

REVISTA ESPAÑOLA DE

Alergología e Inmunología Clínica

Publicación Oficial de la
Sociedad Española
de Alergología
e Inmunología Clínica.



Volumen 7 - Suplemento Núm. 2/Septiembre 1992



XVIII CONGRESO NACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ALERGOLOGIA
E INMUNOLOGIA CLINICA

Sevilla, del 22 al 26 de septiembre
de 1992

RESUMENES DE COMUNICACIONES

saned
SANIDAD Sa EDICIONES

77

Anafilaxia tras ingestión de cerezas

J. L. Subiza, J. Subiza, M. T. Medina, R. García,
E. Subiza

Centro de Alergología General Pardiñas y Hospital Clínico
«San Carlos». Madrid

Describimos el caso de una paciente atópica de 23 años, en el cual la ingestión de unas cerezas precipitó de forma inmediata una reacción anafiláctica grave. A los minutos de ingerir las cerezas, comenzó con un cuadro de prurito diseminado con habones múltiples, edema facial, disnea y estridor que remitió tras tratamientos repetidos con adrenalina subcutánea. La paciente padecía de fiebre del heno por sensibilización al polen de *Parietaria* spp. Previamente ella había sufrido en dos ocasiones, un cuadro de prurito bucal y angioedema tras la ingestión de melocotón fresco y de un licor de esta fruta.

Mediante las pruebas cutáneas en prick con una batería estándar de inhalantes y alimentos habituales sólo se observó una sensibilización al polen de *Parietaria judaica* (Urticaceae) y a la almendra (Rosaceae). Mediante prick-prick test con fruta fresca se obtuvo una intensa respuesta cutánea inmediata con cereza, así como otras frutas de la misma familia Rosaceae (nectarina, melocotón, ciruelas, fresas, manzana, pera, membrillo, albaricoque). Por el contrario no presentó ninguna respuesta con alimentos pertenecientes a otras familias botánicas, incluso a pesar de estar filogenéticamente cercanas (Fabaceae). Todos los tests anteriores resultaron negativos en 4 sujetos no atópicos.

La presencia de IgE específica contra cereza y demás rosáceas no pudo ser demostrada *in vitro* por técnicas de ELISA y Rast a pesar de la reiterada búsqueda de unas condiciones idóneas de ensayo. Por este motivo se decidió la realización de un PK tras destacar la presencia de HBSAg y VIH. Este resultó positivo en prick con la cereza en la zona cutánea del receptor no atópico, previamente sensibilizada con el suero de la paciente. Por el contrario, fue negativo en zonas no tratadas o en las sensibilizadas con el suero previamente inactivo por calor (56° C, 4 horas), así como con el suero filtrado a través de una columna de afinidad con anti-IgE humana.

Conclusiones: La paciente sufrió una anafilaxia inducida por la ingestión de cereza. Un mecanismo inmunológico mediado por IgE, es bastante probable dados los resultados obtenidos con el PK.

Se sugiere una reactividad cruzada entre las rosáceas, dada la polisensibilización de esta enferma exclusivamente a los alimentos pertenecientes a esta familia botánica.

78

Alergia al aguacate

C. Blanco, T. Carrillo, R. Castillo, M. Cuevas*,
E. Barrera*

Sección de Alergia. Hospital «Nuestra Señora del Pino».
Las Palmas de Gran Canaria. *Servicio de Inmunología.
Hospital «Ramón y Cajal». Madrid

El aguacate (A) pertenece a la familia de las *Laureáceas* junto con la canela y el laurel. No tenemos conocimiento de que se hayan descrito pacientes con reacciones IgE-mediadas a A. Describimos 10 casos de hipersensibilidad inmediata (HSI) a A.

Seleccionamos 10 pacientes con historia de reacciones inmediatas tras la ingesta de A y prick en fresco positivo a A (pápula \geq control de histamina al 1:100). En ellos realizamos prick con una batería de aeroalergenos y alimentos, prick en fresco con castaña, plátano, kiwi, nuez, piña, melón, papaya, canela, laurel y con un extracto de látex. Como grupo control se utilizaron 5 voluntarios sanos y 5 sensibilizados a dermatofagoides. Se determinó la IgE total e IgE específica por el método CAP. Se elaboraron extractos con A rugoso, A liso, castaña, plátano y látex, fijándose a discos de nitrocelulosa para realización de Rast respecto a la curva estándar de Pharmacia. Se hizo un pool de sueros para llevar a cabo inhibición de RAST con los distintos extractos.

La edad media fue de 33,5 años (20-46), con predominio del sexo femenino (7:3). La clínica con A fue de anafilaxia sistémica en 5 pacientes, asma en 1, urticaria-angioedema en 2, rinoconjuntivitis en 1 y vómitos en 1. En 2 casos el prick con A fue positivo con el liso y no con la variedad rugosa. Presentaban HSI a látex 6 de nuestros enfermos, a castaña otros 6, a plátano 5, a nuez 4, a melón 4 y a kiwi 2. En cuanto a aeroalergenos, 3 tenían sensibilización a dermatofagoides y otros tantos a artemisa. La IgE total media fue de 163 kU/l (29-338). La IgE específica a A por CAP fue positiva en 4 casos (media 1,4 kU/l). El RAST con nuestros extractos fue positivo con A rugoso en 6 pacientes (media 2,4 PRU/ml); con A liso en 9 (media, 2,8 PRU/ml); y con castaña en 5. Se obtuvieron inhibiciones de los RAST a A y castaña con los extractos de A, castaña, látex y plátano, lo que demuestra la existencia de determinantes antigénicos comunes entre estos cuatro alérgenos.

En conclusión, el A es capaz de inducir reacciones de HSI con clínica variada, siendo el A liso más alérgico que el rugoso y presentando reactividad cruzada con castaña, plátano y látex.