

ISSN 1018-9068

# Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology

Volume 20, Supplement 2, 2010

**PONENCIAS Y COMUNICACIONES**

**XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española  
de Alergología e Inmunología Clínica**

**Madrid, 10-13 de noviembre de 2010**

---

Official Organ of the Spanish Society  
of Allergology and Clinical Immunology



seaic

---

Official Organ of INTERASMA-  
The International Association of Asthmology



[www.jiaci.org](http://www.jiaci.org)



**ESMON** publicidad



## Sensibilización a propoleo

A Martínez Arcediano, MD Martínez Antón, B Irezábal Diez, Y Seras Micra, M Garmendia Zallo, P César Burgoa

Hospital de Cruces

### Introducción

El propoleo, resina que procede de chopos principalmente, contiene ácido cinámico y vainilla (2 sensibilizantes importantes).

En conjunto, es el principal sensibilizante de contacto derivado de las colmenas.

### Material y métodos

Presentamos 2 casos de sensibilización a propoleo, como alérgeno oculto.

1º: paciente de 65 años, que, en el curso de un tratamiento con amoxicilina, Fluidasa® y jarabe de propoleo, presenta edema facial, lingual, irritación orofaríngea, dificultad para hablar y sensación disneica.

2º: paciente de 48 años, que se despierta de madrugada, con quemazón orofaríngea y sensación de cuerpo extraño. No toma de medicación previa. Se estudia posible relación con la ingesta de un caramelo y alimentos.

### Resultados

Se descarta sensibilización a alimentos y medicamentos.

Se encuentra sensibilización a propoleo en ambos casos: la lectura en la prueba epicutánea a las 96 horas es positiva.

En el primer paciente, el propoleo era el componente principal del jarabe.

En el segundo caso, el propoleo formaba parte del caramelo.

### Conclusión

La sensibilización a propoleo es infrecuente, pero hay que pensar en él como alérgeno oculto.

Éste se encuentra comercializado en diversos productos: cosméticos, de higiene (dentífricos), farmacéuticos y suplementos dietéticos.

Las formas clínicas de presentación pueden variar, desde dermatitis de contacto hasta afectación de mucosa orofaríngea, en función de la vía de administración.

## Inmunoterapia I

### Inmunoterapia con alta dosis de alérgeno. Seguridad de una pauta agrupada frente a ácaros

D Cruz Niesvaara, JA Cumplido Bonny, HR Hernández Suárez, E Caballero Naranjo, L Almeida Quintana, T Carrillo Díaz

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

### Introducción

La eficacia y seguridad de la inmunoterapia como tratamiento etiológico del asma y rinitis alérgica está ampliamente constatada. La reciente aparición en el mercado de tratamientos con altas dosis de alérgenos contribuyen a ampliar y mejorar las alternativas terapéuticas en este campo.

Se pretende comprobar la seguridad de una pauta agrupada de inmunoterapia frente a ácaros con altas dosis de alérgeno.

### Material y métodos

Se administra una pauta agrupada a 25 pacientes con edades entre 6 y 53 años diagnosticados de rinitis y/o asma por alergia a ácaros de al menos un año de evolución. Ninguno había recibido tratamiento con inmunoterapia con anterioridad. El ácaro clínicamente más relevante fue el *Dermatophagoides pteronyssinus* (IgE esp. media: 53,3). Todos los pacientes firmaron consentimiento informado, cumplieron un registro PF y de reacciones adversas (RA). 20 pacientes recibieron extracto Acaroid 100% Dpt y 5 Acaroid 50% Dpt + 50% Dfa.

La pauta empleada incluía tres primeros días semanales: primer día 0,3 ml + 0,3 ml vial A, segundo día 0,1 ml + 0,2 ml vial B, tercer día 0,3 ml + 0,3 ml vial B. A los 15 días 0,6 ml vial B y 0,6 ml vial B al mes. Siempre una espera de 30 minutos tras cada dosis y registro de pico flujo antes de la administración.

### Resultados

24 de los 25 pacientes incluidos alcanzaron satisfactoriamente la dosis de mantenimiento. El único abandono fue por motivos ajenos a la inmunoterapia y tuvo lugar a los 10 días del comienzo. De las 148 dosis administradas los primeros 15 días, se registraron 26 RA locales consideradas como leves-moderadas en cuatro pacientes (26 RA locales: 17,5%) que cedieron sin necesidad de tratamiento y no fue necesario alterar la pauta, disminuía paralelamente al aumento de dosis. No se registró ninguna RA sistémica.

### Conclusión

La pauta agrupada empleada resulta segura. No se ha registrado ninguna RA sistémica y las RA locales fueron leves y desaparecieron al alcanzar las dosis terapéuticas definitivas.