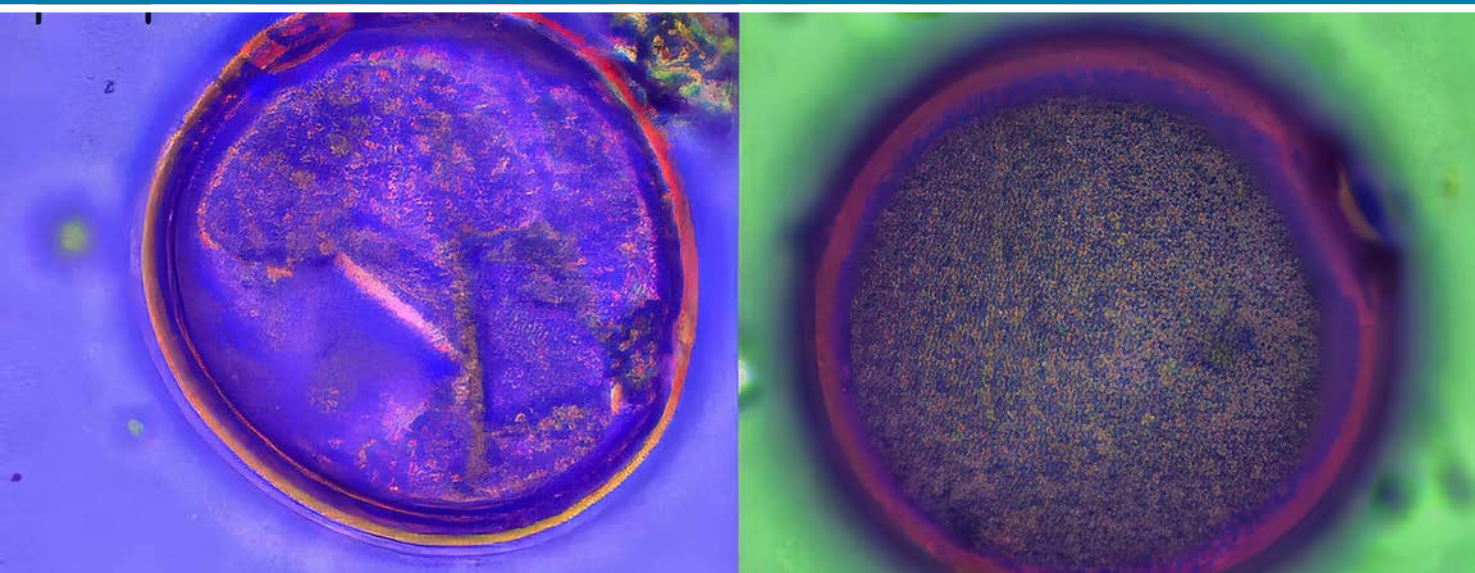


Archivos de Alergia e Inmunología Clínica

Publicación trimestral y suplementos - Volumen 54 - Número 3 - Año 2023



EDITORIAL

CASO CLÍNICO

A propósito de casos de urticaria vasculitis

ARTÍCULOS ORIGINALES

Penfigoide ocular cicatricial, aspectos clínicos e inmunopatológicos y su relación con IgE elevada

Pólenes más abundantes en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2022

Publicación Oficial de

AAeIC

Asociación Argentina
de Alergia e Inmunología Clínica



Sociedad Chilena
de Alergia e Inmunología



Sociedad Paraguaya
de Alergia, Asma e Inmunología



Sociedad Peruana
de Inmunología y Alergia



Sociedad Uruguaya
de Alergia, Asma e Inmunología



AAIC

Editores

Juan Carlos Muiño, Pablo Moreno

Editores Asociados

Adrián Kahn, Maximiliano Gómez

Secretarios de Redacción

Julio Orellana, Mónica Marocco, Cora Onetti

Comité Consultivo

Ansotegui, Ignacio J. (España)

Ardusso, Ledit R. F. (Rosario)

Báez, José Ricardo (Mendoza)

Beltramo, Dante (Córdoba)

Bottasso, Oscar (Rosario)

Bózzola, Martín (Buenos Aires)

Calvo Gil, Mario (Chile)

Cejas, Arturo Hugo (Córdoba)

Crisci, Carlos D. (Rosario)

Curet, Carlos A. (Córdoba)

Docena, Guillermo H. (La Plata)

Gargiulo, Pascual Ángel (Mendoza)

Isasi, Sadí Cossy (Córdoba)

Juárez, Claudio Patricio (Córdoba)

Juncos, Luis (Córdoba)

Lozano, Alejandro (Córdoba)

Máspero, Jorge F. (Buenos Aires)

Neffen, Hugo E. (Santa Fe)

Parisi, Claudio A. S. (Buenos Aires)

Penissi, Alicia Beatriz (Mendoza)

Saranz, Ricardo J. (Córdoba)

Schuhl, Juan F. (Uruguay)

Serra, Horacio M. (Córdoba)

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

Registro de propiedad intelectual en trámite

Publicación indexada en LILACS, LATINDEX y THOMSON REUTERS

ISSN 1515-9825

Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica. Fundada el 11 de mayo de 1949.

Personería Jurídica Insp. de Justicia N° C.594*

Afiliada a la International Association of Allergy and Clinical Immunology y a la European Academy of Allergy and Clinical Immunology.

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

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

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

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

SUMARIO

Summary

EDITORIAL | EDITORIAL

EDITORIAL

Juan Carlos Muño

ARTÍCULOS ORIGINALES

ORIGINAL ARTICLES

PENFIGOIDE OCULAR CICATRICAL,
ASPECTOS CLÍNICOS E
INMUNOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN
CON IGE ELEVADA

Ocular cicatricial pemphigoid, clinical
and immunopathological aspects and its
relationship with elevated IgE

Ariana Ringer, Florencia Elena, Carlos Siegrist,
Lorena Brance, Marcelo Abdala, Germán D. Grossi,
Ana Rosa Pérez, Gonzalo Chorzepa

PÓLENES MÁS ABUNDANTES EN LA
CIUDAD DE MAR DEL PLATA DURANTE
EL AÑO 2022

Most abundant pollen types in Mar del Plata
city during year 2022

Leonor Villa, Fabiana Latorre, María Laura Abud Sierra

CASO CLÍNICO | CLINICAL CASE

076

A PROPÓSITO DE CASOS DE URTICARIA
VASCULITIS

Regarding cases of urticaria vasculitis
Luis Bello, Alejandra Falú, Silvina De Freijo,
Maximiliano Gómez

086

077

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES
RULES OF PUBLICATIONS

088

081

SUMARIO ANALITICO

Analytical summary

EDITORIAL

Este número 3 del volumen 54 de Archivos de Alergia e Inmunología Clínica presenta en su conformación los resúmenes de los trabajos presentados al Congreso Nacional de Alergia e Inmunología del año 2023.

Estos abarcan aspectos de la alergia e inmunología clínica, alergia drogas, anafilaxia, urticaria, angioedema, polinosis, alergia a alimentos y desensibilización a drogas, así como las consecuencias económicas originadas por las enfermedades alérgicas. Este amplio espectro de ponencias en la forma poster y presentación oral de trabajos seleccionados fue revisada prolijamente por el Comité Evaluador designado al efecto y que integran los Dres. Jorge Álvarez, Adrián Kahn y Mirna Biglione. De este universo de trabajos se extrajeron tres, que tienen alto nivel de investigación.

Juan Carlos Muñio

ARTÍCULOS ORIGINALES

PENFIGOIDE OCULAR CICATRICIAL, ASPECTOS CLÍNICOS E INMUNOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON IGE ELEVADA

Introducción. El penfigoide ocular cicatricial (POC) es una enfermedad crónica e inmunomediada. Ha sido vinculada a síntomas atópicos, siendo, en ocasiones, considerada una patología inmunoalérgica.

Conclusión. La presencia de IgE elevada fue frecuente en pacientes con POC, indicando que es conveniente el abordaje multidisciplinario entre reumatólogos, oftalmólogos y especialistas en Alergia e Inmunología para la búsqueda de posibles entidades inmunoalérgicas asociadas, cuya clínica de presentación puede simular o superponerse con el POC y, por ende, permitiendo optimizar la terapéutica.

Ariana Ringer, Florencia Elena, Carlos Siegrist, Lorena Brance, Marcelo Abdala, Germán Daniel Grossi, Ana Rosa Pérez, Gonzalo Chorzepa

PÓLENES MÁS ABUNDANTES EN LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA DURANTE EL AÑO 2022

Introducción. El médico alergista necesita conocer la diversidad de pólenes en el aire de la zona que habitan sus pacientes, ya que puede afectar su salud, para indicar medidas de evitación del alérgeno y ajustar el tratamiento farmacológico e inmunológico.

Conclusión. Los pólenes más frecuentes fueron de Árboles anemófilos (78,6%) seguidos de Hierbas (11,7%) y Gramíneas (9,6%). Como las concentraciones pueden variar de un año a otro por cambios de clima y atmósfera, la Red de Pólenes se potencia como herramienta fundamental para el especialista y paciente alérgico, ya que permite ajustar el tratamiento y tomar medidas medioambientales más estrictas tendientes a mejorar la calidad de vida.

Leonor Villa, Fabiana Latorre, María Laura Abud Sierra

CASO CLÍNICO

A PROPÓSITO DE CASOS DE URTICARIA VASCULITIS

La urticaria es una condición caracterizada por el desarrollo de pápulas pruriginosas (ronchas o habones) que duran menos de 24 horas, migratorias, evanescentes sin pigmentación residual, asociadas o no con angioedema. El espectro de manifestaciones clínicas de los diferentes tipos y subtipos es muy amplio. La urticaria crónica (UC) puede caracterizarse con signos y síntomas diarios o casi diarios o un curso intermitente/recurrente. Según desencadenantes específicos definidos, se la puede clasificar en inducible (p. ej.: frío, calor, presión, vibración) o espontánea (sin desencadenante identificado).

Luis Bello, Alejandra Falú, Silvina De Freijo, Maximiliano Gómez

Este número 3 del volumen 54 de Archivos de Alergia e Inmunología Clínica presenta en su conformación los resúmenes de los trabajos presentados al Congreso Nacional de Alergia e Inmunología del año 2023.

Estos abarcan aspectos de la alergia e inmunología clínica, alergia drogas, anafilaxia, urticaria, angioedema, polinosis, alergia a alimentos y desensibilización a drogas, así como las consecuencias económicas originadas por las enfermedades alérgicas. Este amplio espectro de ponencias en la forma poster y presentación oral de trabajos seleccionados fue revisada prolijamente por el Comité Evaluador designado al efecto y que integran los Dres. Jorge Álvarez, Adrián Kahn y Mirna Biglione. De este universo de trabajos se extrajeron tres, que tienen alto nivel de investigación.

El primero de ellos, Penfigoide ocular cicatricial, aspectos clínicos e inmunopatológicos y su relación con IgE elevada, obtuvo el primer premio. Este trabajo se destaca por una profunda investigación sobre la implicancia de la inmunología y autoinmunidad en esta patología, que puede llegar a producir la ceguera. Es conocido desde hace muchos años que los isotipos IgG e IgA funcionan como autoanticuerpos, así como los linfocitos CD4 y CD8. En este trabajo se encuentra un aspecto a destacar: el aumento de otro isotipo de inmunoglobulina, la IgE. Su importancia ha sido previamente descrita en la uveítis autoinmune por Muiño y cols. (1999). Pero poco es lo que conocemos sobre su acción en el penfigoide cicatricial. Es decir, patología con base inmunológica no alérgica, pero sí de tipo autoinmune, donde cumpliría un rol importante en el desarrollo de la inflamación y cicatrización de la conjuntiva.

El segundo trabajo que se presenta es el de las Dras. Villa, Latorre y Abud, del Comité de Polinosis, que estudian polinosis en la ciudad de Mar del Plata. Encuentran la importancia local de los pólenes de árboles y luego el de gramínea como dominantes en la flora alergológica de dicha ciudad. Esto es diferente de lo sospechado en la provincia de Buenos Aires (Zona Pampeana).

El tercer trabajo expuesto en nuestra publicación es el de los Dres. Bello, Falú, Freijo y Gómez sobre urticaria y vasculitis (UV). Como las características de la UV pueden superponerse con las de la urticaria común, su diagnóstico debe apoyarse en un estudio histopatológico (presencia de leucocitoclasia y necrosis fibrinoide). Puede subdividirse en urticaria vasculítica, normocomplementémica e hipocomplementémica. En una pequeña proporción de pacientes, la piel es el único sistema afectado; sin embargo, en la mayoría es la manifestación de una vasculitis sistémica. Estos hallazgos nos llevan a profundizar los estudios sistemáticos cuando sospechamos o concluimos que la urticaria está complicada con vasculitis.

Ante tan amplio espectro de patologías y su abordaje, esperamos que estas presentaciones sirvan para la atención clínica de los pacientes que sufren tan variadas y difíciles enfermedades con patogenia inmunológica, así como para ampliar el espectro de investigación desde lo básico a lo clínico con la idea de resolver estas complejas enfermedades.

Dr. Juan Carlos Muiño

Editor

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Muiño. jcmuino@gmail.com

PENFIGOIDE OCULAR CICATRICIAL, ASPECTOS CLÍNICOS E INMUNOPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON IGE ELEVADA

Ocular cicatricial pemphigoid, clinical and immunopathological aspects and its relationship with elevated IgE

Ariana Ringer^{1,2,3,4}, Florencia Elena¹, Carlos Siegrist², Lorena Brance³, Marcelo Abdala⁴, Germán Daniel Grossi⁵, Ana Rosa Pérez¹, Gonzalo Chorzepa⁶

RESUMEN

Introducción. El penfigoide ocular cicatricial (POC) es una enfermedad crónica e inmunomediada. Ha sido vinculada a síntomas atópicos, siendo, en ocasiones, considerada una patología inmunoalérgica.

Objetivo. Evaluar características clínicas, inmunológicas y de biopsia en pacientes con POC concurrentes a Reumatología y su relación con el aumento de IgE plasmática.

Material y métodos. Estudio longitudinal retro-prospectivo, descriptivo-analítico de pacientes con diagnóstico clínico y/o por biopsia de POC, en seguimiento por Reumatología, desde 2017 a 2023. Se recabaron datos clínicos, laboratoriales y de biopsias conjuntivales. Se realizó un análisis estadístico paramétrico.

Resultados. Se evaluaron 104 pacientes con POC, 75% mujeres, edad media 64 años (DE: 14,9), diagnosticados por biopsia en un 68,2%. Un 42,31% (44/104) de los pacientes con POC presentaron aumento de la IgE. La asociación de IgE elevada y POC con otra enfermedad autoinmune se observó en un 17,31% (18/104), principalmente Sjögren y tiroiditis de Hashimoto. Posteriormente, la muestra se dividió en dos grupos, POC más IgE elevada y POC sin IgE elevada. El inicio clínico de los síntomas, ya sea eritema, ardor, epífora y conjuntivitis a repetición, no fue diferente entre ambos grupos. En el grupo de POC más IgE elevada se observó aumento significativo de gammaglobulinas ($p < 0,001$) en laboratorio y mayor presencia de eosinófilos ($p < 0,001$) y mastocitos ($p = 0,001$) en la microscopia de las biopsias conjuntivales.

Conclusión. La presencia de IgE elevada fue frecuente en pacientes con POC, indicando que es conveniente el abordaje multidisciplinario entre reumatólogos, oftalmólogos y especialistas en Alergia e Inmunología para la búsqueda de posibles entidades inmunoalérgicas asociadas, cuya clínica de presentación puede simular o superponerse con el POC y, por ende, permitiendo optimizar la terapéutica.

Palabras claves: hiper-IgE, mastocitos, eosinófilos, penfigoide ocular cicatricial.

Key words: Hyper IgE, Mast Cells, Eosinophiles, Ocular Scar Penphigoid

Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 2023;54(3):77-80

INTRODUCCIÓN

El penfigoide ocular cicatricial (POC) es una patología crónica, inmunomediada, comprendida dentro del espectro de penfigoides membranosos mucocutáneos (PMM). Si bien dentro de los PMM cualquier mucosa puede estar afectada, cuando el compromiso es fundamentalmente

de la conjuntiva ocular, recibe el nombre de POC, evidenciándose en un 32-48% de los PMM¹⁻⁵. En el POC se producen erosiones, conjuntivitis crónica y, en su evolución, formación de cicatrices^{6,7}.

Clásicamente se ha postulado que, dentro de la etiopatogenia del POC, tanto factores genéticos como ambientales estarían involucrados, produciéndose una respuesta de hipersensibilidad tipo II. La respuesta inmune en el POC se caracteriza por autoanticuerpos dirigidos a los sitios de anclaje entre las células epiteliales y la membrana basal, siendo el sitio principal de afectación la membrana basal epitelial^{6,7}.

La interacción antígeno-anticuerpo da como resultado el inicio de la cascada inflamatoria, con el consiguiente desarrollo de inflamación aguda e infiltrados polimorfonucleares. Posteriormente, en la etapa crónica, predominan linfocitos, plasmocitos y fibroblastos, con fibrosis subepitelial. Existe un depósito en la membrana basal epitelial de IgA, IgG, IgM y C3 y otros fragmentos del complemento. Este depósito es lineal a diferencia de otras entidades que tienen un depósito granular^{3,4,6,11-15}.

Debido a que los síntomas iniciales del POC suelen manifestarse como conjuntivitis crónica y recurrente, prurito, edema, epífora, vasodilatación y quemosis, el diag-

1. Instituto de Inmunología Clínica y Experimental de Rosario (IDECER/CONICET).

2. M LABI corresponden a Consultorios Médicos y Laboratorio de Análisis Bioquímicos e Inmunológicos

3. Clínica de Reumatología y Enfermedades Óseas (Reumatología Rosario)

4. Servicio y Cátedra de Reumatología, Hospital Provincial del Centenario y Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario

5. Grupo Oftalmológico Alfa. Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe

6. Alergia e Inmunología, Sanatorio Parque, Rosario, Santa Fe

Correspondencia: Ariana Ringer: aruris15151@gmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 18/09/2023 | Aceptado: 22/09/2023

nóstico diferencial con una conjuntivitis alérgica es desafiante, principalmente en estadios iniciales cuando la fibrosis aún no es observable clínicamente. Por su parte, en estadios avanzados del POC, cuando se agregan síntomas atópicos, se plantea el diagnóstico diferencial entre actividad del mismo y síntomas de conjuntivitis alérgica sobrepuestos^{11,12,17-26}. En el primer caso se ajustarían los tratamientos inmunomoduladores o inmunosupresores tales como metotrexate, azatioprina, micofenolato, rituximab, ciclofosfamida e inmunoglobulina endovenosa, mientras que, en caso de atopía, se agregaría tratamiento específico y dirigido.

Considerando que la conjuntivitis alérgica es el resultado de una hipersensibilidad tipo I, con activación de mastocitos mediados por IgE y reclutamiento de eosinófilos²²⁻²⁶, el dosaje plasmático de IgE y la observación del tipo de células que infiltran la mucosa conjuntival en la biopsia podrían ser importantes para sospechar pacientes con atopía y para realizar un tratamiento en conjunto con especialistas en Alergia e Inmunología, reumatólogos y oftalmólogos.

Por lo tanto, se propuso como objetivo evaluar las características clínicas, inmunológicas y de reportes de biopsia en pacientes con POC concurrentes a cuatro servicios de Reumatología de la provincia de Santa Fe y su relación con el aumento de IgE plasmática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio longitudinal retro-prospectivo, descriptivo-analítico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico (por oftalmólogo especialista en superficie ocular) y/o por biopsia de POC. La anatomía patológica de la biopsia se realizó mediante tinciones con hematoxilina-eosina, PAS, tricrómico de Masson, Giemsa, inmunofluorescencia directa (IFD) e inmunohistoquímica para IgG, IgA, IgM y C3 previa inclusión en parafina y realización de cortes semiseriados^{10,15}. Los pacientes se encontraban sin tratamiento inmunosupresor sistémico al momento de la realización de la biopsia. Se consideró cualquier tiempo de evolución y cualquier tratamiento posterior a la realización de la biopsia, con un seguimiento reumatológico y oftalmológico por más de seis meses continuos. Se incluyeron pacientes con tratamientos tópicos con ciclosporina, antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos y lágrimas lubricantes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes cuyas biopsias resultaron en otro diagnóstico o bien no fueron concluyentes, con clínica no concluyente, sin el seguimiento estipulado y sin dosaje de IgE al momento de la biopsia (previo al tratamiento inmunosupresor sistémico).

Se recabaron datos clínicos de los registros de historias clínicas y de la evaluación de los pacientes en la consulta diagnóstica de POC con reumatología (al momento del resultado de la biopsia), laboratoriales (generales e inmunológicos específicos, entre ellos proteinograma por electroforesis y dosaje de IgE plasmática) y de biopsias conjuntivales (descripción anatomopatológica, inmunofluorescencia directa e inmunohistoquímica).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis estadístico descriptivo paramétrico univariado, utilizando test de Chi2 y test exacto de Fisher para variables nominales y regresión logística binomial para variables continuas.

RESULTADOS

Se evaluaron 104 pacientes con POC, 75% mujeres (78/104), edad media 64 años (DE: 14,9), En el 68,2% de los casos, el diagnóstico se realizó en base a hallazgos clínicos y por biopsia. En el resto de los casos el diagnóstico fue eminentemente clínico, realizado por oftalmólogos especialistas en superficie ocular.

Un 42% de los individuos con POC presentaron un aumento de IgE. La asociación de IgE elevada en plasma y POC con otra enfermedad autoinmune se observó en un 17,31% (18/104) de los individuos, principalmente síndrome de Sjögren y tiroiditis de Hashimoto, seguidos por artritis reumatoidea. A fin de evaluar si existió diferencias entre los pacientes según la presencia o ausencia de IgE elevada, los pacientes fueron subdivididos en dos grupos, POC más IgE elevada y POC sin IgE elevada en plasma. Clínicamente se detectó como síntomas de inicio del POC eritema, ardor, dolor, epífora y conjuntivitis a repetición en la mayoría de los casos (>98%).

En el grupo de POC más IgE elevada se observó: en laboratorio, aumento significativo de gammaglobulinas en el proteinograma por electroforesis ($p < 0,001$); y en la microscopía de las biopsias conjuntivales, mayor presencia de eosinófilos ($p < 0,001$) y mastocitos ($p = 0,001$).

Se realizó regresión logística binomial entre ambos grupos teniendo en cuenta los niveles de VES y PCR con los siguientes resultados: -) VES: *odds ratio* (OR)=0,983; intervalo de confianza (IC): 0,933-1,04; $p = 0,528$. -) PCR: OR=0,994; IC: 0,839-1,18; $p = 0,945$.

Todos los pacientes se encontraban bajo tratamientos inmunomoduladores o inmunosupresores, tales como metotrexate, azatioprina, micofenolato mofetil, rituximab, inmunoglobulina endovenosa y corticoides sistémicos. De los tratamientos tópicos, todos utilizaban ciclosporina tópica y lágrimas lubricantes. Un 40% utilizaba gotas de suero autólogo. No se detectó ningún paciente bajo tratamiento específico por alergia e inmunología (**Tabla 1**).

TABLA I.

	POC + IgE elevada (N=104)	POC sin IgE elevada (N=104)	Significancia (p=valor)
Otra enfermedad autoinmune asociada (N=104)	30	14	0,843
Laboratorio (N=104)			
Hipergammaglobulinemia	59	15	<0,001
Factor reumatoideo*	2*	2*	0,586*
Anti-CCP	2*	2*	0,404*
FAN	11*	1*	0,070*
Anti-Ro	11*	1*	0,070*
Anti-La	11*	1*	0,098*
Biopsia, microscopía (N=71)			
Infiltrado linfoplasmocitario	41	46	0,581
Mastocitos	29	10	0,001
Eosinófilos*	37*	2*	<0,001*
Otros polimorfonucleares	26	21	0,106
Fibrosis	31	21	0,499
Inmunohistoquímica. Depósito en membrana basal conjuntival (N=71)			
IgG	28	14	0,461
IgA	15	7	0,587
IgM*	4*	1*	0,644*
C3	23	12	0,614
Fibrinógeno	16	8	0,640

Análisis paramétrico univariado, utilizando Test de Chi². *Test exacto de Fisher.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se observó que el dosaje de IgE elevado en plasma fue frecuente en pacientes con POC. Por su parte, al evaluar la anatomía patológica de las biopsias, se detectó que la presencia de mastocitos y eosinófilos fue estadísticamente significativa en aquellos pacientes con IgE elevada y POC. Dichos hallazgos podrían hacer sospechar atopía, sin embargo, no ha sido posible confirmar el diagnóstico debido a la baja derivación (por parte de Reumatología y Oftalmología) a la especialidad de Alergia e Inmunología hasta la fecha de realización de la investigación.

La forma más frecuente de presentación de POC en esta cohorte de pacientes fue la conjuntivitis crónica y recurrente, cuyos síntomas pueden solaparse con los de la conjuntivitis alérgica (eritema, edema, epífora, etc). En estadios precoces, ambas entidades pueden ser difícil de diferenciar, mientras que, en estadios crónicos, cuando ya son evidentes las cicatrices conjuntivales, se plantea el diagnóstico diferencial de POC con actividad autoinmune (POC activo) *versus* POC más conjuntivitis alérgica (hipersensibilidad tipo II más hipersensibilidad tipo I). Detectar la asociación permitiría optimizar la terapéutica del POC (inmunomodulador o inmunosupresor y tratamiento antialérgico).

Desde el punto de vista del alergista, ante una conjuntivitis alérgica, crónica y recurrente, un alto grado de sospecha de POC permitiría la derivación temprana al oftalmólogo para la evaluación y biopsia conjuntival, así como también al reumatólogo para tratamiento sistémico. Por su parte, oftalmólogos y reumatólogos deben sospechar componente atópico agregado. El trabajo multidisciplinario es esencial para un abordaje global.

La continuidad de la investigación permitirá evaluar la evolución en el tiempo de ambos grupos y, potencialmente, determinar factores pronósticos. Se requiere un mayor número de pacientes en cada grupo para lograr una mayor robustez del estudio.

CONCLUSIÓN

En los pacientes con POC, la IgE elevada en plasma y los hallazgos en biopsias de eosinófilos y mastocitos podrían ser indicadores de atopía superpuesta. Asimismo, una conjuntivitis crónica y recurrente podría indicar un POC y, a su vez, un POC puede no responder al tratamiento instaurado por presentar una conjuntivitis alérgica coexistente. Este estudio destaca el valor del trabajo en equipo multidisciplinario, ya que detectar la asociación permite optimizar la terapéutica en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foster CS. Cicatricial pemphigoid. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 1986;Vol. 84:527-663.
2. Mondino BJ, Brown SI. Ocular Cicatricial Pemphigoid. *Ophthalmology.* 1981;88(2):95-100.
3. Wang K, Seitzman G, Gonzales JA. Ocular cicatricial pemphigoid. *Curr Opin Ophthalmol.* 2018;29(6):543-51.
4. Criteria D, Factors P, Treatment M, Indicators P. The First International Consensus on Mucous Membrane Pemphigoid. 2002;138.
5. Srikumaran D, Akpek EK. Mucous membrane pemphigoid: Recent advances. *Curr Opin Ophthalmol.* 2012;23(6):523-7.
6. Georgiott D, Zárate JO, Malbrán A. Tratamiento sistémico del penfigoide ocular cicatrizal. *Revista Medicina.* 2012; 5:103-8.
7. Izumi K, Bieber K, Ludwig RJ. Current clinical trials in pemphigus and pemphigoid. *Front Immunol.* 2019; 10:1-11.
8. Bose T. Role of immune cells in the ocular manifestations of pemphigoid diseases. *Ther Adv Ophthalmol* 2019;1-9.
9. Schmidt E, Zillikens D. Pemphigoid diseases. *Lancet [Internet].* 2013;381(9863):320-32.
10. Chiganer EH, Albera P. Penfigoide ocular cicatricial: hallazgos de biopsia conjuntival y su relación con la inflamación y cicatrización ocular. *Rev Mex Oftalmol.* 2017;91(3):134-41.
11. Fremont F, Pelissier-Suarez C, Fournié P, Porterie M, Thevenin A, Astudillo L, et al. Clinical Characteristics and Outcomes of Ocular Cicatricial Pemphigoid : A Cohort Study and Literature Review. *Cornea* 2019;38(11):1406-11.
12. Murrell DF, Marinovic B, Caux F, Prost C, Ahmed R, Wozniak K, et al. Definitions and outcome measures for mucous membrane pemphigoid: Recommendations of an international panel of experts. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72(1):168-74.
13. Ringer A, Grossi GD, Siegrist C, Cuadranti N, Ruffino JP, Argento MC, et al. Penfigoide ocular cicatrizal, enfoque diagnóstico y terapéutico integral entre el oftalmólogo y el reumatólogo. *Rev Colomb Reumatol.* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.12.0061-11>.
14. Taurone S, Spoletini M, Ralli M, Gobbi P, Artico M, Imre L, et al. Ocular mucous membrane pemphigoid: a review. *Immunol Res.* 2019 Jun;67(2-3):280-9..
15. Badoza D, Rodríguez EC, Aguilar A, Zarate J. Cirugía de catarata en pacientes con penfigoide ocular cicatricial. *CAO Revista OCE* 2018;7-14.
16. Zárate JO. Artículo de revision. Penfigoide mucoso conjuntival, cicatricial o activo y su posible relación patogénica con alteraciones linfoproliferativas. 2007;45(4):179-81.
17. Didona D, Maglie R, Eming R, Hertl M. Pemphigus: Current and future therapeutic strategies. *Front Immunol.* 2019; 10:1-28.
18. Rauz S, Koay S-Y, Foot B, Kaye SB, Figueiredo F, Burdon MA, et al. The Royal College of Ophthalmologists guidelines on serum eye drops for the treatment of severe ocular surface disease: full report. *Eye.* 2017;1-16.
19. Williams GP, Radford C, Nightingale P, Dart JKG, Rauz S. Evaluation of early and late presentation of patients with ocular mucous membrane pemphigoid to two major tertiary referral hospitals in the United Kingdom. *Eye.* 2011;25(9):1207-18.
20. Lee J, Werth VP, Hall RP, Eming R, Fairley JA, Fajgenbaum DC, et al. Perspective from the 5th international pemphigus and pemphigoid foundation scientific conference. *Front Med.* 2018;5.
21. Schmidt E, Spindler V, Eming R, Amagai M, Antonicelli F, Baines JF, et al. Meeting Report of the Pathogenesis of Pemphigus and Pemphigoid Meeting in Munich, September 2016. *J Invest Dermatol.* 2017;137(6):1199-203.
22. Ebrahimiadib N, Hernandez M, Modjtahedi BS, Roohipoor CR, Foster CS. Atopy in Patients with Ocular Cicatricial Pemphigoid. *Cornea* 2018;0(0):1-6.
23. Ariana Ringer, German Daniel Grossi, Carlos Siegrist, Nadia Cuadranti, Juan Pablo Ruffino, María Cecilia Argento, María Florencia Martínez, Dianela Carbone, Serenela Chulibert, Marcelo Abdala. Penfigoide ocular cicatrizal, enfoque diagnóstico y terapéutico integral entre el oftalmólogo y el reumatólogo , *Revista Colombiana de Reumatología.* 2022; 29 : 56 -67
24. Eckl-Dorna J, Villazala-Merino S, Linhart B, Karaulov AV, Zhernov Y, Khaitov M, Niederberger-Leppin V, Valenta R. Allergen-Specific Antibodies Regulate Secondary Allergen-Specific Immune Responses. *Front Immunol.* 2018;9:3131.
25. Philip A, Fernandez-Santos C, Ramezani, K et al. Ocular Mucus Membrane Pemphigoid: A Primary Versus Secondary Entity. *Cornea* 42(3):p 280-283, March 2023.
26. Heiligenhaus, A., Schaller, J., Mauß, S., Engelbrecht, S., Dutt, J. E., Foster, C. S., & Steuhl, K. P. Eosinophil granule proteins expressed in ocular cicatricial pemphigoid. *British journal of ophthalmology,* 1998; 82(3), 312-317.

PÓLENES MÁS ABUNDANTES EN LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA DURANTE EL AÑO 2022

Most abundant pollen types in Mar del Plata city during year 2022

Leonor Villa¹, Fabiana Latorre², María Laura Abud Sierra²

RESUMEN

Introducción. El médico alergista necesita conocer la diversidad de pólenes en el aire de la zona que habitan sus pacientes, ya que puede afectar su salud, para indicar medidas de evitación del alérgeno y ajustar el tratamiento farmacológico e inmunológico.

Objetivo. Conocer los pólenes más abundantes en la ciudad de Mar del Plata para aconsejar y tratar adecuadamente a los pacientes con polinosis.

Material y métodos. Los datos obtenidos de la Red de Pólenes por la estación Mar del Plata durante el año 2022 con un equipo Lanzoni se expresaron como concentraciones medias diarias y sus valores mensuales. Se presentan los tipos polínicos más abundantes dentro de las categorías Hierbas, Árboles y Gramíneas.

Resultados. Se observan Gramíneas en todos los meses del 2022, la mayor contabilidad fue en octubre, noviembre y diciembre. Dentro de Árboles, el polen más abundante fue de ciprés y plátano, con mayor concentración para ciprés durante agosto. Las Hierbas más comunes fueron ortiga y quenopodios-amarantos. El polen de ortiga presentó una distribución con un pico en febrero y otro en octubre, aunque está presente todo el año.

Conclusión. Los pólenes más frecuentes fueron de Árboles anemófilos (78,6%) seguidos de Hierbas (11,7%) y Gramíneas (9,6%). Como las concentraciones pueden variar de un año a otro por cambios de clima y atmósfera, la Red de Pólenes se potencia como herramienta fundamental para el especialista y paciente alérgico, ya que permite ajustar el tratamiento y tomar medidas medioambientales más estrictas tendientes a mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: polen alérgico, Mar del Plata, red de pólenes.

ABSTRACT

Introduction. Allergist needs to know the diversity of pollens produced by the predominant flora in the area that can affect patient health to adjust the pharmacological and immunological treatments, and indicate environmental measures to avoid the allergen.

Objective. To know which are the most abundant pollen types in the city of Mar del Plata to advise and treat patients with pollinosis.

Material and methods. Data from the Pollen Network obtained by Mar del Plata station during 2022 year; with Lanzoni, were expressed as average daily concentrations (pollen grains/m³ of air) and were grouped in monthly values. Most abundant pollen types within Herbs, Trees and Grasses categories are presented.

Results. Grasses pollen grains were observed in all months of 2022, those with the highest accounting were October, November and December. The most important Trees pollen grains were from cypress and plane tree; cypress had the highest concentration during August. Analyzing Herbs, pollen grains from nettle and chenopod-amaranth highlighted. The nettle presented a distribution of two peaks, one in February and another in October, although it is present all year round.

Conclusion. Most frequent pollen grains were from Trees (78,6%) followed by Herbs (11,7%) and Grasses (9,6%). As concentrations can vary from one year to another because of climate changes and meteorological conditions, the Pollen Network is a fundamental tool for the specialist and patient allergic to pollen. To know the concentrations and behavior of pollen each day of the year allows adjusting treatment, taking stricter environmental measures and improving the quality of life.

Key words: allergenic pollen, Mar del Plata city, pollen network.

Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 2023;54(3):81-85

INTRODUCCIÓN

La polinosis es la inflamación de la mucosa nasal y/o conjuntival y/o bronquial causada por alérgenos contenidos en los granos de polen a través de un mecanismo inmunológico IgE mediado¹.

La Red de Pólenes de la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica (AAAeIC) funciona desde el año 1997². Frecuentemente se realizan publicaciones de los pólenes en distintas ciudades, y presentación de trabajos

en congresos. La mayoría de la información que encontramos disponible proviene del exterior (España, México, Estados Unidos)³. Por lo tanto, la información regional es de suma importancia, vital para el paciente como para el médico en general. Además, el médico alergista necesita conocer la flora vegetal predominante en cada zona, cuándo esta produce pólenes que pueden afectar a sus pacientes y en qué cantidad. Esto permite ajustar el tratamiento, tanto farmacológico, inmunológico e indicar medidas medioambientales de evitación del alérgeno.

La posibilidad de medir (cuantificar) las distintas fuentes de alérgenos y los alérgenos específicos es fundamental en aerobiología, tanto desde el punto de vista académico, clínico y del paciente, ya que puede proporcionar información para predecir cuándo se espera que los alérgenos del exterior provoquen síntomas de rinitis y conjuntivitis, o cuándo será probable que aumenten las visitas a urgencias por asma⁴. El objetivo del trabajo fue conocer los pólenes más abundantes en la ciudad de Mar del Plata para aconsejar y tratar adecuadamente a los pacientes con polinosis.

Sanatorio Privado San Roque. Marcos Juárez. Córdoba
Instituto de Investigaciones Marinas y Costeras. CONICET-UNMDP. Mar del Plata

Correspondencia: Leonor Villa. Liniers 785. X2592BBH General Roca. Córdoba. Argentina. Tel.: 03472-15621735.
villaleonor2005@yahoo.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 03/07/2023 | Aceptado: 10/08/2023

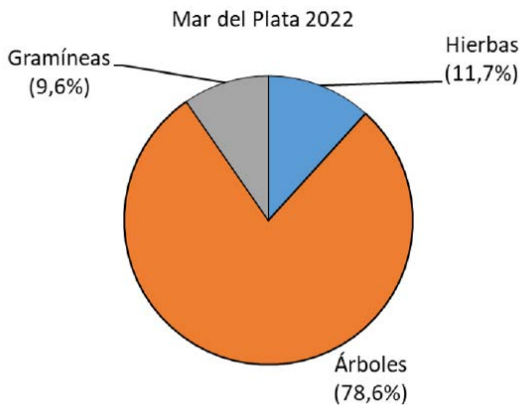


Figura 1. Distribución de la abundancia de todos los pólenes dentro de cada grupo de plantas.

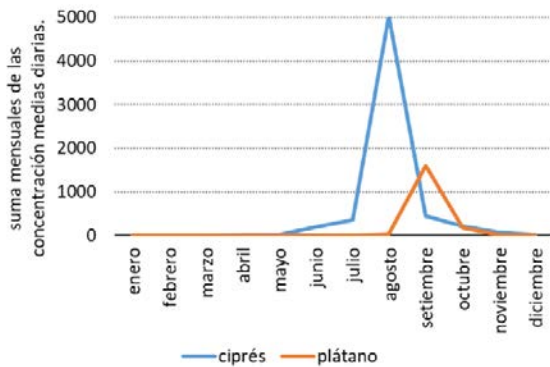


Figura 2. Árboles más frecuentes en Mar del Plata durante el año 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos obtenidos por la Red de Pólenes de la estación Mar del Plata corresponden al captador de polen de succión, volumétrico y continuo Lanzoni⁵ de la Universidad Nacional de Mar del Plata, ubicado en el centro geográfico de la ciudad (38°00'S 57°33'O) a 15 m de altura. Las muestras diarias se analizan al microscopio óptico en forma bihoraria determinando a qué especie-género-familia de plantas pertenece cada grano de polen encontrado según sus rasgos morfológicos y cuántos hay; finalmente, para cada tipo de polen se calcula la concentración media diaria de granos de polen por metro cúbico de aire (grans/m³ de aire)⁶. Esta información es la que se sube a la página de la AAAeIC (<https://www.alergia.org.ar/index.php/profesionales/conteo-de-polenes#mar-del-plata>), y se presenta agrupada en Hierbas, Árboles o Gramíneas (pastos). Los datos diarios de este trabajo corresponden al año 2022; se realizó la sumatoria de cada mes y se establecieron los tipos polínicos más abundantes dentro de los grupos.

TABLA I. Diversidad y abundancia de pólenes en Mar del Plata durante el año 2022.

Tipo de polen	Nombre vulgar	Suma anual	Tipo de planta
Cupressaceae	ciprés	6318	árbol
<i>Platanus</i>	plátano	1804	árbol
Poaceae	gramínea	1455	hierba
Urticaceae	ortiga	1035	hierba
<i>Ulmus</i>	olmo	586	árbol
<i>Acer</i>	arce	547	árbol
<i>Fraxinus</i>	fresno	507	árbol
Myrtaceae	eucalipto	376	árbol
Chenopodiaceae-Amaranthaceae	quenopodios, amarantos	234	hierba
<i>Cedrus</i>	cedro	234	árbol
<i>Populus</i>	álamo	176	árbol
<i>Quercus</i>	roble	176	árbol
Moraceae	mora	174	árbol
<i>Celtis</i>	tala	172	árbol
<i>Pinus</i>	pino	139	árbol
Cannabaceae	cañamo	106	hierba
<i>Artemisia</i>	altamisa	96	hierba
<i>Ginkgo</i>	ginkgo	88	árbol
<i>Ricinus</i>	ricino, castor	83	árbol
<i>Castanea</i>	castaño	79	árbol
<i>Ambrosia</i>	ambrosía	77	hierba
Fabaceae Papilionoideae	robinia, sófora	74	árbol
Asteraceae	margarita, diente de león	80	hierba
<i>Casuarina</i>	casuarina	66	árbol
<i>Betula</i>	abedul	55	árbol
Cyperaceae	papiro	54	hierba
Oleaceae	olivo	52	árbol
Apiaceae	apio, perejil, cicuta	49	hierba
<i>Juglans</i>	nogal	38	árbol
<i>Ligustrum</i>	ligustro, ligustrina	33	árbol
<i>Salix</i>	sauce	24	árbol
<i>Nothofagus</i>	lenga, ñire	18	árbol
<i>Plantago</i>	llantén	18	hierba
<i>Liquidambar</i>	liquidambar	13	árbol
<i>Cecropia</i>	ambay	10	árbol
<i>Typha</i>	tatora, espadaña	11	hierba
Fabaceae Mimosoideae	aromo, plumerillo	8	árbol
Brassicaceae	rábano, colza, alelú	7	hierba
<i>Corylus</i>	avellano	7	árbol
Arecaceae	palmera	6	árbol
<i>Schinus</i>	molle	6	árbol
<i>Echium</i>	flor morada	4	hierba
<i>Araucaria</i>	araucaria	2	árbol
Caryophyllaceae	alfilerillo	1	hierba
Lauraceae	laurel	1	árbol
<i>Solanum</i>	papa	1	hierba
<i>Alnus</i>	aliso	1	árbol
Monocotiledoneae	cordilíne	1	árbol
<i>Tilia</i>	tilo	1	árbol

Se comparó la temperatura y precipitaciones del año estudiado con las estadísticas (1981-2010).

RESULTADOS

Al analizar todos los pólenes, se puede ver reflejado que la mayor concentración durante el año 2022 se debe al polen

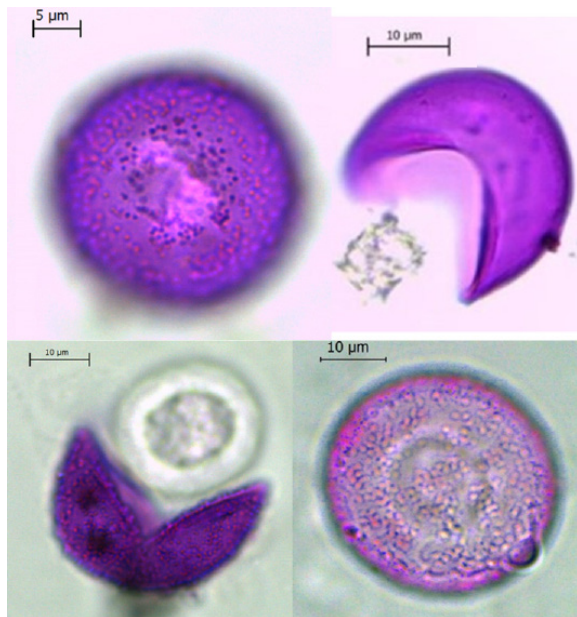


Figura 3. Grano de polen de ciprés al microscopio óptico.

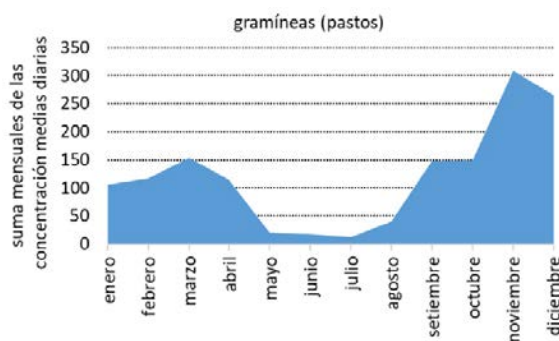


Figura 5. Distribución mensual de la abundancia de gramíneas a lo largo del año 2022.

de los árboles anemófilos (78,6%), mientras que para hierbas fue el 11,7% y para las gramíneas 9,6% (Figura 1). Se registraron 50 tipos de pólenes diferentes (Tabla 1).

Los pólenes de ciprés y de plátano fueron los más importantes dentro del grupo Árboles (Figura 2) (69% del polen de los árboles). La mayor concentración fue para ciprés durante el mes de agosto. En las Figuras 3 y 4 se observa el detalle de los granos de polen de ciprés y plátano, respectivamente.

En el Figura 5 se presenta la distribución del polen de los pastos que, si bien se observa a lo largo de todo el año 2022, los meses de mayor registro (50% del total anual) fueron octubre, noviembre y diciembre. En noviembre se registraron picos diarios de 300 granos/m³ de aire. La Figura 6 corresponde al grano de polen típico de las gramíneas.

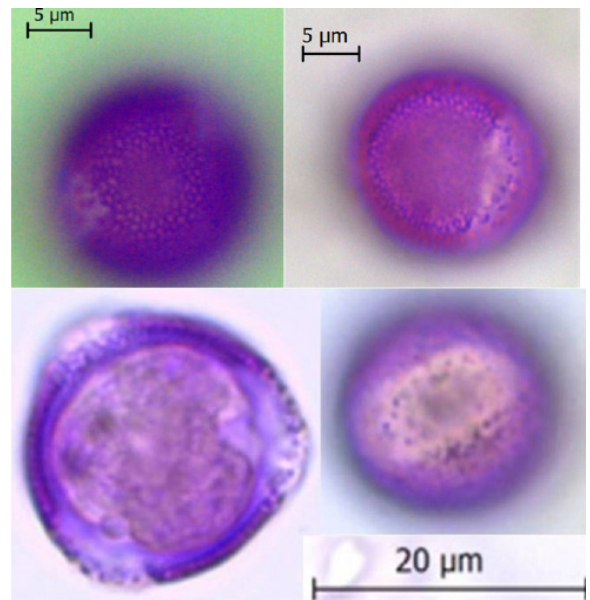


Figura 4. Grano de polen de plátano.

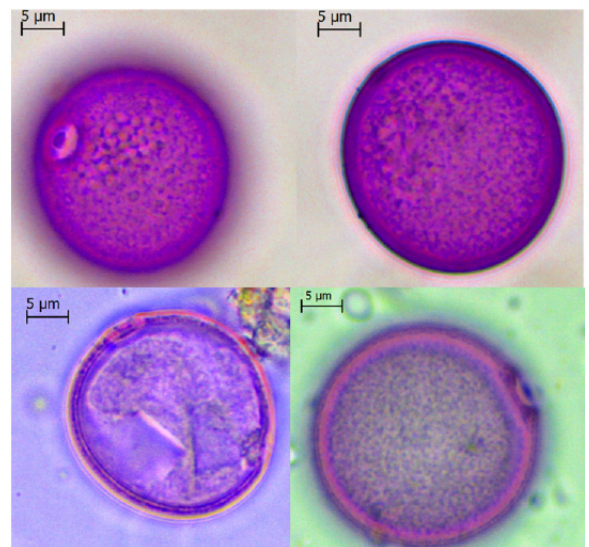


Figura 6. Grano de polen de las gramíneas (pastos).

Por otro lado, al analizar las Hierbas más comunes se destacan la ortiga y los quenopodios y amarantos (Figura 7) (72% del polen de las hierbas). El polen de ortigas presentó una distribución de dos picos, uno en febrero y otro en octubre, aunque está presente todo el año. En octubre la ortiga alcanzó niveles diarios de 200 granos/m³ de aire. Se ve en la Figura 8 el grano de polen de ortiga, y en la Figura 9 se visualiza un grano de polen de quenopodios-amarantos.

La temperatura anual del 2022 fue de 14°C, igual al promedio histórico, aunque junio fue 2,6°C más frío; se registraron 100 mm menos de lluvia respecto a las estadísticas (Figura 10).

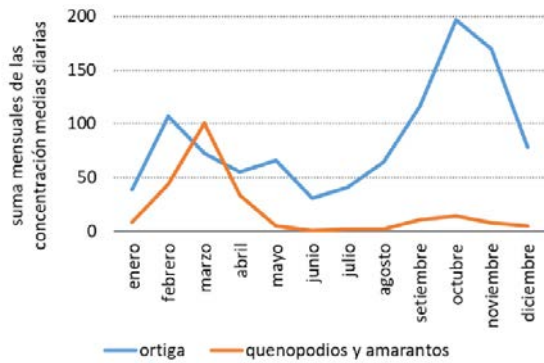


Figura 7. Hierbas más frecuentes en Mar del Plata durante el año 2022.

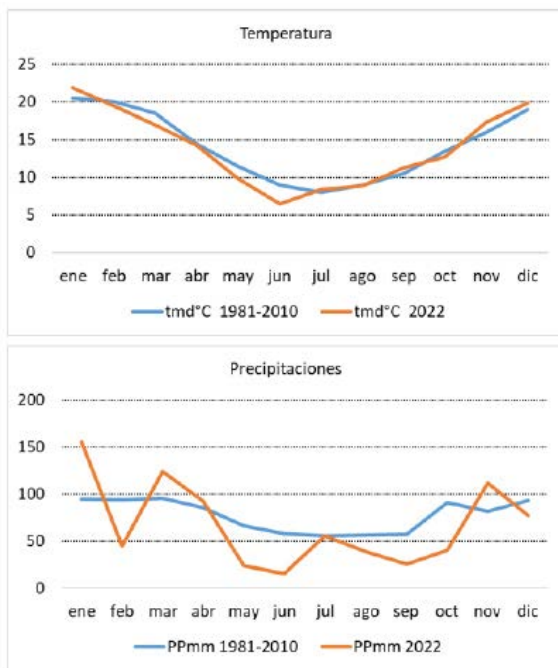


Figura 10. Datos mensuales de temperatura (tmd°C) y precipitaciones (PPmm) del año 2022 y de las estadísticas 1981-2010 para Mar del Plata.

DISCUSIÓN

En este trabajo se realizó el análisis del polen atmosférico de la ciudad de Mar del Plata durante un año calendario, en este caso 2022. Los calendarios polínicos son herramientas para reconocer la distribución de los pólenes con mayor exactitud y requiere la aplicación de un promedio de varios años de información aerobiológica para que no resulte sesgado por variables ambientales extremas, como sequías, etc.⁷ El año 2022 no fue climáticamente extraordinario, por lo que los datos

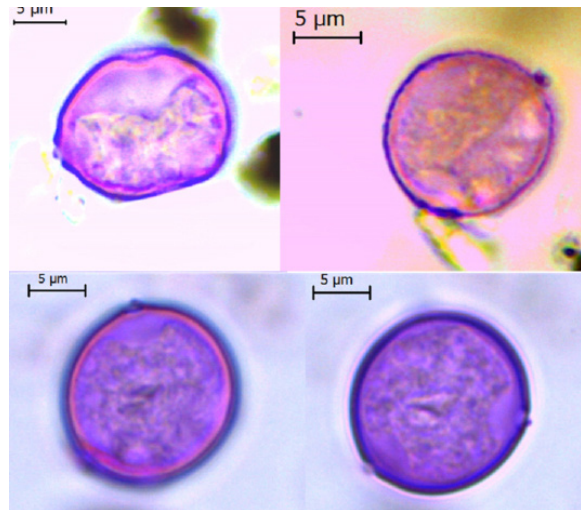


Figura 8. Grano de polen de ortiga

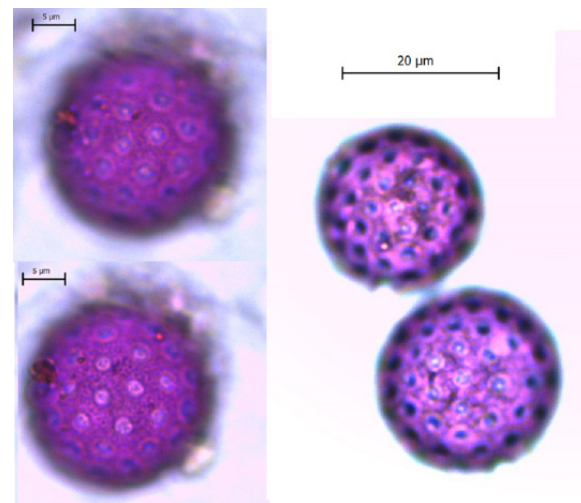


Figura 9. Grano de polen de quenopodios y amarantos.

obtenidos nos acercan al conocimiento del comportamiento de los pólenes anemófilos más importantes que circulan en la ciudad y que causan polinosis en la población. Cabe mencionar que el frío invernal estimula la floración de los árboles y que la escasez de lluvias favorece una atmósfera más seca que mantiene los granos de polen en suspensión por más tiempo⁸. Ambas situaciones observadas durante el año 2022 pudieron haber intensificado o prolongado el período de morbilidad potencial para los que padecen alergias respiratorias causadas por estos agentes. Será importante analizar los años sucesivos en futuros trabajos para conocer cómo se ven afectadas las concentraciones polínicas por las condiciones ambientales.

Dentro de los pólenes más abundantes encontrados en la estación Mar del Plata durante el año 2022 los Árboles fueron los más frecuentes, principalmente ci-

prés y plátano (árboles anemófilos 78,6%) seguido de las hierbas (11,7%) y las gramíneas (9,6%).

El polen de árboles tuvo mayor incidencia en invierno y primavera, las hierbas en primavera, verano y otoño, y las gramíneas si bien presentes todo el año, predominaron en primavera y principios del verano. Debe tenerse en cuenta que otros pólenes menos abundantes en 2022, como arce, fresno, olmo y eucalipto, también son alergénicos. Las concentraciones pueden variar de un año a otro^{9,10} y verse influenciados por el clima¹¹.

CONCLUSIÓN

La Red de Pólenes es una herramienta fundamental para el especialista y el paciente alérgico a pólenes ya que conocer las concentraciones y el comportamiento de los pólenes en cada día del año y en los distintos medios de comunicación, permite ajustar el tratamiento, tomar medidas medioambientales más estrictas y mejorar la calidad de vida de paciente alérgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valero AL, Cadahia García SÁ. Polinosis, Polen y alergia. Madrid, España; Editorial MRA; 2002.
2. Ramón G. Atlas Alergopalinológico de la República Argentina. AAAeIC. Primera edición 2019.
3. García Menaya JM. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27, Suppl 2:13-29.
4. Robyn E. O'Hehir, Stephen T. Holgate. Middleton's Allergy Principles and Practice. Eighth Edition. España. Elsevier 2017.
5. Hirst JM. An automatic volumetric spore trap. Ann Appl Biol 1952;39:257-265.
6. Latorre F, Caccavari MA. Airborne pollen patterns in Mar del Plata atmosphere (Argentina) and its relationship with meteorological conditions. Aerobiologia 2009;25 (4): 297- 312. doi: 10.1007/s10453-009-9134-6.
7. Latorre F, Abud Sierra L. Polen alergénico en Mar del Plata: Monitoreo aerobiológico, análisis y transmisión a la población. Vinculación Tecnológica Vol. IV. 2016. Universidad Nacional de Mar del Plata. ISBN: 978-987-544-724-0.
8. Latorre F. Differences between airborne pollen and flowering phenology of urban trees with reference to production, dispersal and interannual climate. Aerobiologia 1999;15:131-141.
9. Latorre F, Abud Sierra ML, Rodríguez EE. Polen alergénico: Aporte del arbolado urbano y variación interanual. Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 2022; 53(3):105-120
10. Abud Sierra ML, Latorre F. Variación interanual del polen de plátanos y gramíneas en la atmósfera de Mar del Plata. Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 2016;47(2):67-68.
11. Abud Sierra ML, Latorre F. Análisis polínico plurianual de la ciudad de Mar del Plata. Boletín de la Asociación Latinoamericana de Paleobotánica y Palinología (ALPP) 2022; 22: 80-8. <http://www.palino.com.ar/alpp/BoletinesALPP/Volumen-ALPP-boletin-2022.pdf>.

A PROPÓSITO DE CASOS DE URTICARIA VASCULITIS

Regarding cases of urticaria vasculitis

Luis Bello¹, Alejandra Falú¹, Silvina De Freijo¹, Maximiliano Gómez¹

RESUMEN

La urticaria vasculítica (UV) se caracteriza por presentar signos de urticaria y vasculitis leucocitoclástica en la histopatología. Las manifestaciones de UV pueden confundirse con la clásica urticaria, por lo que se requiere necesariamente de un estudio histopatológico. Describimos en el presente trabajo a dos casos de urticaria que clínicamente se presentaban como vasculitis y fueron reportados como tal en la histopatología, pero respondedores a antiH1 y sin lesiones residuales, cuya característica consistió en la ausencia de leucocitoclasia. Se reafirma la importancia de la histopatología en las lesiones indicativas de vasculitis, tanto en diagnóstico final como en pronóstico de respuesta terapéutica.

Palabras clave: urticaria, vasculitis, histopatología, leucocitoclasia, anti-H1.

ABSTRACT

Urticaria Vasculitis (UV) is characterized by presenting signs of urticaria and leukocytoclastic vasculitis on histopathology. UV manifestations can be confused with classic urticaria, so a histopathological study is necessarily required. In the present work we describe two cases of urticaria that clinically presented as vasculitis and were reported as such in the histopathology, but responsive to antiH1 and without residual lesions, whose characteristic consisted of the absence of leukocytoclasia. The importance of histopathology in lesions indicative of vasculitis is reaffirmed, both in final diagnosis and in prognosis of therapeutic response.

Key words: urticaria, vasculitis, histopathology, leukocytoclasia, antiH1.

Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 2023;54(3):86-87

INTRODUCCIÓN

La urticaria es una condición caracterizada por el desarrollo de pápulas pruriginosas (ronchas o habones) que duran menos de 24 horas, migratorias, evanescentes sin pigmentación residual, asociadas o no con angioedema. El espectro de manifestaciones clínicas de los diferentes tipos y subtipos es muy amplio. La urticaria crónica (UC) puede caracterizarse con signos y síntomas diarios o casi diarios o un curso intermitente/recurrente. Según desencadenantes específicos definidos, se la puede clasificar en inducible (p. ej.: frío, calor, presión, vibración) o espontánea (sin desencadenante identificado). Debe diferenciarse de otras condiciones donde ronchas y/o angioedema pueden ocurrir como características de un espectro de condiciones clínicas, por ejemplo, anafilaxia, síndromes autoinflamatorios o urticaria vasculitis. El tratamiento convencional es con antihistamínicos de segunda generación, cuya dosis puede aumentarse hasta cuatro veces según guías. La asociación de inmunosupresores y/o biológicos se reserva para los casos resistentes o en los que fenómenos autoinmunitarios se correlacionan con el cuadro urticariano. La urticaria vasculítica (UV) es una entidad clínico-patológica caracterizada por episodios recurrentes de urticaria y vasculitis leucocitoclástica en la histopatología, que constituye aproxi-

madamente un 5% de las UC. Clásicamente, se manifiesta con habones eritematosos recurrentes que duran más de 24 horas, con vitropresión negativa e hiperpigmentación residual. Como las características de la UV pueden sobreponerse con las de la urticaria común, su diagnóstico debe apoyarse en un estudio histopatológico (presencia de leucocitoclasia y necrosis fibrinoide). Puede subdividirse en urticaria vasculítica normocomplementémica e hipocomplementémica. En una pequeña proporción de pacientes, la piel es el único sistema afectado; sin embargo, en la mayoría es la manifestación de una vasculitis sistémica.

OBJETIVO

Describir 2 casos atípicos de Urticaria Crónica Espontánea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de 2 pacientes con diagnóstico de Urticaria Vasculitis por biopsia.

CASO I

Paciente masculino, 29 años, antecedentes personales de Asma. Consulta lesiones compatibles con urticaria crónica: habones pruriginosos, de 3 meses de evolución, algunos evanescentes y otros persistentes de más de 24 hs.

Laboratorio rutina más perfil tiroideo, serologías para ITS, colagenograma, función renal, hepática: normales. IgE: 175,8 UI/ml. Coproparasitológico positivo para uncinariasis (necátor americano) por lo que reci-

¹. Fundación Ayre, Instituto Médico ALAS, Salta
Correspondencia: Maximiliano Gómez: maxigom@gmail.com
Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.
Recibido: 12/06/2023 | Aceptado: 29/06/2023

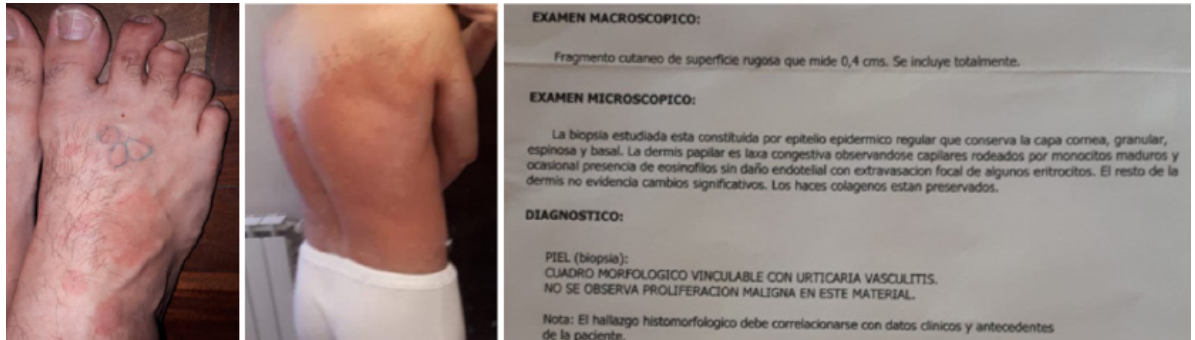


Figura 1.



Figura 2.

bió tratamiento específico. Se solicita biopsia, se adjunta informe más imágenes autorizadas por paciente. Fue medicado con levocetirizina 5 mg 2 veces al día, 3 meses, luego 1 vez al día con control sintomático. Durante 12 meses continuó con 1 comprimido/día y asintomático, aunque con recidivas al suspender antihistamínicos.

mal. Se solicita biopsia, se adjunta informe más imágenes autorizadas por paciente.

Fue medicada con levocetirizina 2 comprimidos/día por 3 meses, luego 1 comprimido/día con control total de las lesiones y suspensión a los 3 meses. Remisión total al seguimiento de 9 meses, sin medicación.

CASO 2

Paciente femenina, 26 años, antecedentes personales de insulinorresistencia y sobrepeso. Consulta por lesiones compatibles con urticaria crónica: habones pruriginosos, de 4 meses de evolución, algunos evanescentes y otros persistentes de más de 24 hs. En ocasiones con angioedema. Laboratorio de rutina más TSH, serologías para ITS, colagenograma, función renal y hepática: normales. IgE: nor-

CONCLUSIONES

En los casos presentados, los 2 pacientes presentan **lesiones urticarianas clásicas y vasculíticas asociadas** (por características clínicas e histopatología), que responden y se controlan solamente con 1 o 2 dosis diarias de tratamiento **antihistamínico** de 2da generación. Los autores de la presente comunicación atribuyen la respuesta terapéutica a la ausencia de leucocitoclasia al margen de su presentación clínica, y la utilidad de la biopsia en estas circunstancias.

BIBLIOGRAFÍA

1. La Forgia MP, Torre AC, Song A, et al. Actualización práctica de diagnóstico y tratamiento de la urticaria crónica [Practical update for the diagnosis and treatment of chronic urticaria]. Medicina (B Aires). 2023;83(5):772-792.
2. Fok JS, Katelaris CH. Urticaria and mimickers of urticaria. Front Allergy. 2023 Sep 28;4:1274031. doi: 10.3389/falgy.2023.1274031.
3. Matos AL, Figueiredo C, Gonçalo M. Differential Diagnosis of Urticarial Lesions. Front Allergy. 2022 Jun 16;3:808543. doi: 10.3389/falgy.2022.808543.
4. Bonnekoh H, Krause K, Kolkhir P. Chronic recurrent wheals - If not chronic spontaneous urticaria, what else? AllergolSelect. 2023 Jan 3;7:8-16. doi: 10.5414/ALX02375E
5. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al. The International EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy 2022 Mar;77(3):734-766. doi: 10.1111/all.15090.
6. Rivas González AM, Velásquez Franco CJ, Pinto Penaranda LF, Marquez JD. Urticaria Vasculítica. Rev Colomb Reumatol [online]. 2009, vol.16, n.2, pp.154-166. ISSN 0121-8123.
7. Zuberbier T. Classification of urticaria. Indian J Dermatol. 2013 May;58(3):208-10. doi: 10.4103/0019-5154.110830.

REGLAMENTO Y NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

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

El Comité Editorial se reserva el derecho de rechazar los artículos, así como de proponer modificaciones cuando lo estime necesario. El artículo enviado a AAIC para su publicación será sometido a la evaluación por la Secretaría de Redacción y de dos o más jueces que serán designados por el Editor, juntamente con el Consejo Editorial, que serán idóneos en el tema del artículo. Los árbitros se expedirán en un plazo menor de 45 días y la Secretaría de Redacción informará su dictamen de forma anónima a los autores del artículo, así como de su aceptación o rechazo.

La publicación de un artículo no implica que la Revista comparta las expresiones vertidas en él.

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

A. NORMATIVA COMÚN A TODOS LOS TIPOS DE MANUSCRITOS

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

El archivo correspondiente debe ser remitido al mail: secretaria@aaaic.org.ar.

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

Referencias. Se numeran consecutivamente según su orden de aparición en el texto. En el texto deben figurar como números arábigos entre paréntesis. El formato debe respetarse según la National Library of Medicine de Washington. Las abreviaturas de las publicaciones deberán realizarse según las

utilizadas por el Index Medicus. La lista puede hallarse en <http://www.nlm.nih.gov/>

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

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

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

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

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

lentos con líneas para un contraste adecuado. Si no se cuenta con originales generados por computadora, se puede enviar un juego de fotografías digitales.

Figuras. Un número razonable de figuras en blanco y negro serán publicadas libre de costo para el autor. Se deberán hacer arreglos especiales con el editor para figuras en color o tablas elaboradas. Las fotografías se deberán enviar en formato digital de 5 megapíxeles mínimo con nombre de archivo “figura” seguido del número correlativo de aparición en el texto, con extensión JPG (p. ej.: figura1.jpg) Se prefiere formato TIFF, independientemente que se agreguen al texto del manuscrito. Las figuras escaneadas deben ser realizadas con una definición de 300 dpi. Las figuras deben citarse en el texto y se numerarán en números arábigos según el orden de mención. El epígrafe deberá figurar en el cuerpo del texto al final del texto o de las tablas.

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

B. ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

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

Los fundamentos o antecedentes (en inglés, background), son una puesta al día del estado actual del problema o sea, cuál es el problema que lleva al estudio. El objetivo (en inglés, objective), define cuál es el propósito del estudio. El lugar de aplicación o marco de referencia (en inglés, setting), delimita el entorno de realización. El diseño (en inglés, design), es el tipo de estudio realizado. La población (pacientes o participantes) (en inglés, population), conforma el material. El mé-

todo (en inglés, methods), es la forma en que se realizó el estudio. Los resultados (en inglés, results), deben incluir los hallazgos más importantes. Las conclusiones (en inglés, conclusion), deben estar avaladas por los resultados. Se debe hacer hincapié en aspectos u observaciones nuevas.

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

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

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

Texto.

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

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

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

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

Resultados. Se cuantificarán y presentarán con indicadores apropiados de error (ej.: intervalos de confianza). No depender sólo de p. Se debe seguir una secuencia lógica de los resultados obtenidos. No repetir en el texto los datos de cuadros ni ilustraciones. Limitar su número a las estrictamente necesarias. Solo destacar o resumir las observaciones impor-

tantes. Evitar el uso no técnico de términos estadísticos (ej.: muestra, azar, normal, significativo, etc.).

Discusión. Hacer hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellos o pertinentes para la investigación futura. No repetir lo expresado en otras secciones. Establecer nexos entre objetivos y resultados. Relacionar con los resultados de otros trabajos si se considera necesario. Explicitar las debilidades del trabajo.

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

C. COMUNICACIONES RÁPIDAS

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

D. COMUNICACIONES BREVES Y REPORTES DE CASOS

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

E. CARTAS AL EDITOR

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

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

F. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Se aceptarán los artículos de revisión de temas concernientes a Alergia e Inmunología o a cualquier tema relacionado con la especialidad. Estos serán solicitados por el Consejo Editorial a autores específicos. Se otorgará prioridad a las revisiones relacionadas con aspectos controvertidos o relacionados con programas de Educación Médica Continua. Deben contar con

menos de 20 carillas y con el número de referencias adecuadas para la importancia del tema. Se debe aclarar la metodología para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar los datos.

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

G. ARTÍCULOS DE OPINIÓN

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

H. CESIÓN DE DERECHOS

Modelo de Transferencia de derechos de autor

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

I. LISTA DE CONTROL

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

J. DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

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