTORES ASOCIADOS CON EL ASMA EN ADOLESCENTES DE URUGUAIANA, RS: GLOBAL ASTHMA NETWORK (GAN).

Marilyn Urrutia-Pereira, Herberto J. Chong Neto, Pietro Nunes Rinelli, Laura Simon, Leticia Rockenbach, Filipe de Vaconcelos, Dirceu Solé.

Justificación. GAN se creó en 2012 para diagnosticar, evaluar el estado actual del asma y mejorar la atención de los pacientes con asma con especial atención a los países de ingresos bajos y medianos.

Métodos. Mil cincuenta y seis adolescentes (13 a 14 años) participaron en este estudio transversal y respondieron un cuestionario estandarizado. Se evaluaron los datos demográficos, los síntomas y los factores asociados con la expresión del asma.

Resultados. La prevalencia de sibilancias en los últimos 12 meses fue de 15,8% y de estos 44,3% tenía diagnóstico médico de asma, 75,5% reportó 4-12 episodios de sibilancias, 18% se despertó por la noche debido a sibilancias, 3% tenía un plan de acción, 45,5% usó agonista beta2 de acción corta (SABA) en el último año, 5,4% recibió corticosteroides inhalados, 15% buscó atención de emergencia, 4,1% fue hospitalizado en el último año, y 30,5% perdió días escolares. Las sibilancias se asociaron en el último año: uso de SABA (OR=3,1; IC95%: 1,4-6,6; $p<0,05$), recibir medicación oral (OR=1,9; IC95%: 1,1-4,7; $p<0,05$) para tratar sibilancias, ir a emergencias (OR=1,9; IC95%: 0,8-4,6; $p<0,05$), días escolares perdidos (OR=3,1; IC95%: 1,5-6,4; $p<0,05$), tos seca nocturna (OR=2,2; IC95%: 1,1-4,3; $p<0,05$), tener picazón nasal (OR=2,4; IC95%: 1,2-4,7; $p<0,05$); picazón en el codo,

Correspondencia: secretaria@aaaieic.org.ar.

rodilla y cuello (OR=4,2; IC95%: 1,5-12,3; $p<0,05$), consumo de mariscos/pescado (OR=0,08; IC95%: 0,02-0,34; $p<0,05$), consumo de paracetamol en el último año (OR=1,7; IC95%: 1,08-2,8; $p<0,05$).

Conclusiones. Los adolescentes tienen una alta prevalencia de asma, casi la mitad de ellos tienen diagnóstico de asma, pero pocos tienen un plan de acción. Tener otra enfermedad alérgica y usar medicamentos para controlar los síntomas fueron factores asociados con las sibilancias.

Palabras clave: asma, factores de riesgo, adolescente, Global Asthma Network.

2020003

PREVALENCIA DE RINITIS ALÉRGICA Y DERMATITIS ATÓPICA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE URUGUAIANA, RS: GLOBAL ASTHMA NETWORK (GAN)

Marilyn Urrutia-Pereira, Herberto J. Chong Neto, Pietro Nunes Rinelli, Laura Simon, Victor V. Raguzoni, Tanize F. Aurélio, Dirceu Solé.

Justificación. GAN tiene como objetivo diagnosticar y evaluar el estado actual del asma y otras enfermedades alérgicas para mejorar su enfoque en países de bajos y altos ingresos.

Métodos. Mil cincuenta y seis adolescentes (13-14 años) que viven en Uruguai, BR, participaron en este estudio y respondieron un cuestionario estándar. Además de los datos demográficos, se evaluó la frecuencia de diagnóstico de rinitis alérgica, lesiones cutáneas en localizaciones características y factores asociados con su expresión por regresión logística.

Resultados. Prevalencia de rinitis alérgica 40,47% (430/1056). Entre los factores asociados con los síntomas de rinitis alérgica en los adolescentes encontramos: padres con bajo nivel educativo (OR=1,3; IC95%: 1,08-1,6; $p<0,05$), exposición al moho (OR=1,8; IC95%: 1,2-2,7; $p<0,05$), consumo de pan (OR=0,82; IC95%: 0,7-0,97; $p<0,05$), consumo de mantequilla (OR=0,8; IC95%: 0,7-0,99; $p<0,05$), consumo de huevo (OR=1,4; IC95%: 1,1-1,7; $p<0,05$).

Prevalencia de dermatitis atópica 7,7% (81/1056). Entre los factores asociados con los síntomas de dermatitis atópica entre los adolescentes, encontramos: exposición al moho/humedad en la habitación (OR=20,4; IC95%: 6,1-68,9; $p<0,05$), fumar cigarrillo o narguilé (OR=5,5; IC95%: 1,0-30,2; $p<0,05$), consumo de queso/yogurt (OR=2,2; IC95%: 1,1-4,3; $p<0,05$), consumo de arroz (OR=0,6; IC95%: 0,4-0,9; $p<0,05$).

Conclusiones. Los adolescentes de Uruguai tienen una alta prevalencia de rinitis alérgica y dermatitis atópica. La exposición a la humedad/moho en el medioambiente se asoció con la expresión de ambos. Hay un impacto importante de la exposición al tabaco y la dermatitis atópica.

Palabras clave: rinitis alérgica, dermatitis atópica, adolescentes, Global Asthma Network.

2020004

CASUÍSTICA DE PACIENTES CON RINOSINUSITIS CRÓNICA EN EL ÁREA DE PROCEDIMIENTOS MICROBIOLÓGICOS MÉDICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DEL EJE CAFETERO DE COLOMBIA

Jorge Hernán Piraquive Vallejo.

Médico Especialista en Microbiología Médica e Inmunoalergista de la Clínica INMUNOVIDA y miembro de las sociedades de Inmunología y Alergia, SCAICEA y AAAeIC, de Colombia y Argentina, respectivamente.

Introducción. La rinosinusitis crónica es una enfermedad compleja, con múltiples mecanismos fisiopatológicos identificados en los últimos años. Clásicamente la rinosinusitis se ha clasificado fenotípicamente en Rinosinusitis Crónica con Pólipos (CRSyNP) y Rinosinusitis Crónica sin Pólipos (CRSsNP). Actualmente, el enfoque alergológico ha proporcionado un nuevo método de clasificación fenotípico y endotípico, teniendo en cuenta biomarcadores (eosinofilia periférica, IgE total, pruebas cutáneas de alergia) y la presencia de factores asociados a la patología que pueda tener un impacto en el manejo de esta (alergias, asma, intolerancia a los AINE, inmunodeficiencias primarias IDP, cilia inmóvil, entre otras).

Objetivo. Identificar las herramientas clinimétricas útiles para realizar una adecuada caracterización clínica de pacientes con rinosinusitis crónica.

Materiales y métodos. Se presenta la evaluación realizada en el Centro de Alergias del Eje Cafetero a los pacientes con rinosinusitis para buscar la caracterización clínica, en la cual se realiza un enfoque integral utilizando escalas de evaluación de síntomas (EPOS, SNOT-20, escalas de mejorías [escala visual analógica]), escalas de calidad de vida, comorbilidades asociadas, imagenología (Mackey), biomarcadores séricos (recuento de eosinófilos en hemograma completo, IgE total) y estudio inmunológico (inmunoglobulinas séricas y dinámica de anticuerpos) (**Figura 1**).

Resultados. La complejidad de la rinosinusitis hace necesaria la evaluación integral de los pacientes. Múltiples estudios realizados han observado que diferentes fenotipos y endotipos tienen respuestas variadas a los tratamientos, por lo que se requiere un enfoque especial. De igual forma, la alta asociación de la rinosinusitis crónica con inmunodeficiencias primarias nos obliga a sospechar y analizar los pacientes refractarios a los tratamientos.

Conclusión. Durante la evaluación del paciente con rinosinusitis crónica se hace imperativo el estudio integral de todas las variables que puedan contribuir al desenlace de la enfermedad. Dicha caracterización de los pacientes podría tener un alto impacto en la toma de decisiones sobre las terapias y los protocolos a instaurar.

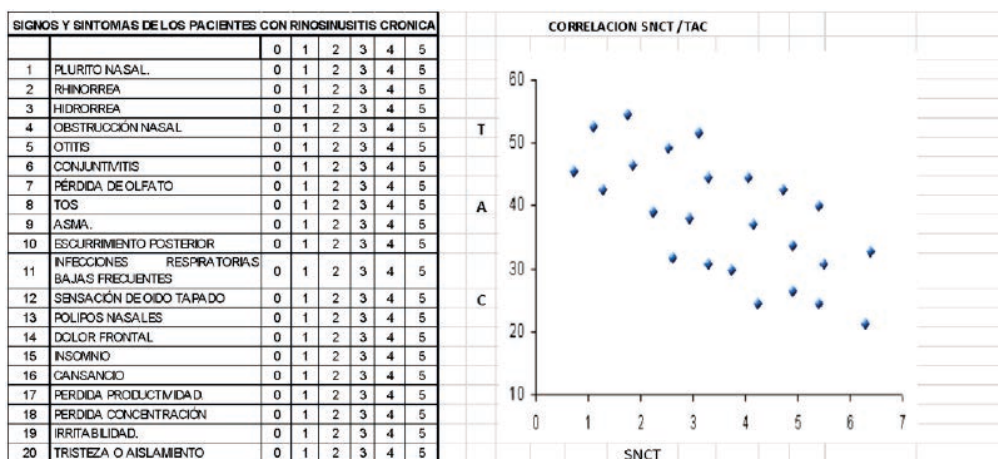


Figura 1.

202005

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL ASMA

Matías Bottelli, Laura Forani, Alicia Maone, Emilia Panetta.

Introducción. Las enfermedades bronquiales en la infancia son motivo de consulta frecuente. Constituyen un problema de salud pública de gran magnitud porque disminuyen la calidad de vida de los niños y sus familiares con un elevado costo social y sanitario.

Objetivo. Demostrar que la intervención precoz en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con asma, disminuye las consultas a centros de salud y las hospitalizaciones.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal de pacientes con diagnóstico de asma, según guías Gina 2019, entre 4 y 13 años, que consultaron al "Centro de Vías Respiratorias Alergia e Inmunología Dr. Rodolfo Alberici", de San Justo, La Matanza, entre marzo de 2019 y febrero de 2020. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de asma que habían presentado internaciones previas a la consulta y asistencias a guardias. El total de pacientes incluidos fue de 186, los cuales presentaron buena adherencia al tratamiento con concurrencia a controles y cumplimiento de los tratamientos indicados: 113 varones y 73 mujeres. Se los dividió en 3 grupos etarios: 1) Entre 4 y 6 años con 52 varones (28%) y 37 mujeres (20%). 2) Entre 7 años y 10 años con 37 varones (20%) y 24 mujeres (13%). 3) Entre 11 años y 13 años con 24 varones (13%) y 12 mujeres (6%).

Resultados. Luego de instaurado el tratamiento en el Centro de Vías respiratorias solo requirieron nuevas hospitalizaciones 14 pacientes, un 8% del total; y 41 pacientes, un 22% del total, debió asistir a guardia sin requerir internación.

Conclusión. Se pudo demostrar que la intervención precoz en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con asma disminuye las consultas a centros de salud y las hospitalizaciones.

202006

PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON EXTRACTO ALERGÉNICO *BLOMIA TROPICALIS* EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "GENERAL CALIXTO GARCÍA", LA HABANA (2018-2019)

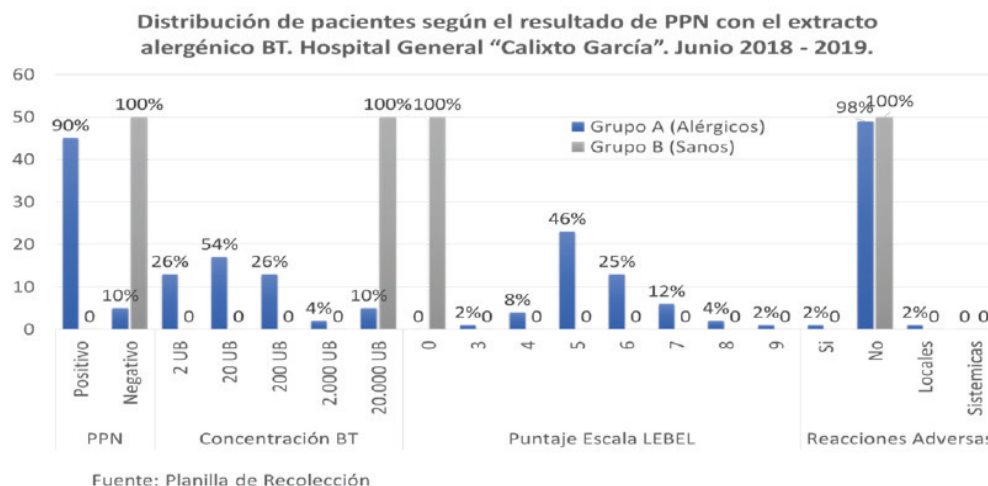
Autor: Adriana Alejandra Herrera Ramos¹. Tutor: Raúl Lázaro Castro Almarales².

1) Residente tercer año de Alergología. Hospital Universitario "General Calixto García". 2) Especialista de segundo grado en Alergología. Profesor e Investigador Auxiliar de Alergología. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García".

Introducción. El ácaro *Blomia tropicalis* (BT) es un factor de riesgo para el desarrollo de rinitis alérgica (RA) en Latinoamérica. Para la identificación de sensibilidad a aeroalérgenos se realiza la prueba cutánea por punción (PCP) mientras la prueba de provocación nasal (PPN) evalúa la respuesta de la mucosa nasal a aeroalérgenos específicos con alta sensibilidad y especificidad. En Cuba, se desconoce la misma.

Objetivo. Evaluar la sensibilidad y especificidad de la PPN con extracto alérgico de BT en pacientes con rinitis alérgica sensibles a este ácaro.

Metodología. Estudio experimental, prospectivo y evaluación diagnóstica en el servicio de Alergología del Hospital Universitario "General Calixto García". Se realizó desde junio 2018 a junio 2019 con una muestra de 100 pacientes, 50 Grupo A (alérgicos) y 50 Grupo B (control) que cumplieron con criterios de inclusión.

**Figura 1.**

Realizándoles cuestionario preliminar, examen físico y PPN (según escala de Lebel).

Resultados. Predominó el sexo femenino (Grupo A 70% y Grupo B 64%). PCP con BT resultó positiva en 100% en Grupo A y negativa en Grupo B. PPN con BT fue positiva en el 90% en Grupo A con una respuesta del 34% a la concentración de 20 UB del extracto alérgico BT y 100% negativa en Grupo B. Se calculó una sensibilidad 90% y especificidad 100%. No se presentaron reacciones adversas sistémicas (**Figura 1**).

Conclusiones. La PPN demostró una alta sensibilidad y especificidad; siendo un método diagnóstico que permite evaluar la reactividad nasal, resultando segura, eficaz, no invasiva, bien tolerada, económica y reproducible.

Palabras clave: rinitis alérgica, prueba de provocación nasal, ácaro del polvo *Blomia tropicalis*.

202007

PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA: DESENSIBILIZACIÓN CON BENDAMUSTINA EN PACIENTE CON LINFOMA DEL MANTO

Garrazone EI, Bustamante LL, Glocer D, Parisi CS.

Clínica Médica, Sección Alergia, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción. Paciente de 69 años quien presentó eritema generalizado a predominio de tronco con lesiones pustulosas, sin compromiso sistémico ni alteraciones en el laboratorio, al cuarto día de infusión con rituximab, gemcitabina, vinorelbina y bendamustina.

Antecedentes: -) Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B fenotipo post centro germinal estadio IE. -) R Begev CICLO 1 (previo RCHOP 6 ciclos más radioterapia,

RDAP 4 ciclos). -) Enfermedad bipolar. -) Hipertensión arterial. -) Extirpación. -) Apendicectomía. -) Colectomía. -) Alergias: dipirona y penicilina.

Diagnóstico: pustulosis exantemática generalizada aguda, no pudo biopsiarse por antecedentes de plaquetopenia severa del paciente.

Tratamiento agudo: buena respuesta al tratamiento con meprednisona.

Se realizó test de parche e IDR de lectura tardía con bendamustina, vinorelbina y gemcitabina.

Solo IDR de lectura tardía con rituximab debido a los costos de este.

IDR: bendamustina.

Debido a que el tratamiento había sido efectivo y era la única opción terapéutica, se decidió realizar desensibilización.

1. Protocolo de 5 bolsas dividido en dos días y premedicación con meprednisona 48 hs antes y 72 hs después, a los 4 días presentó eritema leve en las mismas regiones sin pústulas.

2. Protocolo de 6 bolsas divididas en 2 días 4/2, solo premedicación con meprednisona 40 mg el primer día, **no presentó lesiones.**

Motivo de presentación. La PEGA es una reacción de hipersensibilidad tipo IV considerada tradicionalmente una contraindicación para realizar desensibilizaciones, y los esquemas habituales utilizados en drogas suelen requerir de varios días/semanas. Tampoco hay registros bibliográficos de desensibilizaciones de reacciones tardías con bendamustina. En este caso se realizó con una droga que presenta múltiples reacciones de hipersensibilidad, en un protocolo de 48 hs y que recibió 4 dosis completas luego de realizadas sendas desensibilizaciones.

202008

EXANTEMA INDUCIDO POR AMOXICILINA EN CONTEXTO DE MONONUCLEOSIS INFECCIO-SA, VALIDEZ DE LAS PRUEBAS CUTÁNEAS

Birro L¹, Braccacini A¹, Anello R¹, Martínez J¹, Marchena M¹, Saleme Y¹, Morales S², Zambenardi A², García ML², Lara A¹.

Servicios de Alergia (1) y Dermatología (2) Del Hospital José María Ramos Mejía, CABA.

El fenómeno de *rash* o exantema inducido por ampicilina, conocido como fenómeno *ampicillin rash* (FAR) fue planteado por Patel en 1960. Fue descrito como una erupción cutánea en el contexto de infección por VEB y la toma de penicilina. Se caracteriza por lesiones maculopapulares en la mayoría de casos y en proporción más pequeña a lesiones urticariales que comprometen cara, tronco y extremidades, rara vez compromete palmas y plantas. Aunque la ampicilina es actualmente el antibiótico más asociado a este fenómeno, otros antibióticos como la amoxicilina, azitromicina y cefalexina también pueden desencadenarlo. Fisiopatológicamente se describen dos vías; una por reacción de hipersensibilidad tipo I o IV (Gell y Coombs) siendo esta vía un proceso alérgico real, y la otra vía depende de la coexistencia de infección por virus Epstein Barr (VEB) que predispone una inmunostimulación transitoria y pérdida de la tolerancia al fármaco (mecanismo tóxico).

Casos clínicos: (1) Masculino de 17 años con exantema morbiliforme posterior a ingesta de amoxicilina por cuadro de faringitis aguda, serología positiva para VEB, por antecedente de atopia es valorado por Servicio de Alergia donde se diagnostica alergia a amoxicilina por *prick test* (+). (2) Femenino de 16 años con *rash* morbiliforme una semana posterior a ingesta de amoxicilina por faringitis con IgM(+) para VEB, valorada por Servicio de Alergia, quienes descartan alergia a amoxicilina por pruebas cutáneas inmediatas y tardías negativas.

Conclusión. Ante aparición de *rash* en pacientes con diagnóstico de faringitis en tratamiento antibiótico, es recomendable derivar al Servicio de Alergia para su evaluación respectiva, evitando rótulos de "alergia" innecesarios.

202009

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ALERGIA ALIMENTARIA EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS ARGENTINOS

Natalia Alejandra Petriz^{1,3}, Carolina Antonietti¹, Cecilia Parente^{1,3}, Romina Mehaudy^{2,3}, Mercedes Parrales Villacreses M¹, Florencia Ursino^{2,3}, Marina Orsi^{2,3}, Claudio Alberto Salvador Parisi^{1,3,4}.

(1) Sección Alergia Pediátrica, Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires. (2) Servicio de Gastroenterología Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires. (3) Consultorio interdisciplinario de Alergia Alimentaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. (4) Grupo de trabajo Alérgeno Alimentario ILSI Argentina.

Introducción. Las alergias alimentarias afectan con mayor frecuencia a los niños en los primeros años de vida, representando el momento de mayor prevalencia, con reportes de hasta un 10% en niños de edad preescolar. Diversos estudios refieren que el 90% de las alergias son producidas por 8 alimentos (leche, huevo, trigo, soja, maní, frutos secos, mariscos y pescados), muchos de los cuales son ubicuos, están presentes culturalmente en nuestra dieta y su evitación genera repercusión en la nutrición, en la calidad de vida y en los sistemas de salud. Contamos actualmente con escasos datos epidemiológicos al respecto en nuestro país.

Objetivos. Determinar cuáles son los alimentos más frecuentemente involucrados en niños y adolescentes y describir la prevalencia y las características de los pacientes con alergia alimentaria en esta población.

Pacientes y métodos. Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, de pacientes menores a 18 años afiliados al Plan de Salud (PS) del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) en Argentina en el período comprendido entre enero 2007 a enero 2017.

Resultados. Se incluyeron 321 pacientes, se confirmó la alergia alimentaria en un 64% (207) de los casos. El 53% (109) presentó mecanismo IgE mediado, 68% (140) alergia a las proteínas de la leche de vaca, 20% (41) alergia al huevo y 12% (24) tuvo anafilaxia como manifestación clínica. La prevalencia global de alergia alimentaria fue del 0,87% (IC95%: 0,7-0,9).

Conclusiones. Este trabajo describe una prevalencia global de alergia alimentaria del 0,87% y los mecanismos IgE mediados fueron los más frecuentes. La leche de vaca resultó uno de los principales alérgenos, incluso en adolescentes.

202010

REPORTE DE CASO: USO DE CONCENTRADO DE C1 INHIBIDOR COMO PROFILAXIS A CORTO PLAZO EN ANGIOEDEMA HEREDITARIO CON C1 INHIBIDOR NORMAL

Glocer D, González A, Parrales Villacreses M, Parisi C. *Hospital Italiano de Buenos Aires*

Introducción. El Angioedema Hereditario (HAE) es un trastorno genético raro que se manifiesta con edema cutáneo y mucoso. Múltiples estímulos son desencadenantes, entre ellos procedimientos odontológicos, en ocasiones con consecuencias graves y hasta mortales. Es causado

principalmente por el déficit o disfunción de C1 inhibidor (HAE tipo I y tipo II, respectivamente), con el consiguiente aumento de la bradiquinina en plasma. Para estos pacientes está aprobado el uso de concentrado de C1 inhibidor (pdC1INH) como profilaxis a corto plazo, previo a procedimientos que pudieran desencadenar ataques. Un tercer tipo, menos frecuente, es el HAE con C1 inhibidor normal (HAE-nC1INH), para el cual no se ha estandarizado aún la profilaxis a corto plazo.

Objetivo. Presentar como una alternativa posible el uso de pdC1INH como profilaxis a corto plazo previo a procedimientos odontológicos en pacientes con HAE-nC1INH. **Caso clínico.** Mujer de 69 años, con diagnóstico genético de HAE-nC1INH (mutación Factor XII), consultó en nuestro servicio por requerir exodoncias dentarias múltiples, luego de ser su caso rechazado por varios odontólogos debido a su antecedente. Se definió realizar el procedimiento bajo anestesia general en quirófano, utilizándose como profilaxis 1000 U de pdC1INH 1 hora antes. Cursó el posoperatorio inmediato en terapia intensiva con buena evolución, externándose a las 48 hs.

Discusión. En HAE tipos I y II está recomendada la profilaxis a corto plazo para procedimientos médicos, quirúrgicos y dentales con pdC1INH. Dadas las similitudes clínicas y la sospecha de vías moleculares patogénicas comunes, expertos sugieren que podría ser beneficioso también para las personas con HAE-nC1INH.

Conclusión. Resaltamos la posibilidad de utilizar con éxito el pdC1INH como preventivo frente a procedimientos odontológicos incluso en pacientes con HAE-nC1INH.

202011

A PROPÓSITO DE UN CASO. PACIENTE PEDIÁTRICO CON DERMATITIS ATÓPICA Y EXANTEMA: REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACOS VS. EXANTEMA VIRAL

Samanta Jalley¹, Silvana Giusti, Florencia Valverde, Araceli Obregón, Yanina Figueroa, Marcia Ondetti, Victoria Coomans, Carmen Gutkoski.

(1) Consultorio de Pediatría, Servicio de Sanidad INCAES, Gendarmería Nacional.

Introducción. Las enfermedades exantemáticas se manifiestan en su mayoría durante la infancia. Un gran porcentaje de las mismas son de origen infeccioso viral, aunque es común su presentación en el trascurso de otras infecciones, con enfermedades sintéticas o relacionadas con tratamientos farmacológicos, siendo la amoxicilina quien ocupa el primer lugar como causa más reportada en niños, con una prevalencia del 65%.

Objetivo. Presentar el caso clínico de una paciente pediátrica con síndrome febril en contexto de faringitis, quien a las 48 horas de iniciado el tratamiento con amoxici-

lina desarrolla exantema maculopapular morbiliforme, cuadro considerado como alergia a fármacos debido a antecedentes.

Materiales y métodos. Se realizó examen clínico en consultorio al momento de encontrarse cursando evento y posteriormente se revisaron los antecedentes consignados en la historia clínica (HC).

Resultados. Paciente femenino de 2 años de edad con antecedentes de dermatitis atópica que se presentó a la consulta con cuadro de faringitis en tratamiento antibiótico (ATB) betalactámico habiendo desarrollado exantema maculopapular a las 48 hs del inicio del ATB. Se recibió cultivo de fauces positivo para *Streptococcus pyogenes*. Descartándose exantema viral y basándonos en antecedentes clínicos de cuadros similares en contexto de uso de betalactámico (OMA), se interpreta reacción alérgica a fármacos, se rotó el ATB por macrólido, evolucionando favorablemente.

Conclusiones. La presentación clínica y la relación temporal respecto a la toma del ATB así como los episodios previos descriptos en la HC hacen concluir que el cuadro presentado correspondería a una reacción adversa a fármacos de tipo B, hipersensibilidad/alergia a fármacos. Siendo los betalactámicos la principal causa de alergia a fármacos en la población pediátrica, deberíamos realizar a este paciente las pruebas específicas de hipersensibilidad para un adecuado manejo médico, a fin de evitar eventos a repetición, minimizando los riesgos de complicaciones mayores.

202012

ANAFILAXIA DURANTE INFUSIÓN DE OMA-LIZUMAB EN PACIENTE ALÉRGICA AL LÁTEX

Juszkiewicz Franzé E, Bustamante L, Garavaglia L, Ritchie C, Parisi CA.

Hospital Italiano de Buenos Aires. Sección Alergia. estefania.juszkiewicz@hospitalitaliano.org.ar

Introducción. La alergia al látex es común en la práctica médica dada la presencia de partículas de látex en insumos médicos. Se han reportado series de casos de reacciones alérgicas causadas por el contenido de proteínas de látex en viales de diferentes fármacos. Discutiremos el caso de una paciente con diagnóstico de urticaria crónica espontánea (UCE) y alergia al látex tratada con omalizumab que presenta anafilaxia luego de una inyección del anticuerpo monoclonal.

Caso clínico. Paciente de 45 años, femenina, con diagnóstico de UCE y alergia al látex. Presentó múltiples episodios de anafilaxia, al estar en contacto con partículas de látex (elásticos, globos, preservativos). Comienza con omalizumab 150 mg mensuales, dada la refractariedad de la UCE al tratamiento de primera y segunda línea, al que recibe con buena respuesta y tolerancia durante 5 años.

Luego, por progresión de síntomas, se aumenta dosis a 300 mg mensuales. Hasta ese momento la paciente recibía omalizumab en forma de polvo liofilizado. Con el advenimiento de las jeringas prellenadas se rota a esta vía de administración. Luego de 10 minutos de la primera aplicación, presenta cuadro que se interpreta como anafilaxia, tratada con adrenalina.

Métodos y resultados. Se suspende tratamiento. Se realizan pruebas cutáneas: -) *Prick* negativo. -) Intradermorreacción 1/1000 omalizumab: negativo. -) Intradermorreacción 1/100 omalizumab: negativo. -) Intradermorreacción 1/10 omalizumab: negativo. -) Intradermorreacción con placebos: negativo. Y posterior test de provocación (polvo liofilizado), 300 mg, el cual fue tolerado adecuadamente, con medidas *látex free*. En forma paralela se consulta al laboratorio proveedor que refiere que el capuchón de la jeringa prellenada contiene partículas de látex.

Conclusión. Se interpreta que la paciente presentó anafilaxia por contacto con proteínas del látex en las jeringas prellenadas. Desde el momento que se utilizó nuevamente frasco ampolla no presentó nuevos episodios. Los pacientes con alergia al látex deberán continuar con presentación frasco ampolla, y así evitaremos reacciones indeseadas.

202013

PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA EN ADULTOS

María Valeria Ángeles¹, Carolina Antonietti², Ana Clara Torre¹, Estefanía Juskiewicz², Luis D. Mazzuocollo¹, Claudio AS Parisi².

(1) *Servicio de Dermatología.* (2) *Secciones de Alergia Adultos y Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires.*

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta del 15 al 20% de los niños. Existe escasa información sobre las características epidemiológicas de esta enfermedad en la población adulta en Argentina.

Objetivos. Describir la prevalencia y las características clínicas de la DA en pacientes adultos.

Material y métodos. Estudio observacional, de corte transversal.

Resultados. Se incluyeron 350 pacientes al azar con una media de edad de 60 años, 59% (207) de sexo femenino. Once pacientes presentaron DA. La prevalencia global fue del 3% (IC95%; 1,5-5,5) y de las formas graves del 0,3%. La comorbilidad atópica más común fue la rinitis y la no atópica fue la obesidad.

Conclusión. El poder disponer de datos estadísticos confiables sobre la prevalencia de la DA en adultos permite visibilizar la enfermedad y su impacto, así como identificar las comorbilidades asociadas a la misma.

202014

CUANDO LO QUE PROTEGE, DAÑA. COVID-19

Bustamante LL, Glocer D, Ritchie C, Parisi CS.

Departamento de medicina interna, Sección de Alergia, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción. La dermatitis alérgica de contacto (DAC) es un motivo frecuente de consulta. La identificación del alérgeno es vital para su evitación. Los diagnósticos diferenciales más frecuentes son: dermatitis atópica, seborreica, eccema dishidrótico, psoriasis, tiñas. La anamnesis, el examen físico y la testificación son las bases del diagnóstico.

Objetivos. -) Presentar un caso de DAC por Equipo de protección personal (EPP). -) Destacar la importancia de la anamnesis, evaluación clínica y las pruebas diagnósticas en esta patología.

Caso clínico. Paciente de 28 años con antecedentes de dishidrosis y eccema ocasional. Consulta por prurito facial, eritema periocular y angioedema leve en ambos labios; las lesiones comprometían ambos lados del rostro en forma simétrica. Refiere un tratamiento de *peeling* reciente. Durante el examen la distribución de las lesiones mimetiza un barbijo N95. Es médica y se encuentra utilizando EPP. Empeoran los síntomas cuando concurre a quirófano donde lo usa muchas horas. Presenta mejora con tratamiento específico y evitación del barbijo; sin embargo, debe usar EPP y ante la sospecha de DAC se decide realizar test de parche estándar de 3 paneles (TRUE TEST[®], *Smart practice*, Canadá) y un cuarto panel (AllergeAZE[®] *Skin patch test Chambers*) con los componentes de la máscara (poliuretano, acero, aluminio, poliisopreno, polipropileno y vaselina). Se realizaron lecturas a las 48, 72 y 96 horas (de acuerdo con guías ESCD) siendo los mismos positivos a poliisopreno, sulfato de níquel, dicromato de potasio, Cl⁺-Me-isotiazolinona, mercapto mix, timerosal y mercaptobenzotiazol. Se indica máscara de protección 3M sin poliisopreno, con buena tolerancia.

Resultados. Debido a que los EPP son obligatorios, la identificación del alérgeno es imperativa para la prevención y manejo de la dermatitis de contacto. La prueba de parche es una herramienta valiosa para el diagnóstico de DAC.

202015

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PARÁMETROS BIOQUÍMICOS DE LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS EN PEDIATRÍA

Paula Robredo¹, Natalia A. Lozano¹, Pilar Visconti², Graciela Alegre¹, Laura V. Sasía¹, Valentina Hadad³, Alejandro Lozano¹, Ricardo J. Saranz¹

(1) *Médica pediatra especialista en Alergia e Inmunología, Departamento de Pediatría. Clínica Universitaria Reina*

Fabiola, Universidad Católica de Córdoba. Cátedra de Inmunología, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Católica de Córdoba. (2) Médica residente del Servicio de Alergia e Inmunología, Departamento de Pediatría, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Universidad Católica de Córdoba. Cátedra de inmunología, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Católica de Córdoba. (3) Alumna de 6to año de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Católica de Córdoba.

Introducción. Las patologías alérgicas son de etiología multifactorial y en pediatría afectan al 30% de la población. Tienen diferentes prevalencia y manifestaciones clínicas.

Objetivos. Describir las características de las patologías alérgicas en un servicio especializado.

Pacientes y métodos. Estudio retrospectivo analítico. Se incluyeron pacientes hasta los 18 años que consultaron por primera vez por síntomas atópicos (enero-junio 2018). Se realizó estadística descriptiva, considerando significancia estadística $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 426 pacientes, 69,24% presentaron síntomas de rinitis, 34,97% asma, 11,26% urticaria y/o angioedema, 9,15% alergia alimentaria, 8,21% dermatitis atópica, 3,05% hipersensibilidad a veneno de insectos, 1,87% alergia a medicamentos y 0,23% dermatitis de contacto. El 65,02% tuvo una única enfermedad alérgica mientras que en 37,98% se asociaron dos o más patologías atópicas. En rinitis, 59,32% realizaron prueba cutánea con aeroalérgenos, de las cuales el 48,57% fueron positivas al menos a un alérgeno, siendo los ácaros los más frecuentes. En asma, 54,36% realizaron pruebas cutáneas con aeroalérgenos, siendo positivas en 55,55% mientras que 42,22% fueron polisensibilizados.

El alérgeno más frecuente fueron los ácaros. Con respecto a alergia alimentaria, se objetivó un único alimento responsable en 76,92% de los niños. La leche de vaca fue el más frecuente. En dermatitis atópica, la causa más frecuente fue idiopática (57,14%). En alergia a veneno de insecto, la hormiga colorada fue la causa más frecuente (61,54%). En hipersensibilidad a medicamentos, se diagnosticaron 4 casos por AINE, 3 por antibióticos betalactámicos y 1 por no betalactámicos.

Conclusiones. Las consultas más frecuentes en un servicio especializado de alergia e inmunología fueron las respiratorias, con alta prevalencia de otras comorbilidades alérgicas. Se comprobó la asociación de dos o más enfermedades alérgicas en un mismo paciente. No existieron diferencias en los biomarcadores entre los diferentes fenotipos de enfermedad alérgica.

Palabras clave: hipersensibilidad de tipo I, patologías alérgicas, alergia alimentaria.

202016

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PADRES DE HIJOS CON ALERGIAS ALIMENTARIAS

Juan Alcides Alvarez Cabrera^{a,1,2}, Lourdes Isabel Chamorro de Alvarez^{b,2}

(a) Especialista en Medicina Familiar. (b) Especialista en Medicina Interna. (1) Curso Superior de Especialista en Alergia e Inmunología Clínica. (2) Sanatorio La Trinidad, Encarnación.

Introducción. Las alergias alimentarias son causa de importantes cambios en la vida de los niños y su núcleo familiar, comprender cómo los padres perciben su calidad de vida ayudará al mejor manejo de esta enfermedad donde la mayor carga recae en el ámbito familiar.

Objetivo. Conocer la calidad de vida de padres de niños con alergias alimentarias.

Materiales y métodos. Los datos fueron recogidos a través del cuestionario de calidad de vida en alergia a alimentos en su versión para padres (FAQLQ-PF), de carácter anónimo, utilizando 3 secciones de la misma. Este cuestionario forma parte del proyecto *EuroPrevall* e indica la percepción de los padres con respecto a la alergia alimentaria. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de manera independiente y comparaciones entre las mismas.

Resultados. Se contabilizaron 368 participaciones, 97% madres; 62,2% casadas; 70,1% con estudios universitarios. Con respecto a los hijos, 53% correspondía al sexo masculino; edad promedio de 18 meses (± 20 meses), con diagnóstico de alergia alimentaria desde los 5 meses (± 7 meses). El 42,4% presenta alergia hasta a 2 alimentos, principalmente leche y huevo. Los síntomas son de origen dermatológico y gastrointestinal, como el prurito, urticaria, dolor abdominal y diarrea. Los padres calificaron su salud como buena y muy buena y de igual manera califican la salud de sus hijos ($p = 0,0000$), están preocupados por la condición de sus hijos, se genera una situación de estrés para ellos, para la familia ($p = 0,0000$) y se constata limitación en las actividades de los padres, la familia ($p = 0,000$) y los hijos ($p = 0,000$).

Conclusiones. Las alergias alimentarias impactan notoriamente en la calidad de vida de los padres e indirectamente en el núcleo familiar, en consecuencia, se considera importante no perder la práctica médica basada en un enfoque biopsicosocial.

Palabras clave: alergia, padres, calidad de vida.

Nombre Científico	Nombre vulgar	SEGUIMIENTO FENOLÓGICO (floración)											
		Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	
<i>Olea europaea</i>	Olivo												
<i>Cupressus sempervirens var. horizontalis</i>	Ciprés												
<i>Cupressus torulosa</i>	Ciprés del Himalaya												
<i>Thuja occidentalis</i>	Tuya												
<i>Pinus halepensis</i>	P. Aleppo												
<i>Acer negundo</i>	Acer												
<i>Fraxinus excelsior</i>	Fresno												
<i>Fraxinus ornus</i>	fresno												
<i>Populus alba</i>	Alamo												
<i>Populus nigra</i>	Alamo												
<i>Morus alba</i>	Mora Blanca												
<i>Morus nigra</i>	Mora Negra												
<i>Platanus acerifolia</i>	Plátano												
<i>Eucalyptus camaldulensis</i>	Eucalipto												
<i>Liquidambar styraciflua</i>	Liquidambar												
<i>Salix humboldtiana</i>	Sauce												
<i>Schinus molle</i>	Pimiento												
<i>Maytenus boaria</i>	Maytén												
<i>Acacia vicia</i>	Arce												
<i>Ulmus pumila</i>	Olmo												
<i>Alnus glutinosa</i>	Árbol del cielo												
<i>Quercus robur</i>	Q. Europeo												
<i>Quercus suber</i>	Alcornoque												
<i>Quercus ilex</i>	Encina												
<i>Washingtonia robusta</i>	Palmera												
<i>Phoenix canariensis</i>	Palmera de Canaria												

Tabla 1. Registro fenológico de las principales especies.

Premio al Mejor Trabajo Libre en Formato Póster presentado por un Joven Alergista

202017

ESTUDIO AEROBIOLÓGICO DE LA DIVERSIDAD POLÍNICA Y SU POTENCIAL ALERGÉNICO EN EL OASIS DEL SUR DE MENDOZA, ARGENTINA

Martina Indiveri^{1,5}, Alejandra Guerci^{2,3}, Mariano Aguilar², Luciana Farina³, Leandro Rojo^{2,3}, Carina Llano⁴, Gabriel Negreira⁶.

(1) Unidad de Alergología. Hospital T. J. Schestakow. San Rafael. Mendoza. (2) Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza. (3) Museo Municipal de Historia Natural de San Rafael. San Rafael. Mendoza. (4) CONICET. Lab. Endobotánico y química analítica. Fac. Cs. Aplicadas a la Industria. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza. (5) Comité de Alérgenos, Pruebas Diagnósticas e Inmunoterapia de la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica (AAAeIC). Buenos Aires. (6) IES 9-011 del Atuel. Instituto de Enseñanza Superior. San Rafael. Mendoza, Argentina.

Introducción. La enfermedad alérgica es la sexta enfermedad más prevalente a nivel mundial y más del 20% de la población presenta algún tipo de alergia. Estudios recientes sobre rinitis, conjuntivitis y asma desencadenadas por pólenes y esporas en el aire indican un aumento en su prevalencia, por lo cual surgen como un problema de Salud

Pública. La Aerobiología analiza pólenes y esporas atmosféricas potencialmente alérgicos, posibilitando conocer la carga alérgica del aire en el ambiente y correlacionarla con la exposición, reacción y clínica de los pacientes. En Mendoza no se dispone de estudios previos. La necesidad de contar con una base de datos de identificación de aeroalérgenos en San Rafael contribuye a la epidemiología ambiental de las afecciones alérgicas respiratorias.

Material y método. En la zona urbana de San Rafael se realizó relevamiento de vegetación en floración, fenología de la diversidad de especies, creación de la palinoteca y muestreo de aeroalérgenos. Se evaluó la concentración promedio por metro cúbico de aire del polen diario desde febrero a diciembre de 2019. La recolección de las muestras fue con un captador volumétrico tipo Hirst. Los registros polínicos diarios se subieron a la web de la AAAeIC.

Resultados. Se analizaron 131 taxones vegetales de los cuales el 90% de especies relevadas son angiospermas y el 10% gimnospermas. El registro fenológico de época de floración de las principales especies se encuentra en la **Tabla 1**. El análisis entre la época de floración y el registro aerobiológico son coincidentes. Las especies arbóreas anemófilas de finales del invierno y primavera con mayor presencia de polen y pico máximo (pmáx) de liberación son: cupresáceas (pmáx 40% en agosto), *Morus* sp. (pmáx 50% septiembre), *Fraxinus* sp. (pmáx 50% septiembre), *Platanus* sp. (pmáx 70% septiembre), *Pinus* sp. (pmáx 50% octubre), *Olea europaea* (pmáx 60% noviembre) y *Acacia* sp. (pmáx 80% noviembre). Se registraron con prevalencia durante todo el año: Brassicaceae, Poaceae, Chenopodiaceae, entre otras. Recuento de pólenes por estación: primavera 48,8%, invierno 40,8%, verano 8%, otoño 2,4%. También hay presencia de polen foráneo: *Nothofagus*, *Alnus* y *Celtis*.

Conclusión. Las concentraciones máximas de pólenes se observaron a finales de invierno y primavera, principalmente en septiembre. El polen de los árboles representa la mayor proporción de aeroalérgenos en ese período. Este es el primer registro aerobiológico de la zona. Los datos obtenidos marcan el inicio para estudios posteriores, contribuyendo en la producción de una base de datos para plasmarse en un calendario polínico.

202018

REACCIONES ADVERSAS DURANTE LA INMUNOTERAPIA ORAL CON ALIMENTO EN PACIENTES ALÉRGICOS A LAS PROTEÍNAS DEL HUEVO: NUESTRA EXPERIENCIA

Martina Indiveri^{1,3}, Vanessa Gázquez García², Giovanna Araujo Sánchez², Diana Garnica Velandia², Gaspar Dalmau Duch², Pere Gaig Jané².

(1) Unidad de Alergología. Hospital T. J. Schestakow. San Rafael. Argentina. (2) Sección de Alergología. Hospital

Universitari Joan XXIII. Tarragona. España. (3) Comité de Alérgenos, Pruebas Diagnósticas e Inmunoterapia de la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica (AAAIIC).

Introducción. La inmunoterapia oral con alimentos (ITO) es una técnica experimental, no exenta de reacciones adversas (RA) de gravedad diversa, que permite la tolerancia del alimento o trazas del mismo en un porcentaje importante de pacientes alérgicos. Evaluamos las reacciones adversas con ITO a huevo acontecidas en un año.

Material y método. Estudio descriptivo, retrospectivo, en 17 pacientes entre 4 y 21 años tratados con ITO a huevo (H), según protocolo modificado de la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP).

Resultados. Recibieron ITO a huevo 17 pacientes, media de edad 7,94 años (rango: 4-21). La media de IgE total fue de 1357,92 kU/l (18-4573). La media de IgE ovomucoide 8,25 kU/l (0,10->100). La media de pápula del *prick test* (PT) fue de 4,58 (3-10) mm para ovomucoide. Del total de pacientes que recibieron ITO (H), 8 presentaron reacciones adversas (47,60%). Dieciséis reacciones adversas totales en fase de inducción, 8 pacientes presentaron 1 RA y 5 pacientes >1 RA. Ningún paciente presentó RA en fase de mantenimiento. El grado (G) de severidad de RA más frecuente según escala de Sampson fue G II (62,50%); G I: 18,75%; G III: 18,75%. No hubo reacciones G IV y V. Los pacientes con reacciones adversas presentaban una media de IgE total de 934,50 kU/l (41-2520), IgE ovomucoide 27,46 kU/l (0,10-99), PT huevo 6,12 mm (0-10) y PT ovomucoide 5 mm (0-10). Se identificaron cofactores en 3 RA.

Conclusiones. Las RA durante ITO son frecuentes. Nuestro porcentaje y gravedad de RA es similar al de otras series publicadas. Es importante conocer el riesgo de RA durante ITO.

202019

SITUACIÓN DEL ALERGÓLOGO FRENTE A LA EMERGENCIA SANITARIA POR PANDEMIA COVID 19 EN ARGENTINA

María Cecilia Cavallo¹, María José Irastorza², María Celeste Borguello³, Florencia Baillieu⁴, Martina Indiveri⁵, Carla Ritche⁶, Liliana Fernández⁷, Leonor Villa⁸, Germán Ramón⁹, Marcelo Strass¹⁰

(1) Hospital San Martín, Paraná. (2) Clínica Privada Curet. Córdoba. (3) Hospital de la Baxada, Paraná. (4) Clínica de Alergia Mar del Plata. (5) Hospital T. J. Shestakow, San Rafael. (6) Hospital Italiano, Buenos Aires. (7) Clínica del Valle, Santa Fe. (8) Sanatorio Privado San Roque, Marcos Juárez. (9) Hospital Regional Italiano del Sur, Bahía Blanca. (10) Sanatorio Boratti, Posadas.

Introducción. La pandemia de COVID-19 modificó la forma de practicar la medicina provocando un cambio en la mentalidad del profesional de la salud y en sus hábitos en relación a las prácticas diarias. Se han producido cambios acelerados, que han llevado al desarrollo y puesta en práctica de la telemedicina como una herramienta muy útil que permite el contacto del profesional con sus pacientes, y por otro lado, el acceso a formación científica actualizada.

Objetivo. Evaluar el impacto de la pandemia COVID-19 sobre la actividad del alergólogo en Argentina durante la fase 1 del aislamiento social preventivo y obligatorio (se podría colocar el mes o los meses en que se rellenaron las encuestas). Determinar el impacto de la pandemia en las enfermedades alérgicas. Analizar el uso de telemedicina en la práctica diaria.

Material y método. Estudio prospectivo, observacional y transversal. Se realizó un cuestionario a médicos especialistas en Alergia e Inmunología durante la fase 1 de aislamiento social preventivo y obligatorio, para posterior estudio estadístico.

Resultados. Se realizaron 113 encuestas. El 72,9% manifestó disminución de la práctica laboral en un 50%, el 20,7% entre un 25-50% y un 6,3% menos de 25%. Las consultas más frecuentes fueron solicitud de recetas en un 67%, certificados de historia clínica 48%, rinitis y urticaria 46%, dermatitis atópica y crisis de asma en 23% y dermatitis de contacto 5,3%. El 94% implementó telemedicina, las herramientas más utilizadas fueron whatsapp/webcam (61%) seguida de atención telefónica (38%).

Conclusión. La pandemia por COVID-19 afectó la práctica de la especialidad en cuanto la disminución de las consultas, la forma de trabajar, relacionarnos con los pacientes, la necesidad de equipamientos de protección, con un coste emocional y económico. Por otro lado, dio la posibilidad de contar con otras alternativas de atención como la telemedicina.

202020

DESENSIBILIZACIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BABOON

Esteban I Garramone

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC)

Caso clínico. Paciente de 40 años con diagnóstico de prostatitis crónica por *E. coli* y *E. faecalis* sin respuesta a quinolonas y sulfas. Por otro lado, refiere episodios de eritema levemente pruriginoso y urente en periné cuando tomaba amoxicilina, que duraban varios días y mejoran con corticoides. Se le realizó: -) Test de parche con amoxicilina, penicilina y cefalexina negativo. -) Pruebas epicutáneas e

intradérmicas de lectura tardía con penicilina y cefalotina resultando negativas. -) Provocación con amoxicilina presentando eritema perineal y glúteo a las 6 hs de la toma de amoxicilina y, misma respuesta, más leve, a las 6 hs de cefalexina en otra provocación.

Interpretación diagnóstica. Exantema simétrico intertriginoso y flexural simétrico (SDRIFE) o síndrome de Baboon. Conducta terapéutica. Se realizó desensibilización oral con amoxicilina, una vez alcanzada la dosis terapéutica 2 g/día, se agregó fosfomicina. Completó 25 días de tratamiento sin presentar complicaciones y eliminando ambas bacterias.

Motivo de presentación. Presentar un protocolo de desensibilización vía oral para una reacción retardada, ya que no se hallaron registros de protocolos de desensibilización con betalactámicos en este síndrome.

202021

DESENCADENANTES Y TRATAMIENTO DE ANAFILAXIA EN AMÉRICA LATINA Y ESPAÑA

Edgardo Jares, Blanca María Morfin-Maciel, Alberto Jorge Lavrut, Alicia De Falco, Nelson Rosario, Cristina Díaz, María Verónica Souza, Mara Morelo Rocha Félix, Pablo Slullitel, Iván Tinoco Morán, Perla Alcaraz Duarte, Fabián Dabove, Pedro Piraino, Pierre A. Chávez Vereau, Iris Ale, Juan Carlos Ivancevich, Martina Indiveri, Silvana Monsell, Andrea Zancacchi, Rosario González-Mendiola, Victoria Cardona, Germán Darío Ramón, Olimpio Rodríguez Santos, Pablo Moreno, Roberto García-Almaraz, Silvia Garriga-Company, Adriana Weisz, Álvaro Amo, Angeles Juan Pineda, Patricia Monge Ortega, Hector Ratti Sisa, María Antonieta Guzmán, María Fernanda Malaman, Oscar Calderón Llosa, Oscar Isaac Moreno Lafflor, Silvio Espínola, Ana María Agar Muñoz, Sandra González Díaz, Iván Cherrez Ojeda, Mario Sánchez-Borges, Susana De Barayzarra, Maximiliano Gómez.

Introducción. Los estudios epidemiológicos sobre anafilaxia en América Latina son escasos y, con el presente trabajo, evaluamos desencadenantes y tratamiento de la anafilaxia en la región.

Metodología. Cincuenta y cinco unidades de alergia de 11 países latinoamericanos más España evaluaron a los pacientes de manera transversal, registrándolos anónimamente en un cuestionario modelo en línea de acceso restringido. Se incluyeron pacientes consecutivos que consultaban por anafilaxia de enero de 2019 a julio de 2020.

Resultados. Se registraron 432 pacientes con anafilaxia, 171 niños y 261 adultos; 56% mujeres con edad media de 28,2 años. Los desencadenantes más comunes fueron drogas (38,4%), alimentos (34,3%), picaduras de insectos (14,1%), látex (4,6%) e idiopáticos (4,4%). Los desencadenantes más frecuentes en niños y adultos fueron alimen-

tos (55%) y drogas (52,5%), respectivamente. Los alimentos más comunes en niños fueron: leche (73,1%), huevos (8,6%), nueces (5,4%), maní (4,3%) y frutas (3,2%). En adultos, los AINE (37,2%) y los antibióticos (41,6%) fueron los medicamentos involucrados más frecuentes. Las reacciones fatales, severas, moderadas y leves ocurrieron en 0,5%, 40,7%, 51,9% y 6,9%, respectivamente. La anafilaxia comenzó en 10 minutos en 50,7%, 11-30 minutos en 25% y >30 minutos en 19% de los casos. El 70,3% de los pacientes recibió tratamiento inmediato en servicio de urgencias, el 13,7% fue hospitalizado y el 3,5% ingresado en unidad de cuidados intensivos. El tratamiento indicado fue corticosteroides sistémicos (88%) y antihistamínicos (90%), mientras que adrenalina IM y subcutánea se utilizaron en 33% y 6% de los casos, respectivamente.

Conclusiones. Los alimentos en niños y los medicamentos en adultos fueron los desencadenantes de la anafilaxia más frecuentes. El uso insuficiente de epinefrina es habitual, tanto en América Latina como en otras regiones del mundo. La educación médica sobre evaluación y manejo de la anafilaxia debe reforzarse en médicos generales y médicos de urgencias.

202022

MANEJO DE LA TORMENTA DE CITOCINAS POR INMUNOTERAPIA ONCOLÓGICA. REPORTE DE UN CASO

Glocer D, ParralesVillacreses M, Garramone E, Parisi C.
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción. El síndrome de liberación de citoquinas (SLC) es una respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por diferentes factores, entre ellos, los agentes inmunoterapéuticos. Representa uno de los efectos adversos graves más frecuentes de estas terapias. El blinatumomab es una molécula bioespecífica que se une al CD3 de células T y al CD19 de células B, generando un puente entre ellas, que con activación de las células T, destruye las células B. Presenta alta tasa de respuesta en la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) refractaria/recaída.

Objetivo. Identificar al síndrome de liberación de citoquinas como efecto adverso de inmunoterapia oncológica.

Caso clínico. Paciente masculino de 19 años con LLA con recaída, ingresó para recibir tratamiento con blinatumomab, seis horas después comenzó con fiebre persistente, cefalea, exantema morbiliforme e hipotensión, requiriendo noradrenalina e internación en unidad de cuidados intensivos. En la segunda infusión, presentó fiebre persistente y cefalea, sin alteraciones hemodinámicas, se constató aumento de IL-6 (46,7 pg/ml). Se interpretó como SLC (grados 3 y 1, respectivamente). Recibió inhibidor de IL-6 (tocilizumab) y premedicación dos horas antes de cada infusión (fexofenadina, paracetamol, ranitidina y montelukast). Posteriormente, toleró la droga, sin complicaciones.

Discusión. SLC es efecto adverso más severo del blinatumomab, presentando elevación de IL-6, IL-10 e interferón- γ . Según la gravedad clínica se clasifica desde el grado 1 al 4. Dentro de los diagnósticos diferenciales se debe considerar: síndrome de lisis tumoral, sepsis, linfocitosis hemofagocítica, síndrome de activación de macrófagos y reacciones de hipersensibilidad. El uso de la inmunoterapia oncológica se encuentra en aumento; por tal motivo, alergistas/inmunólogos, debemos conocer el mecanismo de acción y manejo de sus complicaciones. Es importante un tratamiento rápido y agresivo, en los casos leves, antihistamínicos, antipiréticos y líquidos; en los casos severos, tocilizumab y tratamiento de sostén. Evitar corticoides por riesgo de disminuir la eficacia de la inmunoterapia.

202023

VALOR DE LA INTERLEUCINA 33 Y SU RECEPTOR SOLUBLE ST2 EN LA RESPUESTA INFLAMATORIA EN PACIENTES ASMÁTICOS

de Barayzarra S¹, Corelli S¹, Zancacchi A¹, Defanti R¹, Pedano V¹, Sabagh M¹, Mores M¹, Sotomayor C², Copioli JC³, Muño JC³

(1) Hospital San Roque, Córdoba, Argentina. (2) Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Químicas, Córdoba, Argentina. (3) Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba, Argentina

Introducción. La interleucina 33 (IL-33) es una citocina nuclear, miembro de la superfamilia de la interleucina 1 (IL-1), promueve acciones en diferentes tipos celulares y ejerce su actividad a través del receptor ST2, que presenta dos isoformas, la forma transmembrana (ST2L) y la forma soluble (sST2).

Objetivos. Evaluarlos niveles de IL-33 y su receptor sST2 en la etiopatogenia del asma.

Material y métodos. Se midieron niveles de IL-33 y ST2 e IgE sérica total en un total de 129 pacientes asmáticos y comparamos los resultados con 59 controles. También evaluamos la severidad del asma según GINA.

Resultados. Estudiamos a un total de 129 pacientes alérgicos asmáticos, 99 mujeres y 30 hombres, y a 59 controles no asmáticos, entre 18 y 60 años. (-) El nivel de IL-33 fue, en asma leve, $0,54 \pm 0,1$ pg/ml; en asma moderada, $1,15 \pm 0,11$ pg/ml; en asma severa, $0,23 \pm 0,1$ pg/ml; y en grupo control, $0,14 \pm 0,02$ pg/ml. (-) El sST2 fue, en asma leve, 1680 ± 195 pg/ml; en asma moderada, 1740 ± 105 pg/ml; en asma severa, 1580 ± 198 pg/ml; y en el grupo control, 871 ± 34 pg/ml. (-) Los niveles de IgE fueron, en asma leve, 342 ± 170 kU/l; en asma moderada, 470 ± 170 kU/l; en asma severa, 424 ± 106 kU/l; y en el grupo control, 112 ± 30 kU/l.

Conclusión. Nuestros resultados demuestran el importan-

te rol de la IL-33 y su receptor en la inflamación bronquial y las variaciones de su comportamiento durante la progresión de la enfermedad, brindando la posibilidad de un nuevo enfoque terapéutico.

202024

EL TRATAMIENTO DE RINITIS ALÉRGICA PERMITE EL ADECUADO CONTROL DE ASMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Yanina Figueroa¹, Samanta Jalley², Silvana Giusti³, Florencia Valverde⁴, Araceli Obregón⁵, Marcia Ondetti⁶, Victoria Coomans⁷, Karmen Gutkoski⁸.

(1) Consultorio Medicina Familiar, Alianza Médica. (2) Servicio de Sanidad INSCAES de Gendarmería Nacional, Mercedes, Buenos Aires. (3) Hospital Posadas, Buenos Aires. (4) CAPS 15 Municipalidad de Almirante Brown, Buenos Aires. (5) LAP Instituto de Atención Pediátrica, Resistencia Chaco. (6) CAPS Eva Perón, Guernica, Buenos Aires. (7) Hospital Británico, Buenos Aires. (8) Hospital Boratti, Posadas, Misiones.

Introducción. La rinitis alérgica es la enfermedad crónica más frecuente en Pediatría, asocia una considerable multimorbilidad, afecta a la calidad de vida y está infradiagnosticada e infratratada. Se trata de una reacción inmunitaria IgE mediada con liberación de mediadores inflamatorios, y es factor de riesgo de asma y de su gravedad.

Objetivo. Presentar una paciente con diagnóstico de asma no controlada, la cual se logra controlar a raíz de tratar su rinitis alérgica.

Material y método. Paciente femenina, de 6 años, que consulta reiteradas oportunidades por cuadro de broncoespasmos, sin obtener los resultados esperados con el tratamiento que recibe para el asma. Al interrogatorio, su madre refiere que la niña presenta habitualmente prurito nasal, estornudos en salva, rinorrea y obstrucción nasal nocturna. Al examen físico presenta rinorrea bilateral, clara, anterior, se observa en surco nasal transversal marcado, leve edema palpebral inferior, narinas antevertidas secundarias al frote nasal frecuente.

Antecedentes personales. -) Dermatitis atópica a partir del mes de vida, tratamiento tópico. -) Internación por broncoespasmos a los 2 meses de vida; a partir de los 4 años comienza tratamiento con aerosolterapia y antileucotrienos. -) Celiacía, diagnosticada a los 2 años. -) Medicación: fluticasona 125 mcg/25 mcg, montelukast 4 mg.

Exámenes complementarios. Espirometría: patrón obstructivo. Prick test: positivos a ácaros (Dp).

Diagnóstico. Rinitis alérgica, persistente, moderada, inició tratamiento con corticoide intranasal diario, ceterizina en caso de exacerbación de síntomas y medidas de control ambiental.

Conclusión. Se logra mejorar la sintomatología de la rinitis alérgica, al realizar tratamiento con corticoide intrana-

sal y antihistamínicos, con lo cual podemos concluir que en este caso, la intensidad de la rinitis se relaciona directamente con la gravedad del asma, y que fue de suma importancia para esta paciente poder realizar un oportuno tratamiento de la rinitis y lograr así un adecuado control del asma.

202025

TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN DERMATITIS ATÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Fabián Dabove.

Policonsultorios CEMLO (Centro de Especialidades Médicas Lobos).

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inmunoinflamatoria crónicamente recidivante de la piel, que en los casos más graves provoca una severa afectación en la calidad de vida, presentando habitualmente comorbilidades atópicas. La escasa eficacia de los tratamientos de primera y segunda línea, además de otras enfermedades asociadas, dejan de manifiesto necesidades insatisfechas acerca de una terapia sistémica segura y efectiva.

Caso clínico. Presentamos aquí un paciente masculino de 18 años con diagnóstico confirmado de DA desde los 9 años, con rinoconjuntivitis y asma bronquial intermitente coexistente, sin otros antecedentes de relevancia. Al examen inicial presenta placas liquenificadas, eritemato-pruriginosas y rezumantes en exacerbaciones, en pliegues flexurales, cuello, tronco y párpados. Recibió tratamiento tópico con emolientes, corticoides tópicos de potencia media y alta como también inhibidores de calcineurina y antihistamínicos más corticoides sistémicos en múltiples ciclos sin evidenciar eventos adversos asociados, pero logrando solo un control parcial y temporal de lesiones.

Estudios complementarios y evaluaciones reportadas por paciente: hemograma normal, IgE total 19 UI/ml, IgE específica para aeroalérgenos y alimentos negativos (*prick* y RAST), espirometría pre- post- B2 normal. Cuestionarios basales EASI 6,7, SCORAD 62, DLQI 20.

Recibe tratamiento autorizado de anti-IL-4r subcutánea, dosis inicial 600 mg y luego dosis quincenales de 300 mg. A las 4 semanas de tratamiento presenta regresión notable de lesiones al examen físico, con reducción de *score* de todos los parámetros evaluados: EASI 0,3, SCORAD 6, DLQI 3. Sin exacerbaciones desde inicio de tratamiento ni en piel ni en sistema respiratorio. Sin eventos adversos asociados a la terapia actual.

Conclusión. La eficacia y seguridad reportada en los estudios realizados para la aprobación de su actual indicación, más la experiencia aquí descrita, nos permite concluir que el dupilumab se posiciona como terapia de elección para la DA grave con comorbilidades atópicas.

202026

SÍNDROME DRESS POR ZOLPIDEM EN PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA SEVERA

María Cecilia Cavallo¹, Valeria Frenckel².

(1) Servicio de Alergia e Inmunología Clínica Hospital San Martín, Paraná, Entre Ríos. (2) Dermatóloga Hospital San Roque, Paraná, Entre Ríos.

Introducción. El síndrome de DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) o la reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos por reacción severa a medicamentos. El propósito es presentar el caso clínico de una paciente con dermatitis atópica severa y síndrome de DRESS asociado al inductor del sueño zolpidem.

Caso clínico. Paciente femenina de 34 años, con antecedente dermatitis atópica severa desde la infancia, que durante el último mes aumenta dosis de zolpidem a 20 mg/día por exacerbación de prurito. A los 20 días presenta fiebre, eritrodermia generalizada, temblor en extremidades, alteración de hemograma, hepatograma y serositis peritoneal y pleural requiriendo internación con diagnóstico DRESS.

Discusión. La importancia del reconocimiento y tratamiento temprano de esta entidad radica en la incidencia de mortalidad. El diagnóstico es clínico y requiere trabajo multidisciplinario. Es una complicación de la dermatitis atópica severa y mal control de su enfermedad.

202027

CASO CLÍNICO: TOS CRÓNICA GRAVE

Matías Arduso¹, Ledit RFardusso^{1,2}.

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

Paciente masculino, adulto joven, padre con antecedente de asma grave y rinosinusopatía crónica con pólipos.

Motivo de consulta. Tos no productiva de tipo irritativa de 4 meses de evolución, diurna, no desencadenada por ejercicio y rinorrea seromucosa con descarga posnasal. Actualmente, esteroides nasales y bronquiales asociados a beta-agonistas de acción prolongada. Marcada afectación de la calidad de vida. Tratamientos previos: corticoides sistémicos, antitusígenos, N-acetil cisteína y altas concentraciones de esteroides bronquiales, entre otros. Solo mejoría moderada y transitoria. Exámenes complementarios iniciales según algoritmo de manejo de tos crónica del *CHEST Expert Cough Panel* [Chest 2018;153(1):196]: función pulmonar normal, radiografía torácica sin trazos patológicos y laboratorio de sangre periférica con valores normales de eosinófilos e IgE aumentada (345 kU/l). *Prick test* positivo para *Dermatophagoides pteronyssinus* y *D. farinae*; fracción espiratoria de óxido nítrico (FENO) de

Table 1.

Region	Country	n ^a	Prevalence (%)		Treated in past 12 months ^c for clear/mild/moderate/severe AD ^b (%)	Systemic treatment in past 12 months for clear/mild/moderate/severe AD ^b (%)
			AD	Clear/mild/moderate/severe AD ^b		
Europe	France	1,510	14.3	8.3/5.6/0.4	80.7/98.9/100	51.4/85.4/86.0
	Germany	1,010	8.7	4.8/3.2/0.7	86.7/96.9/100	64.8/80.6/100
	Italy	1,698	18.0	10.4/6.7/0.8	86.3/97.5/100	60.2/86.0/93.0
	Spain	1,160	19.8	13.7/5.5/0.6	95.3/100/100	74.9/89.2/88.2
North America	UK	1,419	15.0	9.4/4.6/1.1	90.0/96.8/93.9	51.8/62.9/93.9
	Canada	670	15.8	9.4/5.2/1.2	93.7/94.3/100	55.6/76.8/37.8
Latin America	US	3,344	9.3	4.5/3.9/0.8	91.9/96.2/96.6	60.7/77.5/85.5
	Argentina	679	12.1	8.6/3.2/0.3	93.3/100/100	81.1/100/100
	Brazil	2,049	23.2	11.7/10.1/1.4	92.8/98.6/100	83.5/96.3/96.6
	Colombia	831	11.6	8.0/3.3/0.3	88.5/100/100	73.6/87.4/100
Eurasia/ Middle East	Mexico	1,402	15.0	9.2/4.9/0.9	95.5/98.6/92.0	86.0/98.6/84.3
	Israel	444	2.4	1.0/0.7/0.6	100/100/55.5	60.6/100/0
	KSA	251	29.4	21.3/6.8/1.3	96.6/100/100	89.5/100/100
	Russia	2,079	9.8	4.8/4.5/0.5	88.2/99.0/100	68.1/88.7/100
	Turkey	581	18.6	8.8/8.3/1.2	98.1/94.9/100	81.5/89.7/100
Asia	UAE	274	24.1	13.5/10.2/0.4	94.6/100/100	83.8/89.3/100
	Japan	2,042	9.1	6.0/3.0/0.1	70.7/90.1/100	50.3/73.6/100
	Taiwan	649	11.7	6.7/4.6/0.3	95.4/93.6/100	86.4/80.2/100
Overall		22,092	14.8	8.3/5.6/0.8	91.6/97.5/97.9	74.2/89.2/91.0

^aUnweighted base. ^bBvPtGA over the past week. ^cWith ≥ 1 prescription medication for AD, among those with AD. KSA, Kingdom of Saudi Arabia. UAE, United Arab Emirates.

55 partículas por billón (ppb); rinoscopia anterior y laringoscopia con patrón inflamatorio de cuerdas vocales compatible con reflujo gastroesofágico. Tratamiento empírico con omeprazol durante 4 semanas sin mejoría. Tomografía computada de senos paranasales: ocupación completa del seno maxilar derecho y engrosamiento mucoso marcado de seno maxilar izquierdo. Tras la cirugía endoscópica tuvo una mejoría transitoria que solo duró tres semanas. El esputo inducido (EI), con patrón eosinofílico (13% cel/mm³ para un valor normal de hasta 3%). A las dos semanas de comenzar con terapéutica anti-IL-5 (mepolizumab 100 mg/mes) ya presentó una mejoría clínica significativa. Tanto el EI como el FENO disminuyeron significativamente a los 25 días de la primera dosis (3% cel/mm³ y 39 ppb, respectivamente). Debido a la pandemia por COVID-19, el paciente retrasó tres semanas la aplicación de la tercera dosis de mepolizumab. La sintomatología recomenzó casi inmediatamente y cedió nuevamente pocos días después de retomar el tratamiento. Si bien el *gold standard* para confirmar asma es una prueba de desafío bronquial con metacolina, el mismo no es posible realizarlo en Argentina. Se interpretó el cuadro como tos variante asma.

202028
WORLDWIDE SURVEY IN 18 COUNTRIES
ASSESSING PREVALENCE OF ATOPIC DERMATITIS AMONG ADOLESCENTS

Jonathan I. Silverberg¹, Sebastien Barbarot², Eric L. Simpson³, Stephan Weidinger⁴, Paola Mina-Osorio⁵, Ana B. Rossi⁶, Lysel Brignoli⁷, Grece Saba⁷, Isabelle Guillemin⁸, Miriam C. Fenton⁶, Sebastien Auziere⁷, Susan H. Boklage⁵, Laurent Eckert⁹.

(1) The George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA. (2) Nantes University Hospital, Nantes, France. (3) Oregon Health and Science University, Portland, OR, USA. (4) University Hospital Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Germany. (5) Regeneron Pharmaceuticals Inc., Tarrytown, NY, USA. (6) Sanofi Genzyme, Cambridge, MA, USA. (7) Kantar Health, Paris, France. (8) Sanofi, Lyon, France. (9) Sanofi, Chilly Mazarin, France.

Recent epidemiological information on atopic dermatitis (AD) in adolescents is lacking. This cross-sectional, web-based, self-report survey was conducted to estimate the prevalence and severity of AD among children (0.5≤18 years) in 18 countries. Parents were invited to participate without knowledge of the survey topic. Parents and children responded, with the number of questions directly answered by children depending on their age. Quotas were set for age, sex, region (urban/rural split in some countries), and a weighting adjustment applied to obtain a representative population for each country. Epidemiological results from adolescents (12≤18 years) are presented here. Adolescents were categorized as having diagnosed AD if: they self-reported ever being diagnosed with AD (eczema) by a physician AND fulfilled the International Study for Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) criteria (ever had an itchy rash on and off for ≥6 months, AND had this itchy rash in past 12 months, AND it was in folds of the elbows, behind knees, in front of the ankles, under the buttocks, or around the neck, ears, or eyes). Among

adolescents categorized as having diagnosed AD severity (clear/mild, moderate, or severe) in past week was determined using the patient global assessment (PtGA). Among 22,092 adolescents who responded, AD prevalence was diagnosed in 14.8% participants overall. Most of the diagnosed AD adolescents reported having received a prescription treatment in the past 12 months with systemic treatments prescribed to them (**Table 1**). In Latin America, AD prevalence was highest in Brazil (23.2%) and treatment for moderate or severe disease was commonly prescribed in Argentina. Altogether, this survey demonstrates that AD affects many adolescents, with a prevalence of 6.5% for moderate to severe AD. In those with diagnosed AD, 80.7% received prescription for systemic treatment in the previous 12 months. Sanofi funded. First presented: EAACI 2020 (6th-8th June20).

Submission information

Presenting author: Dr. Claudio Parisi. *Doctor, Chief of the Paediatrics Allergic Section and Adult Allergy Section of the Italian Hospital of Buenos Aires at the Italian Hospital in Buenos Aires.* claudioparisi@gmail.com

Disclosures: Silverberg JI: *AbbVie, AnaptysBio, Asana Biosciences, Eli Lilly, Galderma, Glenmark, GSK, Kiniksa, LEO Pharma, LLC, MedImmune, Menlo Therapeutics, Pfizer, PuriCore, Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Sanofi – consultant and/or received grants/honoraria.* Barbarot S: *Pierre Fabre Laboratory, Fondation pour la dermatite atopique – research grants; Bioderma, Ferring Pharmaceuticals, Laboratoire La Roche Posay, Novalac, Sanofi Genzyme – personal fees; AbbVie, Janssen, Novartis – non-financial support.* Simpson EL: *Amgen, Celgene, Chugai, Eli Lilly, Galderma, Genentech, MedImmune, Regeneron Pharmaceuticals Inc., Sanofi, Tioga, Vanda – grants/research support; Anacor, Celgene, Galderma, Genentech, Medicis, Merck, Sanofi/Regeneron Pharmaceuticals Inc. – consultant.* Weidinger S: *German Atopic Dermatitis Registry TREAT germany – co-principal investigator; LEO Pharma, L'Oreal, Novartis, Pfizer – institutional research grants; Incyte, LEO Pharma, Novartis, Regeneron Pharmaceuticals Inc., Sanofi Genzyme – consultant; Abbvie, Galderma, LEO Pharma, Regeneron Pharmaceuticals Inc., Sanofi Genzyme – lectures at educational events; clinical trials for many pharmaceutical industries that manufacture drugs used for the treatment of psoriasis and atopic eczema.* Mina-Osorio P, Boklage SH: *Regeneron Pharmaceuticals, Inc. – employees and stockholders.* Rossi AB, Fenton MC: *Sanofi Genzyme – employees, may hold stock and/or stock options in the company.* Brignoli L, Saba G, Auziere S: *Kantar Health Division – employees, received funding from Sanofi to conduct the study.* Guillemin I, Eckert L: *Sanofi – employees, may hold stock and/or stock options in the company.*

202029

WORLDWIDE SURVEY SHOWS THAT ATOPIC DERMATITIS IS ASSOCIATED WITH A HIGH DISEASE BURDEN IN ADOLESCENTS

Stephan Weidinger¹, Eric L. Simpson², Jonathan I. Silverberg³, Sebastien Barbarot⁴, Paola Mina-Osorio⁵, Ana B. Rossi⁶, Lysel Brignoli⁷, Grece Saba⁷, Isabelle Guillemin⁸, Miriam C. Fenton⁶, Sebastien Auziere⁷, Susan H. Boklage⁵, Laurent Eckert⁹

(1) *University Hospital Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Germany;* (2) *Oregon Health and Science University, Portland, OR, USA;* (3) *The George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA;* (4) *Nantes University Hospital, Nantes, France;* (5) *Regeneron Pharmaceuticals Inc., Tarrytown, NY, USA;* (6) *Sanofi Genzyme, Cambridge, MA, USA;* (7) *Kantar Health, Paris, France;* (8) *Sanofi, Lyon, France;* (9) *Sanofi, Chilly Mazarin, France.*

Information on disease burden of atopic dermatitis (AD) in adolescents is lacking. This cross-sectional, web-based, self-report survey describes patient-reported AD burden among children (0.5≤18years) with a varied range of AD severity in 18 countries of 5 different regions. Quotas were set for age, sex, region (urban/rural split in some countries) and a weighting adjustment applied to obtain a representative population for each country. We present disease burden results from adolescents (12≤18years) and we recategorized as having AD if: they self-reported ever being diagnosed with AD (eczema) by a physician AND ever had an on/off itchy rash for ≥6 months AND had this rash in past 12 months, AND was located in elbow folds, behind the knees, in front of the ankles, under the buttocks or around the neck, ears or eyes. Severity of their AD (clear/mild, moderate or severe) in past week was rated by patient global assessment (PtGA). Adolescents reported impact of their AD on itch, sleep and pain in previous 24 hours using numerical rating scales (0=none to 10=most severe). Health-related quality of life (HRQoL) in the previous week was assessed using Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) (0=no effect to 30=largest effect). Adolescents also reported atopic comorbidities and missed schooldays in preceding 4 weeks for AD-related reasons. Among 3078 diagnosed AD adolescents, 56.2% had clear/mild, 37.9% moderate, and 5.7% severe AD. Overall mean±SD scores by AD severity is reported for CDLQI, itch, sleep impact, and pain. Most adolescents reported ≥1 atopic comorbidity. Many reported missing ≥1 schoolday in past 4 weeks with highest number reported in Latin

TABLE 1.

	Self-report by adolescents with clear/mild/moderate/severe AD ^a					
	Europe ^b	North America ^c	Latin America ^d	Eurasia/ Middle East ^e	Asia ^f	Overall
n (unweighted base)	650 / 368 / 52	214 / 164 / 35	495 / 332 / 46	246 / 187 / 23	167 / 92 / 4	1772 / 1143 / 160
CDLQI (past week) (0=no effect on HRQoL to 30=largest effect on HRQoL)	7.0±7.0 (5) / 13.7±7.1 (13) / 20.0±6.8 (20)	8.0±8.1 (4) / 13.8±7.5 (13) / 21.8±7.1 (23)	10.1±6.8 (10) / 15.4±6.6 (16) / 22.8±6.4 (24)	12.7±8.0 (11) / 15.1±6.3 (15) / 18.3±9.7 (17)	4.9±5.6 (3) / 11.1±7.5 (11) / 22.8±8.6 (30)	9.5±7.5 (9) / 14.7±6.9 (15) / 21.3±7.6 (22)
Itch intensity (last 24 hours/today) (0=no scratching/itching to 10=worst scratching/itching possible)	3.2±2.6 (3) / 5.6±2.2 (6) / 7.7±1.7 (8)	3.3±2.7 (3) / 5.7±2.4 (6) / 7.8±1.8 (8)	3.9±2.7 (4) / 6.0±2.4 (6) / 7.6±2.5 (8)	4.6±2.7 (5) / 6.2±2.2 (6) / 6.9±3.1 (8)	3.1±2.6 (3) / 5.6±2.4 (6) / 7.7±3.2 (10)	3.8±2.7 (4) / 6.0±2.3 (6) / 7.6±2.4 (8)
Sleep quality (previous night) (0=best sleep possible to 10=worst sleep possible)	2.8±2.6 (2) / 5.2±2.3 (5) / 7.4±1.7 (8)	2.9±2.7 (2) / 5.4±2.5 (5) / 7.0±2.0 (7)	3.8±2.7 (4) / 5.8±2.6 (6) / 7.8±2.3 (8)	4.4±2.8 (4) / 5.5±2.6 (6) / 6.1±3.1 (7)	2.4±2.3 (2) / 4.7±2.8 (5) / 8.2±2.2 (10)	3.5±2.8 (3) / 5.5±2.6 (6) / 7.2±2.4 (8)
Pain intensity (last 24 hours/today) (0=no pain to 10=worst pain possible)	3.0±2.7 (2) / 5.4±2.2 (6) / 7.2±1.9 (7)	2.9±2.9 (2) / 5.3±2.3 (5) / 7.5±1.4 (8)	3.8±2.8 (4) / 6.0±2.4 (6) / 7.6±2.5 (8)	4.4±2.8 (4) / 5.6±2.5 (6) / 6.3±3.4 (7)	1.9±2.4 (1) / 4.7±3.0 (5) / 6.6±2.8 (7)	3.6±2.8 (3) / 5.6±2.4 (6) / 7.3±2.5 (8)
≥1 atopic comorbidity ^g	84.8 / 89.2 / 98.7	91.2 / 91.2 / 95.5	94.8 / 97.0 / 100	97.3 / 99.7 / 97.2	96.3 / 90.2 / 100	93.0 / 95.1 / 98.3
≥1 school day missed for AD-related reasons (past 4 weeks)	53.7 / 79.6 / 87.5	53.9 / 71.3 / 79.3	82.4 / 94.0 / 89.5	87.5 / 95.3 / 90.2	32.4 / 54.5 / 79.7	71.7 / 86.7 / 87.0
School days missed for AD-related reasons (past 4 weeks)	3.4±5.4 (1) / 7.3±7.6 (5) / 11.0±9.5 (8)	3.3±4.8 (1) / 6.4±7.4 (4) / 10.2±8.3 (10)	5.4±5.1 (4) / 9.0±6.9 (7) / 15.1±8.5 (17)	6.3±6.4 (4) / 8.1±6.4 (6) / 8.6±6.1 (8)	1.9±4.6 (0) / 4.8±7.1 (2) / 12.7±10.9 (12)	4.7±5.6 (3) / 8.0±7.1 (6) / 12.1±8.7 (10)

Data are mean±SD (median) or %. ^aByPtGA during the past week. ^bFrance, Germany, Italy, Spain, United Kingdom. ^cCanada, United States. ^dArgentina, Brazil, Colombia, Mexico. ^eIsrael, Kingdom of Saudi Arabia, Russia, Turkey, United Arab Emirates. ^fJapan, Taiwan. ^gAsthma, allergic rhinitis, allergic conjunctivitis, seasonal allergies, food allergies, chronic rhinosinusitis, nasal polyps, allergic urticaria, eosinophilic esophagitis or atopic keratoconjunctivitis.

America (**Table 1**). AD affects HRQoL in adolescents with substantial moderate or severe AD disease burden across multiple domains, including CDLQI, itch, sleep, pain, a topic co-morbidities and missing school.

Sanofi funded. First presented: EAACI 2020 (6th-8th June 20)

Submission information

Presenting author: Dr. Claudio Parisi. *Doctor, Chief of the Paediatrics Allergic Section and Adult Allergy Section of the Italian Hospital of Buenos Aires at the Italian Hospital in Buenos Aires. Email: claudioparis@gmail.com*

Disclosures: Weidinger S: *German Atopic Dermatitis Registry TREATgermany – co-principal investigator; LEO Pharma, L'Oreal, Novartis, Pfizer – institutional research grants; Incyte, LEO Pharma, Novartis, Regeneron Pharmaceuticals Inc., Sanofi Genzyme – consultant; Abbvie, Galderma, LEO Pharma, Regeneron Pharmaceuticals Inc., Sanofi Genzyme – lectures at educational events; clinical trials for many pharmaceutical industries that manufacture drugs used for the treatment of psoriasis and atopic eczema.* Simpson EL: *Amgen, Celgene, Chugai, Eli Lilly, Galderma, Genentech, MedImmune, Regeneron Pharmaceuticals Inc., Sanofi, Tioga, Vanda – grants/research support; Anacor, Celgene, Galderma, Genentech, Medicis, Merck, Sanofi/Regeneron Pharmaceuticals Inc. – consultant.*

Silverberg JI: *Abb Vie, Anaptys Bio, Asana Biosciences, Eli Lilly, Galderma, Glenmark, GSK, Kiniksa, LEO Pharma, LLC, MedImmune, Menlo Therapeutics, Pfizer, PuriCore, Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Sanofi – consultant and/or received grants/honoraria.* Barbarot S: *Pierre Fabre Laboratory, Fondation pour la dermatite atopique – research grants; Bioderma, Ferring Pharmaceuticals, Laboratoire La Roche Posay, Novalac, Sanofi Genzyme – personal fees; AbbVie, Janssen, Novartis – non-financial support.* Mina-Osorio P, Boklage SH: *Regeneron Pharmaceuticals, Inc. – employees and stockholders.* Rossi AB, Fenton MC: *Sanofi Genzyme – employees, may hold stock and/or stock options in the company.* Brignoli L, Saba G, Auziere S: *Kantar Health Division – employees, received funding from Sanofi to conduct the study.* Guillemin I, Eckert L: *Sanofi – employees, may hold stock and/or stock options in the company.*

202030

WORLDWIDE SURVEY SHOWS THAT ATOPIC DERMATITIS IN ADOLESCENTS IS ALSO ASSOCIATED WITH A NEGATIVE IMPACT ON THEIR FAMILIES

Sebastien Barbarot¹, Jonathan I. Silverberg², Eric L. Simpson³, Stephan Weidinger⁴, Paola Mina-Osorio⁵, Ana B. Rossi⁶, Lysel Brignoli⁷, Tarek Mnif⁷, Isabelle

TABLE 1.

	Parent-report for adolescents with clear/mild/moderate/severe AD ^a						
	Europe ^b	North rica ^c	Ame- rica ^c	Latin America ^d	Eurasia/ East ^e	Middle Asia ^f	Overall
n (unweighted base)	650 /	214 /	495 /	246 /	167 /	1772 /	
	368 /	164 /	332 /	187 /	92 /	1143 /	
	52	35	46	23	4	160	
DFI score (past week) (0=no impact on QoL to 30=worst impact on QoL)	5.8±6.9 (3) /	6.2±7.7 (3) /	9.4±7.0 (10) /	10.9±7.9 (10) /	3.1±5.2 (1) /	8.3±7.5 (7) /	
	10.9±7.0 (10) /	10.5±7.9 (9) /	14.3±6.8 (14) /	11.7±6.6 (11) /	8.9±7.8 (8) /	12.4±7.2 (12) /	
	17.8±9.4 (19)	18.5±8.8 (21)	22.2±6.9 (24)	15.9±9.0 (15)	15.4±9.8 (12)	19.4±8.6 (21)	
Hours spent taking care of the child due to AD in the past week	4.0±9.4 (1) /	2.8±5.2 (1) /	7.3±11.5 (4) /	7.2±12.9 (4) /	2.1±4.3 (1) /	5.8±10.7 (2) /	
	9.9±15.8 (4) /	7.2±9.7 (4) /	12.4±15.5 (7) /	10.7±11.2 (6) /	9.3±17.0 (3) /	10.7±14.2 (6) /	
	12.5±15.2 (6)	11.7±15.1 (6)	27.1±28.4 (20)	12.9±16.7 (7)	36.6±28.4 (48)	18.7±23.2 (8)	
Employed/self-employed, n (unweighted base)	545 /	161 /	455 /	227 /	145 /	1533 /	
	342 /	122 /	320 /	168 /	85 /	1037 /	
	49	26	41	22	4	142	
≥1 day missed from work ^g (past 4 weeks)	45.2 /	44.1 /	72.2 /	80.3 /	32.6 /	63.9 /	
	66.1 /	68.3 /	87.2 /	90.0 /	58.9 /	80.8 /	
	88.7	85.3	93.1	94.1	100	91.3	
Days missed from work ^g (past 4 weeks)	1.4±3.0 (0) /	1.6±2.7 (0) /	2.4±3.0 (2) /	3.9±4.8 (2) /	0.9±2.3 (0) /	2.4±3.5 (1) /	
	2.8±3.9 (2) /	2.4±3.5 (2) /	4.1±3.9 (3) /	4.3±4.8 (3) /	2.0±2.6 (1) /	3.6±4.1 (3) /	
	4.8±4.1 (4)	5.4±6.1 (4)	7.3±5.1 (7)	7.8±7.9 (5)	4.4±2.4 (4)	6.6±6.0 (5)	

Data are mean±SD (median) or %. ^aByPtGA during the past week. ^bFrance, Germany, Italy, Spain, United Kingdom. ^cCanada, United States. ^dArgentina, Brazil, Colombia, Mexico. ^eIsrael, Kingdom of Saudi Arabia, Russia, Turkey, United Arab Emirates. ^fJapan, Taiwan. ^gFor eczema-related issues.

Guillemin⁸, Miriam C. Fenton⁶, Sebastien Auziere⁷, Susan H. Boklage⁵, Laurent Eckert⁹

(1) Nantes University Hospital, Nantes, France; (2) The George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA; (3) Oregon Health and Science University, Portland, OR, USA; (4) University Hospital Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Germany; (5) Regeneron Pharmaceuticals Inc., Tarrytown, NY, USA; (6) Sanofi Genzyme, Cambridge, MA, USA; (7) Kantar Health, Paris, France; (8) Sanofi, Lyon, France; (9) Sanofi, Chilly Mazarin, France.

Information on impact of atopic dermatitis (AD) in adolescents on their families is lacking. This cross-sectional, web-based survey describes parent-reported AD impact among children (0.5≤18 years) with a range of AD severity in 18 countries in 5 regions. Quotas were set for age, sex, region (urban/rural split in some countries), and a weighting adjustment applied to obtain a representative population for each country. Here, results of impact of adolescent (12≤18 years) AD on their parents and family are presented. Adolescents were categorized as having AD if: they self-reported ever being diagnosed with AD (eczema) by a physician AND ever had a non/off itchy rash for ≥6 months AND had this rash in past 12 months AND it was in elbow folds, behind the knees, in front of the ankles, under buttocks, or a round neck, ears or eyes. Clear/mild, moderate or severe AD was stratified based on patient's global assessment (PtGA) in previous week. Parents reported impact of living with an adolescent AD on their family's quality of life (QoL) using Dermatitis Family Impact (DFI) questionnaire (0=no-impact to

30=worst-impact), time spent taking care of their AD child due to AD in previous week, and time missed from work for AD-related issues in past 4 weeks.

Among 3,078 diagnosed AD adolescents (clear/mild 56.2%; moderate 37.9%; severe 5.7%), Latin America showed highest impact for DFI score. The mean±SD (median) scores for times that parents spent taking care of their AD child and working parents reporting ≥1 missed workday for their child's AD-related issues are shown in **Table 1**. Latin America and Eurasia/Middle East were regions notably affected by parents missing work due to AD-related issues. Thus, AD has high impact on adolescents' families' and parents' QoL with care giver burden correlating with increasing adolescent AD severity. Sanofi funded. First presented: EAACI 2020 (6th-8th June 20).

Submission information

Presenting author: Claudio Parisi. Doctor, Chief of the Paediatrics Allergic Section and Adult Allergy Section of the Italian Hospital of Buenos Aires at the Italian Hospital in Buenos Aires. Email: claudioparisi@gmail.com

Disclosures: Barbarot S: Pierre Fabre Laboratory, Fondation pour la dermatite atopique – research grants; Bioderma, Ferring Pharmaceuticals, Laboratoire La Roche Posay, Novalac, Sanofi Genzyme – personal fees; AbbVie, Janssen, Novartis – non-financial support. Silverberg JI: AbbVie, AnaptysBio, Asana Biosciences, Eli Lilly, Galderma, Glenmark, GSK, Kiniksa, LEO Pharma, LLC, Med Immune, Menlo Therapeutics, Pfizer, PuriCore, Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Sanofi – consultant and/or received grants/honoraria. Simpson EL: Amgen, Celgene, Chugai, Eli Lilly, Galderma, Genentech,

Med Immune, Regeneron Pharmaceuticals Inc., Sanofi, Tioga, Vanda – grants/research support; Anacor, Celgene, Galderma, Genentech, Medicis, Merck, Sanofi/Regeneron Pharmaceuticals Inc. – consultant. Weidinger S: *German Atopic Dermatitis Registry TREAT germany – co-principal investigator*; LEO Pharma, L'Oreal, Novartis, Pfizer – *institutional research grants*; Incyte, LEO Pharma, Novartis, Regeneron Pharmaceuticals Inc., Sanofi Genzyme – *consultant*; Abbvie, Galderma, LEO Pharma, Regeneron Pharmaceuticals Inc., Sanofi Genzyme – *lectures at educational events*; *clinical trials for many pharmaceutical industries that manufacture drugs used for the treatment of psoriasis and atopic eczema*. Mina-Osorio P, Boklage SH: *Regeneron Pharmaceuticals, Inc. – employees and stockholders*. Rossi AB, Fenton MC: *Sanofi Genzyme – employees, may hold stock and/or stock options in the company*. Brignoli L, Mnif T, Auziere S: *Kantar Health Division – employees, received funding from Sanofi to conduct the study*. Guillemin I, Eckert L: *Sanofi – employees, may hold stock and/or stock options in the company*.

202031

ASMA INFANTIL EXACERBADO POR COVID-19. A PROPÓSITO DE UN CASO

Giusti S¹, Coomans V², Valverde F³, Obregon A⁴, Figueroa Y⁵, Jalley S⁶, Ondetti M⁷, Gutkoski C⁸.

(1) Hospital Posadas, Buenos Aires. (2) Hospital Británico, Buenos Aires. (3) CAPS 15 Municipalidad de Alte. Brown, Buenos Aires. (4) LAP Instituto Atención Primaria, Resistencia Chaco. (5) Consultorio Medicina Familiar, Alianza Médica. (6) Servicio de Sanidad INSCAES, Gendarmería Nacional, Mercedes, Buenos Aires; (7) CAPS Eva Perón, Guernica, Buenos Aires. (8) Hospital Boratti, Posadas, Misiones.

Introducción. El nuevo coronavirus COVID-19, causado por el virus SARS-CoV-2, ha provocado una pandemia 18.284 millones de infectados y 696.800 muertes. El Asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia.

Pacientes asmáticos presentarían susceptibilidad y gravedad aumentada por una respuesta inmune innata antiviral deficiente (no demostrado). Algunos aspectos de la inmunidad tipo 2 y tratamientos para el asma proporcionarían un efecto protector en estos pacientes contra el COVID-19.

Objetivos. Presentar una paciente con asma exacerbada (ABE) por COVID-19.

Material y métodos. Femenina, 7 años, RNT PAEG. Sibilante recurrente, dos internaciones IRAB + hipoxemia sin rescate viral. Mala adherencia al tratamiento controlador. Madre: rinitis alérgica y cuadros broncoobstructivos en infancia.

Comienza 72 horas previas a la consulta, con tos seca, hiporexia, afebril, sibilancias y dificultad ventilatoria progresivas, que, dada la situación de pandemia, maneja en domicilio, con salbutamol. REG, taquicárdica, taquipneica, palidez mucocutánea, toracodinia y disnea, tiraje subcostal, intercos-

tal, saturometría 86%. Auscultatoriamente, sibilancias, hipoventilación bilaterales a predominio derecho. Niega contacto con COVID 19, viaje al exterior. Con diagnóstico de ABE, se deriva a Sanatorio. Se activa protocolo para COVID-19. **Laboratorio:** GB 9500, neutrófilos 80%, plaquetas 355.000; Hto 38%, PCR 3.7, función renal normal, Glucemia 140 mg/dl; HMCx2 Negativo. **Radiografía de tórax:** infiltrado bilateral, consolidación en base derecha. PCR COVID-19: positivo 18/06/2020. **Tratamiento:** oxigenoterapia, salbutamol 200 µg cada 4 hs, meprednisona 1 mg/kg/d, antibioticoterapia, fluticasona 500 µg/d, montelukast 5 mg. Evoluciona favorablemente. Permanece 12 días internada.

Conclusiones. Los síntomas de COVID-19 pueden ser similares a un ABE. La presencia de fiebre podría ayudar a diferenciarlos. También otros síntomas: mialgias, faringitis, trastornos de gusto, olfato, gastrointestinales. Antecedente de historia de viaje o contacto estrecho. Dada la superposición entre ABE y COVID-19 y la conocida propagación comunitaria, es imperativo pesquisar el virus a todo niño con diagnóstico de ABE.

202032

CONJUNTIVITIS ALÉRGICA PERENNE Y QUERATOCONJUNTIVITIS VERNAL: CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS TRATADOS CON INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL CON ÁCAROS

Gonzalo Chorzepa.

Introducción. En la conjuntivitis alérgica perenne sin rinitis alérgica (CAP) y en la queratoconjuntivitis vernal (QCV) los síntomas oculares con frecuencia son desencadenados por exposición a alérgenos. El objetivo de este estudio fue evaluar la evolución a corto y medio término de la calidad de vida (QoL) en pacientes en tratamiento con inmunoterapia con ácaros para la alergia ocular.

Material y método. Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes afectados por CAP y QCV a los que se les prescribió inmunoterapia sublingual (ITSL) a ácaros en 2012-2014. Se incluyeron 13 pacientes (3 femeninos, 10 masculinos) de edad 8,49±2,54 años, 7 QCV y 6 CAP. Todos los pacientes estaban sensibilizados a ácaros del polvo doméstico. Se indicó ITSL por 3 años con OSIRIS HDM mix ALK (DP/DF), de 0,1 IR a 300 IR. La calidad de vida fue evaluada diariamente por el paciente y sus padres y calificada desde 0 (buena) a 10 (mala).

Resultados. La evaluación trimestral de QoL disminuyó en los 13 pacientes desde 2,36±1,24 en el trimestre 1 a 1,75±1,74 en el trimestre 8. En los pacientes CAP la QoL disminuyó desde 2,52±1,20 a 0,90±0,78 (p<0,001) y en los pacientes QCV fluctuó desde 2,23±1,36 a 2,49±2,05.

Conclusión. La ITSL a ácaros mostro un impacto positivo en la QoL diaria tanto en pacientes CAP como QCV. Se necesitan criterios adicionales como el número de consultas de rescate al oftalmólogo y el uso de esteroides tó-

picos para evaluar el impacto de la ITSL en la conjuntivitis alérgica. Aún en pacientes con CAP sin compromiso nasal, la conjuntivitis alérgica es una buena indicación para la ITSL.

202033

INMUNOTERAPIA ORAL CON ALIMENTOS, UN CAMBIO EN LA CALIDAD DE VIDA, NUESTRA EXPERIENCIA

Coomans V¹, Valverde F¹, Bozzola M¹, Figueroa Y², Giusti S³, Jalley S⁴, Obregón A⁵, Gutoski C⁶, Ondetti M⁷.

(1) *Alergia Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Británico de Buenos Aires.* (2) *Consultorio Medicina Familiar, Alianza Médica.* (3) *Servicio Neumonología, hospital Posadas.* (4) *Servicio de sanidad INCAES de Gendarmería Nacional.* (5) *IAP Instituto de Atención Pediátrica, Chaco.* (6) *Hospital Borratti, Posadas Misiones.* (7) *CAPs Eva Perón, Guernica, Buenos Aires.*

Objetivo. Presentar tres pacientes con alergia al huevo, IgE mediada, que recibieron inmunoterapia oral para su tratamiento con buenos resultados.

Introducción. La alergia al huevo (AH) es una reacción adversa inmunológica inducida por proteínas de este alimento, pueden ser IgE mediadas, mixtas, y no IgE. Las primeras se caracterizan por presentar desde eritema leve hasta anafilaxia. La AH es la más frecuente luego de la alergia a proteínas de leche de vaca. La prevalencia en la infancia va entre el 0,5% y el 2,5%. El tratamiento actualmente se basa en la dieta de eliminación. La inmunoterapia oral (OIT), mediante la desensibilización al huevo, surge como una opción terapéutica cada vez más fuerte.

Material y métodos. Pacientes pediátricos con alergia al huevo, con valores elevados de IgE específica. Dos de ellos (5 y 6 años de edad) con antecedentes de anafilaxia, el tercero con dermatitis atópica severa (8 años de edad). No se realizó desafío controlado en los dos pacientes con anafilaxia ya que está contraindicado, en el otro paciente sí se hizo prueba de desafío pero no la superó. Se decidió iniciar OIT con huevo. La dosis se inició fue de 0,1 g de proteína. La misma se fue duplicando cada 4 semanas, hasta llegar en los tres casos a los 3 g. Cada aumento de dosis se realizó en el hospital bajo supervisión médica y se mantuvo luego en el domicilio. Durante todo el proceso se realizó contacto con los pacientes. Como vehiculización se utilizaron muffins o chipa. En los tres casos el tratamiento duró un año. Actualmente los tres niños toleran huevo semicocido.

Conclusión. En los tres casos se planteó la OIT como tratamiento, ya que los riesgos de una exposición accidental aumentaban. La adquisición de tolerancia mejoró, así como la calidad de vida de los niños y sus familias.

Tabla 1. Tipos polínicos encontrados. Elaboración propia.

Árboles	Gramíneas	Hierbas
Acer	Poaceae	Artemisia
Betula		Asteraceae (excluyendo
Celtis		Ambrosia y Artemisia)
Cupressaceae		Chenopodiaceae/
Fraxinus		Amaranthaceae
Juglans		Cyperaceae
Ligustrum		Brassicaceae
Liquidambar		Rumex
Morus		Typhasp.
Olea		Typhalatifolia
Myrtaceae		Urticaceae
Nothofagus		
Tamarix		
Pinaceae		
Platanus		
Populus		
Prosopis		
Salix		
Ulmus		

Premio al Mejor Trabajo Libre presentado en formato Póster

202034

CUANTIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL POLEN EN EL AIRE EN LA CIUDAD DE TRELEW (CHUBUT)

Gabriel Fueyo¹, Laura Barrionuevo², Germán Ramón²

(1) *Centro Cardiológico Trelew.* (2) *Instituto de Alergia e Inmunología del Sur.*

El objetivo de este trabajo fue estudiar los pólenes anemófilos en la ciudad de Trelew, provincia de Chubut, entre agosto de 2019 y junio de 2020. La ciudad de Trelew está localizada en el Departamento Rawson a los 43° 14' de latitud sur y 65° 19' de longitud oeste. A una altura de 11 metros sobre el nivel del mar, en la zona denominada Valle Inferior del río Chubut (VIRCH) y con una superficie total de 249 km² de ejido y 16 km² urbanizados.

El conteo de polen se realizó con un dispositivo volumétrico de impacto tipo Rotorod M40©. Los datos son diarios y se expresan en granos de polen por metro cúbico de aire muestreado. A lo largo del período muestreado se encontraron los siguientes tipos polínicos que se observan en la **Tabla 1** (página anterior). De los tipos polínicos encontrados destacan las Chenopodiaceae/Amaranthaceae con un total de 2162 granos/m³ de aire muestreado en todo el período en estudio, Cupressaceae con 3804 granos/m³, Fraxinus con 2404 granos/m³, Poaceae con 1294 granos/m³ y Populus con 1761 granos/m³. Una característica llamativa de esta localidad es la presencia durante todo el año de muestreo de las Chenopodiaceae/Amaranthaceae, y no acotada a los meses de diciembre a marzo como se observa en otras estaciones polínicas.

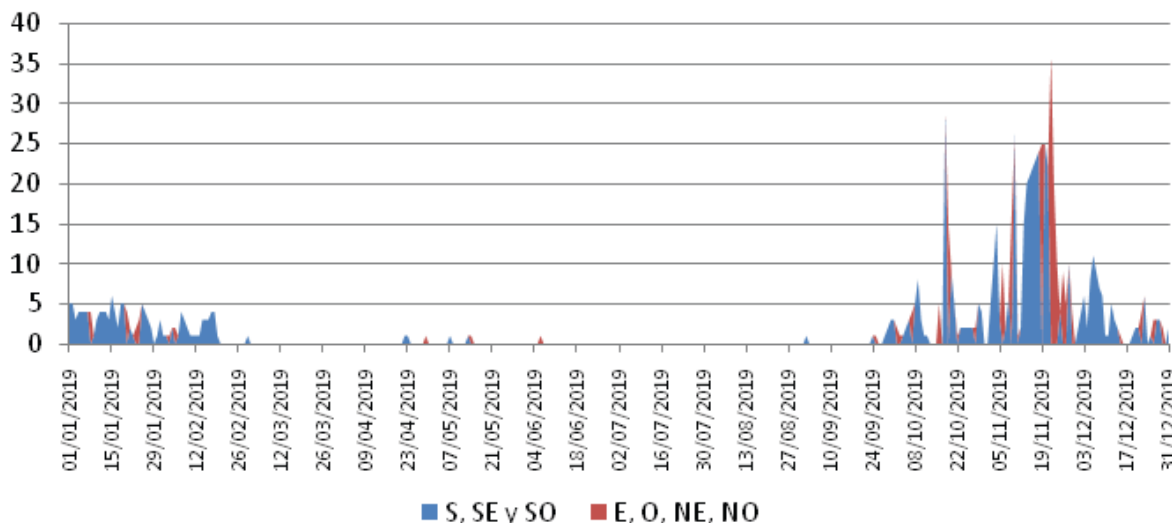


Figura 1. Poaceae (gr/m³) según vientos predominantes.

Teniendo en cuenta las especies más alergogénicas, puede concluirse que los períodos más riesgosos para los pacientes que presentan síntomas de polinosis causada por árboles son los meses de agosto a noviembre, para las Poaceae durante octubre y noviembre y para las hierbas durante los meses de enero a mayo. La extensión en este período se relaciona con la presencia de Chenopodiaceae/Amaranthaceae durante todo el período de estudio.

202035

INFLUENCIA DEL VIENTO EN LA PRESENCIA DE POLEN DE POACEAE EN EL AIRE DE BAHÍA BLANCA

Laura B. Barrionuevo¹, Germán D. Ramón¹, Graciela M. Benedetti², Valeria S. Duval².

(1) Instituto de Alergia e Inmunología del Sur, estación de polen de la AAAeIC. (2) Departamento de Geografía y Turismo, UNS.

El objetivo de este trabajo fue identificar la influencia de la dirección y velocidad del viento en la lluvia polínica de Poaceae durante el año 2019 en la localidad de Bahía Blanca. Esta ciudad está localizada en el sudoeste de la provincia de Buenos Aires (38° 43' S - 62° 15' O). Históricamente, los vientos dominantes provienen del Norte, Noroeste y Oeste con velocidades medias máximas de 70 km/h (Servicio Meteorológico Nacional, Argentina, 2014).

El conteo de polen se realizó con un dispositivo de impacto tipo Rotorod M 40©. Los datos son diarios y se expresan en granos de polen por metro cúbico de aire muestreado. Los

datos de viento fueron aportados por el Departamento de Geografía de la Universidad Nacional del Sur en convenio con la Bolsa de Cereales de Bahía Blanca.

Luego de analizar los datos, se observó que el viento predominante durante el año 2019 fue del sector Sur, Sureste y Suroeste (257 días). Durante el año se registró una ráfaga máxima de 127 km/h, el día 15 de agosto de 2019. Por otra parte, el conteo polínico durante el año 2019 fue menor en comparación a otros años con un máximo de sólo 36 g/m³ el día 22 de noviembre (**Figura 1**). Esto es teniendo en cuenta, por ejemplo, que se registró un valor de 122 g/m³ el día 7 de noviembre de 2018. La disminución en el aire de granos de Poaceae puede ser debida a la dirección del viento que fue predominantemente desde el estuario de la Bahía Blanca (sector sur) donde se presenta una escasa población de Poaceae.

Fuente: elaboración de los autores, 2020.

202036

¿ES UNA PACIENTE ALÉRGICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Araceli Obregón¹, Florencia Valverde², Victoria Coomans³, Silvana Giusti⁴, Yanina Figueroa⁵, Carmen Gutkoski⁶, Samanta Jalley⁷, Marcia Ondetti⁸.

(1) LAP, Instituto de Atención Pediátrica, Resistencia, Chaco, (2) CAPS 15, Municipalidad de Alte. Brown, Buenos Aires. (3) Hospital Británico, Buenos Aires. (4) Hospital Posadas, Buenos Aires. (5) Consultorio de Medicina Familiar, Alianza Médica, La Paz, Entre Ríos. (6) Hospital Boratti, Posadas, Misiones. (7) Servicio de Sanidad INSCAES de Gendarmería Nacional, Mercedes, Buenos Aires. (8) CAPS Eva Perón, Guernica, Buenos Aires.

Objetivo. Planteamos si nuestra paciente es alérgica.

Introducción. La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) es la alergia alimentaria más frecuente en menores de 5 años. Puede ser IgE mediada o no o mixta. La primera se caracteriza por dermatitis, urticaria, broncoespasmos, anafilaxia; las no mediadas presentan cuadros gastrointestinales que tienden a resolver a partir del año de vida. El diagnóstico se basa en el desafío controlado.

La urticaria es una reacción de piel con habones, prurito, de menos de 24 hs de duración. El 20% de los niños padece al menos un episodio. Mayormente son agudas, menos de 6 semanas. Las causas más frecuentes son infecciones, alimentarias, medicamentosas o picaduras de insectos; difícil identificar el origen. El asma es una enfermedad fenotípicamente heterogénea, de difícil diagnóstico en lactantes y niños pequeños; por la superposición de fenotipos, y limitación de biomarcadores específicos.

Material y métodos. Paciente derivada al consultorio de

alergia con diagnóstico de APLV, lactante sibilante y urticaria aguda en curso. Niña de 3 años de edad RNPT BPEG, cesárea, internación en neonatología, ARM. Presentó episodios de broncoespasmos recibiendo tratamiento sintomático y preventivo con flixotide de manera intermitente. Con antecedentes de RGE y deposiciones con estrías de sangre se inició alimentación con fórmula de aminoácidos, también en forma intermitente. Luego de procedimiento odontológico presentó urticaria aguda.

Conclusión. Abordaje de la paciente desde una perspectiva alérgica, buscamos confirmar o descartar diagnósticos presuntivos. Evaluando una marcha atópica o una niña con síntomas asociados a su prematurez. Presenta una urticaria aguda, analizaremos posibles causas no eludiendo el evento odontológico. Plantearemos una prueba de desafío con leche de vaca para confirmar o descartar el diagnóstico. Evaluaremos en el tiempo la recurrencia de cuadros obstructivos bronquiales y la necesidad de tratamiento preventivo.

REGLAMENTO Y NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

Archivos de Alergia e Inmunología Clínica (AAIC) publica artículos sobre Alergología, Inmunología Clínica o relacionados con ellas en su más amplio sentido. El pedido de publicación deberá dirigirse a secretaria@aaaic.org.ar.

El Comité Editorial se reserva el derecho de rechazar los artículos, así como de proponer modificaciones cuando lo estime necesario. El artículo enviado a AAIC para su publicación será sometido a la evaluación por la Secretaría de Redacción y de dos o más jueces que serán designados por el Editor, juntamente con el Consejo Editorial, que serán idóneos en el tema del artículo. Los árbitros se expedirán en un plazo menor de 45 días y la Secretaría de Redacción informará su dictamen de forma anónima a los autores del artículo, así como de su aceptación o rechazo. La publicación de un artículo no implica que la Revista comparta las expresiones vertidas en él.

AAIC considerará los manuscritos basándose en los "Requisitos Uniformes para Preparar los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas" Rev Panam Salud Pública 1998; 3:188-196.

A. Normativa común a todos los tipos de manuscritos

Formato. El único formato aceptado será electrónico en archivos tipo Word 6.0 o posterior con páginas diseñadas en tamaño carta o A4, con márgenes superior e inferior a 25 mm, e izquierdo y derecho a 30 mm. Preferentemente a doble espacio. Cada página debe estar numerada en forma consecutiva. Cada nueva sección del manuscrito deberá comenzar en una nueva página. El cuerpo del texto debe estar escrito enteramente en idioma español, a excepción de los campos especiales. Se debe cuidar la ortografía y el estilo del idioma. Se recomienda aprovechar las herramientas de los procesadores de texto para la revisión del manuscrito. El archivo correspondiente debe ser remitido al mail: secretaria@aaaic.org.ar.

El autor deberá contar con copia de todo lo que remita para su evaluación. Su inclusión en el sistema implica que los autores declaran la originalidad del manuscrito, que no infringe ningún derecho de propiedad intelectual u otros derechos de terceros, que no se encuentra bajo consideración de otra publicación, y que no ha sido previamente publicado.

Referencias. Se numeran consecutivamente según su orden de aparición en el texto. En el texto deben figurar como números arábigos entre paréntesis. El formato debe respetarse según la National Library of Medicine de Washington. Las abreviaturas de las publicaciones deberán realizarse según las utilizadas por el Index Medicus. La lista puede hallarse en <http://www.nlm.nih.gov/>

No se aceptará como referencia las comunicaciones personales (pueden aclararse en el texto), ni citas a resúmenes que no figuren en actas de la respectiva actividad científica.

Ejemplos. Los autores deben expresarse con su apellido seguido por las iniciales de los nombres. Para la lista de autores que superen el número de seis, se debe listar los primeros tres y agregar et al. *Obsérvense los signos de puntuación.*

- **Formato para artículos:** Parkin DM, Clayton D, Black RJ, et al. Título completo del artículo. Revista año; volumen: página de inicio-página de fin.
- **Formato para libros:** Ringsven MD, Bond D. Título del libro, edición, ciudad de edición; editorial; año.
- **Formato para capítulos:** Phillips SJ, Wishnant JP. Título del capítulo. En: Título del Libro subrayado, editores del libro en formato similar a los autores, edición, ciudad de edición: editorial; año: página de inicio-página de fin.
- **Formato para páginas Web:** Autores si los hubiere. Título o nombre de la página. Dirección completa de acceso al navegador precedida por <http://...>, mes y año de revisión.

Tablas. Formato permitido: tablas tipo Word. Las tablas deben completar y no duplicar el texto. Deben estar presentadas en páginas separadas, una tabla por página. Deben entenderse fácilmente. Se numerarán en números arábigos según el orden de mención. Se le colocará un epígrafe breve a cada tabla y se aclararán todas las abreviaturas en forma de pie de página, al final de la tabla. No serán aceptadas fotografías de tablas ni reducciones. Tendrán que estar en idioma español.

Gráficos. Los gráficos (barras o tortas) en blanco y negro deben ser legibles y claros, deberán estar realizados en formato Excel, independientemente de que se agreguen al texto del manuscrito. Las etiquetas de valores y las leyendas deben ser fácilmente legibles. Preferentemente se deben utilizar fuentes tipo Times New Roman o Arial (12 pts o más). Se prefieren etiquetas directamente en la gráfica más que en la leyenda. La primera letra debe ir en mayúsculas y el resto en minúsculas, no se aceptará todo en mayúsculas. El relleno de los gráficos de barra o de torta debe ser distintivo, evitando los sombreados. Los gráficos en tres dimensiones solo estarán reservados para cuando el gráfico presente tres coordenadas (x, y, z). Si se utilizan más de dos barras en un mismo gráfico, utilizar rellenos con líneas para un contraste adecuado. Si no se cuenta con originales generados por computadora, se puede enviar un juego de fotografías digitales.

Figuras. Un número razonable de figuras en blanco y negro serán publicadas libre de costo para el autor. Se deberán hacer arreglos especiales con el editor para figuras en color o tablas elaboradas. Las fotografías se deberán enviar en formato digital de 5 megapíxeles mínimo con nombre de ar-

chivo “figura” seguido del número correlativo de aparición en el texto, con extensión JPG (p. ej.: figura1.jpg). Se prefiere formato TIFF, independientemente que se agreguen al texto del manuscrito. Las figuras escaneadas deben ser realizadas con una definición de 300 dpi. Las figuras deben citarse en el texto y se numerarán en números arábigos según el orden de mención. El epígrafe deberá figurar en el cuerpo del texto al final del texto o de las tablas.

Las tablas, gráficos y figuras que se envíen en archivo aparte deberán tener como nombre de archivo la palabra “tabla”, “gráfico” o “figura” según corresponda.

B. Artículos originales

Deben describir totalmente, pero lo más concisamente posible los resultados de una investigación clínica o de laboratorio que sea original. Todos los autores deben haber contribuido en grado suficiente para responsabilizarse públicamente del artículo. El artículo deberá estar organizado de la siguiente manera:

Página del Título. El título debe ser conciso pero informativo. A continuación debe figurar el título en idioma inglés. Debe figurar el nombre y apellido de cada autor como así también el nombre de departamento e institución y los grados académicos. Debe constar la declaración de descargo de responsabilidad si las hubiere. Se debe explicitar el nombre, dirección, teléfono, fax y e-mail del autor que se encargará de la correspondencia y las separatas. Procedencia del apoyo recibido (becas, equipos, medicamentos, etc.). En la última línea de la página debe figurar un titilillo que no debe superar los 40 caracteres.

Página de Resumen (Abstract) y Palabras clave (Keywords). Tendrá una extensión máxima de 250 palabras. Se evitarán las abreviaturas a menos que sean de uso extendido en la especialidad (p. ej.: ICAM-1, IgE). Dada la importancia que tienen los resúmenes de los trabajos para su difusión nacional e internacional, los mismos se presentarán de manera estructurada que contendrá:

Los fundamentos o antecedentes (en inglés, background), son una puesta al día del estado actual del problema o sea, cuál es el problema que lleva al estudio. El objetivo (en inglés, objective), define cuál es el propósito del estudio. El lugar de aplicación o marco de referencia (en inglés, setting), delimita el entorno de realización. El diseño (en inglés, design), es el tipo de estudio realizado. La población (pacientes o participantes) (en inglés, population), conforma el material. El método (en inglés, methods), es la forma en que se realizó el estudio. Los resultados (en inglés, results), deben incluir los hallazgos más importantes. Las conclusiones (en inglés, conclusion), deben estar avaladas por los resultados. Se debe hacer hincapié en aspectos u observaciones nuevas.

En atención a la brevedad del resumen, se escribirá en forma puntual más que narrada.

A continuación deben figurar de 3 a 10 palabras clave o frases cortas clave con el fin de facilitar la inclusión del artículo en el repertorio nacional o internacional de bibliografía médica. Se pueden utilizar los términos de la lista MeSH (Medical Subject Headings) disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>. En hoja aparte se deberá adjuntar un resumen en idioma inglés (abstract) siguiendo los mismos lineamientos que para el realizado en español. Se sugiere un apoyo especial para aquellos que no dominen adecuadamente este idioma para no incurrir en errores gramaticales.

Abreviaturas y símbolos. Serán aclaradas la primera vez que se expresen en el texto. Los símbolos se anotarán, preferentemente, según las recomendaciones del Sistema Internacional. Cuando se escriban números enteros no se debe utilizar puntuación para indicar los millares, sino un espacio entre ellos. La puntuación se utilizará exclusivamente para la expresión de decimales.

Texto.

Introducción. Se debe expresar el propósito del estudio (objetivos) y el resumen del fundamento lógico. No se deben incluir datos ni conclusiones.

Métodos. Se debe describir claramente la selección de los sujetos y sus características epidemiológicas. Identificar los métodos, aparatos (nombre y dirección del fabricante) y procedimientos que permitan reproducir los resultados. Proporcionar referencias de métodos acreditados incluidos los estadísticos. Describir brevemente los métodos no bien conocidos o aquellos que han sido modificados.

Se debe nombrar la autorización del comité de ética institucional que aplique y la concordancia con la Declaración de Helsinki en su última adaptación.

En el caso de ensayos con medicamentos, se debe aclarar la aplicación del ICH (International Conference in Harmony) y de la resolución ANMAT vigente a la fecha de realizado el estudio. Si se trata de animales, nombrar si se cumplieron normas institucionales, de consejos nacionales o de leyes nacionales que regulen el cuidado y uso de animales de laboratorio. Describir los métodos estadísticos para verificar los datos presentados. Describir todos los procedimientos: aleatorización, abandono de protocolos, software (ej.: epi info).

Resultados. Se cuantificarán y presentarán con indicadores apropiados de error (ej.: intervalos de confianza). No depender sólo de p. Se debe seguir una secuencia lógica de los resultados obtenidos. No repetir en el texto los datos de cuadros ni ilustraciones. Limitar su número a las estrictamente necesarias. Solo destacar o resumir las observaciones importantes. Evitar el uso no técnico de términos estadísticos (ej.: muestra, azar, normal, significativo, etc.).

Discusión. Hacer hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellos o pertinentes para la investigación futura. No re-

petir lo expresado en otras secciones. Establecer nexos entre objetivos y resultados. Relacionar con los resultados de otros trabajos si se considera necesario. Explicitar las debilidades del trabajo.

Agradecimientos. Se incluirán aquellas instituciones o personas que han sido esenciales por su ayuda técnica, por apoyo financiero o por conflicto de intereses.

C. Comunicaciones rápidas

El Consejo Editor considerará artículos de no más de 5 hojas y dos tablas o figuras resumiendo resultados experimentales de excepcional importancia o urgencia, que requieran una rápida publicación. Los autores deberán identificar y justificar estos artículos en la carta de pedido de evaluación. El formato y características serán idénticos a los artículos originales. Si son aceptados, serán publicados a la brevedad. Los editores pueden elegir (luego de notificarlo) considerar estos artículos para su publicación regular.

D. Comunicaciones breves y reportes de casos

Casos interesantes por su rareza o comunicaciones científicas breves serán considerados para esta sección. Estos artículos deben contar con un título corto en español e inglés, no exceder las tres páginas y una tabla o figura. No deberán contar con más de 10 referencias que sean relevantes. No requiere resumen o abstract.

E. Cartas al Editor

Cartas cortas referidas a artículos publicados recientemente en AAIC y otros aspectos de particular interés para la especialidad, serán evaluados por el Consejo Editorial. Tendrá un pequeño título en español e inglés. Será precedida por el encabezado "Sr. Editor:" y deben contar con menos de 500 palabras, incluyendo datos breves en formato de tabla. Contará con un máximo de 5 referencias bibliográficas.

Si la carta es aceptada, en todos los casos el Consejo Editorial enviará copia de la carta al autor del artículo referido, dando oportunidad en el mismo número de edición de la carta, de contestar o comentar la consulta y/u opinión del autor de la carta, con las mismas limitaciones de extensión.

F. Artículos de revisión

Se aceptarán los artículos de revisión de temas concernientes a Alergia e Inmunología o a cualquier tema relacionado con la especialidad. Estos serán solicitados por el Consejo Editorial a autores específicos. Se otorgará prioridad a las revisiones relacionadas con aspectos controvertidos o relacionados con programas de Educación Médica Continua. Deben contar con menos de 20 carillas y con el número de referencias adecuadas para la importancia del tema. Se debe aclarar la metodología para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar los datos.

El formato será similar a la de los artículos originales, excepto que no contará con Material y Métodos ni Resultados. Se pueden utilizar subtítulos para lograr una mejor presentación didáctica.

G. Artículos de opinión

Los artículos de Opinión serán solicitados exclusivamente por el Consejo Editorial a autores específicos sobre temas de particular interés y/o debate.

H. Cesión de derechos

Modelo de Transferencia de derechos de autor

El/los autor/es transfieren la propiedad intelectual del artículo a *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica* en el caso de que el manuscrito sea publicado. El/los abajo firmante/s declaran que el artículo es original, que no infringe ningún derecho de propiedad intelectual u otros derechos de terceros, que no se encuentra bajo consideración de otra publicación y que no ha sido previamente publicado. El/los autor/es confirman que han revisado y aprobado la versión final del artículo.

I. Lista de control

- ☐ Carta de solicitud de presentación con la transferencia de los derechos
- ☐ Carta en caso de existir Conflicto de Intereses
- ☐ Manuscrito en formato Word
- ☐ Números de página en extremo superior derecho
- ☐ Doble espacio
- ☐ Nombre completo de los autores y sus grados académicos
- ☐ Afiliaciones institucionales y recursos de fondos (sponsorización)
- ☐ Dirección del Autor encargado de la Correspondencia (incluyendo e-mail)
- ☐ Titulillo (frase de menos de 40 caracteres que resuma al título)
- ☐ Resumen y Abstract (no más de 250 palabras)
- ☐ Lista de palabras clave y de Keywords
- ☐ Lista de abreviaturas y acrónimos
- ☐ Secciones iniciadas en páginas separadas
- ☐ Referencias a doble espacio en página separada, respetando formato
- ☐ Epígrafes a doble espacio en páginas separadas
- ☐ Figuras y fotos en formato digital compatible
- ☐ Tablas a doble espacio
- ☐ Nota de copyright

J. Declaración de privacidad

Los nombres y direcciones de correo introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.