

Vol. 13. Extraordinario Num. 2. Diciembre 1998

REVISTA ESPAÑOLA DE

Alergología e Inmunología Clínica



Publicación Oficial de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica



XXI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGIA E INMUNOLOGIA CLINICA

Barcelona, 2-5 de diciembre de 1998

—RESUMENES DE PONENCIAS
Y COMUNICACIONES—

saned

SANIDAD SA EDICIONES

ta por haber presentado un shock anafiláctico tras la administración intra-articular de Trigón depot® y Scandicain® como tratamiento de una artritis recurrente en el hombro derecho. Refiere antecedentes de infiltraciones previas en al menos 5 ocasiones, siendo la última hace 6 meses con buena tolerancia.

Metodología: Se realizaron pruebas cutáneas (prick-test e ID) a Scandicain®, Trigón depot®, y una batería de corticoides compuesta por betametasona, dexametasona, hidrocortisona y metilprednisolona. Asimismo se realizaron provocaciones subcutáneas a mepivacaína, betametasona y pruebas epicutáneas a una batería estándar y de corticoides.

Resultados: Las pruebas cutáneas (ID) fueron positivas a Trigón depot® a la concentración de 4 mg./ml., siendo el resto de sustancias testadas negativas. Fueron también negativas las provocaciones subcutáneas a mepivacaína y betametasona, así como las pruebas epicutáneas realizadas.

Conclusiones: Se ha descrito un caso infrecuente de shock anafiláctico tras la administración intra-articular de Trigón depot®.

96

Angioedema por inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

L. Almeida Quintana, A. García Dumpierrez, R. Castillo Sanz, C. Blanco Guerra, N. Ortega Rodríguez, M. Álvarez Puebla, T. Carrillo Díaz

Sección de Alergia. Hospital Universitario Nuestra Señora del Pino. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: Los IECA tradicionalmente son utilizados en el tratamiento de la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva y en el infarto agudo de miocardio, dentro de sus reacciones adversas destacan el vértigo (4%), tos (3%), hipotensión (2%) y angioedema (AG) 0,1-0,2%. El AG suele ser de curso imprevisible y potencialmente fatal, postulándose la inhibición sobre la bradikininas (ECA) como uno de los posibles mecanismos causales.

Objetivo: Analizar la relación clínica entre el uso de IECAs y la aparición de AG.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los casos

de AG atribuidos al uso de IECAs de nuestra unidad en los últimos 10 años.

Resultados: La muestra la componen 8 casos (5 mujeres y 3 hombres) con edades entre los 52 y 78 años (66,6%). Seis de los pacientes presentaron compromiso de la vía aérea superior, siendo los fármacos implicados el enalapril (5 casos), el captopril (2 casos) y quinapril (1 caso). Las dosis medias respectivas fueron 25, 10 y 20 mg./d. La indicación de uso en todos los casos fue la HTA. La duración media del tratamiento va desde los 2 a los 36 meses. La aparición de AG ocurrió entre los 2 y 90 días de comenzar la terapia. Los síntomas más frecuentes fueron hinchazón de lengua, disfonía y disnea. El 75% de los pacientes tenía historia previa de IOT (intubación orotraqueal). Un paciente del grupo de IOT presentaba antecedentes de adenectomía y otro de tiroidectomía previas. El 50% eran obesos. Los pacientes utilizaban de forma concomitante otros fármacos AINEs y anticonvulsivantes, especialmente descartándose la participación de los primeros con test de provocación oral a doble ciego. Tras la retirada de los IECAs no volvieron a presentar AG en un tiempo promedio que va desde los 4 a los 80 meses (34,3%).

Conclusión: En todos los casos estudiados después de retirar los IECAs, y sólo éstos, los enfermos no presentaron ningún otro episodio, pudiendo por tanto existir una asociación entre IECAs y AG.

97

Desensibilización a indinavir

C. Rivas, R. López Rico, M. A. Rico, G. M. García, C. Carballas, A. Parra, M. Ferreiro

Sección de Alergia. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña

Introducción: Indinavir es un potente inhibidor de las proteasas virales disponible en España desde 1997. Debido a su eficacia clínica y virológica, las combinaciones triples de antirretrovirales se consideran actualmente el estándar para el inicio del tratamiento de la infección por el VIH.

Caso clínico: Mujer de 29 años: VIH (+), categoría A2 (CD4: 343 y linfadenopatía generalizada). Contagio heterosexual. No antecedentes de alergia a fármacos ni de acopia. Inicia triple terapia antirretroviral con zido-