

ISSN 1018-9068

Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology

Volume 16, Supplement 2, 2006

PONENCIAS Y COMUNICACIONES

**XXV Congreso de la Sociedad Española de Alergología
e Inmunología Clínica**

Valencia, 25-28 de octubre de 2006

Official Organ of Spanish Society
of Allergology and Clinical Immunology



Official Organ of INTERASMA-
The International Association of Asthmology



www.jiacci.org



edad, sexo o clínica entre los dos grupos. Sólo se observaron reacciones adversas en 7 pacientes (13,5%), 5 en el grupo A y 2 en el grupo B, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,248$). Seis de ellos presentaron reacciones locales, observándose un caso de reacción inespecífica, no mediada por IgE. Se administraron un total de 461 dosis, objetivándose reacciones locales en 10 de ellas (2,2%) -7 inmediatas y 3 tardías-, además de la reacción inespecífica ya señalada (0,2% de las dosis). El grado de adherencia al tratamiento fue del 98% (un abandono por problemas laborales). Sólo fue necesario modificar la pauta en un paciente, alcanzando 50 pacientes (96%) la dosis de mantenimiento. El 94,2% de los pacientes valoraron el tratamiento como satisfactorio o muy satisfactorio.

Conclusión

Se demuestra un alto grado de tolerancia y seguridad de la pauta rápida de inmunoterapia subcutánea con extractos de ácaros Alergo-Merck Depo®, así como una excelente satisfacción y adhesión al tratamiento no encontrándose diferencias significativas en cuanto a tolerancia entre las dos pautas administradas.

Producción de IL-10 en una pauta acelerada de inmunoterapia sublingual

F Moreno Benítez, A del Cuvillo Bernal, E Sanz Romero, R Méndez Vega, P Lobatón Sánchez de Medina

Clínica Dr. Lobatón

Objetivos

Introducción: La IL 10 es una proteína de 18,7 Kd que contribuye a la regulación de IL 2, IL 4 y otras citoquinas proinflamatorias.

Suprime la producción de citoquinas pro-alérgicas (IL 5) y puede inducir un estado de disminución de respuesta antígeno-específica.

Objetivos: Evaluar la producción de IL-10 en un corto periodo de tiempo de inmunoterapia administrada por vía sublingual (TOL).

Material y métodos

Se estudiaron 18 pacientes (5 hombres y 13 mujeres, media de edad de 29,2 años) con sintomatología de rinoconjuntivitis y/o asma, sensibilizados a *D. pteronyssinus*. Todos fueron tratados con inmunoterapia sublingual TOL, recibiendo inicialmente la dosis máxima (2 gotas del vial C). En todos ellos se determinó la IL-10 antes de iniciar el tratamiento y al cabo de unos días de tratamiento. El resultado de IL-10 se expresó en pg/ml de cultivo de 10^6 células mononucleares/ml.

Resultados

Los pacientes recibieron tratamiento durante una media de 24,9 días (IC del 95%: 20,3 - 29,6). La dosis acumulada media fue de 7,4 HEP L (6,1 - 8,6) (1,3 mcg de Der p1 y 0,8 de Der p2). La media inicial de IL-10 era de 902,2 mcg/ml (499,5-1.305,4). Al cabo de 24,9 días la

media fue de 1.505,3 mcg/ml (926,2 - 2.084,3), lo que significa un incremento medio de 2,1 veces el valor inicial ($P = 0,0053$).

Conclusión

La inmunoterapia sublingual con TOL tiene un efecto sobre el sistema beneficioso sobre inmunológico, ya que produce un incremento rápido inicial muy significativo de los niveles de IL-10, que regula la producción de citoquinas proinflamatorias.

Medicamentos

Alergia a penicilinas en el Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

JA Martínez Tadeo, D Martínez Beltrán, P Verdú López, L Almeida Quintana, C Blanco Guerra, T Carrillo Díaz

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Objetivos

Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de alergia a penicilinas en la Unidad de Alergia a Medicamentos de nuestro Hospital, con especial atención a la tolerancia a cefalosporinas de 2ª y 3ª generación.

Material y métodos

De todos los pacientes estudiados por reacción adversa a beta-lactámicos, entre los años 1994 y 2005, se seleccionaron los casos de alergia mediada por IgE. El diagnóstico se basó en la historia clínica, acompañada de una prueba cutánea en prick y/o intradermo positiva a penicilinas, incluyendo PPL, MDM, penicilina G, ampicilina, amoxicilina, cefazolina y/o el beta-lactámico implicado en la reacción. Se recogieron datos de prevalencia de alergia a penicilinas en nuestra consulta. En el grupo de alérgicos se analizó el tipo de reacción, los antibióticos responsables y los resultados de las pruebas cutáneas. Además, en un subgrupo se evaluó la tolerancia a cefuroxima, ceftazidima y cefotaxima mediante prick, intradermo y provocación controlada hasta dosis terapéutica con cada una de ellas.

Resultados

Se estudiaron 2.239 pacientes, de los cuales fueron diagnosticados de alergia mediada por IgE a penicilina 139, lo que supone una prevalencia del 6,65% en nuestra consulta respecto al total de reacciones adversas a penicilinas. Los antibióticos responsables fueron la amoxicilina, en un 41,6% de los casos, seguidos por la penicilina y la amoxicilina-clavulánico con un 20,8% y un 20,1% respectivamente. Las reacciones más frecuentes fueron las cutáneas (45,6%), no siendo infrecuente la anafilaxia (30,3%). Se realizó provocación controlada con cefuroxi-

ma, cefotaxima y ceftazidima al 64,4% de los pacientes diagnosticados de alergia a penicilinas, con buena tolerancia en todos ellos, por lo que estas cefalosporinas parecen no presentar reactividad cruzada con penicilinas.

Conclusión

En nuestra experiencia, determinadas cefalosporinas de 2ª y 3ª generación parecen ser una alternativa segura para los pacientes diagnosticados de alergia IgE mediada a penicilinas que precisen de antibióticos beta-lactámicos.

Anafilaxia en el test de provocación controlada con beta-lactámicos

MJ Barasona Villarejo, E Moreno Mata, B Ruiz León, C Moreno Aguilar, JL Justicia Ruano, F Guerra Pasadas

Sección de Alergología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Objetivos

Cuando los tests cutáneos con beta-lactámicos y el estudio *in vitro* son negativos está indicado el test de provocación a simple ciego controlado, que confirme si el paciente es o no alérgico al fármaco implicado.

Intentamos mostrar la posibilidad de que exista anafilaxia inducida por beta-lactámicos (con dosis única) en el test de provocación, tras tests cutáneos e *in vitro* negativos con dichos fármacos.

Material y métodos

Fueron estudiados 4 pacientes para descartar una posible reacción con beta-lactámicos. A todos ellos se les realizó una IgE específica y tests cutáneos frente a beta-lactámicos (PPL, MDM, penicilina, ampicilina y amoxiclavulánico).

Dependiendo de estos resultados el paciente pasó o no a ser provocado de forma controlada.

Resultados

Los 4 pacientes (todos varones) presentaron las pruebas *in vitro* y cutáneas negativas, por lo que fueron provocados de forma controlada (1 con 500 mg de amoxicilina y 3 con 1 gr de amoxi-clavulánico). Los 4 presentaron anafilaxia de forma inmediata tras ser provocados (grado I uno de ellos, grado II otro y dos un grado III).

Conclusión

No debemos olvidar la importancia de seguir tomando precauciones en los tests de provocación controlada con beta-lactámicos, a pesar de la negatividad de las pruebas cutáneas e *in vitro* con dichos fármacos dada la posibilidad de anafilaxia en test de provocación, aunque este hecho sea muy infrecuente en la clínica diaria.

Anafilaxia intraoperatoria por cefazolina

J García Loria, L Prieto Lastra, M I Rodríguez Cabrerros, A A Vásquez Bautista, M Rodríguez Mosquera, MM Reaño Martos

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Objetivos

Constatar la importancia de la profundización en el estudio del paciente sensibilizado a cefazolina.

Material y métodos

Descripción de un caso de un varón de 68 años que en el contexto de una intervención quirúrgica por fractura de cabeza humeral presenta lesiones habonosas en región torácica, prurito e hipotensión, que se resuelve con tratamiento antihistamínico. Un año después es reintervenido, presentando cuadro de exantema pápulo-eritematoso e hipotensión.

Ambos cuadros aparecen a los cinco minutos de la inducción anestésica, realizada con cisatracurio, fentanilo y cefazolina en la primera intervención y midazolam, propofol, fentanilo, rocuronio y cefazolina en la segunda.

Se realizan pruebas cutáneas (prick-test e intradérmicas) para beta-lactámicos y cutáneas (prick-test) para cefalosporinas (cefradina, cefuroxima y cefixima). Posteriormente se realizan pruebas de exposición/tolerancia a penicilina, cefradina, cefuroxima, cefixima y ceftriaxona.

Resultados

Se realizan pruebas cutáneas consistentes en prick-test que resulta negativo a beta-lactámicos, cefradina, cefuroxima y cefixima y positivo a cefazolina. Intradérmicas negativas a beta-lactámicos.

Pruebas de exposición oral negativas a penicilina, cefradina, cefuroxima, cefixima y ceftriaxona.

Conclusión

Se han descrito anteriormente otros casos de monosensibilización a cefazolina a pesar de la baja frecuencia de fármacos monosensibilizantes. Este fenómeno podría obedecer a la diferente estructura molecular de la cefazolina con respecto al resto de las cefalosporinas. Ello obliga a la realización y valoración de pruebas de exposición a otras cefalosporinas antes de catalogar al paciente sensibilizado a cefazolina como alérgico a todo el grupo.