

Vol. 11. Extraordinario Núm. 2. Diciembre 1996  
REVISTA ESPAÑOLA DE

# Alergología e Inmunología Clínica



Publicación Oficial de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica



## XX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGIA E INMUNOLOGIA CLINICA

Granada, 4-7 de diciembre de 1996

-RESUMENES DE PONENCIAS  
Y COMUNICACIONES-



Durante los 5 últimos años hemos administrado 3.264 dosis a 110 pacientes diagnosticados de anafilaxia por picadura de himenópteros. El extracto empleado fue veneno puro del himenóptero implicado, abeja en 55 casos, avispa en 64 y polistes en 2. En el 30% de los pacientes empleamos una pauta cluster de inicio y pauta convencional en el resto.

**Resultados:** Objetivamos 80 reacciones locales (2% de las dosis) y 39 sistémicas (1,2% de dosis), de las cuales 33 fueron inmediatas (84%). Sólo registramos una reacción sistémica severa con buena respuesta a adrenalina.

La frecuencia de reacciones sistémicas fue mayor en la fase de inicio del tratamiento ( $p < 0,001$ ), en pacientes sometidos a tratamiento con veneno de abeja ( $p < 0,001$ ), y en el caso de abeja si la pauta de inicio empleada era cluster ( $p < 0,001$ ).

Factores tales como el sexo, edad, número de picaduras/año, antecedentes de atopia y asma, número de picaduras que desencadenó la reacción más grave, la severidad de dicha reacción, el grado de sensibilidad en test cutáneos y los niveles de IgE alérgico-específica al diagnóstico no condicionan la aparición de reacciones adversas en el curso del tratamiento.

**Conclusiones:** La inmunoterapia con veneno de himenópteros es un tratamiento bien tolerado. El riesgo de reacciones adversas en 5 veces mayor en la fase de inicio del tratamiento. Los pacientes sometidos a tratamiento con veneno de abeja presentan un riesgo de reacciones sistémicas 12 veces mayor que los tratados con veneno de avispa, riesgo que se incrementa si se utiliza una pauta cluster en la fase de inicio.

74

### Estudio epidemiológico de reacciones a picadura de abeja en apicultores

B. E. García, S. Echechipía, J. M<sup>a</sup>. Olaguibel, A. Rodríguez, M. T. Lizaso, B. Gómez, A. I. Tabar

*Hospital Virgen del Camino. Pamplona*

Los apicultores constituyen un colectivo de alto riesgo de anafilaxia por picadura de himenópteros. Por este motivo elaboramos una encuesta que fue remitida a 300 apicultores de nuestra provincia y que ha sido

cumplimentada por 145 de ellos. El 90,3% son varones con una edad media  $\pm$ DS de  $48,9 \pm 14,09$  años y de dedicación a la apicultura de  $16,4 \pm 4,5$  años. Sólo el 5,6% de los apicultores se dedican de forma profesional a esta actividad. Un 11,9% manifestaron antecedentes personales de atopia y el 3,5% de asma.

De los apicultores encuestados, 48 (33,3%) manifestaron reacciones anormales por picadura de abeja (RAPA), que fueron más frecuentes en los apicultores que sufren menos de 20 picaduras/año que en los que reciben más de 20 picaduras/año ( $p < 0,05$ ) y en los apicultores asmáticos (80% vs. 31,7%) ( $p < 0,05$ ).

Se analizó en cada apicultor la reacción más severa de las que había sufrido. Siguiendo la clasificación clínica de Müller estas reacciones se distribuyeron de la siguiente manera: 33,3% fueron de carácter local exagerado, en el 56,3% de los casos se experimentaron reacciones de anafilaxia (16,7% RS-I, 10,4% RS-II, 6,30% RS-III y 22,9% RS-IV) y un 10,4% presentaron síntomas que fueron interpretados como producidos por toxicidad.

El 80,8% de los apicultores con RAPA referían alguna otra reacción anormal previa a la más severa sufrida. Las características clínicas de estas reacciones previas muestran una asociación significativa con la reacción más grave sufrida, de forma que cada apicultor tiene un patrón de reacción al veneno de abeja, que tiende a repetir en sucesivos episodios, de acuerdo con la bibliografía. Edad, picaduras/año, antecedentes de atopia, asma, otras enfermedades respiratorias o cardiovasculares, localización de la picadura y número de picaduras simultáneas no aparecen como factores de riesgo de anafilaxia severa por picadura de abeja.

75

### HLA-Cw7 es un probable marcador asociado a las reacciones anafilactoides inducidas por fármacos antiinflamatorios no esteroideos

J. Quiralte, F. Sánchez, T. Carrillo, C. Blanco, R. Castillo, P. Pérez-Aciego, N. Ortega, F. Rodríguez de Castro

*Sección de Alergia. Hospital U. Ntra. Sra. del Pino. Las Palmas de Gran Canaria*

*Antecedentes:* Algunos alelos HLA han sido asociados



a las reacciones idiosincrásicas a fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

**Objetivo:** Analizar las moléculas HLA de clase I en un grupo de pacientes con reacciones a AINEs.

**Pacientes y métodos:** Se realizó el tipaje de los fenotipos HLA de clase I, por medio de un test de micro-linfotoxicidad estándar, en pacientes con angioedema periorbitario (n=50) y reacción anafilactoide (n=20) inducidos por AINEs. El grupo control estuvo constituido por 144 sujetos tolerantes a AINEs (83 atópicos y 61 no atópicos). La provocación oral con AINEs, en simple ciego y controlada con placebo, fue el método diagnóstico utilizado para clasificar a los pacientes en los diferentes grupos del estudio.

La comparación de las frecuencias de los diferentes fenotipos se realizó por la prueba de Chi cuadrado. Un valor p menor de 0,05, tras la corrección de Bonferroni, se consideró como diferencia significativa entre grupos. La cuantificación de la magnitud de la asociación entre las frecuencias de los diferentes fenotipos con los distintos tipos de reacciones idiosincrásicas a AINEs se realizó por el método de Woolf-Haldane.

**Resultados:** El grupo de pacientes con angioedema periorbitario no mostró diferencias significativas en ningún fenotipo HLA-A, -B o -Cw con respecto al grupo control. Los pacientes con reacción anafilactoide exhibieron una frecuencia del fenotipo HLA-Cw7 significativamente (Chi cuadrado, p<0,01) superior a la encontrada en el grupo control (52,6% vs 13,2%), asociada con un riesgo relativo de 7,3.

**Conclusiones:** HLA-Cw7 es un marcador genético específicamente asociado a las reacciones anafilactoides inducidas por AINEs.

76

## Anafilaxia recurrente por exposición inadvertida a amoxicilina

J. M. Barceló Muñoz,  
J. L. de la Fuente Madero,  
M. Torrecillas Toro, M. A. Muñoz Muñoz,  
C. Muñoz Román,  
M. T. Palomeque Rodríguez,  
J. M. Vega Chicote, A. Ojeda Martos

Sección de Alergología. Hospital Regional Carlos Haya de Málaga

**Introducción:** La anafilaxia recurrente es una entidad

clínica grave y de difícil diagnóstico diferencial y etiológico. En la mayoría de los casos se comprueba que una historia clínica minuciosa es imprescindible para descubrir el agente causal.

**Caso clínico:** Varón de 47 años, fumador, con hernia de hiato y dudosa alergia a penicilina no estudiada. Consulta por haber presentado en los últimos cuatro meses, 6 episodios de hipotensión paroxística (constatada en urgencias), eritema, prurito generalizado, despeños diarreicos y vómitos, sin relación aparente con factor desencadenante. Exploración física anodina. Hemograma, VSG, bioquímica y orina: normales. Prick tests neumoalergenos y alimentos: negativos. IgE total: 94,8 kU/l. Histamina en sangre: normal. Determinaciones en orina de 24 horas: 5-Hidroxiindolacético, 5-Hidroxitriptamina, norepinefrina, epinefrina y dopamina: valores normales.

Radiografía de tórax, ecografía abdominal, tránsito baritado esófago-gastro-duodenal, TAC torácico y abdómino-pélvico: sin hallazgos valora-

	BPO-PLL	MDM	Penicilina	Ampicilina	Amoxicilina
Prick	-	-	5 x 4 mm	10 x 8 mm	11 x 9 mm
ID	-	-	-	14 x 11*	16 x 11**
RAST	0			0	0

\*Ampicilina y amoxicilina: 0,02 mg/mL. \*\*Pápula con seudópodos.

Dada la gravedad del caso y la extrema sensibilidad en pruebas cutáneas, no se consideró oportuno realizar test de provocación.

Posterior anamnesis dirigida reveló el uso repetido de amoxicilina por su cónyuge coincidiendo con la presentación de la clínica.

Se indicó al paciente y convivientes que evitaran los antibióticos betalactámicos. Diez meses después, el enfermo no ha presentado nuevos episodios.

**Conclusiones:** Se presenta un caso de anafilaxia recurrente por exposición inadvertida a amoxicilina. Aunque no se hayan realizado pruebas de provocación, la coincidencia de la toma de amoxicilina de su mujer con los episodios presentados por el paciente, los resultados de las pruebas cutáneas y la evolución del proceso confirman esta etiología.