

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

119

¿Está indicada la administración de alérgenos con fines diagnósticos o terapéuticos durante la gestación?

R. Alamar, M. D. Hernández, J. Miquel, A. Giner, I. García-Villalmanzo, A. Campos, A. Basomba

Servicio de Alergia. Hospital Universitario «La Fe». Valencia

Las manifestaciones clínicas de las anafilaxias varían ampliamente, pudiendo afectar a uno o a múltiples órganos o sistemas, siendo los síntomas cutáneos, gastrointestinales, respiratorios y cardiovasculares los identificados con mayor frecuencia. Hemos observado recientemente cuatro casos de dolor cólico en hipogastrio y metrorragia que ocurrieron concomitantemente con otros síntomas y signos de anafilaxia. La primera paciente, de 20 años, presentó un episodio de anafilaxia tras la administración de una dosis de mantenimiento mensual de inmunoterapia con veneno de abeja. El cuadro cursó con hipotensión, rinoconjuntivitis, disnea sibilante, dolor cólico en hipogastrio y metrorragia. La segunda paciente, de 38 años de edad, desarrolló también dos cuadros de anafilaxia tras recibir dosis de mantenimiento de inmunoterapia con pólenes durante el período de polinización. En ambas ocasiones tuvo dolor cólico abdominal y metrorragia, además de sintomatología nasal, conjuntival y bronquial. La tercera paciente, de 23 años, presentó anafilaxia durante la realización de un test de provocación con penicilina por vía subcutánea, habiendo sido los tests cutáneos previos negativos. Se evidenció reacción local, urticaria generalizada, hipotensión, dolor en hipogastrio y metrorragia. La cuarta paciente, de 20 años, presentó náuseas y vómitos, prurito generalizado, eritema y edema en cara y manos, dolor cólico en hipogastrio y metrorragia tras la administración de una dosis de Eritromicina por vía oral. En todos los casos los síntomas fueron controlados con adrenalina, fluidoterapia, antihistamínicos, corticosteroides, analgésicos y espasmolíticos. Ninguna de las pacientes era gestante y se descartó patología ginecológica subyacente. La hemostasia fue normal en los cuatro casos.

Conclusiones: 1. El dolor cólico en hipogastrio y la metrorragia pueden aparecer en el curso de un episodio de anafilaxia. 2. Estos síntomas ginecológicos deben hacer replantear la indicación de la administración de alérgenos tanto con fines diagnósticos como terapéuticos en pacientes gestantes.

120

Inmunoterapia en pacientes asmáticos con extracto de *D. pteronyssinus* cuantificado en unidades de masa. Estudio prospectivo de tolerancia

J. M. Olaguibel, T. Carrillo*, B. García, R. Castillo*, S. Quirce, A. Rodríguez, A. Tabar

Hospital «Virgen del Camino». Pamplona. Hospital «Ntra. Sra. del Pino»*. Las Palmas de Gran Canaria

Presentamos los datos relativos a la tolerancia con un extracto de *D. pteronyssinus* en pacientes asmáticos según las normas que para la monitorización de la seguridad ha establecido el Subcomité de Inmunoterapia de la EAACI.

Hemos estudiado 56 pacientes asmáticos por sensibilización a *D. pteronyssinus* de al menos 2 años de evolución (19 residentes en Canarias y 37 en Pamplona). La inmunoterapia se llevó a cabo con un extracto estandarizado biológicamente y adsorbido en hidróxido de aluminio en el que los alérgenos mayoritarios estaban cuantificados: 10 BU = 4 µg de *Der p I* y 2 µg *Der p II* (Alergia e Inmunología Abelló, S. A). Se siguió una pauta convencional de forma que la dosis máxima recomendada se alcanzó tras la administración de 13 dosis semanales. Para el registro de los efectos adversos y su tratamiento se siguieron las recomendaciones ya mencionadas.

El total de dosis administradas resultó ser de 808. Se registraron 29 reacciones adversas; lo que supone un 3,5% del total de dosis administradas; de éstas, 9 (1,1%) fueron locales y 20 (2,5%) sistémicas. La aparición de estas reacciones se asoció preferentemente a la administración de las últimas dosis del vial de máxima concentración. A excepción de una, el resto de las reacciones locales fueron tardías (88,9%) mientras que el 60% de las reacciones sistémicas aparecieron en los primeros 30 minutos. En tan sólo el 2,7% de las dosis administradas hubo que modificar el esquema de tratamiento debido a la aparición de reacciones adversas. En 10 reacciones sistémicas inmediatas se requirió medicación, siendo necesario el uso de adrenalina en un solo caso. Las reacciones sistemáticas tardías fueron manejadas por los propios pacientes con broncodilatadores inhalados o antihistamínicos siguiendo unas guías de autotratamiento predeterminadas. No se registró ningún choque anafiláctico.

La tolerancia mostrada por nuestra población puede calificarse de buena, debiéndose resaltar el que la mayoría de las reacciones se asociaron a la administración de las últimas dosis.

La mayoría de las reacciones locales fueron tardías, esto no fue así en el caso de las sistémicas.

Posiblemente, por las características de nuestra población, estos datos no pueden extrapolarse en otras situaciones (otro extracto o pacientes con rinoconjuntivitis y/o asma leve).