

Vol. 17. Extraordinario Núm. 2 Octubre 2002

ISSN 1575-734X

# Alergología e Inmunología Clínica

Publicación oficial de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica  
Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Inmunología

**PONENCIAS Y**

**COMUNICACIONES**

**XXIII CONGRESO  
DE LA SOCIEDAD  
ESPAÑOLA  
DE ALERGOLOGÍA  
E INMUNOLOGÍA  
CLÍNICA**

**MADRID,  
30 DE OCTUBRE DE 2002 -  
2 NOVIEMBRE DE 2002**



**saned**  
SANIDAD EDICIONES

Edición en inglés <http://www.seaic.es/revista>



P-3

## Alergia a insulina lispro

S. Rebollo, J. M. Vega, A. Armentia,  
E. Sedano, T. Asensio, A. Fernández

Sección de Alergia. Hospital Universitario del Río  
Hortega. Valladolid.

**Introducción:** La insulina es un péptido de 51 a-a, sintetizado principalmente por las células  $\beta$  del páncreas. En la actualidad existen en el mercado distintos preparados comerciales, tanto de insulina humana biosintética como de insulina lispro. La insulina lispro es un análogo de insulina que se caracteriza por el cambio de los residuos aminoácidos en las posiciones 28 y 29 de la cadena  $\beta$ , confiriéndole esta modificación química un efecto más fisiológico y una menor inmunogenicidad.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 66 años de edad, con diabetes mellitus tipo II de varios años de evolución. Refiere en los dos últimos años 7-8 episodios consistentes en prurito palmoplantar y lesiones habonosas generalizadas con período de latencia inmediato tras la administración de insulina subcutánea.

**Material y métodos:** Se realizaron pruebas cutáneas en *prick* e ID con insulinas y en *prick* con protamina. Se cuantificó IgE sérica específica (CAP-System) frente a insulinas y protamina.

**Resultados:** Las pruebas cutáneas realizadas con distintos tipos de insulinas fueron positivas en todos los casos, así como la determinación de IgE específica para las mismas.

En el caso de la protamina se obtuvo un resultado negativo.

**Conclusiones:** La alergia a insulina ha sido descrita con anterioridad, inicialmente con insulinas animales y en los últimos años con insulina humana biosintética; han sido descritas reacciones tardías, enfermedad del suero y reacciones

de hipersensibilidad inmediata tanto locales como generalizadas. En los últimos años la insulina lispro se ha utilizado con éxito como alternativa.

En esta ocasión presentamos un caso de alergia a insulina lispro, habiendo conseguido finalmente la tolerancia mediante el uso de premedicación.

P-4

## Síndrome de Schnitzler: a propósito de un caso

J. Figueroa, A. García-Dumpiérrez, E. Pérez,  
L. Navarro, L. Almeida, N. Ortega, R. Castillo,  
C. Blanco, T. Carrillo

Servicio de Alergia. Hospital Dr. Negrín de Gran Canaria.

**Introducción:** El síndrome de Schnitzler se define por la conjunción de una gran diversidad de signos y síntomas, siendo constante la existencia de un componente monoclonal IgM y un rash cutáneo. Fue descrito por primera vez en 1972 por un dermatólogo francés (L. Schnitzler), y desde entonces hay más de 50 casos descritos. Presentamos un caso de una mujer de 32 años que es remitida a nuestra consulta para estudio de un rash cutáneo y cuyo diagnóstico final fue el de síndrome de Schnitzler.

**Caso clínico:** Paciente con cuadro de aproximadamente un año de evolución de lesiones urticariales a diario a lo que durante el curso del proceso se le añadió fiebre intermitente de hasta 41°C y dolores articulares localizados en muñecas y rodillas. A la exploración física presentaba exantema maculopapular confluyente generalizado de predominio en tronco y extremidades, linfadenopatías generalizadas y hepatoesplenomegalia.

**Métodos:** Se realizó una batería diagnóstica



de pruebas incluyendo analítica sanguínea completa con hemograma y bioquímicas completas, inmunoglobulinas, complemento, hormonas tiroideas, anticuerpos, factor reumatoide, crioglobulinas, serologías; coprocultivos, hemocultivos y análisis de orina. Asimismo se realizaron pruebas cutáneas en *prick* frente a aeroalergenos habituales, radiografía de tórax, muñecas y rodillas, ecografía abdominal y biopsia de una lesión cutánea y de una adenopatía.

**Resultados:** Se constató una leucocitosis con neutrofilia, anemia microcítica hipocroma, aumento de la VSG (87 mm) y una IgM total de 3,78 g/L demostrando por electroforesis un componente monoclonal IgM con cadenas ligeras kappa en inmunofijación. El resto de resultados analíticos fueron normales. Las pruebas alérgicas y las pruebas de imagen fueron normales y ambas biopsias mostraron cambios inflamatorios. Se diagnosticó síndrome de Schnitzler y se inició tratamiento con ibuprofeno, desapareciendo la fiebre y las artralgias, aunque persistiendo el rash cutáneo, si bien éste es de menor intensidad.

**Conclusiones:** Este síndrome es una entidad clínica rara cuyo difícil diagnóstico se realiza por la conjunción de signos clínicos y biológicos, así como por la exclusión de los posibles diagnósticos diferenciales. La respuesta a los distintos tratamientos es inconstante sobre todo en lo que al control de cuadro cutáneo se refiere, y es necesario el seguimiento de los pacientes de por vida, debido a la posibilidad de evolución a un trastorno linfoproliferativo como un linfoma o enfermedad de Waldenstrom hasta 20 años después del diagnóstico. Presentamos un nuevo caso que cumple dichos signos clínicos y biológicos en el que además hemos descartado los diagnósticos diferenciales posibles como la enfermedad de Still del adulto, la vasculitis urticarial hipocomplementémica, el déficit adquirido de C1 inhibidor, el síndrome hiper-IgD, el lupus eritematoso sistémico, etc.

P-5

## Eritema multiforme menor y fenómeno *flare up* por piroxicam: a propósito de un caso

R. Palacios, M. Mesa del Castillo, M. Chamorro, R. Antón, L. Vázquez, I. Reig, T. Robledo, M. Cimarra, A. Alonso, C. Martínez Cócera

Servicio de Alergia. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Introducción:** El piroxicam es un AINE del grupo de los Oxicanes ampliamente consumido en España. Existen pocos casos referidos en la literatura de eritema multiforme menor por este fármaco.

Presentamos un caso de eritema multiforme menor y fenómeno *flare-up* tras estudio alergológico.

**Caso clínico:** Mujer de 18 años que con motivo de una artralgia de codo se le administró 20 mg de piroxicam sublingual y tras tres horas presenta lesiones cutáneas en escarpela, pruriginosas en manos y pies. Las lesiones cedieron en una semana quedando hiperpigmentación residual.

Posteriormente, al mes, tres horas después de la ingesta del mismo preparado desarrolló lesiones en las mismas localizaciones acompañadas de intensa reacción aftosa en mucosa oral, fiebre y malestar general. Presentó descamación posterior de las lesiones resolviéndose el cuadro en 15 días. Posteriormente ha tolerado la ingesta de paracetamol.

**Material y métodos:** *Prick test* con piroxicam (20 mg/ml) y parche con el mismo medicamento al 10% en vaselina en piel normal y en piel previamente lesionada.

**Resultados:** El *prick test* y el parche con piroxicam en piel sana fueron negativos. El parche realizado en piel previamente dañada resultó positivo en lectura a las 48 y 92 horas presentando re-