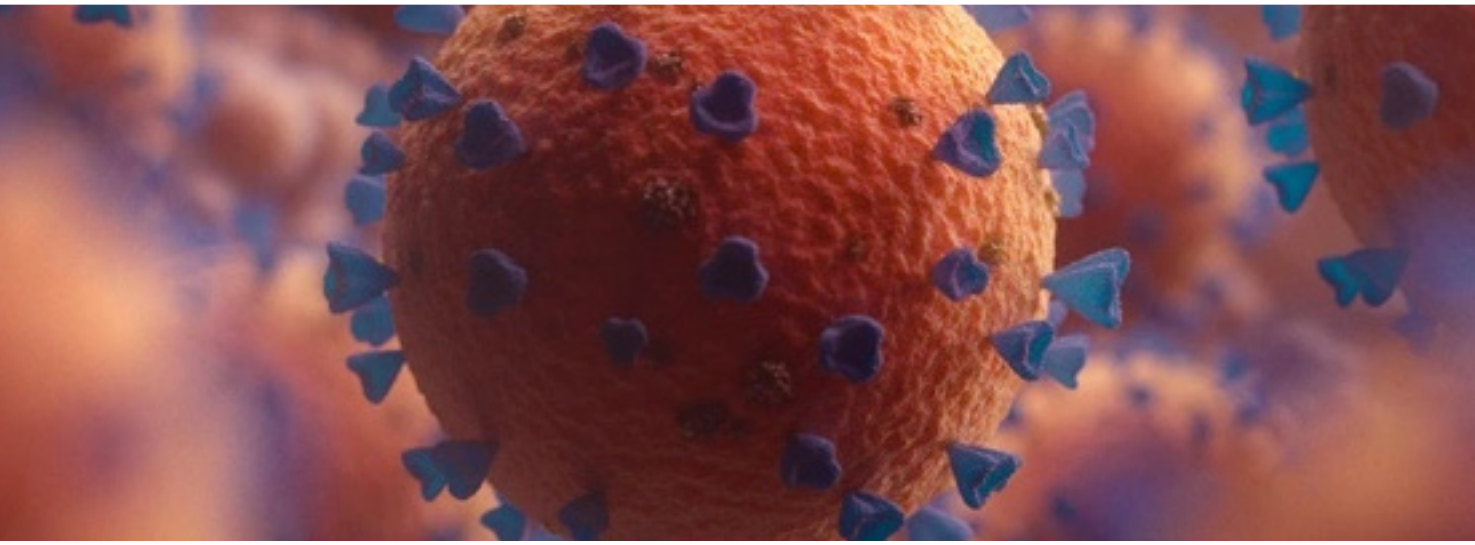
ISSN 2250-7531 ISSN en linea en tramite

Alergia e Inmunología Clínica

Año 2021 | Volumen 40 | Número 1



EDITORIAL
Los médicos en la posverdad
María C. Daraio

ARTÍCULO DE REVISIÓN
Vacunas COVID-19
Marta G. Santi, Alejandra Ferreyra

ADVERTENCIAS
Disfunción sexual persistente: antidepresivos y finasteride
Jorge S. Alvarez, Claudia Roitter

ARTÍCULOS ORIGINALES
Evolución clínica y uso de medicación en pacientes asmáticos tratados con inmunoterapia en un hospital polivalente
Fiorella Piatti, Marcela Ordóñez, Juan C. Muiño

Prevalencia relativa de anticuerpos IgG antigliadina deaminada e IgA antitransglutaminasa tisular en pacientes con síndrome antifosfolipídico
Mariana Casco, Marcela Demarchi, María A. Racca

Teatro espontáneo. Su efecto terapéutico
Virginia Aliaga

ARTÍCULO ESPECIAL
El médico y la ciencia
Luis Beaugé

CASO CLÍNICO
Anafilaxia por picadura de abeja y pánico en paciente no vidente. A propósito de un caso
Adolfo Blanco, Marcela Ordóñez, Vanesa Furlotti, María S. Pautasso

Publicación oficial de la
AAAIC

Publicaciones Latinoamericanas S.R.L.

Alergia e Inmunología Clínica

Año 2021 | Volumen 40 | Número 1

Comisión Directiva de la AAAIC
Período 2019-2021

Presidente
Juan Sebastián Croce

Vicepresidente
Marcela Ordóñez

Secretaría Científica
María José Irastorza

Secretaría de Actas y Biblioteca
Andrea Zanacchi

Secretaría de Prensa y Difusión
Laura Puentes

Secretaría del Interior
Liliana Scarponi

Tesorería
Gonzalo Blanes

Vocales
Gabriela Targi
Carola Vittar
Diego Majul

Comisión Revisora de Cuentas
Mónica Marocco (Titular)
Pedro Vucovich (Titular)

Junta Electoral
Olga Vázquez (Titular)
Jorge Saiel Álvarez (Suplente)

Comité Editor Revista

María Cristina Daraio
Alejandra Ferreyra
Diego Majul

AAAIC

Alergia e Inmunología Clínica

Publicación semestral. © Asociación de Asma, Alergia e Inmunología de Córdoba | ISSN: 2250-7531
Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones y otros sistemas de información presentes o futuros sin la autorización por escrito del titular del Copyright.
Propietario: Asociación de Asma, Alergia e Inmunología de Córdoba Tel/fax: +54 935 1857 1055 | E-mail: aaaicordoba@gmail.com | https://aaaic.com.ar/

PUBLICACIONES LATINOAMERICANAS S.R.L.

Producción editorial y gráfica

Publicaciones Latinoamericanas s.r.l.
Piedras 1333 | (C1240ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina
Tel/fax (5411) 5217-0292
E-mail: info@publat.com.ar | http://www.publat.com.ar

Frenaler®

DESLORATADINA

EFECTIVIDAD Y MÁXIMA SEGURIDAD
EN TERAPIA ANTIALÉRGICA

100 AÑOS 1921 · 2021

ROEMMERS

PRESENTACIONES

Frenaler: envases por 7 y por 14 comprimidos recubiertos. **Frenaler Jarabe:** envase por 60 ml.
Frenaler Cort: envase por 10 comprimidos recubiertos. **Frenaler Cort Jarabe:** envase por 60 ml.
Frenaler D: envase por 10 cápsulas de liberación prolongada.

CUANDO A UN LABORATORIO LE AGREGAS UN FIN SOCIAL, EL RESULTADO ES MUCHO MÁS QUE UN MEDICAMENTO.

Hace más de 50 años, un laboratorio público combina Compromiso, Calidad, Eficiencia y Transparencia con un Fin Social, mejorando la calidad de vida de muchas personas.

LABORATORIO DE HEMODERIVADOS
Universidad Nacional de Córdoba

Un laboratorio diferente.

www.unc-hemoderivados.com.ar

Sumario

Summary

Editorial / Editorial

009

Los médicos en la posverdad
Doctors in post-truth
María Cristina Daraio

Artículos de revisión / Review article

010

Vacunas COVID-19
COVID-19 vaccines
Marta Gabriela Santi, Alejandra Ferreyra

Advertencias / Cautions

015

Disfunción sexual persistente: antidepresivos y finasteride
Persistent sexual dysfunction: antidepressants and finasteride
Jorge Saiel Alvarez, Claudia Roitter

Artículos originales / Original article

017

Evolución clínica y uso de medicación en pacientes asmáticos tratados con inmunoterapia en un hospital polivalente
Clinical evolution and use of medication in asthma patients treated with immunotherapy in a polivalent hospital
Fiorella Piatti, Marcela Ordóñez, Juan Carlos Muiño

020

Prevalencia relativa de anticuerpos IgG antigliadina deaminada e IgA antitransglutaminasa tisular en pacientes con síndrome antifosfolipídico
Relative prevalence of IgG anti-deaminated gliadin and IgA anti-tissue transglutaminase antibodies in patients with antiphospholipid syndrome
Mariana Casco, Marcela Demarchi, María Agustina Racca

024

Teatro espontáneo. Su efecto terapéutico
Spontaneous theater. Its therapeutic effect
Virginia Aliaga

Artículo especial / Special article

027

El médico y la ciencia
The physician and the science
Luis Beaugé

Casos clínicos / Clinical cases

028

Anafilaxia por picadura de abeja y pánico en paciente no vidente. A propósito de un caso
Anaphylaxis due to bee sting and panic in blind patients. A case report
Adolfo Blanco, Marcela Ordóñez, Vanesa Furlotti, María Stella Pautasso

030

Manejo del paciente esplenectomizado. A propósito de un caso
Management of the splenectomized patient. A case report
María Stella Pautasso, Adolfo Blanco, Vanesa Furlotti, Marcela Ordóñez

032

Errores diagnósticos en el niño. A propósito de un caso
Diagnostic errors in children. A case report
María Cecilia Cavallo

Imágenes clínicas / Clinical images

034

Pólipo maxilar, más allá del límite óseo
Maxillary polyp, beyond the bone limit
Jorge Saiel Alvarez, Ignacio Jorge Alvarez

Obituario / Obituary

036

El Colorado
The Colorado
Jorge Saiel Álvarez

Reglamento de Publicaciones / Rules of Publications

037

Montpellier

en Antialérgica y Respiratoria

alerpriv LORATADINA — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

alerpriv D LORATADINA PSEUDOEFEDRINA — PRODUCTO EN PAMI

PAP Preserfar — **AsmaVitan** Montelukast — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

Bacticort Betametasona - Gentamicina — PRODUCTO EN PAMI

Bacticort Complex Betametasona • Gentamicina • Tolnaftato • Nistatina — PRODUCTO EN PAMI

Bactifren 500-750 Levofloxacina — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

Clarimax claritromicina — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

ClarimaxUD claritromicina — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

Excepto presentaciones Clarimax UD 1000

Corteroid Betametasona — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

Corteroid Retard Fosfato Disódico y Acetato de Betametasona — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

Crono Corteroid Betametasona (Fosfato Disódico) - Betametasona (Dipropionato) — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

Dioxadol Gotas: Dipirona-Paracetamol Jarabe y Comprimidos: Dipirona — *Excepto presentación frasco gotero* — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

Histamino Corteroid-L Loratadina + Betametasona — PRODUCTO EN PAMI

Novoalerpriv desloratadina — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

PEPTAZOL Pantoprazol 20 mg / 40 mg — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

ProAir Bronquial fluticasona - salmeterol — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

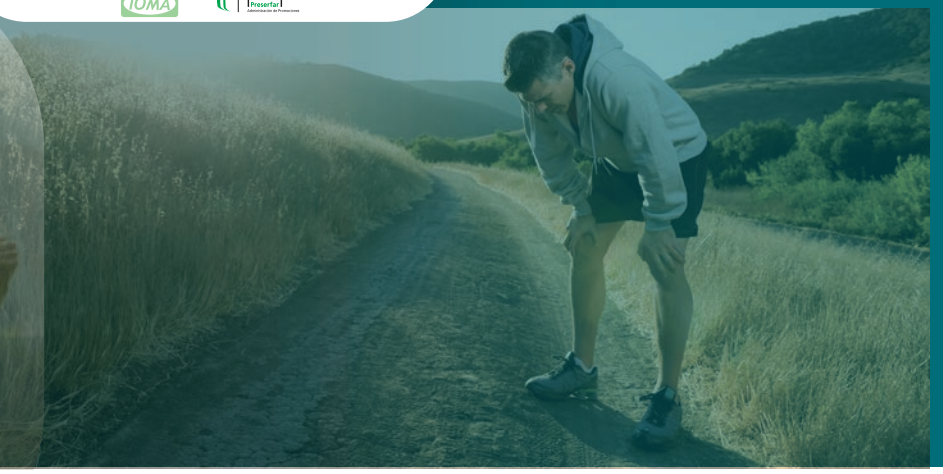
ProAir nasal fluticasona — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

UltraBiotic Duo Amoxicilina - Acido Clavulánico — PRODUCTO EN PAMI — Producto en IOMA

REFRIANEX Paracetamol-Pseudoefedrina-Bromhexina — PRODUCTO EN PAMI

NUEVO PRODUCTO — **NUBIBRON** TIOTROPIO — Producto en IOMA — PAP Preserfar

Refrianex Compuesto Paracetamol Pseudoefedrina Clorferiramina Bromhexina — PRODUCTO EN PAMI



Juntos para restablecer y preservar la salud de sus pacientes

·Calidad ·Tecnología ·Innovación ·Servicio ·Compromiso

Montpellier
TRADICIÓN Y FUTURO EN LA TERAPÉUTICA ARGENTINA
www.montpellier.com.ar

Sumario analítico

Analytic Summary

Editorial / Editorial

Los médicos en la posverdad 009

María Cristina Daraio

"No es un virus, es una bacteria..." "están usando el miedo como estrategia..." "el objetivo es romper los vínculos..." "las vacunas antigripales están contaminadas con coronavirus porque se hacen en el perro y el perro tiene coronavirus" [...]. Estas afirmaciones en boca de médicos de las más diversas especialidades (algunos de instituciones prestigiosas) le dan al discurso una apariencia de seriedad y verdad académica. La difusión de estos mensajes, verdadero terrorismo sanitario, está ampliamente garantizada por los medios de comunicación, incluso a través de carismáticos conductores de programas de radio y televisión de alcance masivo.

Artículo de revisión / Review article

Vacunas COVID-19 010

Marta Gabriela Santi, Alejandra Ferreyra

A fines del año 2019, un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2, causa un importante aumento de casos de neumonía en Wuhan (China), enfermedad que se propagó por todo el mundo obligando a la OMS, en febrero del año 2020 a declarar estado de pandemia. El desarrollo de las vacunas para el SARS-CoV-1 y el síndrome respiratorio de Oriente Medio facilitó el camino para el rápido desarrollo de la vacuna COVID-19. El principal objetivo de la vacuna SARS-CoV-1 y MERS fue la proteína de pico de superficie, también presente en la proteína análoga del SARS-CoV-2, uniéndose al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE 2) e, induciendo este la fusión de membrana, los anticuerpos se unen al dominio de unión al receptor (RBD) de la proteína espiga del SARS-CoV-2. De este modo se puede prevenir la unión a la célula huésped y neutralizar el virus, y este mecanismo es el objetivo en el desarrollo de las vacunas contra el COVID-19.

Advertencias / Cautions

Disfunción sexual persistente: antidepresivos y finasteride 015

Jorge Saiel Álvarez, Claudia Roitter

Diferentes fármacos indicados para distintas patologías, pueden influir en la función sexual, afectando el deseo, excitación y orgasmo con la correspondiente afectación en la calidad de vida. Se describe especialmente antidepresivos y finasteride. Considerar la importancia de comunicar al paciente estos posibles efectos.

Artículo Original Original article

Evolución clínica y uso de medicación en pacientes asmáticos tratados con inmunoterapia en un hospital polivalente 017

Fiorella Piatti, Marcela Ordoñez, Juan Carlos Muiño

Introducción. El asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias con limitación al flujo respiratorio. El objetivo principal del tratamiento es el control de los síntomas y la reducción del riesgo de exacerbaciones. La inmunoterapia con alérgenos específicos puede ser una opción de tratamiento en aquellos pacientes en que la alergia juega un rol importante.
Objetivos. Evaluar síntomas y uso de medicamentos en pacientes asmáticos, sensibilizados con aeroalérgenos, antes y después de un año de tratamiento con inmunoterapia subcutánea.

Resultados. Se analizaron 30 historias clínicas. El 66,7% de los pacientes disminuyó la severidad y el 33,3% no cambió; estos últimos corresponden a aquellos con menor severidad. El 43,3% bajó un escalón en cuanto a la medicación.

Conclusión. La inmunoterapia con alérgenos puede ser un tratamiento eficaz para lograr un buen control del asma y disminuir la necesidad de medicación.

Prevalencia relativa de anticuerpos IgG antigliadina deaminada e IgA anti-transglutaminasa tisular en pacientes con síndrome antifosfolipídico 020

Mariana Casco, Marcela Demarchi, María Agustina Racca

Introducción. Tanto el síndrome antifosfolipídico (SAF) como la enfermedad celíaca (EC) comparten manifestaciones clínicas como la hipercoagulabilidad, fenómenos trombóticos, manifestaciones neurológicas, abortos recurrentes, neonatos pequeños para la edad gestacional, restricción de crecimiento fetal e hiperprolactinemia. La preeclampsia es una de las complicaciones graves en SAF y en EC está en discusión su asociación. Los reportes de posible asociación entre estas patologías y/o anticuerpos comunes a ambas es escasa. En este estudio se utilizó la combinación IgA anti-transglutaminasa tisular/IgG antigliadina deaminada (IgA aTGt/IgG aGDP), la cual es recomendada como técnica de screening para EC, además de independizarse del nivel sérico de IgA total.

Resultados. Se calcularon las prevalencias de estos anticuerpos en SAF vs. grupo control: IgA aTGt (4,9% vs. 3,2%; p=0,680), IgG aGDP (3,3% vs. 8,1%; p=0,440) e IgA aTGt/IgG aGDP (1,6% vs. 1,6%; p=1,000), respectivamente; las prevalencias de estos anticuerpos en SAF con preeclampsia vs. control fueron: IgA

aTGt (9,1% vs. 3,2%; p=0,280), IgG aGDP (4,5% vs. 8,1%; p=1,000) e IgA aTGt/IgG aGDP (4,5% vs. 1,6%; p=0,458) respectivamente. En ninguno de los casos hubo asociación estadísticamente significativa.
Discusión. A pesar de la poca bibliografía sobre el tema, los resultados son concordantes con lo reportado. Sería conveniente seguir realizando estudios para comprender la presencia de anticuerpos de celiaquismo en pacientes con SAF y su posible participación en los mecanismos inmunopatogénicos de dicha patología.

Teatro espontáneo. Su efecto terapéutico 024

Virginia Aliaga

Generando un espacio cuidado y de confianza podemos escuchar las historias y los sentires de la gente, ayudándonos a entender quiénes son, qué necesitan, a qué le dan valor, qué les preocupa, de qué se sostienen.

El Teatro Espontáneo tiene efectos terapéuticos porque favorece el establecimiento de la comunicación. En los vínculos propicia un espacio de conocimiento propio de otros/as, estableciendo puentes y fortaleciendo lazos ya existentes. En un encuentro cuidado y respetuoso, las personas pueden detenerse para compartir con otros/as sus pequeñas historias de vida, mostrando que son parte de un lugar y de un mundo y así revalorizar sus vivencias.

Esas historias que son escuchadas con sensibilidad y empatía, buscan una devolución artística sustentada en una ética y una estética. Lo siniestro, patético y maravilloso del acto artístico.

Artículo especial / Special article

El médico y la ciencia 027

Luis Beaugé

El artículo analiza sucintamente las relaciones entre Arte –en el sentido de habilidad artesanal– Ciencia y Técnica como los indispensables requisitos para una excelente práctica médica.

Casos Clínicos Case reports

Anafilaxia por picadura de abeja y pánico en paciente no vidente. A propósito de un caso 028

Adolfo Blanco, Marcela Ordóñez, Vanesa Furlotti, María Stella Pautasso

La reacción anafiláctica por hipersensibilidad a picadura de himenópteros, en este caso Apis mellifera, causa una mortalidad ampliamente documentada. La reacción anafiláctica tiene su tratamiento específico y efectivo, y su inicio precoz es de vital importancia. La principal causa de mortalidad por anafilaxia a himenópteros es el comienzo tardío del tratamiento o la ausencia del mismo, debidos al ámbito extrahospitalario en el que generalmente ocurre. La inmunoterapia subcutánea específica es eficaz y segura en pacientes con hipersensibilidad a picaduras de himenópteros1, y es el único tratamiento que reduce o anula el riesgo de próximas reacciones severas. La certeza de la efectividad se demuestra con la reexposición a la inoculación del antígeno. En este caso, por las características particulares de la paciente, acudimos a la picadura en un ambiente controlado para registrar su efectividad.

Manejo del paciente esplenectomizado. A propósito de un caso 030

María Stella Pautasso, Adolfo Blanco, Vanesa Furlotti, Marcela Ordóñez

El bazo tiene la habilidad de prevenir infecciones por su capacidad de filtrar, opsonizar y fagocitar elementos bacterianos de la sangre. La ausencia anatómica del bazo es en la mayoría de los casos secundaria a resección quirúrgica, la cual se indica por causa traumática o debido a enfermedad subyacente. La asplenia congénita es posible, pero inusual. Los pacientes asplénicos tienen alto riesgo de sepsis por bacterias encapsuladas, siendo el Streptococcus pneumoniae el principal agente. Presentamos un caso de esplenectomía y revisamos las recomendaciones para la prevención de infecciones invasivas en pacientes asplénicos.

Errores diagnósticos en el niño. A propósito de un caso 032

María Cecilia Cavallo

La alergia a proteína del látex es una patología que presenta gran diversidad en su presentación clínica, con aumento en su prevalencia a nivel mundial. Es necesaria su sospecha clínica frente a patologías alérgicas tanto cutáneas como digestivas para un diagnóstico oportuno. Se presenta el caso clínico de una paciente de dos años de edad con alergia al látex y manifestaciones poco frecuentes.

Imágenes clínicas / Clinical images

Pólipo maxilar, más allá del límite óseo 034

Jorge Saiel Álvarez, Ignacio Jorge Álvarez

Paciente de sexo masculino de 45 años, derivado por síntomas compatibles con rinitis: rinorrea, obstrucción nasal derecha y presencia de un nódulo subcutáneo blando y depresible en región maxilar superior derecha. Se realizó TAC, que mostró solución de continuidad ósea en la pared anterior y la pared medial del seno maxilar derecho. Se practicó cirugía reparadora, sin recidivas hasta la actualidad.

Los médicos en la posverdad

Doctors in post-truth

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):9

"Lo que niegas te somete, lo que aceptas te transforma".
C.G. Jung

No es un virus, es una bacteria... están usando el miedo como estrategia... el objetivo es romper los vínculos... las vacunas antigripales están contaminadas con coronavirus porque se hacen en el perro y el perro tiene coronavirus... la cuarentena es un arresto domiciliario... la inmunidad de rebaño prolonga la pandemia... a la pandemia se la usa como factor de distracción para instalar el comunismo... vacunas que se basan en adenovirus como vectores y que al ser incorporadas alteran la genética del individuo... ozono, dióxido de cloro y peróxido de hidrógeno para tratar el SARS-CoV-2... la vacuna mata... esto es una infectadura... al virus hay que hacerle frente, no encerrarnos... el virus no fue aislado ni caracterizado... las virosis fortalecen el sistema inmune... etc. Estas afirmaciones en boca de médicos de las más diversas especialidades (algunos de instituciones prestigiosas) le dan al discurso una apariencia de seriedad y verdad académica.

La difusión de estos mensajes, verdadero terrorismo sanitario, está ampliamente garantizada por los medios de comunicación, incluso a través de carismáticos conductores de programas de radio y televisión de alcance masivo. ¿Qué es lo que hace que la gente necesite aferrarse a estos mensajes?

Daniel Feierstein, sociólogo investigador del Conicet, nos dice: "La idea de que cualquier opinión tiene el mismo valor sin necesidad de fundarse, lleva a que podamos elegir la realidad que más nos guste. Es un proceso de relativismo científico y moral. Viene de la mano de un posicionamiento fanático ante la realidad, que nos lleva a ignorar los datos y a sostener ideas maniqueas y simplistas". Luego agrega: "Ante realidades que nos angustian, el ser humano tiene dos sistemas de defensa: la negación y la proyección. A cualquier sujeto le resulta difícil aceptar la posibilidad de su muerte, de una enfermedad o simplemente la alteración de su vida cotidiana. Los mensajes optimistas no sirven si queremos hacer consciente a la población, ya que reafirma la negación".

Karen Douglas, profesora de psicología social en el Reino Unido, explica: "Las teorías conspirativas tienden a prosperar en tiempos de crisis, cuando la gente busca explicar eventos frustrantes, perturbadores o difíciles".

Terraplanistas, movimientos antivacunas, parecieran estar ganando un espacio cada vez más amplio en la sociedad. La OMS, alarmada por este movimiento antivacunas, en 2019 incluyó esta tendencia como una de las diez principales amenazas a la salud global. Por otra parte, solo en el año 2018 se registraron 140.000 muertes por sarampión en el mundo en individuos no vacunados.

Previo de la existencia de vacunas, la pandemia de 1918, mal llamada Gripe Española, provocó entre 20 y 100 millones de muertes en el transcurso de unos meses. Las medidas sanitarias tomadas 100 años después, entre ellas el advenimiento de las vacunas, minimizaron drásticamente esos números. Respecto de la actual pandemia por SARS-CoV-2, esta ya ha producido 3.490.000 muertes en diez y ocho meses (datos al 22/05/2021) con 140.000.000 casos documentados.

Ignorar el conocimiento que la ciencia nos brinda es volver al oscurantismo de la Edad Media, cuando la pretendida verdad y el poder estaban depositados en instituciones terrenales, reyes y señores feudales, mayoritariamente ignorantes, y también en espirituales con gran dominio terrenal. La inquietante problemática aquí esbozada, que se ha dado en llamar POSVERDAD, implica el fenómeno de construcción de *una verdad* sin fundamentos. Así, una excelente definición la cataloga como "circunstancias en las que hechos objetivos, son menos influyentes en la formación de la opinión pública, que la apelación a la emoción y la creencia personal". La frontera entre la verdad y la mentira se diluye y de esta manera se construye una nueva cultura que a su vez genera quiebres y fragmentaciones entre las personas con posturas fanáticas y estériles enfrentamientos.

El ignorar el conocimiento científico ¿será un intento para que la verdad esté en función de creencias e ideologías? ¿Qué es la ciencia sino la búsqueda de la verdad? Sabemos que la ciencia no lleva a la verdad absoluta, y por ende permanente, sino a la verosimilitud, o verdad temporaria. Con el avance de los conocimientos esta va cambiando, poco, algo, mucho o es drásticamente reemplazada por otra, pero siempre en base a hechos o nociones que explican mejor las interpretaciones previas de la realidad. Con esos conceptos la humanidad ha avanzado técnica y éticamente.

Como sociedad científica no podemos dejar de señalar esta problemática, particularmente en el contexto de la situación epidemiológica actual. Debemos estar advertidos ante estos movimientos que, con distintos disfraces, difunden confusión ignorando el conocimiento científico.

María Cristina Daraio
Editora Revista Alergia e Inmunología Clínica
mcdaraio@hotmail.com

Artículo de revisión

Vacunas COVID-19

COVID-19 vaccines

Marta Gabriela Santi[1], Alejandra Ferreyra[2]

Resumen

A fines del año 2019, un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2, causa un importante aumento de casos de neumonía en Wuhan (China), enfermedad que se propagó por todo el mundo obligando a la OMS, en febrero del año 2020 a declarar estado de pandemia. El desarrollo de las vacunas para el SARS-CoV-1 y el síndrome respiratorio de Oriente Medio facilitó el camino para el rápido desarrollo de la vacuna COVID-19. El principal objetivo de la vacuna SARS-CoV-1 y MERS fue la proteína de pico de superficie, también presente en la proteína análoga del SARS-CoV-2, uniéndose al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE 2) e, induciendo este la fusión de membrana, los anticuerpos se unen al dominio de unión al receptor (RBD) de la proteína espiga del SARS-CoV-2. De este modo se puede prevenir la unión a la célula huésped y neutralizar el virus, y este mecanismo es el objetivo en el desarrollo de las vacunas contra el COVID-19.

Palabras clave: *COVID-19, pandemia, inmunización, vacuna RNA, vacuna DNA, vacunas COVID-19.*

Abstract

In 2019, a new coronavirus, SARS-CoV-2, causes a significant increase in cases of pneumonia in Wuhan China, this disease spread throughout the world forcing the WHO, in February 2020, to declare a state of pandemic. Due to the development of the vaccines for SARS-CoV-1 and the Middle East respiratory syndrome, the development of the covid-19 vaccine increased. The main target of the SARS-CoV-1 and MERS vaccine was: the surface spike protein also present in the Analogous protein of SARS-CoV-2 by binding to the receptor for angiotensin converting enzyme 2 (ACE 2) and inducing membrane fusion, the antibodies bind to the receptor-binding domain (RBD) of the spike protein of SARS-CoV-2 and can prevent binding to the host cell and neutralize the virus. This mechanism being the objective in the development of vaccines against covid-19.

Keywords: *COVID-19, pandemic, immunization, RNA vaccine, DNA vaccine.*

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):010-014

Introducción

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una de las intervenciones sanitarias más efectivas en cuanto a prevención desde 1974.

Hace 19 años, la última semana de abril fue declarada la SEMANA MUNDIAL DE LA INMUNIZACIÓN por la OMS, permitiendo que 6 enfermedades prevenibles fueran erradicadas de América. Este año el foco está puesto en evitar las complicaciones graves de la COVID-19.

Desarrollo de una vacuna

Desarrollar una vacuna es un proceso que lleva de 10 a 15 años, involucra a organizaciones públicas y privadas, con procesos reglamentados y estandarizados. Desde principios del siglo XX, tras algunos eventos desafortunados con ensayos de vacunas contra la poliomielitis, viruela y difteria, cada país cuenta con organismos reguladores y supervisores, tal como la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA) o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), regidas por un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud. En nuestro país, si bien en 1953 se creó el primer Reglamento Alimentario, recién en 1992 se unificaron las actividades regulatorias en un solo ente, la ANMAT, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Antes de autorizar la administración de una vacuna, su desarrollo se somete a distintos ensayos a fin de asegurar su **eficacia** (capacidad para producir el efecto deseado) y **eficiencia** (concepto referido al rendimiento de los medios y desarrollo para conseguir el objetivo).

El puntapié inicial lo da la identificación del antígeno capaz de provocar respuesta inmune. Esta fase de investigación básica se desarrolla íntegramente en el laboratorio, y dura entre 2-4 años.

Las etapas preclínicas (1-2 años) corresponden a estudios en cultivos celulares y pruebas en animales, evaluando la capacidad inmunógena y seguridad de la vacuna. Si la respuesta es la adecuada y se muestran elementos de seguridad que permitan prever resultados favorables en humanos y estimar las dosis iniciales, se continúa hacia la fase clínica con controles de seguridad y eficacia, cada vez más rigurosos a medida que se progresa en el desarrollo. Generalmente involucran a sectores privados, quienes deben presentar la solicitud de investigación a los entes gubernamentales correspondientes, justificando la necesidad y explicando los procesos y resultados obtenidos a la fecha, dependiendo de su autorización para proseguir el desarrollo.

Seguidamente se inician estudios clínicos en humanos**.** La **fase I,** en pequeños grupos de voluntarios, sanos, adultos jóvenes (aun si está dirigida a niños), es abierta y tiene como objetivo evaluar la seguridad y determinar tipo y alcance de la respuesta inmunológica. La **fase II**, con ensayos aleatorios y controlados, abarca a un grupo más amplio de personas con las mismas características de la población objetivo, algunos de los cuales pueden pertenecer a grupos de ries-

1. Especialista en Infectología.
2. Especialista en Alergia e Inmunología.

Correspondencia: *Marta G. Santi. infectologia.martasanti@gmail.com*

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Recibido: 27/03/2021 | Aceptado: 19/05/2021

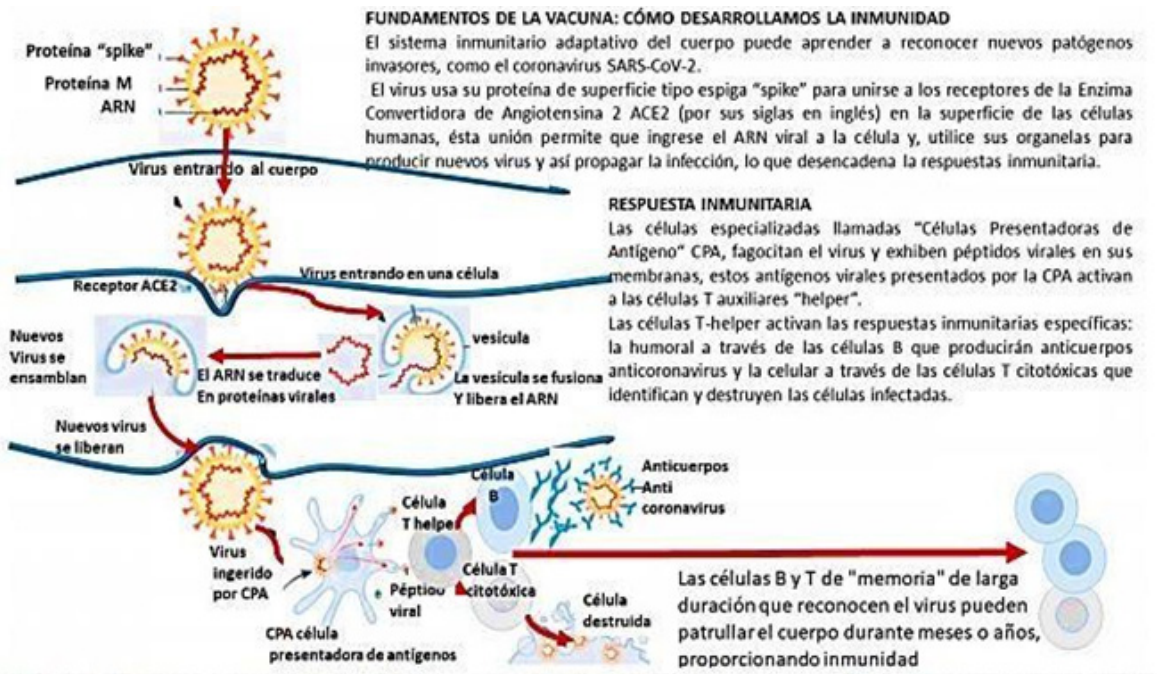


Figura 1. *Esquema simplificado del desarrollo de inmunidad que se pretende alcanzar con una vacuna. Tomado de: Sterin Prync AE. Vacunas para SARS-CoV-2, diferentes estrategias de los desarrollos en curso. Rev Hosp Ital B Aires 2020;40(2):63-75.*

go de la enfermedad a prevenir, amplían conocimientos de la etapa anterior, además de dosis propuestas, método de aplicación y programa de vacunación. Aquellas que avancen, se aplican (**fase III**) a poblaciones aleatorias en doble ciego, lo cual permite demostrar efectos secundarios poco usuales y prueba la eficacia en cuanto a prevención, producción de anticuerpos u otro tipo de respuesta inmunológica relacionada. Esta fase III generalmente se realiza en muchos países, en varias localidades, para validar la eficacia en diferentes grupos poblacionales. Aun superadas estas fases, todas son supervisadas en el momento de su fabricación, almacenamiento y distribución.

En ocasiones pueden continuarse los ensayos en la **fase IV** para proporcionar información adicional y otros posibles usos.

Posteriormente se someten a los controles de eficacia y seguridad previas a la autorización de los entes regulatorios, quienes posteriormente deben continuar el seguimiento estricto mientras esté vigente su uso.

Los sistemas nacionales de farmacovigilancia recogen las notificaciones voluntarias de efectos adversos que se atribuyen a vacunas. En nuestro país, y dependiente de la ANMAT, funciona el registro ESAVI (efectos adversos supuestamente atribuidos a vacunas e inmunización).

Promover una nueva vacuna puede responder al objetivo de proteger a la población de alguna enfermedad, introducir una nueva formulación de una vacuna preexistente, o una combinación que permita que vacunas individuales sean aplicadas en el mismo momento, o a un preparado con nueva vía de administración, todo dependiendo de los posibles efectos secundarios, ampliación en la cobertura o facilidad en la administración. La decisión de agregarla al Calendario Anual de Inmunizaciones se basa en principios dictados por el SAGE (Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunizaciones) dependiente de la OMS.

Las vacunas contra la COVID-19 no escapan a las rigurosas normas dispuestas por los organismos internacionales y nacionales. En los ensayos se han incluido a personas de una amplia gama de edades, de ambos sexos y de distintos orígenes étnicos, e incluso a quienes presentan enfermedades, donde los resultados indicaron alta efectividad y seguridad en todos los grupos poblacionales.

En vista de la situación actual, parecen ser nuestra solución. En 2020, líderes mundiales, gobiernos, organizaciones sanitarias y filántropos pusieron en marcha el **ACT** (*Acelerador* ACT), marco de colaboración para el desarrollo y producción de pruebas diagnósticas, tratamientos, vacunas contra la COVID-19, y el acceso equitativo a los mismos. La OMS se centra en el acceso y la asignación justa y equitativa. La mayoría de los programas de inmunización focalizan en la protección de personal sanitario, adultos mayores, personas con factores de riesgo, con requerimiento de 2 dosis del mismo producto para la cobertura óptima, aunque puede variar según las nuevas evidencias que se presenten.

El objetivo de las vacunas contra COVID-19 es generar una respuesta inmune para bloquear el virus o eliminarlo sin causar enfermedad. La inmunidad protectora contra el SARS-CoV-2 está integrada por la respuesta inmunitaria humoral (anticuerpos neutralizantes) e Inmunidad celular (proliferación de células T CD4 y CD8). Esta acción inmunológica induce anticuerpos contra la proteína S del virus[1] (**Figura 1**).

Existen diferentes estrategias o plataformas que se utilizan para el desarrollo de vacunas COVID-19:

1. **Vacunas inactivadas.** Se producen cultivando el virus SARS-CoV-2 en cultivo celular y luego se inactiva con formaldehído o calor perdiendo su capacidad de replicación.
2. **Vacunas vivas atenuadas**. Se realiza mediante el desarrollo de versiones debilitadas genéticas del virus. Actualmente en estudio.
3. **Vacunas de proteínas recombinantes.** Están compuestas por proteínas virales que se han expresado en uno o varios sistemas
4. **Vacunas de vector replicación incompetente**. Estas vacunas utilizan un vector de virus diferente que ha sido diseñado para no replicarse, pero para expresar la proteína viral.

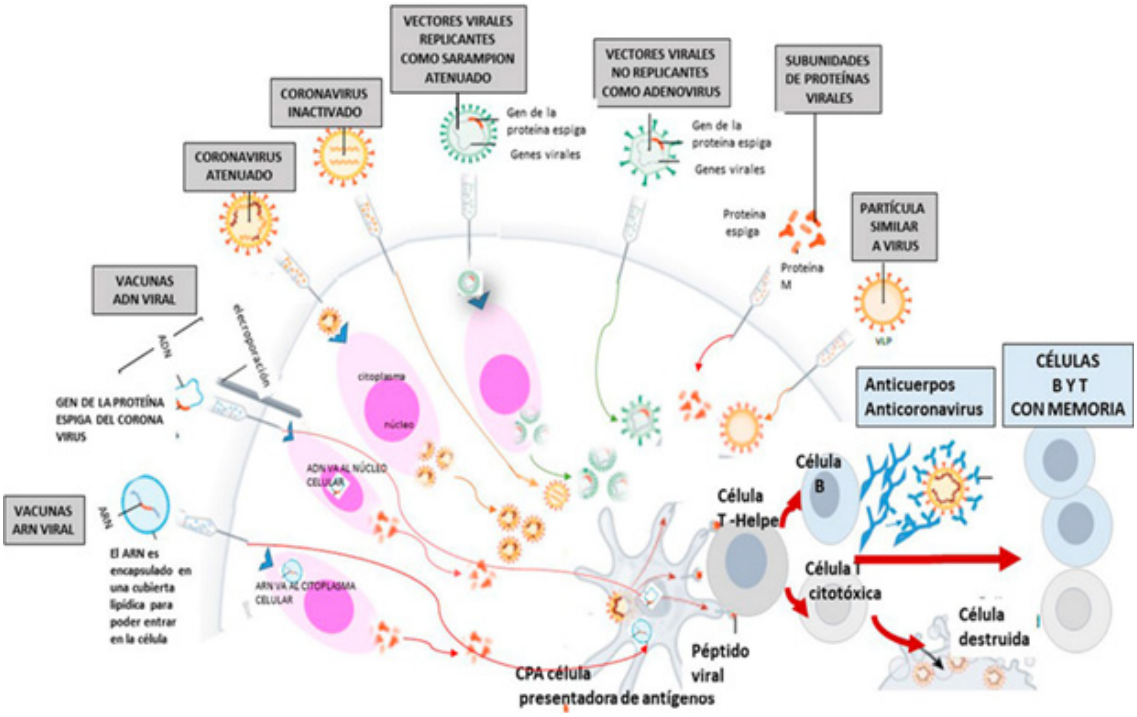


Figura 2. *Esquema representativo de las diferentes estrategias y plataformas vacunales en curso, resumen del mecanismo de acción de las diferentes estrategias en desarrollo. Tomado de: Sterin Prync AE. Vacunas para SARS-CoV-2, diferentes estrategias de los desarrollos en curso. Rev Hosp Ital B Aires 2020;40(2):63-75.*

5. **Vacunas de vector con capacidad de replicación**. Derivan de cepas de virus atenuados; dan una respuesta más fuerte.
6. **Vacunas con vectores de virus inactivados.** Estos vectores son más seguros porque no pueden replicarse en el huésped inmunosuprimido.
7. **Vacunas ADN.** Contienen ADN plasmídico, debiendo ingresar al núcleo para ser transcripta por el ARNm, generar la proteína y lograr una respuesta inmune[2].
8. **Vacuna ARN.** Son las primeras para el virus SARS-CoV-2 y representan un enfoque nuevo. El ARNm con nucleótidos modificados está formulado en nanopartículas lipídicas que posibilitan la entrada del ARN no replicante a las células huésped para dirigir la expresión transitoria del antígeno S del SARS-CoV-2. El ARNm codifica una proteína S anclada a la membrana y de longitud completa con 3 mutaciones puntuales en la hélice central. La mutación de estos dos aminoácidos a prolina bloquea la proteína S. La vacuna genera respuesta tanto de anticuerpos neutralizantes como de inmunidad celular. Por este mecanismo actúan las vacunas de laboratorios Pfizer/BioNTech y Moderna, autorizadas por la unión Europea en febrero 2021, no disponibles por ahora en Argentina[3].

Actualmente en nuestro país se están aplicando 3 de las vacunas disponibles y autorizadas para el uso, a saber:

Sputnik V Gam-COVID-Vac

Plataforma. En base a adenovirus recombinante, esto es, un virus modificado genéticamente. Es el virus del resfrío común. Se corta la secuencia de ADN por lo cual pierde su capacidad de replicarse y causar enfermedad. Del virus SARS-CoV-2 se extrae la información que codifica para la proteína S o *spike,* que es la que se une al receptor ACE 2 en la célula humana, y se fusiona al material genético del ADN recombinante. Al inocularlo mediante la vacunación se une al receptor, se internaliza en un endosoma, se libera la información genética, llega al núcleo, no se integra a nuestro ADN, queda como episoma, se transcribe y se forma un ARNm que sintetiza la proteína *spike* dentro del citoplasma y se presenta en la superficie celular unida al CMH tipo 1. Allí lo presenta a los LT CD8. Otros fragmentos salen de la célula e impactan otras células presentadoras de antígenos (CPA) que presentan los antígenos en el contexto del CMH tipo II a los LT CD4 que liberan IFNγ, IL2 y FNT, o sea citoquinas tipo Th1. Estas estimulan a las CPA, a los LB para que se transformen en células plasmáticas formadoras de anticuerpos específicos antiproteína S (anti-RBD). Se logra así una respuesta humoral y celular con linfoproliferación de CD8 y CD4, y aumento de IFNα.

Origen. Rusia. Centro Nacional de Epidemiología y Microbiología Gamaleya.

Dosis. Dos componentes. La primera con rAd26 y la segunda con rAd5 (2 diferentes tipos de adenovirus recombinante)

Frecuencia entre componentes: Veintiún días.

Eficacia determinada en ensayos preliminares: 91,6%.

Almacenamiento: –18°C.

Contraindicaciones. Hipersensibilidad a cualquier componente; enfermedades agudas graves o exacerbación de enfermedades crónicas. La segunda dosis no debe aplicarse en pacientes con reacción anafiláctica con la primera dosis.

Precauciones. Enfermedad febril aguda grave; trombocitopenia y trastornos de la coagulación; epilepsia no controlada u otro trastorno neurológico progresivo.

Covishield Oxford-AstraZeneca

Plataforma. Vector viral no replicativo* (adenovírus recombinante de chimpancé). Producido mediante técnicas de re-

TABLA 1. Eventos relacionados.

	Sputnik	Covishield	Sinopharm
Fiebre, mialgias, artralgias, astenia	8210 (33,25)	602 (33,15)	8 (3,8%)
Cefaleas, mialgias, artralgias, astenia	9497 (38,1%)	992 (44,6%)	54 (25,7%)
Fiebre	2065 (8,3%)	71 (3,89%)	19 (9,04%)
Reacciones parestésicas y/o adenopatías locales	2306 (9,3%)	43 (2,36%)	8 (3,8%)
Alergia leve/moderada	362 (1,46%)	19 (10,4%)	23 (10,9%)
Anafilaxia	5 (0,02%)		1 (0,47%)
Odinofagia		5 (0,27$)	
Trombocitopenia inmune		2 (0.008%)	
Síntomas gastrointestinales con o sin fiebre	1447 (5,98%)	30 (1,64%)	14 (6,6%)

TABLA 2. Eventos indeterminados.

	Sputnik	Covishield	Sinopharm
Síndrome de Guillain Barré	1 (0,004%)		
Anafilaxia	1 (0,004%)	1 (0,47%)	1 (0,47%)
Ansiedad por vacunación	147 (0,59%)	8 (0,43%)	21 (10%)

combinación de ADN que expresa la proteína S del SARS-CoV-2 para generar la respuesta inmunológica tanto celular como humoral.
Contiene: L histina, hidrocloruro de L histina, cloruro de magnesio, hexahidrato, polisorbato 80, etanol, cloruro de sodio, edetato disódico.
Origen. *Serum Institute*, India, en colaboración con la Universidad de Oxford y AstraZeneca en el contexto de una transferencia de tecnología.
Dosis: dos
Frecuencia entre dosis: 8-12 semanas
Eficacia determinada en ensayos preliminares: 76% luego de la segunda dosis.
Almacenamiento: 2°C a 8°C. Más estable, no necesita ultracongelación.
Contraindicaciones. Hipersensibilidad a cualquier componente. Contraindicación para la segunda dosis: reacción anafiláctica con la primera dosis.
Precauciones. Enfermedad febril aguda grave; trombocitopenia y trastornos de la coagulación[5].

Sinopharm

Plataforma. Virus inactivado. Esta tecnología se usa desde 1950 en vacunas contra la polio, rabia y hepatitis A. Sus efectos ya son conocidos. Se aísla el virus, se lo replica en células VERO. Se lo inactiva con βpropiolactona, que permite que el virus pierda la infectividad conservando la inmunogenicidad y generando respuesta inmune no solo a la proteína de pico sino también a otros componentes del virus.
Origen. Beijing Institute of Biological Products, República Popular China.
Dosis: 2
Frecuencia entre dosis: 21- 28 días
Eficacia: 79,34% después de 14 días de la segunda dosis.
Almacenamiento: 2°C a 8°C
Contraindicaciones. Hipersensibilidad a cualquier componente; exacerbación de enfermedades crónicas, que impliquen

TABLA 3. Error programático.

	Sputnik	Covish'd	Sinopharm
Administración previa de plasma	1 (0,004%)		1 (0,47%)
Componente 2 como 1ª dosis	8 (0,32%)		
Embarazo	10 (0,04%)		
Error en zona de aplicación	3 (0,01%)		
Vacunación sin respetar intervalo	2 (0,1%)		
Lactancia	10 (0,04%)		
Edad de administración			46 (21,9%)
Doble dosis			1 0,47(%)
Otros *	290 (%)		4 (1,9%)

**: COVID-19 activo previo a la vacunación, inmunosuprimido, no respetaron intervalo mínimo, coadministración con otra vacuna, embarazo y lactancia previa autorización, etc.*

TABLA 4. Eventos no relacionados con la vacunación (coincidentes).*

	Sputnik	Covishield	Sinopharm
	166 (0,67%)		
COVID 19			1 (0,47%)

**: Traumatismo de cráneo previo a la vacunación; faringitis; infección aguda COVID-19, muerte súbita origen cardiológico, herpes zoster, hiperglucemia, tromboembolismo pulmonar, hipertensión arterial, infección urinaria, epistaxis, hematuria, síndrome de Guillain Barré, síndrome coronario agudo, cataratas, cólico renal, epilepsia, atelectasia, neumonía adquirida en la comunidad, radiculopatía por compresión medular.[7].*

compromiso del estado general. **Contraindicación para la segunda dosis:** reacción anafiláctica con la primera dosis.
Precauciones. Enfermedad febril aguda grave; trombocitopenia y trastornos de la coagulación; epilepsia no controlada u otro trastorno neurológico progresivo.

En el 10° Informe de Vigilancia de Seguridad en Vacunas (2 de abril de 2021) realizado por profesionales de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) en conjunto con la Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (CoNaSeVa) dependientes del Ministerio de Salud de la Nación, se reportan 26.721 Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunas e Inmunizaciones (ESAVI) posteriores a la vacunación tras la aplicación de 2.541.362 dosis (Sputnik V 1.450.974; Covishield 519.384 y Sinopharm 571.004) registradas en el Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac) hasta el 16 de marzo de 2021. El 99,2% de los eventos fueron leves y moderados y el 0,73% necesitó internación[6] **(Tablas 1, 2, 3 y 4)**.
No concluyentes. Sputnik: pericarditis aguda, aborto del 1er trimestre 2 (0,008%).
Sin datos clínicos. Sputnik: 124 (0,5%). Covishield: 6 (0,32%). Sinopharm: 2 (0,95%).
En análisis: Sputnik: 123 (0,5%). Covishield: 34 (1,86%). Sinopharm: 7 (3,3%).

Consideraciones especiales

Desde la DiCEi se han descripto los lineamientos técnicos para cumplir correctamente con la campaña de vacunación de este año. Las personas a vacunar se priorizarán según el riesgo de exposición y función; el riesgo de enfermedad grave; y según los criterios de vulnerabilidad. La vacunación en grupos de riesgo (personas que viven con VIH, pacientes trasplantados de órganos sólidos o en lista de espera) se mantienen en consideración según el nivel de exposición y el grado de riesgo, individualizando cada caso y valorando el beneficio que puede ofrecer.

En caso de personas que cursen infección aguda por COVID-19, se recomienda postergar la aplicación de la primera dosis, entre 3-6 meses posterior al alta clínica. En aquellos que han padecido la enfermedad, actualmente se recomienda diferir la aplicación 3-6 meses posteriores al alta, según la evidencia de la baja tasa de reinfecciones y la disponibilidad limitada de vacunas. Aquellos con exposición conocida a casos confirmados, deben aplazar la vacunación hasta finalizar el período de aislamiento[8].

La administración conjunta con otras vacunas del Calendario Nacional de Vacunación no ha sido evaluada. Por lo tanto, se recomienda diferir 14 días la aplicación de otras, salvo potencial riesgo (tétanos, rabia, etc.).

Aquellos que han recibido plasma de convalecientes o anticuerpos monoclonales como parte del tratamiento, se recomienda posponer la aplicación hasta 90 días. No se dispone de datos sobre la intercambiabilidad entre las diferentes vacunas contra la COVID-19, por lo que, a la fecha, se recomienda completar el esquema con la misma vacuna que se inició.

Las vacunas ChAdOx1-S (como AstraZeneca y Covishield®), corresponden a la misma vacuna elaboradas por transferencia de tecnología de distinto laboratorio productor. Por lo cual, en esa situación, no se trataría de "intercambiabilidad de productos" sino de productores, lo que permite combinarlas en su utilización.

Estas recomendaciones quedan sujetas a actualización a medida que se disponga de más información.

Bibliografía

1. *https://www.intramed.net/98021*
2. *https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna*
3. *https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and.SectionName=Immune+responses+following+infection&search=vacuna+covid.&topicRef=129849&anchor=H1575856513&source=see_link#H1575856513*
4. *https://www.seicap.es/informe-de-farmacovigilancia-vacunas-covid-19-2-_95841.pdf*
5. *https://sputnikvaccine.com/esp/*
6. *http://www.sinopharm.com/en/s/1395-4173-38923.html*
7. *https://www.seruminstitute.com/product_covishield.php*
8. *https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19*

Disfunción sexual persistente: antidepresivos y finasteride

Persistent sexual dysfunction: antidepressants and finasteride

Jorge Saiel Álvarez[1], Claudia Roitter[1]

Resumen

Diferentes fármacos indicados para distintas patologías, pueden influir en la función sexual, afectando el deseo, excitación y orgasmo con la correspondiente afectación en la calidad de vida. Se describe especialmente antidepresivos y finasteride. Considerar la importancia de comunicar al paciente estos posibles efectos.

Palabras clave: *disfunción sexual.*

Abstract

There are various drugs indicated for different pathologies that can influence sexual function affecting desire, excitement and orgasm with the corresponding effect on quality of life. Antidepressants and finasteride are especially described. It is important to communicate these possible effects to the patient

Keywords: *sexual dysfunction.*

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):015-016

Varios grupos de fármacos pueden afectar la función sexual: antihipertensivos, antidepresivos, antipsicóticos y antiandrógenos, entre otros[1]. También las drogas de uso más común (alcohol, cocaína y otros estimulantes y alucinógenos) son causas frecuentes de problemas sexuales.

Fármacos y drogas pueden afectar el deseo, la excitación y/o el orgasmo. La falta de deseo, de lubricación en mujeres, la disfunción eréctil y la eyaculación prematura, retrógrada o ausente en hombres, la anorgasmia y el dolor en los genitales afectan tanto a quien los usa como a su pareja.

Son efectos adversos que suelen desaparecer al retirar el fármaco, pero en algunos casos los síntomas pueden persistir, incluso años después de suspenderlos.

Los antidepresivos, ya sean tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), o de serotonina y noradrenalina (ISRNA) o los inhibidores de la MAO (IMAO), con frecuencia están asociados a problemas sexuales adicionales.

En una revisión sistemática de ensayos clínicos y estudios observacionales con cuestionario específico sobre sexualidad en pacientes en monoterapia (excepto benzodiacepinas), la prevalencia fue de 25% (mirtazapina, fluvoxamina) a 70-80% (sertralina, venlafaxina, citalopram, paroxetina, fluoxetina); escitalopram, duloxetina, imipramina o fenelcina mostraron prevalencias intermedias.

En el conjunto de los grupos placebo la incidencia fue de 14%. Con todos los fármacos se registró inhibición del deseo, la excitación y el orgasmo, sin grandes diferencias entre ellos[2]. Igualmente, se debe tener en cuenta que las incidencias estimadas en diferentes estudios y revisiones sistemáticas han sido variables.

El bloqueo dopaminérgico que producen los neurolépticos da lugar a hiperprolactinemia, con supresión del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, lo cual inhibe el deseo, la excitación y el orgasmo en mujeres y hombres, causando, además, disfunción eréctil y problemas de eyaculación en ellos.

La incidencia es particularmente elevada con risperidona, seguida en orden decreciente por haloperidol, olanzapina, clozapina, quetiapina y aripiprazol[3].

Los anticonceptivos hormonales también dan lugar a una disminución del deseo sexual, que es más persistente y duradera con los de efecto prolongado, como el acetato de medroxiprogesterona de depósito.

Los bloqueadores α-adrenérgicos utilizados en caso de hiperplasia de próstata (alfuzosina, tamsulosina, terazosina) registran una incidencia de 10% de eyaculación retrógrada, por ejemplo, con tamsulosina[4].

Los antiandrógenos (como ciproterona), análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, digoxina y espironolactona bloquean el receptor androgénico, lo que reduce el deseo, inhibe la excitación, afecta el orgasmo y puede inducir galactorrea en ambos sexos.

Los corticoides disminuyen los niveles circulantes de testosterona, lo que reduce el deseo en ambos sexos y causa disfunción eréctil en el hombre[5].

Los inmunosupresores, como everolimus y sirolimus, afectan la función gonadal y causan disfunción eréctil.

Los antirretrovirales inhibidores de proteasa causan problemas sexuales varios y disfunción eréctil en más de la mitad de los hombres tratados.

Antihistamínicos con pseudoefedrina (contenidos en los llamados "antigripales"), analgésicos opiáceos y otras drogas también pueden ser causa de problemas de sexualidad.

1. Instituto de Diagnóstico y Tratameinto C. Oulton, Córdoba. Rep. Argentina.

Correspondencia: *Jorge Saiel Álvarez. jsalvarez@oulton.com.ar*

Los autores no declaran conflictos de intereses | Artículo adaptado de Butlletí groc 2018;31(2):9-12.

Recibido: 20/03/2021 | Aceptado: 18/05/2021

Efectos persistentes sobre la sexualidad tras suspender el tratamiento farmacológico

Además de los efectos comentados hasta aquí, en los últimos años se han descripto problemas que persisten meses o años tras dejar un tratamiento con un antidepresivo ISRS o ISRNA, finasteride e isotretinoína[6].

Los síntomas, tales como disfunción eréctil, pérdida del deseo, anestesia genital y orgasmo débil, fueron comunes para los tres grupos de fármacos, mientras que los casos de eyaculación precoz y de trastorno persistente de la excitación genital (*persistent genital arousal disorder*, PGAD) solo se registraron en pacientes tratados con ISRS.

Se debe considerar el diagnóstico cuando el o la paciente describe que el problema no existía antes de iniciar el tratamiento, que todavía persiste después de la remisión de la depresión y la retirada del fármaco y que no hay otros problemas físicos relacionados con la disfunción sexual. El PGAD se ha descrito casi exclusivamente en mujeres. Se caracteriza por una excitación genital no deseada en ausencia de sensación de deseo sexual. A veces es dolorosa, puede durar horas o incluso días, y normalmente no remite después de un orgasmo. Las pacientes describen los síntomas como angustiantes e intrusivos. Se ha descrito durante el tratamiento con fluoxetina o tras suspender venlafaxina, sertralina, paroxetina, citalopram[7] o fluvoxamina. Para el tratamiento de este trastorno se han utilizado antidepresivos como la clomipramina a dosis bajas.

Se ha descrito también un cuadro similar, que se ha denominado "síndrome de los genitales inquietos" (*restless genital syndrome*, RGS). Cursa con malestar, dolor, entumecimiento, vibración, agitación o sensación de quemazón en la vagina, el periné, la pelvis, el pene y la región proximal de extremidades inferiores. Ha sido descrito ocasionalmente en pacientes con enfermedad de Parkinson.

El síndrome postfinasteride

Finasteride es un inhibidor de la 5α-reductasa. Está autorizado en comprimidos de 5 mg para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) y en comprimidos de 1 mg para la alopecía androgénica en hombres, con una eficacia modesta en ambas indicaciones[8].

En ensayos clínicos en pacientes tratados con finasteride, se ha descrito impotencia (5-10%), trastorno de la eyaculación (3-5%) y disminución de la libido (6-7%). En algunos pacientes estos efectos adversos sexuales han sido persistentes, incluso tras suspender el tratamiento. Esta persistencia es mayor en relación con una larga duración del tratamiento[9]. Para describir estos efectos adversos, se ha propuesto el término "síndrome postfinasteride".

Algunos tratamientos propuestos

Se han probado sildenafil y vardenafil para la disfunción eréctil, y otros fármacos, como buspirona (agonista del receptor de la serotonina 5HT1, no comercializado en Argentina), trazodona y mirtazapina (antagonistas de los receptores de la serotonina 5HT2 y 5HT3, respectivamente), pero no se les ha reconocido eficacia[10].

Conclusiones

Varios fármacos pueden afectar la sexualidad. Eso queda claro. El infradiagnóstico parece ser un problema importante a considerar, así como la falta de información farmacológica brindada al paciente.

Se deberían considerar alternativas terapéuticas, como también las retiradas y los tratamientos oportunos.

Bibliografía

1. *Butll Farmacovigilància Catalunya 2015;13:9-11.*
2. *Serretti A Chiesa A. J Clin Psychopharmacol 2009;29:259-66.*
3. *Conaglen HM, Conaglen JV. Aust Prescr 2013;36:42-45.*
4. *Moore SJ, Turnpenny P, Quinn A, et al. J Med Genet 2000; 37: 489-97.*
5. *Macadams MR, White RH, Chipps BE. Ann Intern Med 1986;104:648-51.*
6. *Bala A, Nguyen HMT, Hellstrom WJG. Sex Med Rev 2018;6:29-34.*
7. *de Magalhães FJ, Kumar MT. J Clin Psychopharmacol 2015;35:352-54.*
8. *Rev Prescrire 2018;38:182.*
9. *Kiguradze T, Temps WH, Yarnold PR, et al. PeerJ 2017;5:e3020.*
10. *Butlletí groc 2018;31(2):9-12*

Evolución clínica y uso de medicación en pacientes asmáticos tratados con inmunoterapia en un hospital polivalente

Clinical evolution and use of medication in asthma patients treated with immunotherapy in a polivalent hospital

Fiorella Piatti[1], Marcela Ordóñez[1], Juan Carlos Muiño[1]

Resumen

Introducción. El asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias con limitación al flujo respiratorio. El objetivo principal del tratamiento es el control de los síntomas y la reducción del riesgo de exacerbaciones. La inmunoterapia con alérgenos específicos puede ser una opción de tratamiento en aquellos pacientes en que la alergia juega un rol importante.
Objetivos. Evaluar síntomas y uso de medicamentos en pacientes asmáticos, sensibilizados con aeroalérgenos, antes y después de un año de tratamiento con inmunoterapia subcutánea.
Materiales y métodos. Estudio retrospectivo, observacional y transversal. Se incorporaron a pacientes con diagnóstico de asma que comenzaron tratamiento con inmunoterapia con aeroalérgenos durante el año 2017 en un hospital polivalente. Se registraron datos de síntomas clínicos y uso de medicación antes y luego de un año de tratamiento con inmunoterapia específica.
Resultados. Se analizaron 30 historias clínicas. El 66,7% de los pacientes disminuyó la severidad y el 33,3% no cambió; estos últimos corresponden a aquellos con menor severidad. El 43,3% bajó un escalón en cuanto a la medicación.
Conclusión. La inmunoterapia con alérgenos puede ser un tratamiento eficaz para lograr un buen control del asma y disminuir la necesidad de medicación.

Palabras clave: *asma, comorbilidades, sensibilización, inmunoterapia.*

Abstract

Introduction. Asthma is a chronic disease of the respiratory tract with limitation of respiratory flow. The main goal of treatment is to control symptoms and reduce the risk of exacerbations. Immunotherapy with specific allergens may be a treatment option in those patients where allergy plays an important role.
Objectives. To evaluate the evolution of symptoms and use of medications in asthmatic patients sensitized with aeroallergens after one year of treatment with subcutaneous immunotherapy.
Materials and methods. A retrospective, observational and cross-sectional study. Was included patients with a diagnosis of asthma who began treatment with immunotherapy with aeroallergens during 2017 in a polyvalent hospital. Data on clinical symptoms and medication use were recorded before starting treatment and were re-evaluated after one year of treatment.
Results. 30 medical records were analyzed, 66.7% of the patients decreased the severity and 33.3% that did not change, corresponding to those with less severity. 43.3% of the patients dropped one step in terms of medication (33.3%). On the contrary, 56.7% of the patients did not change steps, with the majority of these patients being classified as intermittent asthma.
Conclusion. Immunotherapy with allergens is an effective treatment to achieve good control of asthma and reduce the need for medication.

Keywords: *asthma, comorbilities, sensitization, immunotherapy.*

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):017-019

Introducción

El asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias, que afecta a todas las edades y puede presentarse con disnea, tos, opresión torácica y/o sibilancias. Se estima que 235 millones de personas en el mundo tienen asma, aunque la prevalencia varía entre países debido a la naturaleza heterogénea de la enfermedad[1-3].
Existen factores capaces de desencadenar síntomas como son los alérgenos (ambientales, alimentos o medicamentos), las infecciones respiratorias, el ejercicio físico, la hiperventilación y comorbilidades como rinitis, sinusitis y el reflujo gastroesofágico. Identificar y evitar estos desencadenantes es un componente importante del manejo exitoso del asma, que puede reducir la necesidad de medicación del paciente[3].

1. Servicio de Alergia e Inmunología Clínica. Hospital "Misericordia del Nuevo Siglo". Córdoba. Rep. Argentina.

Correspondencia: *Fiorella Piatti. fiorepiatti@gmail.com*

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 10/03/2021 | Aceptado: 15/05/2021

El objetivo principal del tratamiento es el control de los síntomas y reducir el riesgo de exacerbaciones. Son sus pilares la educación del paciente, el control de los factores desencadenantes, el seguimiento de los síntomas, la función pulmonar y la terapia farmacológica[1-3].
Las guías internacionales recomiendan iniciar la terapia farmacológica según la frecuencia y la gravedad de los síntomas, y luego ajustarla de manera escalonada hacia arriba o hacia abajo[1,3].
La inmunoterapia (IT) con alérgenos puede ser una opción de tratamiento en aquellos pacientes que la alergia juega un papel importante. Implica la administración de un alérgeno (a un paciente sensible al mismo), con el fin de modular la respuesta inmunitaria y de esta manera aliviar los síntomas alérgicos, provocando un efecto adicional en el control del asma[4-7].
El tratamiento debe reevaluarse en cada control, ya que el manejo de esta enfermedad es un proceso dinámico que cambia de acuerdo con las necesidades del paciente a lo largo del tiempo.
El control se evalúa en función de las últimas dos a cuatro semanas y el volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV_1) o el flujo máximo[7-10].

Figura 1. *Distribución según cambios de clasificación (n=30).*

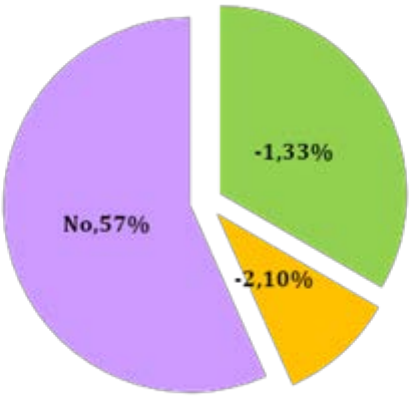


Figura 2. *Distribución según cambios de escalón de medicación (n=30).*

Objetivos

Evaluar la evolución de los síntomas y uso de medicamentos en pacientes asmáticos, sensibilizados con aeroalérgenos, luego de un año de tratamiento con IT subcutánea.
Determinar si algún factor (sexo, edad, comorbilidades atópicas) influye en la evolución de los síntomas y el uso de la medicación controladora o de rescate.

Material y métodos

Diseño

Se realizó un trabajo retrospectivo de tipo observacional y corte transversal. Se incorporaron todos los pacientes que concurrieron al consultorio externo de Alergia e Inmunología del Hospital "Misericordia del Nuevo Siglo" de Córdoba, Argentina, con asma bronquial que comenzaron tratamiento con IT con aeroalérgenos durante el año 2017.

Criterios de inclusión

Se incluyeron pacientes entre 5 y 65 años de edad de ambos sexos con diagnóstico de asma bronquial según GINA 2018 que realizaron durante un año tratamiento con IT.

Criterios de exclusión

Se excluyó a embarazadas, a los que presentaron comorbilidades asociadas que contraindicaran la IT de manera absoluta o relativa, a los que abandonaron el tratamiento de IT antes de cumplir el año y a aquellos con historia clínica incompleta.

Procedimientos

Se registraron datos de síntomas clínicos y uso de medicación pre- y posinmunoterapia. Las variables que se estudiaron fueron: edad, sexo, cambios clínicos en presentación de asma (según GINA y GEMA), *score* de uso de medicación según GINA (internaciones por exacerbaciones asmáticas, consultas por guardia e infecciones respiratorias intercurrentes).
Se realizaron test cutáneos, previa firma de consentimiento informado. Se usaron extractos estandarizados comerciales de aeroalérgenos (Diater®). Se realizó un control positivo (histamina 10 mg/dl) y otro negativo (suero salino), polvo de casa, *Dermatophagoides* mezcla, epitelio de perro, epitelio de gato, tala, gramínea, *Ambrosia, Amaranthus, Alternaría, Hormodendrum, Penicillium, Aspergillus, Mucor* y *Rhizopus*. La lectura del test cutáneo fue después de 20 minutos de realizado el mismo. Se consideró positivo una pápula de diámetro ≥3 mm (Escala de Norman).
El tratamiento de IT con aeroalérgenos se realizó con concentraciones de 10000 UA, que se diluyeron 1:1000, se aumentaron en forma progresiva hasta 1000 UA de cada uno de los antígenos utilizados como dosis máxima de concentración usada, siguiendo las indicaciones de laboratorio de origen Diater®.

Análisis estadísticos

Los datos recogidos fueron registrados y analizados con software estadístico Infostat versión estudiantil y GraphPad Prism 7. Se consideró la significación estadística con: $p \leq 0,05$.

Resultados

Se analizaron en total 30 historias clínicas con diagnóstico de asma que comenzaron tratamiento con IT para aeroalérgenos. La edad media de los pacientes fue de 25,2 años, el 50% tenía menos de 16 años de edad. El 66,7% eran mujeres. La mayoría de los pacientes presentaron rinitis (96,7%), seguida de conjuntivitis y sinusitis. Es importante destacar que la mayoría de los pacientes presentaban dos patologías superpuestas (69,2%) como urticaria y angioedema, alergia a medicamento, alergia a himenópteros, dermatitis atópica o alergia alimentaria.
Según los resultados del *score* clínico antes del tratamiento de IT, el 26,6% de los pacientes (n=8) tenía asma intermitente, el 40% (n=12) asma persistente leve, el 23,3% (n=7) asma persistente moderada y el 10% (n=3) persistente severa.
En cuanto a la medicación utilizada previo al comienzo de la IT, el 50% (n=15) usaba aerosolterapia tipo β2 agonista de acción corta, el 33,3% (n=10) utilizaba β2 agonista de acción corta más corticoides inhalatorios, el 6,6% (n=2) usaba β2

agonista de acción prolongada más corticoides inhalatorios, el 6,6% (n=2) usaba montelukast y sin medicación solo un paciente (3,3 %).

Luego de recibir el tratamiento con IT, mostraron mejoría en el nivel de severidad preinmunoterapia en las siguientes proporciones: en total 66,7% (n=20) bajó la severidad, correspondientes al grupo de mayor severidad inicial (**Figura 1**). De ese total, el 43,3% bajó un nivel de severidad, el 20% bajó dos niveles de severidad y el 3,3% bajó 3 niveles de severidad. Por el contrario, el 33,3% (n=6) no cambió de clasificación, correspondiendo estos últimos a pacientes con menor severidad (leve intermitente y leve persistente).

Al correlacionar la clasificación de gravedad de asma previa a la IT y posterior a la misma, se observó que la totalidad de los pacientes con asma intermitente no cambiaron; por el contrario, la mayoría de los pacientes con asma persistente mejoraron de clasificación, y la diferencia fue estadísticamente significativa (p=0,0006): 11 de 12 pacientes con asma persistente leve cambiaron a asma intermitente posinmunoterapia. Todos los pacientes con asma persistente moderado variaron a asma intermitente posinmunoterapia y todos los pacientes con asma severo persistente cambiaron a persistente leve posinmunoterapia.

Se produjo un cambio en los escalones de la medicación en el 43,3% de los pacientes (13 pacientes) (**Figura 2**), la mayoría bajó un escalón (33,3%). Por el contrario, el 56,7% de los pacientes no cambió su clasificación, la mayoría de los cuales tenía asma intermitente.

Discusión

En este estudio se observó que la mayoría de los pacientes asmáticos tratados con IT subcutánea durante un año lograron una evolución clínica favorable, que se traduce en una disminución del *score* de síntomas y/o disminución en el uso de medicación. Existen numerosos trabajos publicados sobre IT en pacientes asmáticos, que en su mayoría muestran resultados indicando una buena evolución clínica y una disminución en el uso de medicación. Nuestros hallazgos confirman esos resultados.

En la población estudiada la mayoría de los pacientes presentaban rinitis alérgica (96,7%). Cabe destacar que esta patología puede contribuir a síntomas respiratorios y un mal control del asma. Es por lo tanto recomendable que cuando se considere el diagnóstico de rinitis alérgica o asma bronquial, deben ser estudiadas y tratadas ambas patologías.

La reducción en la severidad y el uso de medicación controladora, luego del tratamiento con IT, fue significativa en pacientes con asma moderado, bajando la mayoría un grado en su severidad. Los pacientes con asma intermitente no cambiaron la clasificación.

La IT por vía subcutánea con extractos alergénicos es un tratamiento eficaz para el asma alérgica bien controlada con niveles bajos o medios de tratamiento. Muchos pacientes con asma leve intermitente (escalón 1) padecen de forma concomitante rinitis alérgica moderada o grave, que justificaría la prescripción de IT.

La IT, además del control de las manifestaciones de la enfermedad, aporta, como ventajas adicionales sobre la farmacoterapia, el mantenimiento de los beneficios clínicos obtenidos hasta varios años después de retirado el tratamiento y la disminución del riesgo de desarrollar asma en pacientes con rinitis alérgica.

Conclusiones

La IT con alérgenos es un tratamiento eficaz para lograr un buen control del asma y disminuir la necesidad de medicación. La principal ventaja de la IT con respecto a otros tratamientos farmacológicos es que es el único tratamiento capaz de modificar la historia natural de la enfermedad. Además, disminuye la necesidad de medicación y permite tratar al mismo tiempo otras patologías alérgicas, teniendo en cuenta principalmente la alta asociación de asma y rinitis alérgica.

Bibliografía

1. *Global initiative for asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2020. Disponible en www.ginasthma.org.*
2. *Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo de Orientación para el Diagnóstico y Manejo del Asma en Adultos. 2016. Argentina. Disponible en www.msal.gob.ar.*
3. *GEMA. Guía Española para el Manejo del Asma, 2017. Disponible en: www.gemasma.com/profesionales.*
4. *Jutel M, Rudert M, Kreimendahl F, Kuna P. Efficacy and tolerability of a house dust mite allergoid in allergic bronchial asthma: a randomized dose-ranging trial. Immunotherapy 2018;10(13):1149-61.*
5. *Hedlin G, Willie S, Browaldh L, et al. Immunotherapy in children with allergic asthma: effect on bronchial hyperreactivity and pharmacotherapy. J Allergy Clin Immunol 1999;103:609-14.*
6. *Paranos S, Petrovic S. Early effects of rush immunotherapy with Dermatophagoides pteronyssinus in asthmatics. J Investig Allergol Clin Immunol 1997;7(6):588:95.*
7. *Adkinson NF, Eggleston PA, Eney D, et al. A controlled trial of immunotherapy for asthma in allergic children. N Engl J Med 1997;336:324-31.*
8. *Arvidsson MB, Lowhagen O, Rak S. Effect of 2-year placebo-controlled immunotherapy on airway simptoms and medication in patients with birch pollen allergy. J Allergy Clin Immunol 2002;109:777-83.*
9. *Gonzalez P, Florido F, Sáenz de San Pedro B, de la Torre F, Rico P, Martín S. Immunotherapy with an extract of Olea europea quantified in mass units. Evaluation of the safety and efficacy after one year of treatment. J Investig Allergol ClinI mmunol 2002;12:263-71.*
10. *Basomba A, Tabar AI, de Rojas DH, et al. Allergen vaccination with a liposome encapsulated extract of Dermatophagoides pteronyssinus: a randomized, double-blind placebo-controlled trial in asthmatic patients. J Allergy Clin Immunol 2002:109:943-8.*

Artículo original

Prevalencia relativa de anticuerpos IgG antigliadina deaminada e IgA antitransglutaminasa tisular en pacientes con síndrome antifosfolipídico

Relative prevalence of IgG anti-deaminated gliadin and IgA anti-tissue transglutaminase antibodies in patients with antiphospholipid syndrome

Mariana Casco[1], Marcela Demarchi[2], María Agustina Racca[2]

Resumen

Introducción. Tanto el síndrome antifosfolipídico (SAF) como la enfermedad celíaca (EC) comparten manifestaciones clínicas como la hipercoagulabilidad, fenómenos trombóticos, manifestaciones neurológicas, abortos recurrentes, neonatos pequeños para la edad gestacional, restricción de crecimiento fetal e hiperprolactinemia. La pre-eclampsia es una de las complicaciones graves en SAF y en EC está en discusión su asociación. Los reportes de posible asociación entre estas patologías y/o anticuerpos comunes a ambas es escasa. En este estudio se utilizó la combinación IgA antitransglutaminasa tisular/IgG antigliadina deaminada (IgA aTGt/IgG aGDP), la cual es recomendada como técnica de screening para EC, además de independizarse del nivel sérico de IgA total.

Materiales y métodos. En el grupo de estudio se incluyeron 61 muestras de suero de pacientes con SAF (de los cuales 22 corresponden a SAF con preeclampsia) y en el grupo control 62 muestras de suero de pacientes con otras patologías autoinmunes. En ambos grupos se dosaron IgG aGDP e IgA aTGt por enzimoinmunoensayo (ELISA) e inmunoglobulina A total sérica (IgA) por inmunoturbidimetría.

Resultados. Se calcularon las prevalencias de estos anticuerpos en SAF vs. grupo control: IgA aTGt (4,9% vs. 3,2%; p=0,680), IgG aGDP (3,3% vs. 8,1%; p=0,440) e IgA aTGt/IgG aGDP (1,6% vs. 1,6%; p=1,000), respectivamente; las prevalencias de estos anticuerpos en SAF con preeclampsia vs. control fueron: IgA aTGt (9,1% vs. 3,2%; p=0,280), IgG aGDP (4,5% vs. 8,1%; p=1,000) e IgA aTGt/IgG aGDP (4,5% vs. 1,6%; p=0,458) respectivamente. En ninguno de los casos hubo asociación estadísticamente significativa.

Discusión. A pesar de la poca bibliografía sobre el tema, los resultados son concordantes con lo reportado. Sería conveniente seguir realizando estudios para comprender la presencia de anticuerpos de celiaquismo en pacientes con SAF y su posible participación en los mecanismos inmunopatogénicos de dicha patología.

Palabras clave: *síndrome antifosfolipídico, enfermedad celíaca, anticuerpo antitransglutaminasa tisular, anticuerpo antigliadina deaminada, prevalencia, asociación.*

Abstract

Introduction. Both the antiphospholipid syndrome (APS) and celiac disease (CD) share clinical manifestations such as hypercoagulability, thrombotic phenomena, neurological manifestations, recurrent abortions, small-for-gestational age infants, fetal growth restriction and hyperprolactinemia. Pre-eclampsia is one of the serious complications in APS and its association is under discussion in CD. Reports of possible association between these pathologies and / or antibodies common to both are scarce. In this study, the combination of anti-tissue transglutaminase IgA / anti-deaminated IgG (IgA aTGt / IgG aGDP) was used, which is recommended as a screening technique for CD, in addition to being independent of the serum level of total IgA.

Materials and methods. The study group included 61 serum samples from patients with APS (of which 22 correspond to APS with pre-eclampsia) and 62 serum samples from patients with other autoimmune pathologies in the control group. Both groups were dosed with IgG aGDP and IgA aTGt by enzyme immunoassay (ELISA) and total serum immunoglobulin A (IgA) by immunoturbidimetry.

Results. The prevalences of these antibodies were calculated in SAF vs control group: IgA aTGt (4.9% vs. 3.2%; p = 0.680), IgG aGDP (3.3% vs. 8.1%; p = 0.440) and IgA aTGt / IgG aGDP (1.6% vs. 1.6%; p = 1,000), respectively; the prevalences of these antibodies in APS with pre-eclampsia vs. control were: IgA aTGt (9.1% vs. 3.2%; p = 0.280), IgG aGDP (4.5% vs. 8.1%; p = 1,000) and IgA aTGt / IgG aGDP (4.5% vs. 1.6%; p = 0.458) respectively. In none of the cases was there a statistically significant association.

Discussion. Despite the limited bibliography on the subject, the results are consistent with what has been reported. It would be advisable to continue carrying out studies to understand the presence of celiac antibodies in patients with APS and their possible participation in the immunopathogenic mechanisms of this pathology.

Keywords: *antiphospholipid syndrome, celiac disease, anti-tissue transglutaminase antibody, anti-deaminated gliadin antibody, prevalence, association.*

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):020-023

1. Bioquímica. Sección de Inmunología. Servicio de Bioquímica. Hospital Córdoba. Ministerio de Salud. Provincia de Córdoba. Rep. Argentina.
2. Bioquímica Especialista en Inmunología. Sección de Inmunología. Servicio de Bioquímica. Hospital Córdoba. Ministerio de Salud. Provincia de Córdoba. Rep. Argentina.

Correspondencia: *Mariana Casco. Sección de Inmunología. Av Patria y Libertad. Hospital Córdoba. (CP 5000) Córdoba. Rep. Argentina. bioq.mariana.casco@gmail.com*

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 12/01/2021 | Aceptado: 10/03/2021

Introducción

El síndrome antifosfolipídico (SAF) es un desorden autoinmune caracterizado por eventos trombóticos (arteriales y/o venosos y/o de la microcirculación), morbilidad obstétrica y la presencia persistente de anticuerpos dirigidos contra fosfolípidos o complejos de proteínas-fosfolípidos, conocidos como antifosfolípidos[1,2]. La prevalencia ronda 0,02%-0,05% en la población general, dependiendo del origen étnico[3,4].

La enfermedad celíaca (EC) o enteropatía sensible al gluten

TABLA 1. Prevalencias de autoanticuerpos en SAF, SAF con preeclampsia y grupo control.

	Pacientes SAF (n=61)		SAF c/pre-eclampsia (n=22)		Control (n=62)	
	n	Prevalencia	n	Prevalencia	n	Prevalencia
IgAaTGt +/-	3 / 58	4,9% / 95%	2 / 20	9,1% / 90,9%	2 / 60	3,2% / 96,8%
IgGaGDP +/-	2 / 59	3,3% / 96,7%	1 / 21	4,5% / 95,5%	5 / 57	8,1% / 91,9%
IgAaTGt / IgGaGDP +/-	1 / 60	1,6% / 98,4%	1 / 21	4,5% / 95,5%	1 / 61	1,6% / 98,4%

es una patología autoinmune crónica, sistémica[5], poligénica y multifactorial, caracterizada por una respuesta inmunológica inapropiada, en individuos susceptibles genéticamente, a las prolaminas: gliadina (fracción hidrofóbica del gluten) en el trigo y proteínas similares en la cebada (hordeínas), el centeno (secalinas) y en la avena (avenina)[6], provocando inflamación y daño de la mucosa intestinal[7]. En la población general la prevalencia ronda el 1%[8].

Las características clínicas compartidas entre ambas patologías son la hipercoagulabilidad, fenómenos trombóticos, manifestaciones neurológicas, abortos recurrentes, neonatos pequeños para la edad gestacional, restricción de crecimiento fetal[9,10] e hiperprolactinemia[11].

Los casos reportados de coexistencia de EC y SAF son escasos[12-14] y existen también unos pocos estudios que relacionan algunas de las manifestaciones clínicas comunes a ambas enfermedades como complicaciones obstétricas, manifestaciones neurológicas y neuropatías periféricas con la presencia de anticuerpos antiendomisio (EMA), aTGt y antitransglutaminasa 6 (aTG6)[10,15-19]. Otros estudios demuestran asociación significativa con IgA EMA[9], IgA antigliadina (IgA aAGA), IgG aTGt en pacientes con SAF y no significativa con IgA aTGt e IgG AGA[20].

Es de utilidad como *screening* la determinación de IgA aTGt ya que tiene una sensibilidad mayor al 90% y especificidad mayor al 95%, pero como el 2%-3% de los pacientes con EC poseen déficit de IgA sérica se recomienda realizar IgG aGDP, que tiene una especificidad mayor al 98% para EC (mayor especificidad que la IgG aTGt en pacientes con déficit de IgA)[7,21]; por lo tanto, la combinación de IgA aTGt e IgG aGDP es una buena técnica para detección de pacientes con EC y deficiencia de IgA ya que reconocen autoantígenos distintos, en lugar de la combinación IgA aTGt e IgA EMA que reconocen el mismo autoantígeno, además de la relación costo-beneficio[8,22,23]. La preeclampsia es una de las complicaciones obstétricas graves en SAF[24], mientras que en EC está aún en discusión su posible asociación[25].

No existen reportes en la bibliografía de la presencia IgA aTGt e IgG aGDP en pacientes con diagnóstico de SAF, además de que hay escasos reportes referidos a la posible asociación entre ambas entidades.

Objetivo

Evaluar la prevalencia de IgG aGDP e IgA aTGt en pacientes con diagnóstico de SAF y en pacientes con SAF que hayan presentado preeclampsia, ya que esta se presenta como una complicación obstétrica grave.

Materiales y métodos

Estudio caso-control observacional analítico retrospectivo. Se procesaron muestras de sueros conservadas a –20°C pertenecientes a la seroteca de la Sección de Inmunología del Laboratorio del Hospital Córdoba y se analizaron durante los meses de enero a junio de 2016. La nómina de pacientes del grupo en estudio y del grupo control fue otorgada por el servicio de Reumatología, los cuales fueron diagnosticados y realizado el seguimiento por dicho servicio. Fue consultado el historial de determinaciones de laboratorio en el Sistema Informático de Laboratorio Omega del servicio de Bioquímica y se revisaron las historias clínicas de dicha institución correspondientes a los pacientes. Según el reglamento del Comité de Ética de nuestro hospital, este tipo de estudio no requiere su aprobación. De toda la población estudiada, sólo un paciente poseía valores no dosables de IgA sérica, el cual fue incluido dentro del trabajo.

Grupo en estudio

Se analizaron muestras de suero de 61 pacientes con SAF (54 mujeres y 7 hombres, edad promedio: 46,5 años, rango 25-68 años), de las cuales 22 muestras corresponden a pacientes que manifestaron SAF con preeclampsia (22 mujeres, edad promedio: 34 años, rango 25-43 años). El diagnóstico de los pacientes se realizó de acuerdo a los Criterios de Clasificación de Sydney 2004 para el Síndrome Antifosfolipídico[24].

Criterios de inclusión. Pacientes diagnosticados con SAF y sin criterios sospechosos de EC hasta el momento de la realización de este estudio.

Criterios de exclusión. Pacientes con diagnóstico de SAF y sospecha de EC al momento de realización de este estudio.

Grupo control

Se analizaron muestras de suero de 62 pacientes con distintas patologías autoinmunes a las estudiadas (58 mujeres y 4 hombres, edad promedio: 48,5 años, rango 23-74 años), integrado por 23 muestras de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), 19 con artritis reumatoidea (AR) y 20 con síndrome de Sjögren (SS), todos ellos clasificados y diagnosticados por el Servicio de Reumatología de dicha institución.

Criterios de inclusión. Pacientes diagnosticados según criterio de cada patología y sin criterios sospechosos de SAF o EC hasta el momento de la realización de este estudio.

Criterios de exclusión. Pacientes con diagnóstico de SAF y/o EC al momento de realización de este estudio.

Métodos

Los estudios de laboratorio fueron realizados en el Servicio de Bioquímica, Sección Inmunología del Hospital Córdoba.

- **IgG DGP:** las muestras de suero fueron evaluadas para anticuerpos antipéptidos de gliadina deaminados IgG usando el *kit* comercial de enzimoinmunoensayo - prueba en microplaca (BioSystems S.A.-España). Los resultados fueron expresados con el sistema internacional de unidades considerando positivo valores ≥ 15,4 U/ml y negativo <15,4 U/ml; siguiendo instrucciones del fabricante se establecieron los valores de referencia en nuestro laboratorio.
- **IgA aTGt:** las muestras de suero fueron evaluadas para anticuerpos antitransglutaminasa tisular IgA usando el

TABLA 2. Asociación de anticuerpos en SAF y grupo control

	p-valor	OR	IC95%	Análisis
IgAaTGt	0,680	1,55	[0,25-9,63]	NS
IgGaGDP	0,440	0,39	[0,07-2,07]	NS
IgAaTGt/IgGaGDP	1,000	1,02	[0,06-16,64]	NS

NS: no significativo estadísticamente.

TABLA 3. Asociación de anticuerpos en SAF con preeclampsia y grupo control.

	p-valor	OR	IC95%	Análisis
IgAaTGt	0,280	3,00	[0,40-22,72]	NS
IgGaGDP	1,000	0,54	[0,06-4,92]	NS
IgAaTGt/IgGaGDP	0,458	2,91	[0,17-48,56]	NS

NS: no significativo estadísticamente.

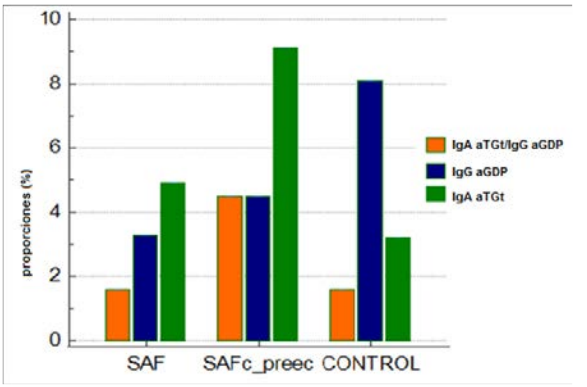


Figura 1. *Comparación de proporciones (%) de los anticuerpos estudiados en SAF, SAF con preeclampsia y grupo control.*

kit comercial de enzimoinmunoensayo - prueba en microplaca (BioSystems S.A.-España). Los resultados fueron expresados con el sistema internacional de unidades considerando positivo valores >12 U/ml, dudoso entre 8-12 U/ml y negativo < 8 U/ml, siguiendo instrucciones del fabricante.

- **IgA total:** las muestras de suero fueron evaluadas para IgA sérica total usando el *kit* comercial de inmunoturbidimetría Tina-quant IgA Gen.2 - Cobas. Sistemas Roche/Hitachi. Los resultados fueron expresados con el sistema internacional de unidades con valores de referencia 70-400 mg/dl, siguiendo instrucciones del fabricante.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el programa GraphPad InsTat versión 3.01 con el test exacto de Fisher bilateral y MedCalc® Statistical Software versión 19.6.1 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; https://www.medcalc.org; 2020) para el cálculo del tamaño muestral, diferencia de proporciones. Para ambos programas se consideró un valor de p menor a 0,05 como estadísticamente significativo.

Resultados

Se calcularon las prevalencias de los anticuerpos IgA aTGt, IgG aGDP y la combinación de ambos en pacientes con diagnóstico de SAF *vs.* el grupo control **(Tabla 1)** y los valores correspondientes de p-valor y *odds ratio* (OR) **(Tabla 2)**. Los cálculos obtenidos fueron: IgA aTGt (3(4,9%) *vs.* 2(3,2%); p=0,680), IgG aGDP (2(3,3%) *vs.* 5(8,1%); p=0,440) y para IgA aTGt/IgG aGDP (1(1,6%) *vs.* 1(1,6%); p=1,000), respectivamente. Ninguno de los tres casos de autoanticuerpos presentaron asociación estadísticamente significativa con el SAF.

La prevalencia de los autoanticuerpos estudiados en el grupo de pacientes con diagnóstico de SAF que presentaron preeclampsia *vs.* grupo control se representan en la **Tabla 1**, mientras que el análisis de p-valor y el OR se representan en la **Tabla 3**. Los datos obtenidos fueron: IgA aTGt (2(9,1%) *vs.* 2(3,2%); p=0,280), IgG aGDP (1(4,5%) *vs.* 5(8,1%); p=1,000) y para IgA aTGt/IgG aGDP (1(4,5%) *vs.* 1(1,6%); p=0,458), respectivamente. Ninguno de los tres casos presentaron asociación estadísticamente significativa con pacientes con SAF que manifestaron preeclampsia.

Se analizaron también la diferencia de las proporciones de los anticuerpos IgA aTGt, IgG aGDP y IgA aTGt/IgG aGDP entre SAF y SAF con preeclampsia *vs.* el grupo control **(Figura 1)**. En el caso de SAF y los controles, los valores hallados de p-valor con un intervalo de confianza del 95% (IC95%) fueron: IgA aTGt (4,9% *vs.* 3,2%; p=0,634), IgG aGDP (3,3% *vs.* 8,1%; p=0,254) e IgA aTGt/IgG aGDP (1,6% *vs.* 1,6%; p=1,000); mientras que para SAF con preeclampsia *vs.* grupo control se observó un p-valor con IC95%: IgA aTGt (9,1% *vs.* 3,2%; p=0,266), IgG aGDP (4,5% *vs.* 8,1%; p=0,576) e IgA aTGt/IgG aGDP (4,5% *vs.* 1,6%; p=0,444). Todas las diferencias de proporciones estudiadas arrojaron valores no significativos estadísticamente.

Discusión

Si bien existe poca bibliografía que asocie la coexistencia del SAF y la EC, existen manifestaciones clínicas comunes a ambas patologías que podrían dar lugar a sospechar la presencia de mecanismos fisiopatológicos compartidos aún no dilucidados, donde podrían estar involucrados autoanticuerpos de ambas entidades. Dentro del grupo de anticuerpos de celiaquismo, los más estudiados son EMA y aTGt en manifestaciones clínicas como eventos vasculares, abortos recurrentes y complicaciones obstétricas. Existe una alta homología entre Factor XIII y la aTGt que favorecen al estado de hipercoagulabilidad[26-28]. Frente a la injuria tisular provocada por los autoanticuerpos del SAF se sobreexpresaría la TGt, por ello se sospecha que esta enzima podría estar involucrada en la fisiopatogenia del SAF[9]. En este trabajo se utilizó la combinación IgA aTGt - IgG aGDP para el *screening* de EC en pacientes con SAF diagnosticado para evaluar su prevalencia. Tanto la combinación de estos anticuerpos como su análisis individual mostraron no estar asociados significativamente al SAF, al igual que Ben-Ami Shor et al. que no encontraron asociación de los anticuerpos IgA aTGt con SAF[20]. En relación al análisis de la combinación IgA aTGt - IgG aGDP y su análisis individual en el grupo de SAF con preeclampsia tampoco se obtuvo asociación estadísticamente significativa, al igual que lo mostrado por un metaanálisis que relaciona EC y riesgo de preeclampsia[25]. Al analizar la diferencia en las proporciones de los anticuerpos estudiados, se observó que a pesar de estar aumentados en algunos casos, estadísticamente no fue significativa esa diferencia con relación al grupo control, con lo cual seguiría concordando con los resultados obtenidos en este trabajo. A pesar de que el tamaño muestral no es suficiente de acuerdo a la estimación es-

tadística del mismo, estos resultados podrían ser coherentes con los pocos casos reportados de pacientes con coexistencia de ambas patologías a pesar de los estudios que relacionan la presencia de algunos de estos anticuerpos con determinadas manifestaciones clínicas. Su presencia en pacientes con SAF podría no estar relacionado a una futura manifestación de EC sino solo a algún evento gatillante para su expresión. Pero según la poca evidencia en este tema sería aconsejable la realización de futuros estudios donde se analizaran conjuntamente los haplotipos DQ2, DQ8 y autoanticuerpos de celiaquía en pacientes con SAF.

Agradecimientos

Al Servicio de Reumatología de esta institución que aportó la nómina de los pacientes involucrados en este estudio. Este trabajo fue sustentado económicamente por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Bibliografía

1. *Volkov I, Seguro L, Leon E, Kovács L, Roggenbuck D, Schierack P, et al. Profiles of criteria and non-criteria anti-phospholipid autoantibodies are associated with clinical phenotypes of the antiphospholipid síndrome. Autoimmun Highlights 2020;11:8*
2. *Abreu M, Danowski A, Wahl D, Amigo M, Tektonidou M, Pacheco M, et al. The relevance of "non-criteria" clinical manifestations of antiphospholipid syndrome: 14th International Congress on Antiphospholipid Antibodies Technical Task Force Report on Antiphospholipid Syndrome Clinical Features. Autoimmun Rev 2015.*
3. *Duarte-García A, Pham M, Crowson C, Amin S, Moder K, Pruthi R, et al. The Epidemiology of Antiphospholipid Syndrome: A Population-Based Study. Arthritis Rheumatol 2019;71:1545-52.*
4. *Negrini S, Pappalardo F, Murdaca G, Indiveri F, Puppo F. The antiphospholipid syndrome: from pathophysiology to treatment. Clin Exp Med 2016;17(3):257-67.*
5. *Autores colectivos. Recomendaciones actualizadas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Celíaca. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación 2017.*
6. *Jiménez Ortega A, Martínez García R, Quiles Blanco M, Majid Abu Naji J, González Iglesias M. Enfermedad celíaca y nuevas patologías relacionadas con el gluten. Nutr Hosp 2016;33(Supl. 4):44-8.*
7. *Nadhem O, Azeez G, Smalligan R y Urban S. Review and practice guidelines for celiac disease in 2014. Postgrad Med 2015;127(3):259-65.*
8. *Bai J, Ciacci C, Corazza G, Fried M, Olano C, Rostami-Nejad M, et al. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología Enfermedad Celíaca. Organización Mundial de Gastroenterología 2016.*
9. *Shamir R, Shoenfeld Y, Blank M, Eliakim R, Lahat N, Sobel E, et al. The prevalence of coeliac disease antibodies in patients with the antiphospholipid syndrome. Lupus 2003;12:394-9.*
10. *Sarikaya E, Tokmak A, Taner Aksoy R, Kuru Pekcan M, Alisik M,y Alkan A. The Association Between Serological Markers of Celiac Disease and Idiopathic Recurrent Pregnancy Loss. Fetal Pediatr Pathol 2017;36(5):373-9,.*
11. *Vieira Borba V y Sharif K, Shoenfeld Y. Prolactin and the Mosaic of Autoimmunity. Perricone C y Shoenfeld Y, editors. Mosaic of Autoimmunity. The Novel Factors of Autoimmune Diseases. Elsevier; 2019. P 435-47.*
12. *La Villa G, Pantaleo P, Tarquini R, Cirami L, Perfetto F, Mancuso F, et al. Multiple immune disorders in unrecognized celiac disease: a case Report. World J Gastroenterol 2003;9(6):1377-80.*
13. *Gupta D, Mirza N. Systemic lupus erythematosus, celiac disease and antiphospholipid antibody syndrome: a rare association. Rheumatol Int 2008;28:1179-80.*
14. *Jorge O, Jorge A, Camus G. Celiac disease associated with antiphospholipid syndrome. Rev Esp Enferm Dig 2008;100:102-3.*
15. *Kutteh M, Abiad M, Norman G, Kutteh W. Comparison of celiac disease markers in women with early recurrent pregnancy loss and normal controls. Am J Reprod Immunol. 2019;82:e13127.*
16. *Anjum N, Baker P, Robinson N. and Aplin J. Maternal celiac disease autoantibodies bind directly to syncytiotrophoblast and inhibit placental tissue transglutaminase activity. Reprod Biol Endocrinol 2009;7:16.*
17. *Deroux A, Dumestre-Perard C, Dunand-Faur C, Bouillet L, Hoffmann P. Female Infertility and Serum Auto-antibodies: a Systematic Review. Clin Rev Allerg Immunol 2017;53:78-86.*
18. *Pinto-Sánchez M, Bercik P, Verdu E, Bai J. Extraintestinal Manifestations of Celiac Disease. Dig Dis 2015;33:147-54.*
19. *Yu X, Uhde M, Green P, Alaedini A. Autoantibodies in the Extraintestinal Manifestations of Celiac Disease. Nutrients 2018;10(8):1123.*
20. *Ben-Ami Shor D, Orbach H, Boaz M, Altman A, Anaya J, Bizzaro N, et al. Gastrointestinal-associated autoantibodies in different autoimmune diseases. Am J Clin Exp Immunol 2012;1(1):49-55.*
21. *Penny H, Raju S, Sanders D. Progress in the serology-based diagnosis and management of adult celiac disease. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology 2020;14(3):147-54.*
22. *Volta U, Granito A, Parisi C, Fabbri A, Fiorini E, Piscaglia M, et al. Deamidated Gliadin Peptide Antibodies as a Routine Test for Celiac Disease A Prospective Analysis. J Clin Gastroenterol 2010;44:186-90.*
23. *Singh P, Arora A, Strand T, Leffler D, Mäki M, Kelly C, et al. Diagnostic Accuracy of Point of Care Tests for Diagnosing Celiac Disease A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Gastroenterol 2019;53(7):535-42.*
24. *Miyakis S, Lockshin M, Atsumi T, Branch D, Brey R, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). J Thromb Haemost 2006;4:295-306.*
25. *Saccone G, Berghella V, Sarno L, Maruotti G, Cetin I, Greco L, et al. Celiac disease and obstetric complications:a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2016; 214(2):225-34.*
26. *Lerner A y Blank M. Hypercoagulability in celiac disease—An update. Autoimmun Rev 2014;13(11):1138-41.*
27. *Lerner A, Agmon-Levin N, Shapira Y, Gilburd B, Reuter S, Lavi I, et al. The thrombophilic network of autoantibodies inceliac disease. BMC Medicine 2013;11:89.*
28. *Ciacci C, Tortora R, Scudiero O, Di Fiore R, Salvatore F, Castaldo G. Early pregnancy loss in celiac women: The role of genetic markers of thrombophilia. Dig Liver Dis 2009;41:717-20.*

Artículo original

Teatro espontáneo. Su efecto terapéutico

Spontaneous theater. Its therapeutic effect

Virginia Aliaga[1]

Resumen

Generando un espacio cuidado y de confianza podemos escuchar las historias y los sentires de la gente, ayudándonos a entender quiénes son, qué necesitan, a qué le dan valor, qué les preocupa, de qué se sostienen.
El Teatro Espontáneo tiene efectos terapéuticos porque favorece el establecimiento de la comunicación. En los vínculos propicia un espacio de conocimiento propio de otros/as, estableciendo puentes y fortaleciendo lazos ya existentes. En un encuentro cuidado y respetuoso, las personas pueden detenerse para compartir con otros/as sus pequeñas historias de vida, mostrando que son parte de un lugar y de un mundo y así revalorizar sus vivencias.
Esas historias que son escuchadas con sensibilidad y empatía, buscan una devolución artística sustentada en una ética y una estética. Lo siniestro, patético y maravilloso del acto artístico.

Palabras clave: *teatro espontáneo, teatro, empatia, historias, compartir.*

Abstract

By generating a caring and trusting space, we can listen to the stories and feelings of the people, helping us to understand who they are, what they need, what they value, what they care about, what they are sustained by.
Spontaneous Theater has therapeutic effects because it favors the establishment of communication. In the links, it fosters a space of knowledge of others' own, establishing bridges and strengthening existing ties. In a careful and respectful encounter, people can stop to share their little life stories with others, showing that they are part of a place and a world and thus revalue their experiences.
Those stories that are listened to with sensitivity and empathy, seek an artistic return based on ethic and aesthetic. The sinister, pathetic and wonderful of the artistic act.

Keywords: *theater, empathy, stories, sharing.*

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):024-026

En el año 2006 comencé mi recorrido en ese mar gigantesco, lleno de sorpresas y aprendizajes, que me acercó a territorios a veces desconocidos, y otras no tanto, pero siempre con la posibilidad de despertar en mí, y en cada una de las personas con quienes viví esta hermosa aventura, la pasión y la alegría.
Vivimos en una sociedad donde cada vez más se fomenta lo individual, dejando el encuentro personal y presencial como algo secundario. Recuperar los espacios para compartir ayuda al bienestar favoreciendo el autoconocimiento y el de otras personas.
El Teatro Espontáneo (TE) es un dispositivo grupal que parte de un relato a escenificar. Es una herramienta que está entre lo artístico y lo terapéutico. Propicia una mirada integral de la salud individual y colectiva. Creado por Jacobo Moreno a principios del siglo XX, promotor del Psicodrama (abordaje psicoterapéutico fundamentado en métodos de acción) que intenta recuperar la importancia de las narraciones orales.
Con ayuda del clima de confianza generado por quien o quienes lo dirigen surgirá un narrador/a quien contará una historia propia por la que ha transitado. Una vez contada, el director/a hará un primer recorte para encontrar los núcleos de teatralidad y "lo no dicho" buscando el discurso subalterno que está en el relato de forma implícita.
Es un teatro sin libreto previo, donde el texto a dramatizar surge del público. Los actores representarán la escena con la plasticidad y empatía necesarias para que el narrador/a mirando desde afuera, acompañado/a y contenido/a, pueda ver una nueva versión de su historia, posibilitando algún movimiento personal, o un "darse cuenta" de algo que podría generar un cambio. Dicho movimiento también puede generarse en el resto de la audiencia y quienes lo han representado, ya que las resonancias de lo visto generan afectación al grupo.
Esas historias cotidianas, simples, pero no por eso menos trascendentales en la vida de cada uno/a; esas historias chiquitas, que no aparecen en los diarios ni en las noticias pero que son sumamente significativas y ricas porque somos sus protagonistas.

> *"Los científicos dicen que estamos hechos de átomos, pero a mí un pajarito me contó que estamos hechos de historias".*
> *Eduardo Galeano*

A veces estos relatos pueden ser alegres, aunque también angustiantes para quienes los transitaron, pero al ser contados en un espacio cuidado, amistoso, respetuoso y mostrados de forma organizada y artística, provocan una disminución del sufrimiento.
Quienes trabajamos con este dispositivo en su mayoría somos psicólogos/as formados/as en la coordinación grupal y el psicodrama, con entrenamiento de la espontaneidad. Nos ejercitamos en la escucha para poder abrirnos a lo que alguien está relatando, empatizar con ello, y así poder desde una lectura de lo acontecido, teniendo en cuenta la afectividad y emocionalidad de quien relata (protagonista de la his-

1. Licenciada en Psicología, Psicodramatista, Directora de Teatro Espontáneo.
Co-fundadora y miembro del grupo EntreFugas Teatro Espontáneo.
Docente Extensionista Facultad de Psicología UNC. Teatro Espontáneo. Entrefugas@gmail.com.
Especialista en Alergia e Inmunología

Correspondencia: *Virginia Aliaga. viraliaga@gmail.com*
Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 04/05/2021 | Aceptado: 15/06/2021

toria), mostrarle una nueva versión, un nuevo recorte de esa realidad, con la posibilidad de estar acompañado y mirando desde afuera.
Con el dispositivo de TE se pueden abordar diferentes temáticas: una etapa vital, una patología determinada, violencia, adicciones, salud mental, orientación vocacional etc.
Trabajamos en escuelas, cárceles, barrios, universidades y cualquier espacio donde se encuentre la posibilidad de un abordaje grupal.
La formación en teatro espontáneo se realiza a través de cursos vivenciales en los cuales entrenamos con historias propias. Los grupos de TE pueden ser de formación, terapéuticos, o de recreación (en todos los casos, el compartir experiencias propias y verlas representadas genera efectos terapéuticos).
Se puede trabajar con una grupalidad por única vez, asistiendo con un equipo entrenado en la actuación, un público (quienes oficiarán de narradores de historias) y una dirección. También se puede trabajar en proceso, donde existe un grupo y una coordinación, quienes acuerdan el tiempo y las temáticas a abordar.

"El lenguaje que dice la verdad, es el lenguaje sentipensante...
El que es capaz de pensar sintiendo y de sentir pensando...".
Eduardo Galeano.

Generando un espacio cuidado y de confianza podemos escuchar las historias y los sentires de la gente, ayudándonos a entender quiénes son esas personas, que necesitan, a qué le dan valor en su vida, qué les preocupa, a qué le temen, de qué se sostienen.
En el año 2008 trabajamos con formato función, en un encuentro por el Día Mundial del Asma, invitados por la Asociación de Alergia, Asma e Inmunología de Córdoba, que se desarrolló en el Círculo Médico. Allí asistieron pacientes, médicos y familiares, quienes pudieron escucharse desde otro lugar, y con un lenguaje artístico lograron verse confrontados a otros registros.
"Dramatizar las historias contadas por cada uno de nosotros, para lograr así la desdramatización de la enfermedad" (registro de un asistente).
En ese encuentro, una paciente "Ana", contó acerca del vínculo amoroso que tenía con su gato, cómo lo había llevado a su vida y la importancia que esta mascota tenía para ella, ya que era su compañía. Su médico (que estaba presente) le había planteado que debía deshacerse de la mascota ya que el pelo de ésta podría ser la causa de su alergia. La representación fue de ese vínculo Ana/gato y de la angustia que esta mujer sentía al pensar que debía deshacerse de él. Al terminar la escena el médico se paró y le dijo que él desconocía la importancia de esa relación y recién pudo dimensionarla al ver la representación.
Otra joven pudo contar la sensación de vergüenza que sentía al tener que usar un broncodilatador delante de sus compañeros, situación que no había podido transmitir a su médico hasta ese momento y atentaba con el correcto control del asma.
Al decir de Chico C y Estrada M (2010), cuando alguien narra una historia, surge la primera re-narración de ella; cuando quien dirige orienta preguntas a fin de lograr la teatralidad, encontramos una nueva situación que vuelve a repetirse con la puesta en escena de los actores. Esa primera historia va moviéndose cada vez que se va re-narrando. Y la vuelta al narrador/a puede darnos luces sobre dónde estaba su historia o los ecos resonantes de lo presenciado. Esto dice el autor, considerando la posibilidad de que las siguientes historias para ser representadas durante la función sigan resonando y sean re-narraciones de la historia relatada en un principio.
Con el dispositivo de TE, se generan nuevos espacios de encuentro y búsquedas con otros, donde la escucha y la mirada atenta de lo que sucede posibilita la toma de consciencia y reflexión de las propias posibilidades y potencialidades, donde "posibilitar el extrañamiento ante aquello que antes se había presumido cotidiano" (Jo Salas; 2005).
En las escenas trabajadas grupalmente se encuentran significados nuevos que posibilitan conductas diferentes, pues permiten explorar en la actualidad situaciones conflictivas del mundo externo, pero sobre todo de los modelos vinculares que se utilizan para relacionarse con él. Es decir que se evita así, la repetición estéril, y se propicia la exploración de lo creativo como movilizador de objetos arcaicos y generador de nuevas tramas de sentido (Fiorini H; 1995).
En estos momentos de pandemia, estos espacios participativos tuvieron que encontrar nuevas formas. Desde hace cuatro años coordinamos un grupo de TE de adultos mayores en la localidad de Agua de Oro, Córdoba. Quienes lo integran necesitaban encontrarse de alguna manera, ya que sentían que el grupo y sus actividades los ayudarían a sostener el momento; así, los encuentros los hicimos vía WhatsApp. El desafío fue mayor, ya que no nos veíamos, pero sí nos escuchábamos. Aprendimos a respetar los tiempos personales y tecnológicos. A través de técnicas artísticas pudimos ir compartiendo y representando lo que cada uno sentía o vivía. Fue un proceso enriquecedor para todos/as ya que se pudo acompañar y facilitar la creación colectiva.
Durante un año trabajamos en una Clínica Psiquiátrica de Alta Gracia. Asistimos semanalmente con formato taller, con cinco grupos de pacientes con distintas patologías e internados. Al llegar a fin de año se hace un festival de arte para personas con "discapacidad". Dos de ellos oficiaron de directores y otros actuaban o sonorizaban las escenas. Una de las pacientes que quiso estar de público, al finalizar nos dijo: "... ¿Cómo puede ser que nos consideren discapacitados? ¿Viste como dirigió? ¿Viste como actuó? ¿Viste como cantó? ¡No somos discapacitados...!".
Lo importante es el respeto a lo propio, en el marco de la diversidad, el recuperar al sujeto protagonista de la acción y de sus historias, crear un posicionamiento crítico frente a modelos impuestos, recuperar el lazo social perdido creando un espacio de resistencia cultural mediante la pertenencia a un conjunto creativo.
"Es que el desarrollo del potencial creativo y expresivo es facilitar e instrumentar modalidades terapéuticas artístico-expresivas que otorguen significaciones nuevas al padecimiento psíquico" (Reisin A; 2005) o al decir de Pichón Riviére en ***El Proceso Creador***: "Lo siniestro al ser elaborado como vivencia estética se ha transformado en maravilloso. El puente entre lo siniestro y lo maravilloso es la vivencia estética."

"Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo
cosas pequeñas, pueden cambiar el mundo"
Eduardo Galeano.

El TE tiene efectos terapéuticos porque favorece el establecimiento de la comunicación. En los vínculos propicia un espacio de conocimiento de uno mismo/a y del otro/a. Para los

grupos es una manera de establecer puentes y fortalecer lazos ya existentes.

Las personas necesitan contar historias para mostrar que son parte de un lugar y de un mundo donde tienen determinados posicionamientos.

Vivimos a toda velocidad y el TE ofrece un lugar donde detenernos y poder contar y escuchar con otros/as esas pequeñas historias de nuestra vida y así poder revalorizarlas, promoviendo espacios cuidados, de respeto, donde nadie es juzgado, criticado, ni interpretado, siempre se habla en primera persona, siempre se habla de sí mismo, recuperando así el protagonismo.

Esas historias contadas son escuchadas con sensibilidad y empatía, buscando una devolución artística sustentada en una ética y una estética. Lo siniestro patético y maravilloso del acto artístico.

Bibliografía

1. *Chico C, Estrada M. Los relatos de la audiencia de una función de teatro espontáneo. Una aproximación desde la Terapia Narrativa. Tesis de maestría no publicada. Santiago, Chile: Universidad Mayor; 2010.*
2. *Fiorini H. El psiquismo creador. Bs. As.: Paidós Psicología Profunda; 1995.*
3. *Reisin A. Arteterapia Semánticas y Morfologías. Buenos Aires 2005.*
4. *Pichon Riviére R. El proceso creador Bs.As.: Nueva Visión: 2011.*
5. *Salas J. Improvisando la vida real. Uruguay: Nordan-Comunidad: 2005.*

El médico y la ciencia

The physician and the science

Luis Beaugé

Resumen

El artículo analiza sucintamente las relaciones entre Arte –en el sentido de habilidad artesanal– Ciencia y Técnica como los indispensables requisitos para una excelente práctica médica.

Palabras clave: *arte, ciencia, médicos.*

Abstract

The article succinctly analyzes the relationships between Art – in the sense of craftsmanship – Science and Technology as the indispensable requisites for an excellent medical practice.

Keywords: *art, science, medical.*

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):27

Se suele definir a la práctica médica como la conjunción de arte y ciencia. Arte, porque el médico efectúa, con maestría de artesano, el interrogatorio y el examen físico del paciente. Para citar pocos ejemplos: la sensibilidad de sus manos hace que por la simple palpación pueda detectar la presencia y características del dolor o las alteraciones en el tamaño de un órgano interno. Sus aguzados oídos le permiten auscultar pulmones, corazón y arterias y analizar su funcionamiento. Una visión entrenada detecta la posición del cuerpo junto a cambios en la coloración y estado de piel y uñas. Un atinado examen de la motilidad incursiona en huesos, articulaciones y músculos. Sus habilidades quirúrgicas son otro ejemplo de ese tipo de labor. Por eso la Medicina es Arte en el sentido *artesanal*. Y es también Ciencia, dado que la base de los mecanismos que producen las enfermedades, su diagnóstico, evolución y pronóstico, asentados en el pasado exclusivamente en la aguda observación y examen físico, se complementan cada vez más con los métodos aportados por la investigación científica, incluyendo el desarrollo de la Técnica. Así, Arte, Ciencia y Técnica constituyen la triada de la Medicina. Pero, la solicitud de elementos de juicio provistos por la técnica debe hacerse razonablemente y solo después de una rigurosa anamnesis y examen físico del paciente. La técnica nunca reemplaza a los dos primeros pasos, los complementa. El médico recurre a esta última para apoyar o dejar de lado una presunción diagnóstica coherente. Su aporte no debe aplicarse de manera rutinaria ya que su utilidad es muy variable en función del paciente y su estado de enfermedad. No hay enfermedades, solo enfermos, reza el adagio.

Quisiera dedicar unas palabras al conocimiento científico. El antropólogo Leslie White sostiene que la ciencia no es una mera acumulación de hechos y fórmulas; es fundamentalmente una forma de tratar con la experiencia. Utilizando métodos y técnicas apropiadas intenta conocer y hacer inteligible el mundo; tanto el exterior como el interior. Esa comprensión, siempre parcial, nunca totalizadora, plantea nuevos interrogantes. Otra manera de intentar comprender el mundo está dada por el Arte.

1. Miembro de la Academia Nacional de Ciencias y de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba.

Correspondencia: *Luis Beaugé. lbeauge@gmail.com*

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 04/04/2021 | Aceptado: 15/05/2021

Pero arte no en el sentido de habilidad artesanal, sino en la manera en que una expresión individual generaliza situaciones colectivas. Por ejemplo, un cuadro de Toulouse Lautrec ilustra genialmente la vida parisina en el mundo nocturno disipado del siglo diez y nueve. Así, Ciencia y Arte son dos maneras por las cuales el ser humano intenta comprender sus experiencias. Ludovico Geymonat sostiene, y concuerdo, que el primer motivador del pensamiento científico fue el asombro. En la antigüedad, ¿cómo explicar fenómenos atmosféricos como el rayo, terremotos, inundaciones, incendios, sin recurrir a la furia de los dioses? No existía un análisis racional aparte de las creencias religiosas. Poco a poco los tiempos, con el desarrollo intelectual de los hombres, proveyeron explicaciones racionales y naturales para estos y muchísimos otros fenómenos que, de sobrenaturales, pasaron a ser naturales, parte de la esencia del mundo, incluyendo los seres humanos. Y el pensamiento científico se hizo realidad. El mismo autor define a ese pensamiento como "un llamado a la razón, ya en la búsqueda de un fundamento general a nuestras proposiciones, ya en el inexorable desarrollo de todas sus consecuencias". La búsqueda de ese fundamento se hace en dos pasos. El primero, *la inducción*, a través de un número finito de observaciones, lleva a proponer mecanismos generales, lo que se denomina teoría científica. En el segundo paso, mediante *la deducción*, se aplican los conceptos de la teoría para explicar casos particulares y, muy importante, para confirmarla o refutarla. Una advertencia. Con Karl Popper llegamos a que la *verdad* no puede ser asida por el método científico; su mayor logro es llegar a la *verosimilitud*. Nada es verdadero, es sólo verosímil. Una nueva teoría científica propondrá nuevos mecanismos más coherentes con la realidad; y esa teoría, antes o después, será remplazada por otra, a veces manteniendo conceptos de la anterior; otras, totalmente revolucionaria.

No todos los médicos, especialistas incluidos, están formados para hacer investigación científica; pero todos pueden y deben utilizar sabiamente las ideas provistas por ella. La información aportada por revistas especializadas es la natural fuente de consulta. Por supuesto, sus comités editoriales deben ser sumamente exigentes para ofrecer a sus lectores material que aporte lo más moderno en el estado de conocimiento en la disciplina que cultiva. Además, la interacción entre médicos –seminarios, ateneos, congresos– es otro medio para mantener una constante actualización. Resumiendo, la conjunción de Arte, Ciencia y Técnica junto a una sabia interacción entre pares son las imprescindibles condiciones para una excelente práctica médica.

Anafilaxia por picadura de abeja y pánico en paciente no vidente. A propósito de un caso

Anaphylaxis due to bee sting and panic in blind patients. A case report

Adolfo Blanco[1], Marcela Ordóñez[1], Vanesa Furlotti[1], María Stella Pautasso[1]

Resumen

La reacción anafiláctica por hipersensibilidad a picadura de himenópteros, en este caso Apis mellifera, causa una mortalidad ampliamente documentada. La reacción anafiláctica tiene su tratamiento específico y efectivo, y su inicio precoz es de vital importancia. La principal causa de mortalidad por anafilaxia a himenópteros es el comienzo tardío del tratamiento o la ausencia del mismo, debidos al ámbito extrahospitalario en el que generalmente ocurre. La inmunoterapia subcutánea específica es eficaz y segura en pacientes con hipersensibilidad a picaduras de himenópteros1, y es el único tratamiento que reduce o anula el riesgo de próximas reacciones severas. La certeza de la efectividad se demuestra con la reexposición a la inoculación del antígeno. En este caso, por las características particulares de la paciente, acudimos a la picadura en un ambiente controlado para registrar su efectividad.

Palabras clave: *anafilaxia, abeja, paciente ciego, provocación controlada.*

Abstract

The anaphylactic reaction due to hypersensitivity to hymenoptera sting, in this case Apis mellifera, causes a widely documented mortality. The anaphylactic reaction has its specific and effective treatment, its early onset being of vital importance. The main cause of mortality due to hymenoptera anaphylaxis is the late start of treatment or the absence of it, due to the extra-hospital setting in which it generally occurs. Specific subcutaneous immunotherapy is effective and safe in patients with hypersensitivity to hymenoptera stings1, being the only treatment that reduces or eliminates the risk of severe next reactions. The certainty of the effectiveness is demonstrated with the re-exposure to the antigen inoculation. In this case, due to the particular characteristics of the patient, we went to a provocation in a controlled environment, to record its effectiveness.

Keywords: *anaphilaxis, bees, blind patient, controled provocation.*

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):028-029

Caso clínico

Mujer de veintisiete años de edad, no vidente, que consulta por haber presentado dos episodios de anafilaxia por picadura de abeja en los últimos seis meses. En los dos eventos describe el inicio de los síntomas entre tres y cinco minutos pospicadura, con prurito en palmas y plantas, y posterior "desvanecimiento" (hipotensión arterial).

Como antecedentes personales patológicos presenta ceguera desde el nacimiento por retinopatía del prematuro y rinitis no tratada. Se le indica *kit* de emergencia y medidas específicas de prevención. Y al mes se le realiza determinación de IgE sérica específica para abeja y test cutáneo con antígeno de abeja. Se realiza además test cutáneo a aeroalérgenos en días separados.

Las pruebas específicas a abeja resultaron claramente positivas: IgE específica sérica = (+++), test cutáneo (*prick test*) a veneno de abeja (100 µg/ml. Lab. Diater) presentó una pápula con diámetro 8 mm, siendo 5 mm mayor al control negativo y con un diámetro de pápula a histamina (1 mg/dl Lab. Diater) de 6 mm. El *prick test* a aeroalérgenos resultó positivo a *Dermatophagoides pteronyssinus* (Lab. Diater). Se inició inmunoterapia subcutánea (ITSC) con veneno de abeja en dilución 1:1.000.000 a incrementos de volumen progresivo dos veces por semana, bajo supervisión médica. Los incrementos en la concentración se realizaron cada tres semanas hasta completar la fase inicial de "escalamiento" en cuatro meses para continuar luego con la fase de mantenimiento[2]. Presentó en cuatro oportunidades reacciones locales amplias, resueltas con antihistamínico orales. Con el comienzo de la fase de mantenimiento de ITSC (una dosis cada dos a tres semanas) se inició inmunoterapia sublingual específica (ITSL) para *Dermatophagoides pteronyssinus*.

Luego de seis meses de tratamiento de mantenimiento de ITSC para abeja, se informa a la paciente que se encontraba protegida de presentar reacción grave ante una eventual picadura. La paciente comprendió lo explicado, pero agravado por su condición de no vidente, no podía dejar de experimentar miedo extremo al "escuchar" la presencia de abejas a su alrededor llegando a presentar crisis de pánico caracterizadas por taquicardia, temblores y desesperación. La calidad de vida se afectó sustancialmente por sus crisis de temor extremo. Para resolver la situación se organizó la provocación con picaduras de abejas en un centro asistencial bajo estricta vigilancia y control médico. Con la ayuda de un apicultor se obtuvo un grupo de abejas de una colmena. Estos insectos solo sobreviven dos a tres días fuera de la misma. La paciente fue ingresada en una clínica de la Ciudad de Córdoba, se colocó una vía endovenosa y se realizaron controles de signos vitales previos y posteriores a cada provocación. Las abejas se transportaron contenidas en una caja con lados transparentes para observarlas y un pequeño orificio obturable en un extremo para extraerlas con pinzas de a una en una según necesidad, evitando de ese modo la liberación accidental

1. Servicio de Alergia e Inmunología. Hospital "Misericordia Nuevo Siglo". Córdoba. Rep. Argentina

Correspondencia: *Adolfo Blanco. adolfoxbla@yahoo.com*

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 16/03/2021 | Aceptado: 15/05/2021

de abejas al interior de la habitación. Se provocó la picadura con una abeja observándose una reacción local mínima sin cambios en los signos vitales (excepto leve taquicardia transitoria por miedo). Luego de una hora se realizó una segunda provocación con los mismos resultados. El procedimiento demostró la efectividad del tratamiento y generó la suficiente confianza en la paciente para resolver sus crisis de pánico.

Discusión y conclusiones

En el caso de la ITSC para himenópteros, la valoración definitiva de la efectividad del tratamiento se establece cuando se produce accidentalmente una nueva picadura por el insecto responsable sin ocasionar reacción de gravedad. Si bien disponemos de medidas auxiliares para determinar el efecto del tratamiento, tales como observar una disminución en la reacción al test cutáneo o una disminución en los niveles específicos de IgE sérica, la certeza de la efectividad se demuestra en la reexposición. La provocación con picaduras de insectos para verificar la eficacia de la ITSC, en un ambiente médico controlado, es una práctica que ofrece un beneficio al paciente, sus familiares y al propio médico tratante[3] y es, por razones obvias, más segura que la exposición ocurrida accidentalmente en el ámbito extrahospitalario. En el caso de la paciente presentada, su condición de no vidente y la presencia de crisis de pánico, prácticamente obligaron a realizar la provocación. La ITSL con aeroalérgenos fue efectiva para reducir significativamente los síntomas de rinitis alérgica. Luego de 5 años de tratamiento con ITSC, se reevaluó la presencia de IgE específica a abeja mediante test cutáneos y determinación sérica encontrándose significativa reducción en ambos: IgE sérica (+) y test cutáneo con diámetro solo 2 mm. mayor que el control salino (histamina con diámetro de 8 mm). Si bien la duración del tratamiento de ITSC a insectos es un tema en continua revisión, en esta paciente se suspendió al cumplir 5 años de tratamiento y se recomendó un control anual. No existe un marcador específico que nos permita distinguir qué paciente, con alergia a himenópteros, presentará una recaída al suspender ITSC, pero algunas características clínicas se asocian (evidencia C) con mayor chance de recaída como: historia de reacción previa a ITSC muy grave, aumento de triptasa sérica basal, reacción sistémica a la ITSC, alergia a veneno de abeja y tratamiento menor a 5 años. Sin embargo, las reacciones post-ITSC son generalmente menos graves que aquellas pre-ITSC.

Bibliografía

1. *Cox L, Nelson H, Lockey R. Allergen immunotherapy: A practice parameter third update. J Allergy Clin Immunol 2011;127(1): S1-S55.*
2. *Golden DBK, Demain J, Freeman T, et al. Stinging insect hypersensitivity A practice parameter update 2016. Ann Allergy Asthma Immunol 2017;118:28-54.*
3. *Haugaard L, Nørregaard OF, Dahl R. In-hospital sting challenge in insect venom-allergic patients after stopping venom immunotherapy. J Allergy Clin Immunol 1991; 87:699.*

Manejo del paciente esplenectomizado. A propósito de un caso

Management of the splenectomized patient. A case report

María Stella Pautasso[1], Adolfo Blanco[1], Vanesa Furlotti[1], Marcela Ordóñez[1]

Resumen

El bazo tiene la habilidad de prevenir infecciones por su capacidad de filtrar, opsonizar y fagocitar elementos bacterianos de la sangre. La ausencia anatómica del bazo es en la mayoría de los casos secundaria a resección quirúrgica, la cual se indica por causa traumática o debido a enfermedad subyacente. La asplenia congénita es posible, pero inusual. Los pacientes asplénicos tienen alto riesgo de sepsis por bacterias encapsuladas, siendo el Streptococcus pneumoniae el principal agente. Presentamos un caso de esplenectomía y revisamos las recomendaciones para la prevención de infecciones invasivas en pacientes asplénicos.

Palabras clave: *infecciones, esplenectomía, inmunodeficiencia, Streptococcus pneumoniae, profilaxis antibiótica.*

Abstract

The spleen has the ability to prevent infections due to its capacity to filter, opsonize and fagocite bacterial elements from the blood. The anatomic absence of the spleen is in most cases secondary to surgical resection, which is indicated by traumatic cause or due to underlying disease. Congenital asplenia is possible but unusual. Asplenic patients are at high risk of sepsis due to encapsulated bacteria, with Streptococcus pneumoniae being the main agent. We present a case and review the recommendations for the prevention of invasive infections in asplenic patients.

Keywords: *infections, splenectomy, immunodeficiency, Streptococcus pneumoniae, antibiotic prophylaxis.*

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):030-031

Introducción

El bazo es el mayor órgano linfoide del cuerpo humano. En él convergen funciones y estructuras del sistema circulatorio, reticuloendotelial e inmune. Las funciones esplénicas son: filtración, reservorio, hematopoyesis e inmunidad innata y adquirida. El rol esplénico en la prevención de la sepsis bacteriana está dado por la capacidad de filtrar y fagocitar las bacterias, remover material o partículas extrañas (parásitos, eritrocitos envejecidos) y la producción precoz de opsoninas, IgM específicas, componentes del complemento. La asplenia puede ser primaria o secundaria. Las causas secundarias son más frecuentes. La asplenia congénita puede ser aislada o formar parte de un síndrome (síndrome de Ivemark).

La esplenectomía quirúrgica es la causa más frecuente, puede deberse a un trauma o a una enfermedad subyacente como enfermedades hematológicas (anemias hemolíticas, púrpura inmune). Las condiciones clínicas en las cuales se puede llegar a desarrollar hipoesplenia/asplenia funcional son hematológicas, autoinmunes, enfermedades crónicas gastrointestinales. En vista de ello, el objetivo de esta presentación es identificar qué medidas preventivas son necesarias para disminuir las infecciones bacterianas graves, que pudieran comprometer la vida en pacientes asplénicos o hipoesplénicos.

1. Servicio de Alergia e Inmunología. Hospital "Misericordia Nuevo Siglo". Córdoba. Rep. Argentina

Correspondencia: *alergiamisericordia@gmail.com*

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 04/02/2021 | Aceptado: 10/04/2021

Caso clìnico

Paciente de sexo femenino de 41 años, derivada para valoración inmunológica por esplenectomía debida a quiste hidatídico.

Previamente sana, en el año 2009 debuta con abdomen agudo y consulta por guardia. Recibe medicación analgésica con respuesta parcial, se detecta esplenomegalia por examen físico, por lo que se solicitan estudios de imagen (visualizando lesión quística de 15 cm aproximadamente, con desplazamiento de estructuras vecinas y compresión del estómago), llegando al diagnóstico de hidatidosis esplénica, que, ante la falta de respuesta al tratamiento médico, requirió esplenectomía. A los pocos meses presenta pitiriasis versicolor, luego infecciones respiratorias altas recurrentes (otitis, faringitis) así como infecciones urinarias bajas. No refiere otros antecedentes personales patológicos.

Al momento de su evaluación por el Servicio de Alergia e Inmunología Clínica se solicitaron los laboratorios que se muestran en la **Tabla 1**, cuyos valores fueron normales.

La paciente recibió vacuna antineumocócica 23 valente, anti *Haemophilus influenzae* B y anti meningococo A+C en forma inmediata a la esplenectomía, con refuerzos de vacuna antineumocócica 23 valente y anti *Haemophilus influenzae* B dos años después de la misma. Como conducta se agrega tratamiento preventivo con amoxicilina diaria.

Evolución: la paciente ha presentado hasta la actualidad buena respuesta a la antibioticoprofilaxis indicada.

Discusión

El diagnóstico de asplenia o disfunción está basado en la visualización en frotis sanguíneos de anomalías específicas en los eritrocitos, que son los corpúsculos de Howell Jolly, ecografía abdominal y otros métodos con radioi-

sótopos con tecnecio 99 para valorar la función.El *Streptococcus pneumoniae* es el germen principal responsable de los procesos infecciosos bacterianos (junto a otras bacterias encapsuladas) que conlleva una alta tasa de mortalidad por sepsis.

Debe valorarse el plan de vacunación. Si la esplenectomía es electiva, el paciente debe recibir, al menos 2 semanas antes, vacuna antineumocócica, antimeningocócica y anti *Haemophilus influenzae*. En esplenectomía de urgencia las debe recibir a las dos semanas del procedimiento. En paciente esplenectomizado, ante la presencia de fiebre de origen desconocido, se recomienda tratamiento antibiótico precoz y empírico mientras se evalúa el origen.

El riesgo de sepsis bacteriana aumenta en pacientes esplenectomizados, por lo cual se indica profilaxis antibiótica diaria con penicilina V oral, amoxicilina o cotrimoxazol. En esplenectomía postraumática en niños y adultos sanos se recomienda al menos 5 años de profilaxis. En esplenectomizados por otras causas (autoinmunidad, hematológicas, oncológicas, etc.) la duración es mayor y se adapta a cada caso en particular, recomendando algunos autores profilaxis de por vida.

Debido a la relativa baja frecuencia de pacientes esplenectomizados en nuestro medio, consideramos importante presentar este caso clínico para actualizar criterios diagnósticos y de tratamiento/seguimiento para evitar complicaciones severas.

TABLA 1. Laboratorios al ingreso.

Fórmula leucocitaria	
Glóbulos blancos totales	13.100/mm^3
Neutrófilos segmentados	6.550 (50%)
Eosinófilos.	262 (2%)
Basófilos	0 (0%)
Linfocitos	5.764 (44%)
Monocitos	524 (4%)
VSG	8 mm
AELO	100 UT
C3 complemento	142 mg/dl
C4 complemento	24 mg/dl
Inmunoglobulinas	
IgG	1292 mg/dl
IgA	393 mg/dl
IgM	327 mg/dl
IgE	268 UI/l
Poblaciones linfocitarias por citometría de flujo	
Linfocitos totales	6274,5 cél/µl
Cd3	76,9% - Valor absoluto=4825
Cd4	40,2% - Valor absoluto=2522
Cd8	31% - Valor absoluto=1983
Cd19	7,8% - Valor absoluto=489
Cd56	15,40% - Valor absoluto=966
Ac. antinucleares (FAN)	negativos
Ac. anti-ADN	negativos
Ac. anti-TGB	<20 UI/ml (VN<40 UI/ml)
Ac. anti-TPO	31 UI/ml (VN<35 UI/ml)
IgA antitransglutaminasa	4,3 CU
IgA antiendomisio	negativo
IgA anti gliadina deaminada	5,6 CU
IgG anti toxoide tétanico	0,7 UI/ml (VN≥0,1 UI/ml)
IgG2 antineumocócica	912 mUI/ml (VN>250 mUI/ml)

Bibliografía

1. *Di Sabatino A, Carsetti R, Corazza GR. Post-splenectomy and hyposplenic states Lancet 2011;378:86-97.*
2. *Lamsfus-Prieto JÁ, Membrilla-Fernández E, Garcés-Jarque JM. Prevención de la sepsis en pacientes esplenectomizados. Cir Esp 2007;81(5):247-51.*
3. *Cofre F, Cofre J. Asplenia e hipoesplenia en pediatría. Prevención de sepsis bacteriana fulminante. Rev Chil Infectol (Santiago) 2014;31(1);66-72.*
4. *Sumaraju V, Smith LG, Smith SM. Infectious complications in asplenic hosts. Infect Dis Clin North Am 2001;1589:551-65.65.*

Errores diagnósticos en el niño. A propósito de un caso

Diagnostic errors in children. A case report

María Cecilia Cavallo[1]

Resumen

La alergia a proteína del látex es una patología que presenta gran diversidad en su presentación clínica, con aumento en su prevalencia a nivel mundial. Es necesaria su sospecha clínica frente a patologías alérgicas tanto cutáneas como digestivas para un diagnóstico oportuno. Se presenta el caso clínico de una paciente de dos años de edad con alergia al látex y manifestaciones poco frecuentes.

Palabras clave: *hipersensibilidad al látex, alergia alimentaria, síntomas digestivos.*

Abstract

Latex protein allergy is a pathology that presents great diversity in its clinical presentation. There is an increase in its prevalence worldwide. Clinical suspicion against both skin and digestive allergic diseases is necessary for a correct diagnosis. The clinical case of a two-year-old patient with an allergy to latex and infrequent manifestations is presented.

Keywords: *latex hypersensitivity, food allergy, digestive symptoms.*

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):032-033

Introducción

La hipersensibilidad a las proteínas del látex afecta tanto a adultos como a niños, con un alto impacto a nivel mundial. Existe un aumento en su prevalencia, y puede manifestarse como enfermedad en trabajadores expuestos al látex así como en la población general.

La presentación clínica varía desde síntomas leves o moderados, como urticaria, rinitis, conjuntivitis, dermatitis de contacto y cuadros digestivos hasta asma o reacciones anafilácticas de gravedad, por lo cual es importante promover el conocimiento de este tipo de cuadros. El diagnóstico oportuno permite un correcto manejo de los pacientes con diagnóstico de alergia al látex. Se presenta el caso de una paciente niña con alergia al látex, con manifestaciones poco frecuentes.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de dos años de edad, con antecedentes de alergia a proteína de leche de vaca (APLV) desde los seis meses de edad, por síntomas de proctocolitis y reflujo gastroesofágico. Es derivada al Servicio de Alergia e Inmunología Clínica para evaluación diagnóstica y tratamiento.

Al interrogatorio la madre refiere que al cumplir un año de vida suspende lactancia materna exclusiva y comienza con urticaria y angioedema posterior a la ingesta en biberón de fórmula extensamente hidrolizada (Nutrilon Pepti Junior®), por lo que se cambia a fórmula a base de aminoácidos (Neocate Junior®), sin respuesta clínica. Comenta que presenta los mismos síntomas tras ingesta de banana, por lo que se sospechó alergia a alimentos, haciéndose una dieta adecuada sin mejoría.

Durante el interrogatorio la mamá refiere ser decoradora de eventos infantiles en contacto con globos a diario. Se realiza diagnóstico presuntivo de alergia al látex. Se realizó IgE específico para látex 12 Uk/dl, *prick test* con alérgenos estandarizados y *prick to prick* con alimento fresco **(Tabla 1)**.

Evolución: se indican medidas preventivas y sustitución de mamadera por vaso con reincorporación de leche, con buena evolución y sin aparición de síntomas.

Discusión

Las reacciones de hipersensibilidad al látex son causadas por la exposición al mismo ya sea por vía cutánea, mucosa o inhalatoria. En el caso que se presentó, la paciente estaba siendo tratada por APLV. El diagnóstico de alergia al látex se realizó un año posterior al comienzo de los síntomas y al ser asociado con alergia alimentaria nunca se estudió. Se sospecha que la sensibilización fue vía digestiva (biberón) y cutánea (globos) por la alta exposición al látex. Es importante su temprano y correcto diagnóstico para el tratamiento y educar a los pacientes y familiares, tanto a corto como a largo plazo.

1. Servicio de Alergia e Inmunología Clínica. Hospital "San Martín". Paraná. Entre Ríos. Rep. Argentina

Correspondencia: *María Cecilia Cavallo. ceciliacavallo@gmail.com*

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 18/05/2021 | Aceptado: 16/06/2021

TABLA 1. Resultados.

Alérgeno	*Prick test*	*Prick to prick*	Alérgeno	*Prick test*	*Prick to prick*
Leche	negativo	negativo	Látex	habón 15x10 mm	habón 5x5 mm
Huevo	negativo	-	Kiwi	habón 10x12 mm	habón 5x8 mm
Soja	negativo	-	Banana	habón 5x10 mm	habón 6x5 mm
Trigo	negativo	-	Frutos secos	negativo	negativo
Cítricos	negativo	negativo	Frutilla	negativo	negativo
Tomate	negativo	negativo	Maní	negativo	negativo
Cacao	negativo	-	Pescado	negativo	-
Palta	-	negativo	Histamina	habón 8x8 mm	negativo

Bibliografía

1. *Peláez Hernández A, Dávila González IJ (eds.). Alergia al Látex. Tratado de Alergología, 2 Vol. Madrid: Ergon; 2008.*
2. *Taylor JS, Erkek E. Latex allergy: diagnosis and management. Dermatol Ther 2004;17:289-301.*
3. *Caballero ML, Quirce S. Identification and practical management of latex allergy in occupational settings. Expert Rev Clin Immunol 2015; 11(9):977-992.*
4. *Kumar RP. Latex allergy in clinical practice. Indian J Dermatol 2012;57:66-70.*

Pólipo maxilar, más allá del límite óseo

Maxillary polyp, beyond the bone limit

Jorge Saiel Álvarez[1], Ignacio Jorge Álvarez[1]

Resumen

Paciente de sexo masculino de 45 años, derivado por síntomas compatibles con rinitis: rinorrea, obstrucción nasal derecha y presencia de un nódulo subcutáneo blando y depresible en región maxilar superior derecha. Se realizó TAC, que mostró solución de continuidad ósea en la pared anterior y la pared medial del seno maxilar derecho. Se practicó cirugía reparadora, sin recidivas hasta la actualidad.

Palabras clave: *pólipos, rinitis, nódulo subcutáneo maxilar.*

Abstract

Male patient, 45 years old, referred by symptoms of rhinitis: rhinorrhea, right nasal obstruction and presence of a subcutaneous depressible soft nodule in the right maxillary region. ACT scan was performed, showing a solution of bone continuity in the anterior wall and the medial wall of right maxillary sinus. Reconstructive surgery was performed without recurrences to date.

Keywords: *polyps, rhinitis, maxillary subcutaneous nodule.*

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):034-035

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 45 años, derivado por síntomas compatibles con rinitis; antecedentes de asma bronquial. El paciente fue tratado previamente con aerosolterapia nasal, antihistamínico anti-H1, corticosteroides en pulsos. Asma controlado asintomático. Secreción nasal anterior y posterior seromucosa, escaso prurito nasal, sensación de bloqueo nasal especialmente en fosa nasal derecha.

Figura 1. *Imagen polipoidea contactando con epidermis, corte sagital.*

1. Instituto de Diagnóstico y Tratamiento C. Oulton. Córdoba, Capital

Correspondencia: *Jorge S. Alvarez. jsalvarez@oulton.com.ar*

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 20/03/2021 | Aceptado: 18/05/2021

Examen físico: a la inspección, se constata pequeño nódulo en maxilar superior derecho, subcutáneo, blando, depresible, coercible con posibilidad de reintroducción, que ante el menor esfuerzo se presenta nuevamente en la misma localización.

Se solicita tomografía axial computada de senos paranasales (SPN), objetivándose las imágenes que se describen correspondientes a las **Figuras 1, 2** y **3**.

Informe de TAC de SPN. El tabique óseo se encuentra des-

Figura 2. *Pólipo más allá del maxilar.*

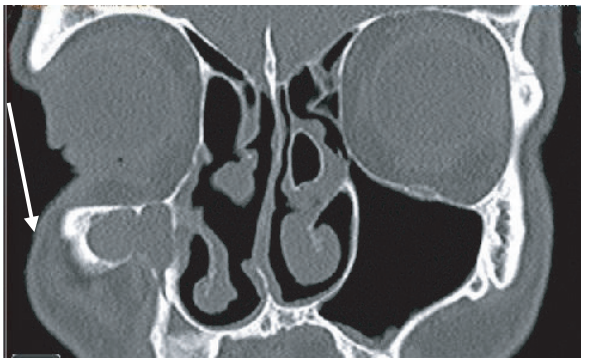


Figura 3. *Corte coronal.*

viado a la derecha, observándose espolón óseo hacia ese lado. Solución de continuidad en la pared lateral de la fosa nasal derecha. Solución de continuidad ósea en la pared anterior y en particular la pared medial del seno maxilar derecho. Presencia de imagen isodensa, homogénea, polilobulada, irregular y de límites bien definidos, que no se modifica en la serie posinyección de material de contraste, localizada en el tercio anterior del seno maxilar derecho. La misma provoca lisis y remodelación ósea y se extiende en sentido anterior hacia el tejido celular subcutáneo. La lesión mide 15 mm de altura por 15 mm de diámetro transverso por 29 mm en su diámetro máximo anteroposterior.

Comentario:

La presencia de un nódulo subcutáneo en la región correspondiente al maxilar superior nos hizo investigar según los pasos clínicos, las características del mismo; así sospechamos poliposis con posterior demostración de pérdida de continuidad ósea maxilar.
En este caso el paciente presentó evolución favorable luego de cirugía de senos maxilares con polipectomía.
Informe de anatomía patológica: pólipos inflamatorios. Posterior a la cirugía, se indicó medicación sintomática. A la fecha el paciente no presentó ningún tipo de recidiva.

El Colorado

The Colorado

Alergia e Inmunología Clínica 2021;40(1):36

Considero que una buena manera de escribir sobre alguien es describir una característica personal que acompañó a esa persona toda la vida.
¿Se puede ser diferente? En realidad sí, pero ser diferente, creerse y sentirse diferente es bastante común. De niños y adolescentes solemos poner apodos a nuestros amigos; así el *pelado*, el *negro*, el *chino*, el *petiso*, el *lungo*, el *gordo*, el *flaco*, el *narigón*, el *oveja*, etc., pero este relato no trata de ninguno de estos o de muchos otros que podría seguir mencionando con algún esfuerzo de memoria. Este escrito se refiere al *Colorado*. Siempre pensamos que los colorados son diferentes, pero de niños es cuando se nota más, así que de niños no hay otra forma de llamar a un amigo con ese pigmento en su cabellera que haciendo referencia al mismo. Nunca se piensa en cómo se sentirá el *Colorado* cuando se lo dicen. Sin embargo, creo que con el paso del tiempo se van acostumbrando en forma directamente proporcional a la decoloración que implacablemente impone el paso del tiempo, hasta dejar de serlo y verlo transformado en blanco.
Me crucé, sin estar en Irlanda, con un *Colorado*, en la adultez. A él me costaba llamarlo por su nombre de pila, y es que así lo conocí y así lo llamaba mi padre con mucho afecto. Lo curioso es que en su documento nacional de identidad decía Ángel, y cuando pienso en el nombre me suena la canción que dice: "... Pintor que pintas iglesias píntame angelitos negros, que también se van al cielo...". Pero nunca ninguna referencia a los *colorados*.
Señores, quiero contarles que yo tenía un amigo Ángel que se llamaba *Colorado*.

In memoriam de Ángel R. Mínguez, Presidente del Círculo Médico de Córdoba (2012-2020), a quien invité a ingresar al CMC y con quien compartí muchos años de trabajo institucional.

Jorge Saiel Álvarez
Presidente del Círculo Médico de Córdoba 2008-2012

Reglamento de Publicaciones de la revista *Alergia e Inmunología Clínica*

Rules of Publications of the journal *Allergy and Clinical Immunology*

Unidades temáticas de la revista

- Historias de la medicina
- Artículos de revisión (revisiones bibliográficas)
- Artículos originales (investigaciones inéditas)
- Casos clínicos
- Publicaciones seleccionadas (comentarios sobre publicaciones recientes)
- Educación Médica Continua
- Alerta Farmacológico o "Advertencias"
- Imágenes de Medicina o "Imágenes Clínicas
- Haga Usted su diagnóstico
- Cartas al Editor

Normas editoriales

Los artículos de investigación y las revisiones bibliográficas no deben exceder las 20 páginas (tamañoA4) de texto a doble espacio en Microsoft Word. Al texto se agregaran cuadros, figuras y referencias bibliográficas. Se deberán usar caracteres de estilo Arial que midan 12 puntos. Las márgenes serán de 3 cm.
El formato estándar de los artículos será el siguiente:

I. Título y autores

El estudio no debe exceder las 20 palabras. Los autores consignarán nombres y apellidos completo.

II. Cuerpo de los artículos

II.I. Artículos originales

Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones y Referencias bibliográficas.
Los artículos de revisión bibliográfica pueden utilizar otros títulos y subtítulos.
Introducción: se presentan los objetivos del trabajo, y se resumen las bases para el estudio o la observación, No debe incluir resultados o conclusiones del trabajo.
Material y métodos: incluyen una descripción de:
La selección de los sujetos estudiados y sus características
Los métodos aparatos y procedimientos. En estudios clínicos se informaran detalles del protocolo (población estudiada, intervenciones efectuadas, bases y estadísticas);
Las guías o normas éticas seguidas;
Descripción de métodos estadísticos.
Resultados: se presentará en una secuencia lógica. No debe repetirse en el texto la información presentada en tablas o figuras.
Discusión: se resaltan los aspectos nuevos e importantes del estudio, las conclusiones de ellos derivadas, y su relación con los objetivos que figuran en la introducción. No repetir información que ya figure en otras secciones del trabajo.
Agradecimientos: cuando correspondan se agregaran precediendo a la bibliografía; si cabe se citaran: reconocimiento por apoyo técnico, aportes financieros, contribuciones que no lleguen a justificar autoría. En estos casos los autores serán responsables de contar con el consentimiento escrito de las personas nombradas. Deben declarar la existencia de conflictos de intereses.
Tablas: no se aceptaran más de seis, no deberán repetirse en la tabla datos aportados en el texto. Las tablas deberán ser enviadas separadas del texto, en archivo Word o Excel, con letra Arial 12, cada una en una hoja aparte, numeradas, identificadas, con un título aclaratorio y con referencia al pie de página
Tanto las tablas como las imágenes deberán remitirse en un archivo aparte, como archivos independientes, las imágenes en formato "jpg" o "tif", y en alta definición (300 dpi).
Resumen en castellano y en inglés: no deben exceder las 300 palabras cada uno. Se colocarán de 3 a 6 palabras claves al final del resumen y las mismas en inglés (*keywords* al final del *abstract*).

II.II. Casos clínicos

Introducción, Caso clínico, Discusión y Referencias bibliográficas.
Introducción: se presentan los objetivos del trabajo, la fundamentación o interés del mismo para su presentación, con una observación, concepto diagnóstico, clínico, asociación novedosa, o un nuevo punto de vista sobre algo poco conocido o que deje una enseñanza por lo original. Puede incluir un resumen muy breve de las patologías involucradas.
Caso clínico: se realizará una descripción de los principales hallazgos del examen clínico y de los exámenes complementarios que avalen los diagnósticos.
Discusión: se resaltan los aspectos nuevos e importantes del estudio, las conclusiones de ello derivadas, y su relación con los objetivos que figuran en la introducción. No repetir información.
Agradecimientos: cuando correspondan se agregaran precediendo a la bibliografía; si cabe se citaran: reconocimiento por apoyo técnico, aportes financieros, contribuciones que no lleguen a justificar autoría. En estos casos los autores serán responsables de contar con el consentimiento escrito de las personas nombradas. Deben declarar la existencia de conflictos de intereses.
Figuras o fotos: se aceptarán un máximo de seis, deberán ser enviadas separadas del texto, en un archivo con definición mínima de 300 dpi, en formato "jpg" o "tif", cada una identificada con un título aclaratorio y con referencia al pie de página.

II.III. Haga usted el diagnóstico

Esta modalidad de artículo de educación continua tiene el propósito de estimular la habilidad diagnóstica de los lectores. Tiene dos partes, la primera hace la presentación del caso utilizando fotografías o imágenes histológicas; la segunda aparece al final de la revista y revela el diagnóstico correcto junto con un comentario sobre la entidad correspondiente

II.IV. Cinco cosas que debe saber acerca de…

Los artículos presentan cinco afirmaciones fundamentales sobre temas de interés para el médico. El artículo enfoca sobre lo más importante, lo más controvertido y lo más nuevo. Cada ítem debe ser corto, claro y específico. El número máximo de palabras es 300, puede contener tabla, o una imagen. Se permite hasta 5 referencias bibliográficas.

III. Referencias bibliográficas

Se utilizara preferentemente el "estilo Vancouver". Todas las referencias deben citarse en el texto. Las referencias de artículos en revistas deben incluir 1) Autores: apellidos e iniciales de los nombres; 2) Título (en su versión original sin traducir); 3)Título abreviado de la revista de acuerdo a PubMed/IndexMedicus; 4) Año; 5) Volumen (en números arábigos); 6) Número; 7) Páginas inicial y final.

Las publicaciones vía internet se citarán en la misma forma agregando (publicación periódica en línea) después del título de la revista y de la página web de la revista al finalizar la referencia (se encuentra en www...)

Las citas de libros incluirán: autores, título, número de la edición, lugar de publicación, entidad editorial y año.

Las citas de los capítulos de los libros incluirán: autores del capítulo y título del capítulo seguida de "en" y la citación del libro.

IV. Aceptación y publicación del artículo

Los manuscritos serán revisados por al menos dos miembros del Comité Editorial y posteriormente evaluados por dos miembros del Comité Científico-Académico que actuarán como árbitros para realizar las sugerencias pertinentes.

Conflictos de interés: todos los autores deben declarar si tienen algún conflicto de interés relacionado con el manuscrito que están enviando.

Envío de manuscrito

Los manuscritos elaborados en Word deberán ser enviados a:

- mcdaraio@hotmail.com
- drmajul@gmail.com
- aleferreyra67@gmail.com

Con copia a: dg@publat.com.ar

Cada manuscrito deberá enviarse con una carta de solicitud de publicación, con el aval de todos los autores.