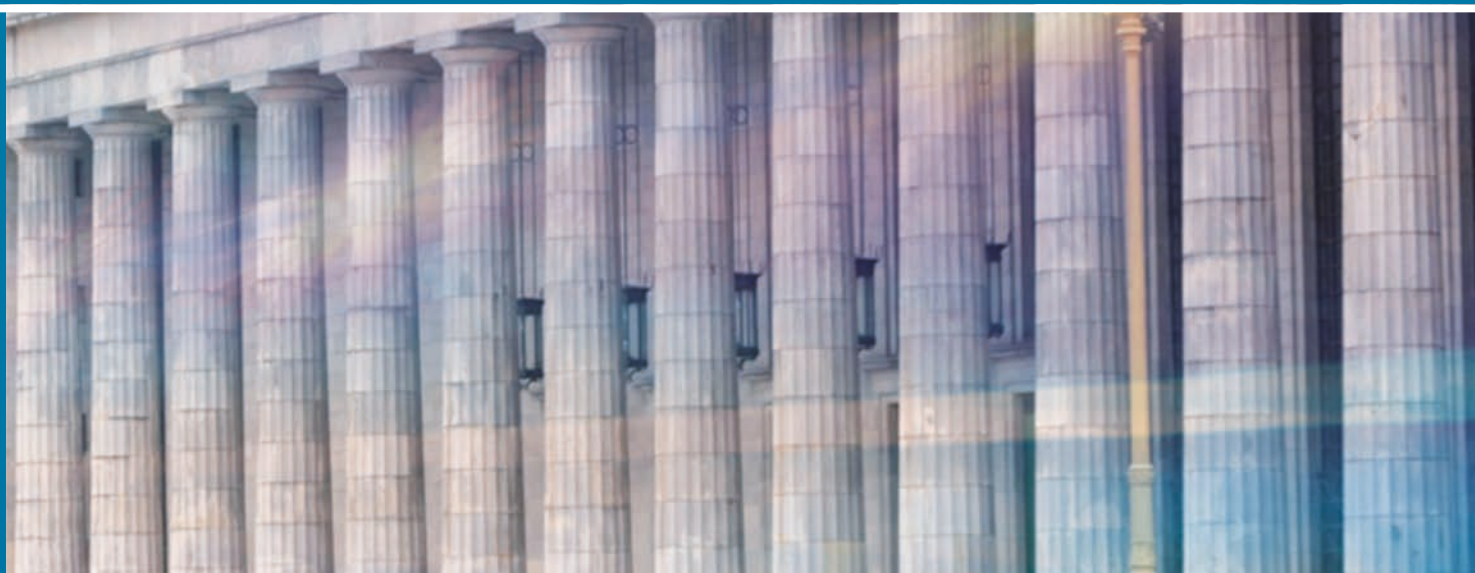


Archivos de Alergia e Inmunología Clínica

Publicación trimestral y suplementos - Volumen 47 - Número 2 - Año 2016



EDITORIAL

Editorial

ARTÍCULO ORIGINAL

Estudio de la sensibilización por aeroalérgenos con especial enfoque en la polinosis como factor de sensibilización

COMENTARIO BIBLIOGRÁFICO

Efecto de la evitación de la alergia al maní después del consumo temprano del maní

RESÚMENES DE TRABAJOS

XXXIX Congreso Anual AAAeIC. Trabajos presentados en formato póster

Publicación Oficial de

AAAeIC

Asociación Argentina
de Alergia e Inmunología Clínica



Sociedad Chilena
de Alergia e Inmunología



Sociedad Paraguaya
de Alergia, Asma e Inmunología



Sociedad Peruana
de Inmunología y Alergia



Sociedad Uruguaya
de Alergia, Asma e Inmunología

BUDESONIDE - FORMOTEROL

Neumoterol

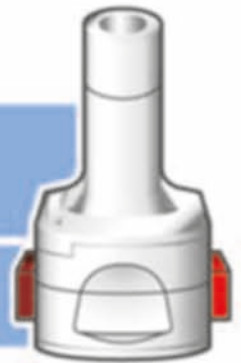
Sinergia terapéutica
en el control del Asma y la EPOC.¹

- Rápido inicio de acción broncodilatadora y acción prolongada.¹
- Rápido alivio de los síntomas y mejoría de la función pulmonar.¹
- Enjuagar la boca luego de la aplicación para disminuir el riesgo de desarrollo de candidiasis¹
- Mayor conveniencia para el paciente.²



Aplicador de fácil uso.
Permite controlar la dosis administrada.¹

Incrementa la adherencia al tratamiento.^{*2}



Presentaciones:

- Neumoterol 200 mcg:
Envases con 60 y 120 cápsulas con y sin aplicador.
- Neumoterol 400 mcg:
Envases con 60 cápsulas con aplicador.

Normalmente no se requiere una dosis diaria total superior a 8 inhalaciones y se podría usar una dosis total de hasta 12 inhalaciones diarias durante un periodo de tiempo limitado. Niños y adolescentes menores de 18 años: el tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con NEUMOTEROL 200 no está recomendando en niños y adolescentes. NEUMOTEROL 400 Dosis recomendadas Adultos (a partir de 18 años): 1 inhalación, dos veces al día. Adolescentes (de 12 a 17 años de edad): 1-2 inhalaciones, dos veces al día. EPOC: NEUMOTEROL 200 Dosis recomendadas Adultos (a partir de 18 años): 1 inhalación, dos veces al día. NEUMOTEROL 400 Dosis recomendadas Adultos (a partir de 18 años): 2 inhalaciones, dos veces al día. NEUMOTEROL 200 como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas Adultos (a partir de 18 años): la dosis de mantenimiento recomendada es de 2 inhalaciones al día, administradas como una inhalación por la mañana y otra por la noche, o bien como 2 inhalaciones por la mañana o por la noche. En algunos pacientes puede resultar adecuada una dosis de mantenimiento de 2 inhalaciones 2 veces al día. No se deberán realizar más de 6 inhalaciones de una sola vez. NEUMOTEROL 200 - NEUMOTEROL 400 - BUDESONIDE - FORMOTEROL FUMARATO. Venta bajo receta. Fórmula: Cada cápsula con polvo para inhalar de NEUMOTEROL 200 contiene: Budesonide micronizado 200 mcg, formoterol fumarato dihidrato micronizado (equivalente a 6 mcg de formoterol fumarato) 6,268 mcg. Excip. aut. c. s. Cada cápsula con polvo para inhalar de NEUMOTEROL 400 contiene: Budesonide micronizado 400 mcg, formoterol fumarato dihidrato micronizado (equivalente a 12 mcg de formoterol fumarato) 12,536 mcg. Excip. aut. c. s. Indicaciones: NEUMOTEROL 200 - NEUMOTEROL 400 está indicado en el tratamiento habitual del asma, cuando es adecuado combinar un corticoide inhalado y un agonista β_2 de acción larga: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) severa y con exacerbaciones repetidas. Posología y modo de administración: Asma, NEUMOTEROL 200 La dosis debería ajustarse a la dosis mínima necesaria para mantener un control efectivo de los síntomas: A. NEUMOTEROL 200 como tratamiento de mantenimiento y por separado un broncodilatador de acción rápida para rescate. B. NEUMOTEROL 200 como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas: A. NEUMOTEROL 200 como tratamiento de mantenimiento Dosis recomendadas Adultos (a partir de 18 años): 1-2 inhalaciones, dos veces al día, hasta un máximo de 4 inhalaciones dos veces al día. Adolescentes (de 12 a 17 años de edad): 1-2 inhalaciones, dos veces al día. B. NEUMOTEROL 200 como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas Dosis recomendadas Adultos (a partir de 18 años): la dosis de mantenimiento recomendada es de 2 inhalaciones al día, administradas como una inhalación por la mañana y otra por la noche, o bien como 2 inhalaciones por la mañana o por la noche. En algunos pacientes puede resultar adecuada una dosis de mantenimiento de 2 inhalaciones 2 veces al día. No se deberán realizar más de 6 inhalaciones de una sola vez. NEUMOTEROL 400 Dosis recomendadas Adultos (a partir de 18 años): 1 inhalación, dos veces al día. EPOC: NEUMOTEROL 200 Dosis recomendadas Adultos (a partir de 18 años): 2 inhalaciones, dos veces al día. NEUMOTEROL 400 Dosis recomendadas Adultos (a partir de 18 años): 2 inhalaciones, dos veces al día. NEUMOTEROL 200 como tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas Adultos (a partir de 18 años): la dosis de mantenimiento recomendada es de 2 inhalaciones al día, administradas como una inhalación por la mañana y otra por la noche, o bien como 2 inhalaciones por la mañana o por la noche. En algunos pacientes puede resultar adecuada una dosis de mantenimiento de 2 inhalaciones 2 veces al día. No se deberán realizar más de 6 inhalaciones de una sola vez. Advertencias y precauciones: Se recomienda reducir gradualmente la dosis cuando se interrumpa el tratamiento. Debe advertirse a los pacientes que el empeoramiento repentino y progresivo del control del asma o EPOC supone una amenaza potencial para la vida y que deben buscar atención médica urgente. Se debe aconsejar a los pacientes que tengan siempre disponible un broncodilatador de acción rápida por separado como terapia de rescate. No deberá iniciarse en los pacientes durante una exacerbación, o si presentan un empeoramiento significativo o un deterioro agudo del asma. Se puede producir broncospasmo paradójico con aumento inmediato de las sibilancias. Se recomienda llevar a cabo una monitorización regular de la estatura de los niños que reciben tratamiento prolongado con corticoides inhalados. Se aconseja el enjuague de la boca con agua después de inhalar la dosis para minimizar el riesgo de infección orofaríngea por Candida. Debe evitarse el tratamiento concomitante con itraconazol, ritonavir u otros inhibidores potentes de CYP3A4. Administrar con precaución en pacientes con tirotoxicosis, feocromocitoma, diabetes mellitus, hipocalcemia no tratada, miocardiopatía obstructiva hipertrofica, estenosis aórtica subvalvular idiopática, hipertensión arterial grave, aneurisma u otras alteraciones cardiovasculares graves, tales como cardiopatía isquémica, taquiarritmias o insuficiencia cardíaca grave y en los pacientes con intervalo QTc prolongado. En pacientes con tuberculosis pulmonar latente o activa, o infecciones fúngicas o víricas de las vías respiratorias se debe reconsiderar la dosis e incluso la necesidad de corticosteroides inhalatorios. Las dosis elevadas de agonistas β_2 pueden provocar hipopotasemias graves. Debido al efecto hiperglucémico de los agonistas β_2 , se recomiendan controles adicionales de la glucemia en diabéticos. Reacciones adversas: Las reacciones adversas más frecuentes son una extensión del efecto farmacológico de los agonistas β_2 , como temblor y palpitaciones, que suelen ser leves y habitualmente desaparecen a los pocos días de iniciar el tratamiento. El tratamiento con agonistas β_2 puede provocar un incremento en los niveles séricos de insulina, ácidos grasos libres, glicerol y cuerpos cetónicos. Fecha de última revisión: Agosto 2011, Disp. N° 5409, Información abreviada.

*vs. el uso de dos inhaladores por separado. Referencias: 1) Prospectos aprobados por ANMAT Agosto 2011.
2) Global Strategy for asthma Management and prevention. Global Initiative for asthma. Updated 2012.



Respiro ONLINE www.respiroonline.com.ar

La información para prescribir completa está disponible a pedido en la Dirección Médica de Laboratorios Phoenix S.A.I.C. y F. Calle (R 202) Gral. Juan Gregorio Lemos N° 2809, Los Polvorines (B1613AU), Pcia. de Buenos Aires. Tel: 4489 8526 / Fax: 4489 8521. Ante la eventualidad de un evento adverso que involucre un producto de Laboratorios Phoenix, por favor tener a bien reportarlo a: farmacovigilancia@phoenix.com.ar VR 204 0614 B

Laboratorios

PHOENIX
Compromiso por la Salud



Alenys®
Furoato de
fluticasona
27,5 mcg

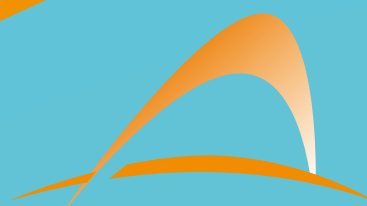
Spray Nasal

Industria Inglesa
Venta bajo receta

Esp. Med. aut. por el M.S.
Cert. N° 54.470.

Mantener fuera del
alcance de los niños
Contenido neto 10 g

120
Dosis



Alenys®

furoato de fluticasona

Alivia los síntomas
nasales y oculares
de la rinitis alérgica¹⁻⁴

1. Fokkens WJ, Jogi R, Reinartz S *et al.* Once daily fluticasone furoate nasal spray is effective in seasonal allergic rhinitis caused by grass pollen. *Allergy* 2007; 62:1078-1084.
2. Martin BG, Ratner PH, Hampel FC *et al.* Optimal dose selection of fluticasone furoate nasal spray for the treatment of seasonal allergic rhinitis in adults and adolescents. *Allergy Asthma Proc* 2007;28(2):216-25.
3. Haiser HB, Naclerio RM, Given J *et al.* Fluticasone furoate nasal spray: a single treatment option for the symptoms of seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2007;119(6):1430-1437.
4. Ratner P, Andrews C, van Bavel J *et al.* Once-daily fluticasone furoate nasal spray (FF) effectively treats ocular symptoms of seasonal allergic rhinitis (SAR) caused by mountain cedar pollen. *USAN approved name. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 119 (Supp 1):S231.



GlaxoSmithKline

La información de prescripción completa se encuentra disponible a pedido en la Dirección Médica de GlaxoSmithKline Argentina S.A. Carlos Casares 3690 - B1644BCD -Victoria- Buenos Aires Tel.: 4725-8900. Este material está destinado exclusivamente para uso profesional de los médicos.



Regale aire
usted puede hacerlo

¿Por qué esperar para mejorar las expectativas de sus pacientes asmáticos?

La información para prescribir completa se encuentra disponible a pedido en la Dirección Médica de GlaxoSmithKline Argentina S.A.



Carlos Casares 3690 (B1644BCD) Victoria
Buenos Aires, Tel (011) 4725-8900

700302161 DM 4948 B 17/08/11

Este material está destinado exclusivamente para uso profesional de los médicos.



salmeterol/propionato de fluticasona



AAIC

Editor

Juan Carlos Muiño

Editores Asociados

Adrián Kahn, Daniel Vázquez

Secretarios de Redacción

Julio Orellana, Mónica Marocco, Cora Onetti

Comité Consultivo

Guillermo Docena (La Plata, Argentina)

Carlos D. Crisci (Rosario, Argentina)

Hugo E. Neffen (Santa Fe, Argentina)

Mario Sánchez Borges (Caracas, Venezuela)

Oscar Bottasso (Rosario, Argentina)

Marcelo Ocampo (La Plata, Argentina)

Luis Caraballo (Cartagena, Colombia)

Miguel Bergna (Buenos Aires, Argentina)

Ricardo Saranz (Córdoba, Argentina)

Daniel Colodenco (Buenos Aires, Argentina)

Leonardo Greiding (Buenos Aires, Argentina)

María Antonieta Guzmán (Chile)

Victoria Cardona Dahl (España)

Enrique Fernández Caldas (España)

Martin Bózzola (Buenos Aires, Argentina)

Claudio Parisi (Buenos Aires, Argentina)

Alfredo Gandur (Mendoza, Argentina)

Arduso Ledit (Rosario, Argentina)

Jorge Quel (USA)

Diego Camp (Córdoba, Argentina)

Adriana Marcipar (Rosario, Argentina)

Alejandro Lozano (Córdoba, Argentina)

Jorge F. Máspero (Buenos Aires, Argentina)

Ricardo Del Olmo (Argentina)

Juan Carlos Muiño (Córdoba, Argentina)

Laura Barrionuevo (Bahía Blanca, Argentina)

Ignacio Ansotegui (España)

Juan F. Schuhl (Montevideo, Uruguay)

Alfonso Cepeda (Colombia)

Esta publicación es propiedad de la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica.

Registro de propiedad intelectual en trámite

Publicación indexada en LILACS, LATINDEX y THOMSON REUTERS

ISSN 1515-9825

Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica. Fundada el 11 de mayo de 1949.

Personería Jurídica Insp. de Justicia N° C.594°

Afiliada a la International Association of Allergy and Clinical Immunology y a la European Academy of Allergy and Clinical Immunology.

Moreno 909 | (CI09|AAS) Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Rep. Argentina

Tel: +54-11-4334-7680/4331-7356 | Fax: +54-11-4334-7680

archivos@alergia.org.ar | <http://www.archivos.alergia.org.ar>

La revista *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica* tiene frecuencia trimestral y publica trabajos relacionados con la alergia y la inmunología en su más amplio sentido. El contenido de los artículos es responsabilidad directa de sus autores y no necesariamente refleja la opinión del Consejo Editorial. En la elección del material publicado se provee información correcta y actualizada, pero la continua evolución de la medicina hace que el médico en última instancia sea quien evalúe si ella es válida y adecuada para un paciente. Tampoco se asume ningún tipo de responsabilidad científica o jurídica de los productos o servicios publicitados ni se responderá a quejas realizadas por los respectivos responsables.

Producción editorial, comercial y gráfica PUBLICACIONES LATINOAMERICANAS S.R.L.

Piedras 1333 2° C (C1240ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina

tel./fax (5411) 4362-1600 | e-mail info@publat.com.ar | <http://www.publat.com.ar>

SUMARIO

Summary

EDITORIAL | EDITORIAL

EDITORIAL

Editorial

Claudio A. S. Parisi

56

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES | ABSTRACTS

65

XXXIX CONGRESO ANUAL AAAEIC.
PRESENTACIONES EN FORMATO
PÓSTER

XXXIX Annual Congress AAAeIC.
Poster presentations

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

57

ESTUDIO DE LA SENSIBILIZACIÓN
POR AEROALÉRGENOS CON ESPECIAL
ENFOQUE EN LA POLINOSIS COMO
FACTOR DE SENSIBILIZACIÓN

Sensitization by aeroallergens study with
special focus on polinosis as sensitization
factor

Marcela Birri, Tania Nuncira, Moisés Dib, María Teresa
Serra, Mariel Agnese

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES | RULES OF PUBLICATIONS

89

COMENTARIO BIBLIOGRÁFICO BIBLIOGRAPHIC COMMENT

63

EFFECTO DE LA EVITACIÓN DE LA
ALERGIA AL MANÍ DESPUÉS DEL
CONSUMO TEMPRANO DEL MANÍ

Effect of avoidance on peanut allergy after
early peanut consumption

Du Toit G, Sayre PH, Roberts G, Sever ML, Lawson K,
Bahnsen HT, et al.

Comentario a cargo de la Dra. Karina A. López

SUMARIO ANALÍTICO

Analytical summary

EDITORIAL

EDITORIAL

Claudio A. S. Parisi

ARTÍCULO ORIGINAL

ESTUDIO DE LA SENSIBILIZACIÓN POR AEROALÉRGENOS CON ESPECIAL ENFOQUE EN LA POLINOSIS COMO FACTOR DE SENSIBILIZACIÓN

Fundamento. Las alergias son importantes en Salud Pública; entre distintos tipos, la sensibilidad polínica (SP), en su forma de hipersensibilidad a pólenes, son patologías que afectan a parte de la población.

Objetivo. Valorar la importancia del problema de SP en la región y relacionarlas con rinitis, asma, valores de IgE y otras alergias.

Lugar de aplicación. Servicio Cátedra de Alergia e Inmunología (SAEI) del Hospital Nacional de Clínicas (HNC), Región Centro del País.

Diseño. Estudio de corte. Estudio descriptivo útil para el administrador sanitario ya que permite determinar la carga que significa la enfermedad en la población. Permite conocer la prevalencia (P) de enfermedad.

Población. Se analizaron historias clínicas (HC) de los pacientes que concurrieron al SAEI, ubicado en Córdoba capital.

Método. Se procesaron las HC de los pacientes que acudieron al SAEI durante los años 2008-09 y a los que se les realizó el prick test, usando el programa Epi-Info 2000 versión 3.3.2. Se las analizó estadísticamente determinando Chi-cuadrado e intervalo de confianza.

Resultados. La P de SP fue de 51,96%. Del total de la muestra, el 24,24% era monosensibilizado el 12,50% de estos lo era a pólenes. Del 75,76% de la

muestra restante (polisensibilizado), el 65,33% estaba sensibilizado a pólenes.
Conclusión. Analizando la P obtenida se desprende que las SP constituyen una problemática que afecta a más de la mitad de la población estudiada. También se observó que dicha problemática tiene, para la mayoría de los pacientes, una comorbilidad asociada a otros tipos de alergia.

Marcela Birri, Tania Nuncira, Moisés Dib, María Teresa Serra, Mariel Agnese

COMENTARIO BIBLIOGRÁFICO

EFFECTO DE LA EVITACIÓN DE LA ALERGI A AL MANÍ DESPUÉS DEL CONSUMO TEMPRANO DEL MANÍ

Du Toit G, Sayre PH, Roberts G, Sever ML, Lawson K, Bahnson HT, et al.

Comentario a cargo de la Dra. Karina A. López

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

XXXVIII CONGRESO ANUAL AAAEIC. PRESENTACIONES EN FORMATO PÓSTER

EDITORIAL

Editorial

ARCHIVOS DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2016;47(2):56

Estimados colegas:

Como es habitual, el número de la revista *Archivos* posterior al Congreso comparte el trabajo de aquellos profesionales que realizan su aporte al evento desde el ámbito de la producción escrita. Con gran satisfacción, la edición XXXIX del Congreso Anual AAAeIC recibió trabajos libres para presentar en formato póster en una cantidad que casi duplica la de años anteriores. La calidad de las investigaciones llevó a otorgar una mención especial además del tradicional premio al mejor trabajo libre presentado en formato póster. En este número encontrarán los resúmenes de todos los trabajos que se expusieron.

Encontrarán también el artículo original “Estudio de la sensibilización por aeroalérgenos con especial enfoque en la polinosis como factor de sensibilización”. Se trata de una investigación llevada a cabo por un equipo de profesionales de la Región Centro del país (Córdoba), que evaluó la sensibilidad polínica en un hospital público, dada su relevancia para la Salud Pública. El estudio permite valorar la importancia del problema de sensibilidad polínica en la región y relacionarla con rinitis, asma, valores de IgE y otras alergias, estableciendo la prevalencia de la enfermedad.

Por último, pero no por ello menos importante, queremos dar la bienvenida al nuevo Comité Editorial de la revista, encabezado por el Dr. Juan Carlos Muiño como Editor, Editores Asociados Dr. Adrián Kahn y Dr. Daniel Vázquez, Secretarios de Redacción Dr. Julio Orellana, Dra. Mónica Marocco y Dra. Cora Onetti. El flamante equipo de trabajo, mediante su compromiso y dedicación, con el apoyo institucional de la AAAeIC, augura para 2017 un año de gran estímulo para la producción científica y la publicación, resaltando el valor de la revista *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica* como órgano de difusión científica en Argentina y Latinoamérica.

Esperamos que disfruten de la lectura de este número.

Dr. Claudio A. S. Parisi

Secciones Alergia Adultos y Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Presidente de la AAAeIC

Coordinador GT Alérgeno Alimentario ILSI Argentina

ESTUDIO DE LA SENSIBILIZACIÓN POR AEROALÉRGENOS CON ESPECIAL ENFOQUE EN LA POLINOSIS COMO FACTOR DE SENSIBILIZACIÓN

Sensitization by aeroallergens study with special focus on pollenosis as sensitization factor

Marcela Birri¹, Tania Nuncira², Moisés Dib², María Teresa Serra³, Mariel Agnese¹

RESUMEN

Fundamento. Las alergias son importantes en Salud Pública; entre distintos tipos, la sensibilidad polínica (SP), en su forma de hipersensibilidad a pólenes, son patologías que afectan a parte de la población.

Objetivo. Valorar la importancia del problema de SP en la región y relacionarlas con rinitis, asma, valores de IgE y otras alergias.

Lugar de aplicación. Servicio Cátedra de Alergia e Inmunología (SAEI) del Hospital Nacional de Clínicas (HNC), Región Centro del País.

Diseño. Estudio de corte. Estudio descriptivo útil para el administrador sanitario ya que permite determinar la carga que significa la enfermedad en la población. Permite conocer la prevalencia (P) de enfermedad.

Población. Se analizaron historias clínicas (HC) de los pacientes que concurren al SAEI, ubicado en Córdoba capital.

Método. Se procesaron las HC de los pacientes que acudieron al SAEI durante los años 2008-09 y a los que se les realizó el prick test, usando el programa Epi-Info 2000 versión 3.3.2. Se las analizó estadísticamente determinando Chi-cuadrado e intervalo de confianza.

Resultados. La P de SP fue de 51,96%. Del total de la muestra, el 24,24% era monosensibilizado el 12,50% de estos lo era a pólenes. Del 75,76% de la muestra restante (polisensibilizado), el 65,33% estaba sensibilizado a pólenes.

Conclusión. Analizando la P obtenida se desprende que las SP constituyen una problemática que afecta a más de la mitad de la población estudiada. También se observó que dicha problemática tiene, para la mayoría de los pacientes, una comorbilidad asociada a otros tipos de alergia.

Palabras claves: epidemiología, polinosis, prick test, sensibilidad polínica.

ABSTRACT

Background. Allergies are important in Public Health, among the different types Pollen sensitivity, as hypersensitivity to pollen, are pathologies affecting part of the population. Objective. To appreciate the importance of the Pollen sensitivity problem in our region and to relate them to Rhinitis, Asthma, IgE values, and other allergies.

Setting. Allergy and Immunology Service (AAIS) of the Hospital Nacional de Clínicas (HNC), in Córdoba city, Central Region of the country. Design. A Cross-sectional study was developed. This is a descriptive study of usefulness for the healthcare administrator because it allows estimating the disease burden significance on the population. It lets to know the sickness Prevalence (P). Population. Clinical Histories (CH) of the patients that attended the AAIS, located in Córdoba city were analyzed.

Methods. CH of the patients that attended the AAIS during the years 2008 and 2009 and that the Prick Test was carried out, were processed by using the 2000 Epi-Info Program, 3.3.2. version. Statistically, Chi-square and Confidence Interval were calculated. Results. The Prevalence of Pollen sensitivity was 51.96%. From the total sample, 24.24% was monosensitized patients. Among them, 12.5% were monosensitized to pollens. The rest of the sample (75.76%) were poly-sensitized, from these, 65.33% were sensitized to pollens.

Conclusion. Analyzing the obtained Prevalence emerges that Pollen sensitivity represent a problematic that affect more than a half of the studied population. Also it was observed that the pathology presented a comorbidity associated to other types of allergy produced by mites or fungus, among others, for the majority of the patients.

Keywords: epidemiology, pollenosis, prick test, pollen sensitivity.

ARCHIVOS DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2016;47(2):57-62

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad se conoce el efecto nocivo de algunas especies vegetales sobre la salud humana. Así, se denominan fitopatologías al conjunto de enfermedades provocadas por las plantas o sus productos y fitoalergias a las reacciones de hipersensibilidad inmunológica producidas por vegetales.

Los alérgenos pueden ser clasificados entendiendo múltiples criterios, uno de ellos es según el lugar de exposición. Con esta base, se habla de alérgenos de interior, que originan síntomas de carácter crónico, entre los que destacan los ácaros, cucarachas y epitelios de animales; y los alérgenos de exterior, fundamentalmente de origen vegetal, como por ejemplo pólenes de distintas especies. El mundo vegetal es una enorme fuente antigénica constituida por

1. Salud Pública – Farmacognosia, Departamento de Farmacia, Ciencias Químicas. Universidad Nacional de Córdoba, IMBIV-CONICET. Rep. Argentina.

2. Servicio de Pediatría del Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Córdoba. Rep. Argentina.

3. Servicio de Alergia e Inmunología del Hospital Nacional de Clínicas. Córdoba. Rep. Argentina.

Correspondencia: archivos@alergia.org.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Tabla 1. Especies vegetales contenidas, según los distintos tipos de pólenes aplicados en PT.

Tipo de polen	Especies vegetales
I	Fresno, arce, plátano, álamo, roble, abedul, ligustro.
II	Sauce, pino, acacia, eucalipto, tala.
III	Centeno, maíz, sorgo, avena, trigo.
IV	Pata de perdiz, poa, dactilo, hierba timotea, cañuela, ballico.
V	Artemisa, <i>Ambrosia</i> sp, diente de león, llantén, <i>Chenopodium album</i> , yuyo colorado.

múltiples y diversos componentes¹. Aunque en general son inoocuos, pueden desencadenar enfermedades de hipersensibilidad, a través de dos mecanismos: Tipo I mediado por IgE (rinitis, asma, conjuntivitis) y Tipo IV mediado por linfocitos T (dermatitis de contacto alérgicas [DAC], dermatitis alérgicas irritativas [DIC] y fitodermatitis)²⁻⁵.

Una de las propiedades esenciales de la respuesta inmune es la especificidad para responder específicamente a las estructuras moleculares que la estimularon en el período de sensibilización. Estas estructuras pueden ser compartidas por plantas de la misma especie o de especies diferentes. Si la respuesta se monta contra un alérgeno homólogo presente en diferentes especies, se habla de reactividad cruzada⁶. Esta reactividad es significativa entre los fitoalérgenos debido al gran número de familias asociadas bajo un mismo orden, que dan lugar a la producción de moléculas con alto grado de identidad¹⁷.

Los pólenes son los fitoantígenos más conocidos y relevantes del reino vegetal, forman parte del aire inhalado en los períodos de reproducción de la especie vegetal. El material genético y biológico almacenado en su interior lo convierten en un mosaico antigénico con diversos alérgenos potenciales. Su permanencia en el ambiente provoca verdaderas epidemias estacionales (polinosis) de rinoconjuntivitis, asma, DAC⁸. La rinitis alérgica es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo y lleva aparejada consecuencias adversas como el aumento del riesgo a desarrollar asma, patología complicada y exacerbada por la presencia de pólenes⁹⁻¹¹. El profesional alergista indaga sobre el o los alérgenos responsables de los síntomas, y ratifica su presunción por pruebas epicutáneas (*prick test*, parches cutáneos). Sólo así podrá implementar un tratamiento específico y eficaz.

Si bien existe para nuestra ciudad un calendario polínico en donde se reflejan los pólenes de las especies que mayores concentraciones presentan en cada época del año, no existen datos de cómo afectan estos a los pacientes alérgicos¹².

Las sensibilizaciones polínicas (SP) son frecuentes y afectan a gran parte de la población, sin embargo no existen estudios estadísticos locales al respecto, por lo que el presente trabajo tuvo como objetivo realizar un estudio epidemiológico que refleje la importancia del problema y

Tabla 2. Distribución de pacientes según grupo etario.

Grupos etarios	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia (13 a 19 años)	8	8,2
Primera adultez (20 a 29 años)	29	29,6
Jóvenes adultos (30 a 44 años)	25	25,5
Adultez media (45 a 59 años)	20	20,4
Adultez posterior (60 a 74 años)	15	15,3
Senectud* (≥ 75 años)	1	1

* Sin significancia estadística.

por otra parte, relacionar las SP con valores de IgE, rinitis, asma y otras sensibilizaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para cumplir con el objetivo planteado, se realizó un diagnóstico de situación llevando a cabo un estudio de corte. La recolección de datos se hizo a partir de las historias clínicas (HC) de pacientes que habían acudido al Servicio de Alergia e Inmunología del Hospital Nacional de Clínicas (HNC) y a quienes se les había realizado el *prick test* (PT). Se utilizó como control positivo histamina y como control negativo el disolvente en el que se encontraban los antígenos. El *test* se consideró positivo cuando la pápula formada tenía más de 3 mm en relación con el control negativo, todo ello según criterios del *Task Force Report*^{13,14}.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

El estudio fue desarrollado en el Servicio de Alergia e Inmunología del HNC, en la ciudad de Córdoba, a donde concurren no solo los pacientes que habitan en la ciudad sino también aquellos que provienen del interior de la provincia y de provincias vecinas. También a este servicio fueron derivados los pacientes provenientes del Servicio de Dermatología del Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Todas las características antes mencionadas hicieron posible tomar a los pacientes que llegaron al servicio del HNC como *población elegible*. Todos estos pacientes fueron los seleccionados en primera instancia para desarrollar el estudio, pero, teniendo en cuenta que por año el servicio recibe aproximadamente 2200 pacientes y se realizan aproximadamente 400 PT, se determinó el tamaño muestral utilizando el programa Epi info 2000 versión 3.3.2. Para obtener resultados con un 90% de probabilidad y 95% de confianza, la muestra debía ser de 103 HC^{15,16}.

Se seleccionó aleatoriamente una muestra de HC, la cual fue elegida en base a que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: que fueran HC pertenecientes a pacientes del Servicio y que contaran con todos los datos para recuperarlas desde el archivo general; que hubiesen concurrido entre los años 2008 y 2009; que se tratara de pacientes que, de acuerdo a la clasificación de Dever¹⁷ pertenecieran a alguno de los grupos etarios con exclusión de la infancia, la primera niñez

Tabla 3. Prevalencia de alergias obtenidas

Alérgenos	Prevalencias %	IC95%
Ácaros	78,2	70,15-86,25
Hongos	63,38	53,98-72,28
Pólenes	51,96	42,22-61,70
Cucarachas	41,7	32,08-51,32

Tabla 5. Valores de IgE en personas que padecen rinitis.

IgE (kU/l)	Rinitis (%)
1-150	51,52
151-1000	48,49

y la segunda niñez; que a los pacientes se les hubiera realizado el PT; y, finalmente, que este hubiese resultado positivo al menos a un alérgeno. Quedaron excluidas de la muestra aquellas HC ilegibles, incompletas, de pacientes menores de 13 años y las de pacientes con PT negativa.

VARIABLES

La clasificación por grupo etario se hizo teniendo en cuenta la distribución por etapas de la vida y edades de acuerdo a Dever¹⁷.

Con las HC se completó una planilla que contaba con datos correspondientes a las siguientes variables: 1) de persona, (a) demográficas (edad y sexo), (b) sociales (ocupación). 2) de lugar (domicilio). 3) de tiempo (fecha de realización del PT). En la planilla se incluían datos respecto de presencia de rinitis, asma, valor de IgE y los resultados de los ensayos realizados de PT. Los alérgenos que habían sido probados forman parte de la batería estándar y fueron de tipo interno tales como polvo de casa, *Dermatophagoides* mezcla, *Blomia tropicalis*, cucarachas, hongos de los géneros *Aspergillus*, *Alternaria*, *Mucor*, *Penicillium*, *Hormodendrum*; y como alérgenos externos, derivados de especies vegetales: pólenes Tipos I, II, III, IV y V, agrupados según se muestra en **Tabla 1**. *Alternaria* y *Hormodendrum* (*Cladosporium*) son externos y *Aspergillus* / *Penicillium* del interior de la casa.

DROGAS

Los antígenos usados fueron adquiridos en el laboratorio Alergo Pharma SRL.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos recogidos fueron procesados utilizando el programa Epi-Info 2000 versión 3.3.2. Para el análisis de asociación entre variables cualitativas se calculó Chi-cuadrado (χ^2); asimismo para las variables cualitativas se determinó el Intervalo de confianza del 95% (IC95%)^{18,19}.

ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del presente estudio se contó con el aval del comité de ética del HNC. En todo momento se trabajó en concordancia con la Declaración de Helsinki²⁰.

Tabla 4. PT positivo, según valores de IgE

IgE (kU/l)	PT positivos (% [IC95%])			
	Ácaros	Hongos	Pólenes	Cucarachas
1-150	38,82 [28,46-49,18]	29,58 [18,96-40,20]	38,16 [27,24-49,08]	43,48 [23,26-63,74]
151-1000	61,18 [50,82-71,54]	70,42 [59,80-81,04]	61,84 [50,92-72,76]	56,52 [36,24-76,78]

Tabla 6. Valores de IgE en comorbilidad para asma y rinitis.

IgE (kU/l)	Asma/rinitis (%)
1-150	21,43
151-1000	78,57

RESULTADOS

Luego de analizar las HC de los pacientes que acudieron al Servicio de Alergia e Inmunología del HNC entre los años 2008 y 2009 y a los que se les había realizado el PT obteniendo al menos, un resultado positivo, quedaron aleatoriamente seleccionadas 103, que respondieron a los criterios de inclusión y exclusión ya descriptos.

Caracterizando a la población en función de la variable sexo, observamos que 70 (67,96%) HC pertenecían a personas del sexo femenino y que 33 (32,04%), al masculino. Teniendo en cuenta la edad, los pacientes oscilaron entre los 13 y 77 años. El grupo etario Senectud no se consideró para el análisis en este estudio por carecer de significancia estadística. En la **Tabla 2** se muestra el porcentaje de pacientes dentro de los diferentes grupos etarios, según la distribución de Dever¹⁷.

Respecto al lugar de residencia de los pacientes, el 71,00±8,89% habitaba en la ciudad de Córdoba, el 21,00±7,98% en el interior provincial y el 8,00±5,32% restante en otras provincias vecinas.

Analizando la variable social de persona Ocupación de los pacientes atendidos en la institución, se destacaban como mayoritarios los estudiantes, representando un 25,70% (correspondiente a 25 pacientes), seguidos por las amas de casa, con un 20,60% (20 pacientes). El resto de las HC mostró una fuerte dispersión para esta variable.

Como nuestro interés radicaba fundamentalmente en conocer la importancia del problema de las SP, se agruparon: polvo de casa, *Dermatophagoides* mezcla, y *Blomia tropicalis*, constituyendo el grupo "ácaros" (A); por otro lado, todas las especies disponibles formaron el grupo "hongos" (H); el tercer grupo fue "cucarachas" (C), y por último se agruparon los 5 tipos que integraron el grupo "pólenes" (Po).

Un dato de relevancia obtenido en el presente estudio corresponde a la Prevalencia (P) de las diversas alergias según la batería de alérgenos utilizada (**Tabla 3**).

Se realizó un análisis estadístico mediante el cual se evaluó la asociación entre las P obtenidas y la variable sexo. En ningún caso se encontró diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2_A=1,197$; $\chi^2_H=1,840$; $\chi^2_C=0,530$; $\chi^2_{Po}=0,657$; todos con $gl=1$, $p>0,05$).

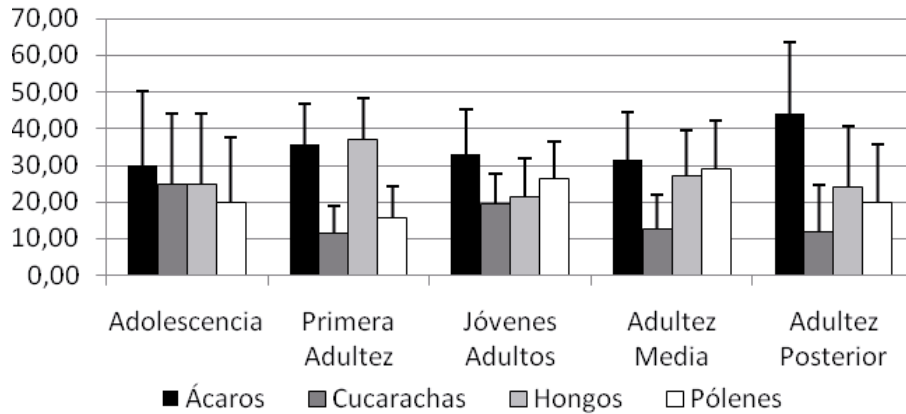


Figura 1. Prevalencia de alergias en función de la variable edad.

En la **Figura 1** se muestran las P de alergias en función de la variable edad. Del análisis estadístico de estos datos se desprende que para los grupos Adolescencia, Adultez Media y Adultez Posterior no existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos sensibilizantes ($\chi^2_{Adol}=0,667$; $\chi^2_{AM}=2,89$; $\chi^2_{AP}=7,41$; todos con $gl=1$, $p>0,05$). Contrariamente, sí se observan diferencias estadísticamente significativas para los grupos de Primera Adultez predominando los pacientes sensibles a Ácaros y Hongos ($\chi^2_{PA}=11,37$) y de Jóvenes Adultos, predominando los pacientes sensibles a Ácaros, Pólenes y Hongos ($\chi^2_{JA}=13,05$).

Se realizó también un análisis de los datos obtenidos para determinar qué parte de la muestra era polisensibilizada y cuál monosensibilizada. Los resultados dieron cuenta de una clara mayoría de pacientes polisensibilizados (75,76% en relación a 24,24% de monosensibilizados) ($\chi^2=23,04$; $gl=1$, $p>0,05$).

Observando únicamente a los pacientes monosensibilizados se ve que el 50% está sensibilizado sólo a Ácaros, el 26,92% a Hongos, el 19,23% a Pólenes y el 3,85% a Cucarachas. El análisis estadístico de los datos muestra una clara diferencia significativa entre dichos sensibilizantes ($\chi^2=14,79$; $gl=3$, $p>0,05$).

Por otro lado, con respecto a los polisensibilizados, el 87,83% lo estaba para Ácaros, el 63,51% para Pólenes, el 62,16% a Hongos y el 45,95% a Cucarachas. Nuevamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las cuatro categorías ($\chi^2=9,82$; $gl=1$, $p>0,05$).

El análisis estadístico de los datos mostró que la diferencia observada entre los pacientes poli- y monosensibilizados con respecto a la probabilidad de padecer SP fue estadísticamente significativa; así, las personas que poseían algún tipo de alergia fueron más propensas a padecer conjuntamente una SP, como lo demuestra la Razón de Prevalencias (RP) obtenida (RP=13,26; IC95%: 6,58-

19,94). De las 103 HC que conformaron la muestra de estudio, el 49,51±9,66% tenía alergias al menos a uno de los diferentes tipos de pólenes.

Del procesamiento estadístico de los datos se desprende que los pólenes que mayores problemas alérgicos ocasionaron fueron los de tipo III y IV ($\chi^2=10,16$; $gl=4$, $p>0,05$) (**Figura 2**).

Analizando la P a padecer SP según la variable demográfica sexo, se encontró que para ninguno de los cinco tipos de pólenes se observaron diferencias significativas entre ambos sexos; ($\chi^2_{Pol}=0,004$; $gl=95$, $p>0,05$), ($\chi^2_{PolII}=0,490$; $gl=94$, $p>0,05$), ($\chi^2_{PolIII}=0,460$; $gl=64$, $p>0,05$), ($\chi^2_{PolIV}=1,500$; $gl=94$, $p>0,05$), ($\chi^2_{PoV}=0,640$; $gl=94$, $p>0,05$).

Con respecto a la P de alergia a pólenes de los distintos tipos según la variable edad, se observó que los mayores valores de prevalencia fueron: a pólenes tipo I (P_{PolI}), de 40,9% para el grupo etario de la Adultez Media (AM); la P_{PolII} fue de 43,5% para Jóvenes Adultos (JA); la P_{PolIII} fue de 32% tanto para JA como para AM; la P_{PolIV} fue de 32,3% para AM y de 35,5% para JA. Finalmente, la P_{PoV} fue de 36,4% y 33,3% respectivamente, para los mismos grupos etarios (**Figura 3**).

Los resultados observados entre las prevalencias para cada tipo de polen entre los diferentes grupos etarios muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($\chi^2_{PolI,II}=55,86$; $gl=4$, $p>0,05$), ($\chi^2_{PolIII,IV}=49,59$; $gl=4$, $p>0,05$), ($\chi^2_{PoV}=56,93$; $gl=4$, $p>0,05$).

La P de sensibilización a polen según la variable de lugar, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las tres categorías ($\chi^2=1,90$; $gl=2$, $p>0,05$), siendo la P de 49,25% para los que habitaban en la ciudad de Córdoba, P=52% en el interior provincial y P=75% en otras provincias.

También se analizó la distribución en los valores de IgE de los pacientes, para ellos se observa que oscilan entre 5 y 1000 kU/l. El 56,36±13,11% de los pacientes presentaban valo-

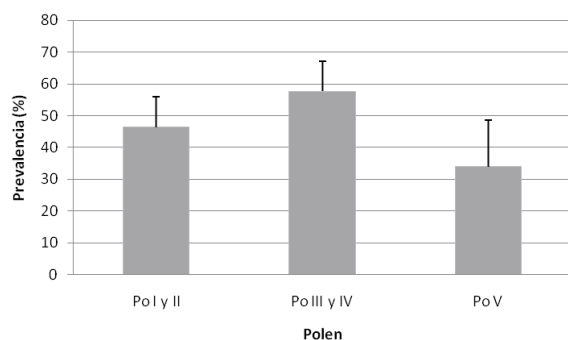


Figura 2. Prevalencia de alergia a los distintos tipos de pólenes.

res de IgE mayores a 150 kU/l, de estos, el $62,50 \pm 17,04\%$ eran pacientes polisensibilizados y el $40,00 \pm 17,25\%$ mono-sensibilizados. El análisis estadístico demostró una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=4,08$; $gl=1$, $p>0,05$); Relacionado a la IgE, la **Tabla 4** muestra los valores de P a los antígenos estudiados, de acuerdo a los valores de la IgE. Observando el total de HC con respecto a la Morbilidad de Rinitis vemos que el $77,67 \pm 8,04$ padece dicha patología, ya sea sola o acompañada de Asma. Con respecto a la severidad de dicha patología, se observó que el $35,00 \pm 10,45\%$ padece rinitis en forma leve, el $55,00 \pm 10,90\%$, moderada y el $10,00 \pm 6,57\%$ en forma grave. En la **Tabla 5** se muestran los valores de IgE de las personas que sufren Rinitis. Analizando estadísticamente estos grupos podemos ver que los valores de IgE elevados no están relacionados a la probabilidad de padecer Rinitis ($RP=1,08$).

Del total de los pacientes que padecen Rinitis, el $52,50 \pm 10,94$ padece también SP.

Analizando ahora la morbilidad de pacientes asmáticos, se observó que su P fue de $22,33 \pm 8,04\%$; de estos, el $60,87 \pm 19,95\%$ padecían asma de forma leve y el $39,13 \pm 19,95\%$ de forma moderada, y en ningún caso se encontró asma en forma grave.

En la **Tabla 6** se muestran los valores de IgE para las personas que presentaron comorbilidad para Rinitis y Asma. El análisis estadístico demuestra que los pacientes cuyos valores de IgE son superiores a 150 son más propensos a padecer esta comorbilidad ($RP=3,67$).

Al asociar comorbilidad entre Asma y SP, se puede ver que el $52,17 \pm 20,41\%$ de los pacientes tienen ambas patologías asociadas.

El 100% de las personas que tenían Asma también tenían Rinitis, o sea hay una comorbilidad en el 23,30% de los casos (24 pacientes). También se observó que hay 11 pacientes ($17,74 \pm 9,51\%$) que padecen esta comorbilidad y al mismo tiempo tienen SP.

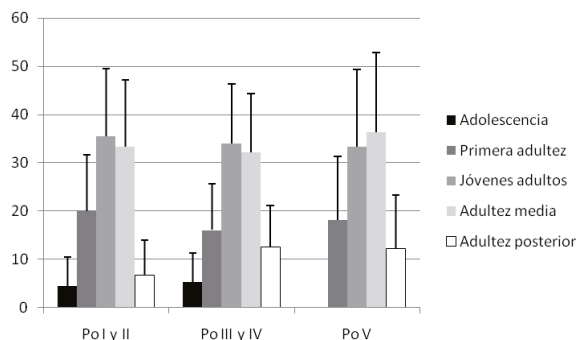


Figura 3. Prevalencia de SP en función de los grupos etarios.

El $63,33 \pm 17,24\%$ de los pacientes que tienen SP presentan valores de IgE mayores a 150, entre los que resultaron positivos al *prick test* de DF este valor es de $53,53 \pm 13,06$, para los que tienen sensibilidad a Hongos decae a $32,14 \pm 12,23\%$ y finalmente el $25,49 \pm 11,96\%$ de pacientes que resultaron positivos para cucarachas también presentan valores de IgE mayor a 150.

DISCUSIÓN

Coincidiendo con otros estudios, la sensibilización a ácaros es predominante^{20,21}, seguida en orden decreciente por hongos y pólenes. En relación con los datos obtenidos y los hallados en los estudios sobre tipos de sensibilización en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se observa que las prevalencias de los alérgenos ácaros y pólenes son muy similares²⁰.

Con respecto a la variable edad se puede ver una leve tendencia en donde los alérgenos de interior predominan en las primeras etapas de la vida, mientras que los de exterior comienzan a aumentar a edades más tardías.

Analizando la Prevalencia obtenida de las SP en su forma de hipersensibilización a pólenes, se desprende que ellas constituyen una problemática que afecta a más de la mitad de la población alérgica estudiada en esta región del país. También se observó que dicha problemática tiene, para la mayoría de los pacientes, una comorbilidad asociada a otras sensibilizaciones como las producidas por ácaros u hongos.

Dentro de las SP las especies que mayor prevalencia de alergias ocasionan son las gramíneas que afectan a más de la mitad de la población, esta afirmación puede ser debido a que las gramíneas tienen una extensa distribución no sólo en esta región sino en todo el mundo²².

Con respecto a las variables demográficas, no se observan variaciones en función del sexo ni del lugar de pro-

cedencia, aunque sí, en función de la edad, existiendo diferencias significativas en los dos grupos entre 20 y 44 años. La mayoría ($77,67 \pm 8,04$) de los pacientes estudiados tienen Rinitis y la mitad de estos padecen de SP. En cambio sólo el 22% de los pacientes tiene Asma y la mitad de estos asociada a SP.

Los valores de IgE no parecen estar muy relacionados al tipo de sensibilizante, aunque sí se observan valores de IgE

mayores entre los pacientes que presentan una comorbilidad entre Rinitis y Asma.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a SeCyT-Universidad Nacional de Córdoba por los subsidios recibidos (Proyecto 05/C548 y Programa 05/CP01).

BIBLIOGRAFÍA

- Peláez Hernández, A. & I. Dávila González (2007) Tratado de Alergología. Ergon, Madrid.
- Sánchez de la Vega W. & E. Sánchez de la Vega (2007) Archivos de Alergia e Inmunología Clínica. 38 (3): 91-106.
- Liu C.Y., Y. Zhang, D.M. Han & L. Zhang. (2010) Chinese Medical Journal 123 (20): 2836-41.
- Subiza Garrido-Lestache J. (2004) Allergologia et immunopathologia 32 (3): 121-4.
- Kitano A., T. Miyazaki, K. Yoshioka, T. Kurono, S. Kurono & T. Matsumoto (2009) Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology 19 (3): 237-52.
- Asero R. (2011) Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology 21 (4): 317-29.
- Martens M., H. Schnoor, H. Malling & L. Poulsen. (2011) Clinical and Translational Allergy 1: 15.
- Testi S., A. Carabelli, L. Cecchi, C. Giacomelli, G. Iannello, V. Rocchi, et al. (2009) Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology 19 (3): 237-52.
- Alché J.D. & M.I. Rodríguez-García (1997) Polen 8: 5-23.
- Davies J., H. Li, M. Green, M. Towers & J. Warrick Upham . (2012) Clinical and Translational Allergy 2: 4.
- Wager L., T. Beerthuizen, J. Gast-Strookman, D. Van del Plas, I. Terreehorst, P. Hiemstran et al. (2011) Clinical and Translational Allergy 1: 18.
- Baena-Cagnani C.E., M.G. Murray, M.I. Sonaglioni, L. Barrionuevo, G.D. Ramón, C.B. Villamil, et al. (2001) Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 32 (2): S64.
- Rodríguez Serna M., J. De la Cuadra Oyanguren & L. Conde Salazar (2004) Piel 19 (5): 276-80.
- Cox L.S., H. Nelson, R. Lockey, C. Calabria, T. Chacko, I. Finegold et al. (2011) Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology 127 (1): 1-55.
- Pérez Cardona C. & E. Suarez Pérez (2004) Aplicaciones del programa Epi Info en las ciencias de la salud. Editorial de la Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.
- Valdivia, C.G. Epi-Centro. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Salud Pública, Available al (<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epiDesc8.htm>).
- Dever, A. (1991) "Epidemiología y administración de servicios de salud". Aspen Publishers, Georgia.
- Hernández Aguado I., A. Gil, M. Delgado & F. Bolumar (2005). Manual de epidemiología y Salud Pública para licenciaturas y diplomaturas en Ciencias de la Salud. Editorial Médica Panamericana, Madrid, España.
- Pagano M. & k. Gauvreau (2001) Fundamentos de Bioestadística. Thomson learnig, México DF.
- Asociación Médica Mundial. (2004) Declaración de Helsinki. Tokio.
- Ardusso L., J. Rosso, T. Herrero, M. Isorna, E. Jares, M. Grillo, et al. (2010) Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 41 (2): 54-60.
- Valero A., E. Rosell, P. Amat, J. Sancho, J. Roig, J. Piulats et al. (1999) Alergología e Inmunología Clínica. 14 (4): 220-26.

COMENTARIO SOBRE: EFECTO DE LA EVITACIÓN DE LA ALERGIA AL MANÍ DESPUÉS DEL CONSUMO TEMPRANO DEL MANÍ

Comment on: Effect of avoidance on peanut allergy after early peanut consumption

Karina A. López

ARCHIVOS DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2016;47(2):63-64

EFFECT OF AVOIDANCE ON PEANUT ALLERGY AFTER EARLY PEANUT CONSUMPTION

Du Toit G, Sayre PH, Roberts G, Sever ML, Lawson K, Bahnsen HT, et al.

N Engl J Med March 11, 2016.

RESUMEN

OBJETIVOS

En el seguimiento de un ensayo aleatorizado^{1,2}, en el cual se demostró que la introducción temprana de maní en niños con alto riesgo de alergia evita la alergia al maní, se investigó si la tasa de alergia al maní continuó baja después de 1 año de evitación del mismo entre los participantes que habían consumido maní durante la primera prueba, en comparación con los que lo habían evitado.

MÉTODOS

Al final del estudio primario, se indicó a todos los participantes que eviten el maní durante 1 año. El resultado primario fue el porcentaje de pacientes con alergia al maní al final del período de 1 año, cuando los participantes tenían 6 años.

RESULTADOS

Se incluyeron 556 de los 628 niños del estudio LEAP (consumidores y evitadores) para un período de 1 año de evitación de maní. Después de 1 año de evitación de maní, en ambos grupos, solo el 4,8% del grupo inicial de consumo de maní presentaron alergia, en comparación con el 18,6% de los que lo habían evitado.

CONCLUSIÓN

La prevención de la alergia al maní alcanzada por el consumo temprano en recién nacidos en riesgo persiste después de un período de un año de evitar maní.

COMENTARIO

La alergia al maní es la principal causa de anafilaxia y de muerte por alergia alimentaria en niños (en EE.UU.), para la cual se requieren estrategias de prevención y tratamiento. El estudio LEAP-ON demostró que la reducción de la prevalencia de la alergia al maní, asociada con la introducción temprana y continuada hasta los 60 meses de edad, persiste a los 72 meses de edad después de 12 meses de no consumirlos. Queda por ver si los efectos del consumo de maní en la vida temprana se mantienen si se consume maní a voluntad a lo largo de los años. El diseño del estudio fue una oportunidad para investigar los mecanismos de la pérdida de la protección de las respuestas alérgicas, con posibles implicaciones para otras alergias alimentarias. Las recomendaciones en el tiempo de introducción de sólido en los niños como estrategia de prevención han variado en los últimos años^{3,4}.

El concepto actual es que la exposición a proteínas alérgicas a través de una barrera cutánea alterada promueve la sensibilización alérgica, y la exposición oral de las proteínas alérgicas induce tolerancia inmune⁵.

Especialista en Pediatría. Especialista en Alergia e Inmunología Infantil. Servicio de Pediatría Hospital Juan B. Alberdi, Rosario, Argentina.

Correspondencia: archivos@alergia.org.ar

La autora declara no poseer conflictos de intereses.

A qué población deben aplicarse, cuál es el momento óptimo, qué dosis induce tolerancia, cuánto es el tiempo de consumo, son algunas de las preguntas que surgen, aún sin respuesta.

Se requieren nuevos estudios que avalen estos resultados y que determinen cuál es la mejor estrategia a implementar en niños alérgicos a fin de optimizar su alimentación minimizando los riesgos para su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, et al. Identifying infants at high risk of peanut allergy: the Learning Early About Peanut Allergy (LEAP) screening study. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131(1):135-43.e1.
2. Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, et al. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *N Engl J Med* 2015;372:803-13.
3. du Toit G, Tsakok T, Lack S, Lack G. Prevention of food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2016;137:998-1010.
4. Muraro A, Halken S, Arshad SH, et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. *Allergy* 2014 May;69(5):590-601.
5. Lack G. Epidemiologic risks for food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2008;121:1331-6.

XXXIX CONGRESO ANUAL AAAEIC TRABAJOS PRESENTADOS EN FORMATO PÓSTER

XXXIX Annual Congress AAAeIC. Poster presentations

ARCHIVOS DE ALERGI A E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2016;47(2):65-88

201601

ALERGI A ALIMENTARIA: IMPORTANCIA DE LA ROTULACIÓN CORRECTA EN LA PREVENCIÓN

Vanesa Pussetto, Estefanía Martínez, Dora Felipoff.
Servicio de Alergia e Inmunología, Hospital Córdoba.
vanepussetto@gmail.com | Cel: 03562 15510668

Introducción. La prevalencia de alergia a alimentos está en aumento, y es mayor en niños (4-6%) que en adultos (1-3%). La única terapia preventiva probada es la evitación del alimento y/o aditivo involucrados. Esto requiere una cuidadosa elaboración de los alimentos, así como una rotulación adecuada y de fácil lectura.

Objetivos.

- Analizar si los rótulos de los alimentos poseen la información obligatoria estipulado por el Código Alimentario Argentino.
- Constatar si ofrecen adecuadamente los datos alérgicos, para contribuir en la educación y capacitación del consumidor, colaborando con la elección del producto adecuado.

Materiales y métodos. Se auditaron almacenes y supermercados de la ciudad de Córdoba, desde noviembre de 2013 a marzo de 2014, y se revisaron los rótulos de alimentos de alta manufacturación.

Resultados. Se analizaron 351 alimentos. El 100% de los alimentos cumplen con la información de origen y fecha de vencimiento y el 96% con el informe nutricional; 165 productos (47%) indicaban contener aditivos y estos eran nombrados de diferentes maneras (nombre, INS.). Solamente el 65,52% (230 productos) cumple con el correcto rotulado alérgico.

CONCLUSIÓN. La información que se describe en la rotulación alimentaria es deficiente tanto para el contenido de alimentos como para aditivos, y no cumple totalmente con el código alimentario. Hay un déficit importante en cuanto a información adecuada en la rotulación de los alimentos alérgicos, lo cual es crítico para los consumidores alérgicos ya que evitarlos es la única medida realmente comprobada para prevenir reacciones potencialmente serias.

Bibliografía

- Chafen JJ, Newberry SJ, Riedl MA, Bravata DM, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Diagnosing and managing common food allergies: a systematic review. *JAMA* 2010;303:1848-56.
- Calderon TE, Ferrero M, Marino GM, Cordoba A, Beltramo D, Muino JC, Rabinovich GA, Romero MD. Meat-specific IgG and IgA antibodies coexist antibodies in sera from allergic patients: clinical association and modulation by exclusion diet. *J Biol Regul Homeost Agents* 2010 Jul-Sep;24(3):261-71.
- Bush RK, Taylor SL. Reactions to Food and Drug Additives. In: Adkinson NF, Bochner BS, Burks AW, Busse WW, Holgate ST, Lemanske RF, O'Hehir RE. *Middleton's to Allergy Principles and Practice*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014:1340-56.
- De Silva D, Geromi M, Halken S, Host A, Panesar SS, Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Cardona V, Dubois AE, Poulsen LK, van Ree R, Vlieg-Boerstra B, Agache I, Grimshaw K, O'Mahony L, Venter C, Arshad SH, Sheikh A, on behalf of the EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. Primary prevention of food allergy in children and adults: systematic review. *Allergy* 2014;69:581-589.
- Código Alimentario Argentino: http://www.anmat.gov.ar/alimentos/normativas_alimentos_caa.asp

201602

FRECUENCIA DE ALERGI A IGE MEDIADA A ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINE). DESCRIPCIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA DESDE 2013 A 2016

Romina P. Ranocchia¹, M. Patricia Gentili, Luján Colombo, Mauricio Rojas, Claudio Fantini, Marta Romero.

1. Bioquímica, Área Inmunología, Fares Taie Instituto de Análisis, Mar del Plata.
ranocchia@farestaie.com.ar | Tel: 0223-410-4820

Introducción. Los AINE, a pesar de su eficacia en el tratamiento del dolor y la inflamación, son, después de los antibióticos, la segunda causa más frecuente de reacciones alérgicas. Mientras que varios términos se han utilizado para describir las reacciones adversas a los medicamentos, el término "hipersensibilidad" engloba a todas aquellas reacciones a fármacos que involucran mecanismos inmunológicos y no inmunológicos (DHRs). Las DHRs inmediatas son posiblemente secundarias a un mecanismo IgE mediado. El diagnóstico se basa en la anamnesis y las pruebas

cutáneas, de provocación y detección *in vitro* de degranulación de basófilos (TDBH) y anticuerpos IgE específicos. **Objetivo.** El objetivo del trabajo es mostrar la frecuencia de alergia a AINE-IgE mediada en nuestra población.

Material y métodos. Un total de 115 de pacientes con sospecha de alergia a AINE (hombres, N=38; y mujeres, N=67) entre 4 a 73 años de edad acudieron al laboratorio desde el 1 de enero de 2014 al 30 de abril del 2016 y se les realizó la determinación de IGE específica para uno o varios AINE utilizando el método de ELISA.

Resultados. Los resultados demostraron que el 50,4% de los pacientes fueron positivos para uno o varios AINE, en orden de frecuencia: dipirona (17,4%), ibuprofeno (16,5%), diclofenac (8,7%), AAS y paracetamol (ambos 7,0%), con 20, 19, 10 y 8 casos, respectivamente. Predominó el sexo femenino (1,8:1) y la edad promedio fue de 41 años. La mayoría presentó positividad en IgE específica a un solo AINE.

CONCLUSIÓN. la determinación de IgE específica para medicamentos es útil para sustentar el diagnóstico de alergia, aunque un resultado negativo no lo excluye. En nuestra población la dipirona y el ibuprofeno, independientemente de la edad, y en acuerdo con la bibliografía, son los AINE más comúnmente relacionados a alergia mediada por IgE.

201603

HIPERSENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS EVALUADA POR TEST DE DEGRANULACIÓN DE BASÓFILOS (TDBH). NUESTRA EXPERIENCIA DESDE 2008 A 2016

María Patricia Gentili¹, Romina Ranocchia, Luján Colombo, Claudio Fantini.

1. Bioquímica, Área Inmunología, Fares Taie Instituto de Análisis, Mar del Plata.

immunologia@farestaie.com.ar | *Tel: 0223 410-4820*

Introducción. Más del 7% de la población podría afectarse por una reacción adversa a fármacos, y 15% de ellas son reacciones de hipersensibilidad (HS). La HS Tipo I, mediadas por IgE, como algunas no mediadas por IgE, activan mastocitos y basófilos con liberación de sus mediadores químicos responsables de los síntomas clínicos. Se denominan "alergias a fármacos" a aquellas en las que el sistema inmune es responsable de la reacción; si no, se denominan hipersensibilidad no alérgica, anafilactoidea. Mediante el TDBH por microscopía óptica observamos la desaparición de la tinción metacromática de sus gránulos citoplasmáticos. Según la bibliografía, el TDBH tiene una sensibilidad de 90-95%, especialmente para antibióticos y analgésicos, y especificidad de 92,6%. Es útil para alérgenos que inducen la producción de IgE específica e hipersensibilidad no inmunológica.

Si el resultado es positivo, existe una alta probabilidad de que el paciente sea sensible al fármaco estudiado. Un resultado negativo no excluye hipersensibilidad. El TDBH se considera positivo cuando es igual o superior al 20%.

Objetivo. El objetivo del trabajo es mostrar los resultados de los TDBH en nuestra población.

Material y métodos. Un total de 458 pacientes con sospecha de alergia a medicamentos (hombres, N = 194 y mujeres, N = 264, que acudieron al laboratorio desde el 1 de enero del 2008 al 30 de abril del 2016 se les realizó TDBH a distintas drogas. Se identificaron los cuadros clínicos que motivaron la consulta (principalmente dermatosis, angioedema, *shock* anafiláctico, asma, rinitis) y se corroboró la relación temporal de la administración de medicamentos relacionada con las mismas.

Resultados. Los resultados demostraron un 37% de los pacientes positivos para el ácido acetil salicílico, 32% positivos para paracetamol, 25% para amoxicilina, 0% para claritromicina, 100% para cefalotina, 28% para dipirona, 26% para ibuprofeno, 24% para meloxicam, 25% para metilparabeno, 25% para tartrazina y 23% para diclofenac. Predominó el sexo femenino (1,2:1).

CONCLUSIÓN. De 458 pacientes, 101 fueron positivos con correlación TDBH / clínica / tiempo de aparición de los síntomas e ingesta del medicamento. En algunos casos se confirmó con *test* de provocación y en otros con la sospecha clínica. El TDBH es un método inocuo y eficaz para sustentar el diagnóstico de alergia a medicamentos. Consideramos al TDBH una herramienta diagnóstica con buena especificidad a ser tenida en cuenta antes de realizar un desafío oral.

201604

ANAFILAXIA EN NIÑO DE 4 AÑOS SENSIBLE A PÓLENES DE GRAMÍNEAS

Germán D. Ramón, Fabián M. Ramón, Maira G. Martínez, Laura B. Barrionuevo, Nadia Arango.

Instituto de Alergia e Inmunología del Sur. IAIS, 25 de Mayo 44. Bahía Blanca.

germanramon2004@hotmail.com | *Tel: 0291 4554547.*

Introducción. Se presenta el caso de un niño de 4 años y 5 meses de edad que manifiesta en el mes de octubre del 2015 dos episodios de reacción anafiláctica con urticaria en la primera y rinoconjuntivitis, broncoespasmos y urticaria en la segunda, posteriores al contacto con pasto al aire libre.

Objetivo. Demostrar la existencia de anafilaxia por contacto con pólenes en niños menores de 6 años.

Materiales y métodos. Se estudió al paciente con análisis de laboratorio y pruebas cutáneas

Resultados. Se encontraron niveles de IgE sérica total de 123 IU/ml, hemograma normal, niveles de complemento normales y pruebas cutáneas muy sensibles a pólenes de gramíneas (*Cynodondactylis*, *Phalarisarundinacea* y *Festucaelator*). Se diagnosticó anafilaxia con sensibilidad a pólenes de gramíneas.

CONCLUSIONES. Este caso demuestra que, a pesar de lo escaso de la bibliografía que considera la anafilaxia en niños menores de 5 años relacionada con sensibilidad cutánea a pólenes de gramíneas, estos se deben tener en cuenta al diagnosticar la causa de la anafilaxia, incluyendo las pruebas cutáneas y los alérgenos de pólenes predominantes.

201605

EPÍTOPES COMPARTIDOS ENTRE PROTEÍNAS DE SEMILLA Y DE POLEN EN LA FAMILIA AMARANTHACEAE

Marcelo Gálvez¹, Andrea Bianchimano, Adriana Martínez, María Gabriela Murray, María Inés Prat.

1. INBIOSUR (CONICET-UNS), Asistente de Docencia.

mgalvez@uns.edu.ar | Tel: 0291-4595101 interno 2427.

Introducción. Los alérgenos del polen de árboles, malezas o pastos son responsables de muchas enfermedades respiratorias. Dentro de los tipos polínicos más frecuentes en Bahía Blanca están los pertenecientes a la familia Amaranthaceae. En algunos casos se ha observado una asociación entre la alergia a determinados pólenes, la dermatitis atópica y ciertas alergias alimentarias. Esto se explicaría por las reacciones cruzadas originadas por los epítopos compartidos entre los alérgenos.

Objetivo. Detectar la presencia de epítopos compartidos entre proteínas de semillas y de polen entre miembros de la familia Amaranthaceae.

Materiales y métodos. La antigenicidad y alergenicidad cruzada entre proteínas de semilla de *Amaranthus hypochondriacus* (amaranto) y *Chenopodium quinoa* (quinoa) y proteínas de polen de *Beta vulgaris*, *C. album* y *Salsola kali* se estudiaron a través de *western blot*. En la evaluación de la antigenicidad se emplearon sueros policlonales de conejo (IgG) contra proteínas de polen de *B. vulgaris* y *C. album*. En la detección de IgE específica para las proteínas de semilla se utilizó un pool de sueros humanos positivos en la prueba de ELISA indirecto para IgE específica frente a proteínas de polen de las tres malezas estudiadas.

Resultados. El uso de sueros policlonales demostró la presencia de epítopos compartidos con las proteínas de semilla de amaranto y quinoa ubicados entre 31 y 90 kDa. También se detectó IgE específica para componentes de

15, 31, 38 y 50 kDa en las semillas de amaranto, siendo el primero el de mayor importancia relativa.

CONCLUSIÓN. Los componentes de 15 kDa de las proteínas de semilla podrían tratarse de profilinas, panalérgenos muy extendidos entre las plantas. Estudios futuros determinarán el grado de relevancia de este alérgeno en relación con las alergias alimentarias, así como su aplicación en el diagnóstico y diseño de nuevas estrategias de inmunoterapia desensibilizante.

201606

VARIACIÓN INTERANUAL DEL POLEN DE GRAMÍNEAS Y PLÁTANOS EN LA ATMÓSFERA DE MAR DEL PLATA

María Laura Abud Sierra¹, Fabiana Latorre².

1. Universidad Nacional de Mar del Plata. Funes 3250. (7600) Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina | *malauabud@gmail.com*

2. Instituto de Investigaciones Marinas y Costeras (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-Universidad Nacional de Mar del Plata) y Universidad Autónoma de Entre Ríos. Funes 3250. (7600) Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina | *fabianalatorre@yahoo.com.ar*

Introducción. El polen de *Platanus* (plátanos) y Poaceae (gramíneas) se incluye entre los seis tipos polínicos que dominan el espectro atmosférico de Mar del Plata con más del 70% anual según Abud Sierra *et al.* (2015). A partir del trabajo mencionado y de acuerdo a la escala de la AAAAI en esta ciudad, las gramíneas tienen muy alta alergenicidad en primavera y en verano mientras que el plátano es altamente alergénico en primavera. El clima que cambia año a año afecta la floración de las plantas y ello se refleja en las curvas de concentración polínica (Latorre, 1999).

Objetivo. Detectar si existe variación interanual en abundancia y estacionalidad de estos dos alérgenos.

Materiales y métodos. Se analizaron las concentraciones diarias del polen atmosférico de la ciudad durante tres años consecutivos obtenido como parte de un trabajo conjunto con la AAAeIC (Latorre & Abud Sierra, 2013-2016).

Resultados. Para gramíneas, la duración del período principal de polen (PPP: 5-95%) fue similar entre años registrándose 65-74% del total en noviembre y diciembre; sin embargo, el primer año registró 39% más polen que la media anual durante 26 días menos y el inicio del PPP del segundo año se adelantó (Tabla 1, Figura 1). En *Platanus*, el inicio y el máximo coincidió entre años; hubo diferencias importantes en intensidad, con valores diarios de más de 100 g/m³ durante el último año, y en duración, con el

doble de días con presencia en el aire durante el primero (Tabla 2, Figura 2).

CONCLUSIONES. Tal como ocurre en otras ciudades del mundo con estos alérgenos (Gabarra et al., 2002; Latorre & Belmonte, 2004) la variación entre años es importante y hace necesario continuar los monitoreos aerobiológicos urbanos para conocer adecuadamente los parámetros importantes que permiten prevenir y tratar la polinosis, como fecha de inicio, máximos, duración e intensidad.

TABLA 1. Comparación de fases importantes del periodo de polen de gramíneas.

	Poaceae 2013-14	Poaceae 2014-15	Poaceae 2015-16
Inicio PPP	26-Oct	20-Sep	09-Oct
Fin PPP	12-Mar	28-Feb	12-Mar
Total PPP	2501	1481	1418
Duración días PPP	118	161	154
Máximo día	23-Nov	28-Nov	08-Dic
Máximo p/m ³	170	94	71
% polen hasta máximo	31	46	46

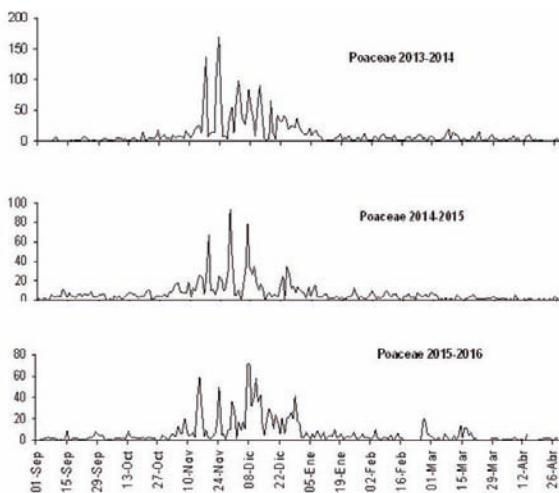


Figura 1. Concentraciones diarias del polen de gramíneas en Mar del Plata durante tres años.

TABLA 2. Comparación de fases importantes del periodo de polen de plátanos.

	Platanus 2013	Platanus 2014	Platanus 2015
Inicio PPP	10-Sep	17-Sep	20-Sep
Fin PPP	23-Oct	08-Oct	15-Oct
Total PPP (p/m ³)	663	430	1592
Duración días PPP	43	21	25
Máximo día	21 y 25-Sep	21-Sep	27-Sep
Máximo p/m ³	48	69	274
% polen hasta máximo	21	48	60

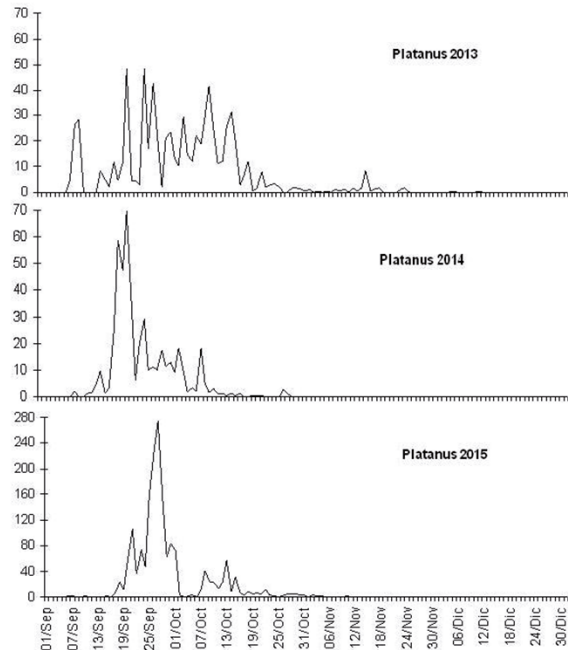


Figura 2. Concentraciones diarias del polen de plátanos en Mar del Plata durante tres años.

Bibliografía

- Abud Sierra ML, Latorre F, Baillieu F. Monitoreo de polen aéreo y de los trastornos alérgicos en Mar del Plata a lo largo del año. XXXVIII Congreso Anual de la. Buenos Aires, 2015, 13 al 15 de agosto.
- Gabarra E, Belmonte J, Canela M. Aerobiological behaviour of *Platanus* L. pollen in Catalonia (Northeast Spain). *Aerobiologia* 2002;18:185-193.
- Latorre F. Differences between airborne pollen and flowering phenology of urban trees with reference to production, dispersal and interannual climate. *Aerobiologia* 1999;15:131-141.
- Latorre F, Belmonte J. Temporal and spatial distribution of atmospheric Poaceae pollen in Catalonia (Northeast Spain) in 1996-2001. *Grana* 2004;43:156-163.
- Latorre F, Abud Sierra ML. 2013-2016. Identificación y recuento de polen en muestras aerobiológicas de Mar del Plata. Servicio Tecnológico de Alto Nivel (STAN-CONICET) para la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología.

201607

INMUNIDAD SISTÉMICA EN MUJERES CON CANDIDIASIS VULVOVAGINAL RECURRENTE

Juliana González¹, Claudio Fantini, Valeria Stangalino, Fernando Pagani.

1. Fellow del Servicio de Alergia e Inmunología, Clínica Colón, Mar del Plata.

juligonalez@hotmail.com | Tel: 0223 155950069.

Introducción. La candidiasis vulvovaginal recurrente (CVVR) (más de 4 episodios/año) afecta al 5% de las mujeres, deteriorando su calidad de vida. Puede ser primaria o secundaria (relacionada a antibioticoterapia, diabetes mellitus, gestación, anticonceptivos (ACO) con alto contenido estrogénico, tratamiento inmunosupresor). Los niveles de estrógenos y deficiencias inmunológicas locales facilitan su aparición. El rol de la inmunidad sistémica es controvertido.

Objetivos. Analizar características de nuestras pacientes con CVVR, comorbilidades atópicas e infecciosas, y evaluar *in vivo* e *in vitro* la inmunidad sistémica.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo basado en 50 pacientes con CVVR atendidas en nuestro servicio. Consignamos edad, CVVR primaria o secundaria, ACO, enfermedades atópicas e infecciosas coexistentes. Dosamos inmunoglobulinas (Ig) y subpoblaciones linfocitarias, y realizamos pruebas de hipersensibilidad retardada (HS) utilizando antígenos de *Candida albicans*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Tricophyton*, *Escherichia coli* y *Epidermophyton*. Consignamos la reacción retardada a *Candida* individualmente, así como la media de los diámetros perpendiculares de la induración obtenida con todos los antígenos para determinar la puntuación media total (PMT), considerando prueba positiva >5 mm, y anérgica, por debajo.

Resultados. La media de edad fue 33 años, 46 pacientes en edad reproductiva, 85% utilizaba ACO. Identificamos 5 CVV secundarias. Detectamos atopía en 28 pacientes, manifestada predominantemente por rinitis; 34 presentaban otras infecciones recurrentes, principalmente Herpes y aftas orales.

Una paciente presentó disminución de CD4, y 3, de células *natural killers* (CD56). En 13, el cociente CD4/CD8 fue <1,5. La IgE fue elevada en 24 pacientes. Las pruebas de HS retardada teniendo en cuenta PMT evidenciaron anergia en 31 ocasiones. La prueba a candidina individual mostró 18 casos <5 mm y 13 >10 mm.

CONCLUSIONES. Nuestras pacientes con CVVR se hallan mayormente en edad reproductiva, sin factores de riesgo. La alta prevalencia de rinitis y eccema, así como la elevación de la IgE, reflejarían su asociación con atopía.

Las enfermedades infecciosas concomitantes evidenciarían un déficit de inmunidad celular, correlacionable con las alteraciones cuantitativas (descenso de CD4, CD56, o del cociente CD4/CD8) y cualitativas (anergia en pruebas de HS retardada) halladas. Estas podrían constituir un blanco de futuras terapéuticas.

201608

CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE PATOLOGÍAS ALÉRGICAS EN MÉDICOS DE UN HOSPITAL ESCUELA DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Laura Fiesta, Haydee Michalek, Dora Felipoff
Alergia e Inmunología, Hospital Córdoba.

Introducción. La patología alérgica (rinitis, asma, reacciones de hipersensibilidad a alimentos, insectos y medicamentos) es muy frecuente. Afecta al 20-30% de la población mundial y su prevalencia se ha incrementado en las últimas décadas.

Objetivo. Determinar el grado de conocimiento sobre conceptos básicos de patología alérgica de los médicos del Hospital Córdoba.

Material y método. Se realizó una encuesta en forma aleatoria de nueve preguntas sobre conceptos básicos de la patología alérgica a médicos en formación y de planta, de los diferentes servicios del Hospital Córdoba (**Anexo 1**).

Resultados. Respondieron la encuesta 125 médicos (41 médicos de planta y 84 médicos en formación), con un promedio de 6 años de recibido. La mayoría de los profesionales (29%) tuvieron 5 respuestas correctas. Tres (2%) contestaron 8 preguntas correctas y ninguno de los encuestados contestó correctamente las 9 preguntas. Las preguntas que se relacionaban con conceptos clínicos fueron contestadas en su mayoría correctamente (preguntas 8 y 9, más del 90%) a diferencia de las relacionadas con situaciones de emergencia (pregunta 3, menos del 60%; y pregunta 6, menos del 30%).

CONCLUSIÓN. Hay conceptos erróneos y un déficit significativo de conocimientos entre los médicos de todos los niveles de entrenamiento. Esto conduce a un diagnóstico y tratamiento inadecuado incrementando la morbimortalidad, por lo que se debería abordar con mayor énfasis la enseñanza de conceptos básicos de alergia durante la formación médica.

Bibliografía

- Comité de Alergia de la Sociedad Argentina de Pediatría. Reacciones adversas producidas por me-

dios de contraste radiológicos yodados. Arch Argent Pediatr 2004;102(1).

- Lieberman P, Simons FE. Anaphylaxis and cardiovascular disease: therapeutic dilemmas. Clin Exp Allergy 2015;45(8):1288-1295.
- Stukus DR, Green T, Montandon SV, Wada KJ. Deficits in allergy knowledge among physicians at academic medical centers. Ann Allergy Asthma Immunol 2015;115(1):51-55.e1

Anexo I

Déficit en el conocimiento sobre enfermedades alérgicas entre los profesionales médicos.

La prevalencia de enfermedades alérgicas se ha incrementado en las últimas décadas. Estudios recientes han demostrado un déficit en el tratamiento de la anafilaxia y de las enfermedades alérgicas por los médicos en general.

1. ¿Cuál de las siguientes vacunas está contraindicada en alérgicos al huevo?
 - a. Varicela.
 - b. Influenza.
 - c. Fiebre amarilla.
 - d. Ninguna.
2. ¿Cuál de los siguientes antecedentes es necesario preguntar en un paciente que se someterá a un estudio con contraste?
 - a. Yodo.
 - b. Pescado.
 - c. Aditivos.
 - d. Ninguno.
3. Señale el esquema de tratamiento correcto de la anafilaxia:
 - a. Benadril, corticoide, adrenalina.
 - b. Corticoide, adrenalina, corticoides.
 - c. Benadril, adrenalina, corticoides.
 - d. Adrenalina, benadril, corticoide.
4. ¿Cuál de los siguientes fármacos podría causar una crisis de asma?
 - a. Ácido acetilsalicílico.
 - b. Macrólido.
 - c. Amiodarona.
 - d. Digoxina.
5. ¿Qué analgesia usaría en un paciente con alergia a AINE?
 - a. Paracetamol hasta 2 gramos/día.
 - b. Ibuprofeno.
 - c. Keterolac.
 - d. Dipirona.
6. ¿Cuál es la vía de administración de la adrenalina?
 - a. IM en deltoide.
 - b. IM en muslo.
 - c. EV.

- d. SC.
7. ¿Cuál considera como causa más frecuente de urticaria aguda en un paciente adulto?
 - a. Alimentos.
 - b. Drogas.
 - c. Picaduras de insectos.
 - d. Contactos con irritantes.
8. En un paciente HTA con angioedema ¿Cuál podría ser la causa?
 - a. Tomate
 - b. Chocolate.
 - c. Enalapril.
 - d. Cítricos.
9. Frente a un paciente con certeza de alergia a la penicilina, ¿Qué alternativa de tratamiento antibiótico utilizaría?
 - a. Amoxicilina-gentamicina.
 - b. Ampicilina-gentamicina.
 - c. Cefalosporina-sulfas.
 - d. Lincomicina-gentamicina-eritromicina.

Mención especial. Trabajo Presentado en Formato Póster 201610

EVALUACIÓN DE LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO CON CPAP EN PACIENTES CON SAHOS Y SU RELACIÓN CON OBSTRUCCIÓN NASAL

Matías Albert, M.L. Auad.

Hospital Municipal de Mar de Ajó, Buenos Aires.

Introducción. La rinosinusitis crónica (RSC), particularmente la RSC alérgica, está relacionada con el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). Esto se debe a la obstrucción persistente o repetitiva de la vía aérea superior durante el sueño. Los dos mecanismos fisiopatológicos principales son: incremento en la resistencia de la vía aérea debido al aumento en la resistencia en la entrada de aire por vía nasal y por la reducción en el diámetro faríngeo durante la respiración bucal por desplazamiento de la mandíbula hacia atrás. La presencia de mediadores inflamatorios involucrados en la rinitis alérgica, como la activación de la inmunidad IgE mediada, histamina, cisteinil-leucotrienos, IL-1B e IL-4, se asocian a peor calidad de sueño y mayor severidad del SAHOS. La evidencia muestra que el tratamiento de la rinitis alérgica, particularmente con corticoides intranasales, mejora los síntomas del SAHOS. El uso de antagonistas de receptor de leucotrienos también se asocia con mejoría de los síntomas de SAHOS en pacientes adultos con rinitis alérgica.

Objetivos:

- Estudiar la prevalencia de síntomas de RSC en pacientes con SAHOS.

- Correlacionar los síntomas de RSC y la gravedad de SAHOS.
- Evaluar la tolerancia al uso de CPAP en los pacientes tratados por su rinitis alérgica.

Métodos. Este es un estudio prospectivo de 246 pacientes con síntomas subjetivos de SAHOS por medición de escala subjetiva de Epworth (ESS mayor de 10). A todos se les realizó medición de índice de masa corporal (IMC) y evaluación de síntomas subjetivos de rinosinusitis crónica (RSC) y medición del Sino-Nasal Outcome Test 22 (SNOT-22). Posteriormente se realizó poligrafía nocturna y prueba de titulación de CPAP. A los pacientes con SAHOS moderado sintomático o severo se les prescribió tratamiento con CPAP o auto-CPAP y se realizó visita de control a los dos meses de iniciar el tratamiento para evaluación de prueba de CPAP. A los pacientes con síntomas de RSC se les realizó tratamiento con un corticoide inhalatorio, el furoato de mometasona *spray* 200 mcg/día y un antagonista del receptor de leucotrienos, montelukast 10 mg por día. Se evaluó correlación entre valores de descenso de presión de CPAP y control de síntomas nasales mediante control clínico y medición de SNOT-22 en pacientes con RSC y se comparó con la evaluación del tratamiento en pacientes sin RSC.

Resultado. Todos los evaluados completaron el estudio. Del total de pacientes (n=246) el 50% tienen IMC mayor de 30 y los síntomas de RSC se encuentran en un 93%. Al realizar la poligrafía nocturna se encontró que 22% tiene SAHOS moderado y 28% tiene SAHOS severo. Posteriormente a la titulación con auto-CPAP y la medición de la presión necesaria para evitar el 95% de las apneas (p95) se prescribió *spray* nasales a la totalidad de pacientes con síntomas de RSC (195) y montelukast 10 mg/día a 70 pacientes con síntomas de RSC de origen atópico quienes ya tenían prescripto *spray* nasales. Se correlacionó descenso de valores de CPAP y control de los síntomas de RSC evidenciando una correlación positiva entre descenso de valores de presión de CPAP y valores de SNOT-22 (p<0,001). También hubo una correlación positiva entre valores de CPAP en pacientes que usaron *spray* nasales y montelukast comparados a los que usaron solo *spray* nasales siendo el descenso de la presión de titulación estadísticamente significativo. (p<0,01).

CONCLUSIÓN. Este estudio muestra la correlación estadísticamente significativa entre el control clínico de la RSC y el descenso de p95 de CPAP para el control del SAHOS, enfatizando en la importancia de lograr el control óptimo de los síntomas de RSC para mejorar la tolerancia al uso de dispositivos de CPAP.

Palabras clave: tolerancia CPAP, SAHOS, rinosinusitis crónica, mometasona, montelukast..

201611

RINITIS MEDICAMENTOSA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

María José Irastorza, Laura Inés Puentes, Estefanía Martínez.

Instituto Modelo de Ginecología y Obstetricia (IMGO) Clínica Curet, Sanatorio Allende, Hospital Policlínico Policial.

majoirastorza@hotmail.com

Introducción. La rinitis medicamentosa es un síndrome de congestión nasal, que sigue al uso excesivo de descongestivos alfaadrenérgicos. Se caracteriza por congestión nasal sin rinorrea y estornudos. Representa el 1 al 9% de las consultas a alergía u otorrinolaringología. Se verifica en ambos sexos por igual, en adultos jóvenes. La rinitis medicamentosa es una condición prevenible que pone de relieve la necesidad de conocimiento de la enfermedad entre todos los profesionales de la salud.

Objetivos. 1. Identificar las características demográficas del uso prolongado de descongestivos en nuestra población. 2. Determinar la prevalencia de la rinitis.

Materiales y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo, realizado por jóvenes alergistas de la ciudad de Córdoba, en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de rinitis entre junio del 2015 a junio del 2016.

Resultados. Se incluyeron en total 260 pacientes con diagnóstico de rinitis crónica, 44 pacientes (17%) usaban descongestivos. En esta población los hallazgos fueron: el 13% (36 pacientes) lo utilizaba en forma prolongada, predominó en el sexo masculino en el 60% (26 pacientes), el promedio de edad fue de 40 años, el vasoconstrictor más usado fue la nafazolina en 90% (40 nafazolina, 2 oximetazolina y 1 tramazolina).

CONCLUSIÓN. Se identificó un uso prolongado de descongestivos más frecuente en hombres y adultos de mediana edad. Se observó alta prevalencia de rinitis medicamentosa.

Bibliografía

- Lockey RF. Rhinitis medicamentosa and the stuffy nose. *J Allergy Clin Immunol* 2006;118:1017-8.
- Wallace D, Dykewicz M. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122:S1-84.
- Mortuaire G, Gabory L, Francois M, Massé G, Bloche F, BrionfN, Jankowski R, Serrano E. Rebound congestion and rhinitis medicamentosa: nasal decongestants in clinical practice. Critical review of the literature by a medical panel. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2013;130(3):137-44.

201612

ANAFILAXIA EN UN ADOLESCENTE CON ALERGI A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV)

Claudio Parisi, Vanina Bender

Introducción. La APLV es la más frecuente alergia alimentaria en niños, afecta al 1,8-7,5% de ellos, típicamente entre los 3 a 6 meses de vida; es menos común en adultos en quienes afecta al 0,49-0,6%.

Objetivo. Describir el impacto en el riesgo de vida y calidad de vida en pacientes con antecedentes de APLV.

Materiales y métodos. Paciente masculino de 16 años, con antecedentes de APLV desde 2001. Rinitis no alérgica. En marzo de 2012, episodio de prurito lingual y faríngeo luego de comer milanesa de soja con trazas de proteína de leche. En abril de 2016, episodio de anafilaxia jugando al football, había ingerido 4 horas antes malvaviscos.

Laboratorio:

2001: IgE específica Rast leche clase IV.

2006: Ig E específica Rast leche clase II.

2012: *prick test* alfalactoalbúmina 3/10, betalactoglobulina 8/25, caseína 7/15, leche 15/31, histamina 3/5.

2013: *prick test* aeroalérgenos negativo.

2016: *prick test*: malvaviscos 5/11, leche 6/12, huevo 2/3, histamina 4/6.

Resultados. Se indican medidas de evitación al paciente.

CONCLUSIÓN. Si bien la APLV tiene pronóstico favorable y se resuelve en la mayoría de los niños, siendo 2/3 tolerantes en etapa escolar, en adolescentes y adultos en que persisten los síntomas significa un riesgo de vida además de la alteración en su calidad de vida.

201613

SARNA DE NÍQUEL: RESPUESTA A DIETA BAJA EN NÍQUEL. PRESENTACIÓN DE CASOS

F. Baillieau¹, M. Maldonado²

1. Especialista en Pediatría y Alergia e Inmunología. Centro de Alergia Mar del Plata. Salta 2378 |

fbailleau@gmail.com

2. Licenciada en Nutrición. Profesora de la cátedra de psicología médica en la Universidad FASTA. Nutricionista del Centro de Alergia Mar del Plata, Salta 2378 |

marianelanutricionista@hotmail.com

Introducción. La sensibilidad al níquel afecta aproximadamente al 10% de las mujeres y al 1% de los hombres. La manifestación clínica clásica es la dermatitis de contacto, pero existe un cuadro clínico poco conocido denominado "sarna de níquel", que remeda la escabiosis. Los pacientes

que la padecen llegan a la consulta alergológica tras múltiples tratamientos que no logran mejorarlos.

Objetivos. Determinar si una dieta baja en níquel puede utilizarse como herramienta terapéutica en la sarna del níquel.

Población. Fueron evaluados 4 pacientes con diagnóstico confirmado por *test* del parche leído a las 48 hs, media de edad 44 años, sexo femenino 75% (n=3).

Material y métodos. Se excluyeron pacientes con buena respuesta al tratamiento de escabiosis. Se constataron edad, sexo, ocupación, fuente hídrica habitual, presencia previa de dermatitis de contacto por níquel, prótesis dentarias/ortodoncia, implantes ortopédicos. Se indicó dieta con baja concentración de níquel por 4 semanas.

Resultados. La dietoterapia fue exitosa en la totalidad de la muestra (n=4; 100%).

CONCLUSIÓN. El níquel es ubicuo, por lo que resulta muy difícil crear una dieta totalmente exenta. Se elaboró un plan alimentario bajo en níquel, y medidas higiénico-dietéticas que minimicen el contacto. Se detectó remisión de lesiones cutáneas y del prurito en todos los pacientes bajo dieta. Todos tenían contacto con pescado fresco y tomaban agua de grifo, y solo la mitad tenía antecedentes de dermatitis por contacto, lo que sugiere un mecanismo distinto de sensibilización, pudiendo tener algún tipo de implicancia la presencia de prótesis dentarias u ortopédicas. A pesar de una muestra poco significativa, los resultados propician atribuir a un plan alimentario bajo en níquel como posible tratamiento para esta rara enfermedad alérgica.

201614

¿ES EL MONTELUKAST UN TRATAMIENTO ALTERNATIVO EFICAZ PARA LOS PACIENTES CON RINITIS ALÉRGICA?

Barbara Aguilar Becher¹, Cristian Moriconi, Susana Cáceres, Alicia De Falco, Gladys Rigazzi, Marta Chilelli.

1. HIGA R. Rossi, La Plata.

barbaraaguilarbecher@gmail.com | *Tel: 022-1156187042.*

Introducción. La rinitis alérgica (RA) representa un problema de salud mundial. Los glucocorticoides tópicos nasales (CTN) son la primera línea de tratamiento. Sus reacciones adversas y contraindicaciones relativas son: epistaxis 2-12%, sequedad mucosas 2-10%, glaucoma, desprendimiento de retina, traumatismo facial.

Objetivo. Encontrar en el montelukast una alternativa terapéutica eficaz en casos de intolerancia o contraindicaciones a los CTN.

Materiales y métodos. Se realizó en el Servicio de Alergia del HIGA R. Rossi de La Plata entre octubre de 2015 y junio

de 2016. Escala de síntomas utilizada: hidrorrea, estornudos, prurito y congestión nasal con un *score* de 0 a 4, donde: 0 significa sin síntomas; 1, 2-3 veces/semana; 2, 3-4 veces/semana; 3, 5-6 veces/semana; 4, todos los días. Síntomas subjetivos: escala visual analógica (EVA): 0-1, nulo; 2-3, mínimo; 4-6, moderado; 7-10, intenso. Fármacos utilizados: montelukast 10 mg/día y CTN 200 mcg/día.

Diseño. Evaluación sintomática previa y posterior a cada período. Esquema terapéutico: 30 días con CTN o montelukast aleatoriamente, luego período ventana de 15 días. Segundo esquema terapéutico. Evaluación final.

Resultados. Se seleccionaron 30 pacientes obteniendo los siguientes promedios de los resultados:

Montelukast	Mejoría
Congestión	0,72
Estornudos	1,04
Hidrorrea	1
Prurito de mucosas	1,6
CTN	Mejoría
Congestión	1,48
Estornudos	1,64
Hidrorrea	1,48
Prurito de mucosas	1

Escala EVA: mejoría con CTN, 2,56; mejoría con montelukast, 1,96.

CONCLUSIONES. Ambos fármacos desmostraron eficacia. Se observó que los CTN son más eficaces para el tratamiento de estornudos, hidrorrea y congestión, mientras que el montelukast lo fue para el prurito de mucosas. El montelukast estaría indicado en aquellos pacientes que tienen contraindicación de CTN, especialmente en aquellos en que predomina el prurito de mucosas.

201615

REPORTE DE UN CASO: SÍNDROME DE OMENN

María Cecilia Pérez Tórtolo¹, Cecilia Miranda, Paula Nuñez, Claudia Rodríguez, Natalia Raimondo, Nadia Miranda, Víctor Skrie, Estela Pautasso, Julio Orellana.

1. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Concurrente de Alergia e Inmunología.

cecyltruqui@hotmail.com | Tel: 0351-153643981.

Introducción. El síndrome de Omenn (SO) es una inmunodeficiencia combinada severa (SCID) que se presenta en la infancia temprana caracterizada por cuadros infecciosos, diarrea crónica, retraso del crecimiento, eritrodermia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía y alopecia. A nivel laboratorio encontramos eosinofilia y aumento de niveles de IgE. A menos que sean tratados con trasplante de células madre hematopoyéticas, los pacientes con SO fallecen a temprana edad por graves infecciones oportunistas.

Objetivo. Reportar un caso clínico de este raro síndrome y difundirlo para generar la sospecha temprana.

Caso Clínico: Varón de 3 meses de edad, procedente de Cruz del Eje. APF: embarazo no controlado RNT/AEG, PN: 3160 g parto vaginal, tercera gesta, vacunas completas, niegan consanguinidad. Serología TORCH (-)

Examen físico al nacer: reactivo a estímulos, piel rubicunda, xerosis con descamación de toda la superficie corporal y alopecia. Dx presuntivo inicial: eritrodermia ictiosiforme no ampollar. Laboratorio al inicio: no anemia GB 8300 NS: 59% E: 10% (830) L: 30% (2490) Pla_q 107000. A los 3 meses de vida: ingresa a UTI por gastroenteritis aguda, deshidratación severa, acidosis metabólica y sepsis. Presentaba adenopatías axilares firmes móviles. Punción medular: médula hipoplásica.

Laboratorios al ingreso: pancitopenia; laboratorio de Igs y subpoblaciones: CD3, 83,8% (944); CD4, 19,9% (224); CD8, 66,8% (752); relación CD4/CD8, 0,3; CD19, 0,1% (1); inmunoglobulinas: IgG, 670; IgA, 65; IgM, 72; IgE, 3300; complemento normal.

Cirugías: 1° por cuadro de enterocolitis necrosante con realización de yeyunostomía. 2° por perforación intestinal en la cual se le realizó la resección intestinal y enterolisis.

Infecciones: neumonías, ITU por *Klebsiella blee* y luego por *Candida parapsilosis*, bacteriemia por SAMR.

Tratamiento. Recibió múltiples transfusiones de GR y plaquetas, múltiples tratamientos antibióticos, infusiones de gammaglobulina y factor estimulante de colonias. Fallece a los 21 días de internación por arritmias ventriculares y fallo multiorgánico.

CONCLUSIÓN. Eritrodermia severa y la alopecia son síntomas constantes y tempranos en el período neonatal de SO. Estos hallazgos clínicos deben hacer pensar en indicar prontamente investigaciones inmunológicas. El diagnóstico precoz permite un tratamiento efectivo.

201616

REPORTE DE UN CASO: INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE: ¿ESTAN COMÚN?

María Cecilia Pérez Tórtolo¹, Marcela Ordóñez, Liliana Ortega, Silvana Haggi, Horacio Serra, Gloria Dozo, Natalia Raimondo, Nadia Miranda, Julio Orellana.

1. Hospital Misericordia. Concurrente de Alergia e Inmunología.

cecyltruqui@hotmail.com | Tel: 0351-153643981.

Introducción. La inmunodeficiencia común variable (ICV) se expresa con hipogammaglobulinemia G, disminución de IgA y/o IgM, y de anticuerpos específicos, excluyendo otras causas de hipogammaglobulinemia.

Objetivo. Alertar sobre una patología tratable con riesgo de vida.

Caso Clínico. Varón de 45 años consulta por diarrea crónica (7 a 12 deposiciones/día) de 15 años de evolución e infecciones respiratorias recurrentes, que se acompaña de cefaleas, astenia, pérdida de peso (14 kg en un año) anorexia, calambres, anemias por las que recibió varios tratamientos con hierro y transfusiones. Tuvo 2 internaciones por neumonía en los últimos 2 años y múltiples tratamientos antibióticos.

Examen físico. ORL: secreción purulenta, cornetes hipertrofiados, puntos sinusales negativos, hiperplasia amigdalina. Respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular+. Cardiovascular: auscultación normal. Abdomen: excavado. Osteomioarticular: hipotrofia muscular generalizada. Piel y TCS: xerosis sin adenopatías. IMC: 23.

Laboratorio. GB: 7500 (NS 73/Eo 1/B 0/L 20/Mo 4); GR: $4,78 \times 10^6$; Hto: 29; Hb: 8; anisopoiquilocitosis, hipocromía con ovalocitos; IgA: no dosable; IgG: 22 mg/dl; IgM: <5 mg/dl; IgE: 0,7 UI/ml; serología viral negativa; IgG1: 42 mg/dl; IgG2: 26 mg/dl; IgG3: 29 mg/dl; IgG4: 1 mg/dl; toxoide tetánico: 0,2; neumococo: 6,8. Citometría de flujo. CD3: 87,1%; CD4: 31,3%; CD8: 51,4%; CD19: 7,1%; CD56: 4,5%.

Fagocitosis y complemento: normales.

Rx SPN: sinusitis. TAC tórax: bronquiectasias cilíndricas. VEDA/biopsia: duodeno, severa atrofia de vellosidades intestinales con incremento de linfocitos; lámina propia, moderado infiltrado mono- y polimorfonuclear. Biopsia gástrica: infiltrado inflamatorio mononuclear, acúmulos linfocitos, focos de neutrófilos en criptas glandulares, *H. pylori* (+).

Anatomía patológica: atrofia vellocitaria Grado III-IV, gastritis. TAC abdomen: dilatación con engrosamiento parietal en asas yeyunoiliares a predominio cuadrante inferior, múltiples adenomegalias.

Conducta: inicia gammaglobulina ev y antibiótico profilaxis.

CONCLUSIÓN. La ICV presenta múltiples diagnósticos diferenciales, lo que dificulta el diagnóstico precoz y su demora tiene consecuencias graves. En todos los casos la sospecha es clínica apoyada con el laboratorio y precisa un abordaje multidisciplinario.

201617

SENSIBILIZACIÓN A AEROALÉRGENOS EN RINITICOS Y ASMÁTICOS DE LA CIUDAD DE MARCOS JUÁREZ, CÓRDOBA

Leonor Villa¹.

1. Especialista en Alergia e Inmunología. Grupo de Jóvenes Alergistas. Comité de Alérgenos, Pruebas diag-

nósticas e Inmunoterapia. Sanatorio San Roque, Marcos Juárez Córdoba Argentina,

villaleonor2005@yahoo.com.ar | Tel: 03472-15621735

Introducción. La rinitis y el asma bronquial son patologías de alta prevalencia.

Objetivo. Conocer la sensibilización a aeroalérgenos en los pacientes con diagnóstico de rinitis y asma en la ciudad de Marcos Juárez, Córdoba, Argentina.

Material y métodos. Se realizó un análisis retrospectivo de 70 historias clínicas con diagnóstico de rinitis y asma según ARIA¹ y GINA², respectivamente, desde el año 2015 hasta mayo del 2016. Se realizó *prick test* con una batería de 19 antígenos, provenientes del Laboratorio AllergoPharma-Stallergens. Los datos fueron procesados con el sistema estadístico SPSS20.

Resultados. Del total de 70 pacientes, 36 (52%) eran del sexo masculino y 34 (48%) femenino. El 54% solo padecía rinitis, el 40% rinitis y asma y el 6% asma (**Gráfico 1**). El **Gráfico 2** muestra la distribución según edad.

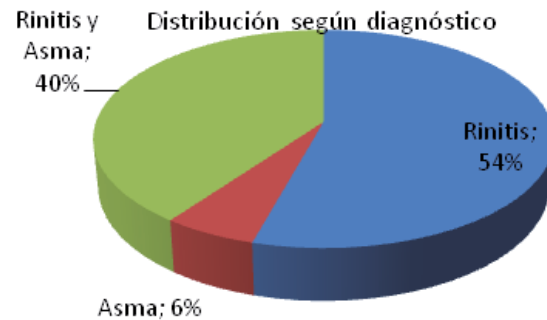


Gráfico 1.

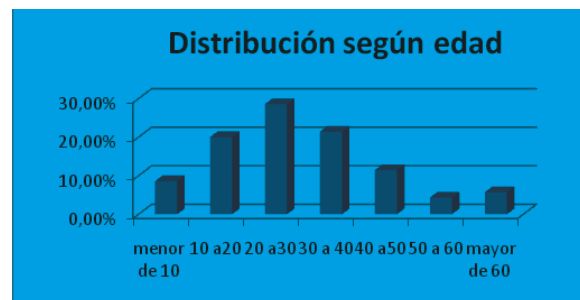


Gráfico 2.

El 85% era sensible a *Dermatophagoides* mezcla, el 77% a *D. pteronyssinus*, el 72% a *D. farinae* y solo el 18% a *Alternaria*. El resto de los antígenos no supera el 10%.

CONCLUSIONES. Si bien el número de pacientes es pequeño se puede ver que existe una alta prevalencia de sensibilización a ácaros del polvo doméstico³, y no a otros ae-

roalegenos comunes. Gato y Perro^{4,5} son otros aeroalergenos intra-domiciliarios pero en este estudio solo se pudo observar una sensibilidad del 6% y 4% respectivamente. El grupo etario fue muy amplio ya que varía desde los 3 años hasta los 76 años de edad.

Bibliografía

1. Allergic Rhinitis and its impact on Asthma (ARIA) 2012. Full text ARIA documents and resources: HYPERLINK "http://www.whiar.org/www.whiar.org"
2. Global Initiative for Asthma (GINA) 2014. www.ginasthma.org
3. Acosta V, Sancho ML. Prevalencia de sensibilización a aeroalergenos en pacientes hospitalarios menores de cinco años en la Ciudad de Córdoba. *Alergia e Inmunología Clínica* 2003;20(2):54-60.
4. Sánchez-Caraballo J, Díez-Zuluaga S, Cardona-Villa R. Sensibilidad a aeroalérgenos en pacientes alérgicos en la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev Alerg Méx* 2012;59(3):139-47
5. Bedolla-Barajas M, Hernández-Colín DD. Sensibilización a aeroalérgenos en sujetos con rinitis alérgica que viven en la zona metropolitana de Guadalajara, México. *Rev Alerg Méx* 2010;57(2):50-56.

201618

DERMATOSIS POR SULFASALAZINA: CASOS CLÍNICOS

Solange Gaviot, Virginia Fassi, Mariana Bertone, Ana Belén Masciarelli, María Kurpis, Juan Diego Roca, Alejandro Ruiz Lascano, Adrián Mario Kahn.

Grupo Integral Clínico Cardiológico GICC, Santa Rosa, La Pampa. Servicio de Alergia e Inmunología, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Servicio de Dermatología, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba (IUCBC).

Introducción. La sulfasalazina pertenece a la familia de las sulfonamidas, y dentro de ellas a las sulfonamidas no antimicrobianas. Esta familia de fármacos es conocida como causante de dermatosis agudas severas, entre otros efectos adversos. Estas reacciones son ocasionadas por los metabolitos activos de las sulfonamidas que pueden actuar como haptenos o como citotóxicos, cuando estas drogas son metabolizadas vía oxidación por citocromo p450.

Objetivos. Reportar dos casos de reacciones adversas cutáneas en pacientes tratados con sulfasalazina.

Materiales y métodos. El primer caso se caracterizó por dermatitis facial y mucositis severa, la que apareció 14 días luego de comenzada la administración de sulfasalazina a un paciente sexo masculino de 24 años con diagnóstico de colitis ulcerosa idiopática. Fue tratado con corticoides orales, ungüentos vaselinados y lidocaína gel, durante días 10 días. Se suspendió sulfasalazina. Tuvo mejoría clínica. El segundo caso se trató de una mujer de 76 años que recibió tratamiento con sulfasalazina por dermatitis her-

petiforme. Luego de 45 días, comenzó con Petequias en miembros inferiores. Se suspende la administración de sulfasalazina y a las 2 semanas comienza con descamación palmoplantar. Se trataron las lesiones con corticoides tópicos y antihistamínicos, con buena evolución clínica y desaparición de las lesiones cutáneas.

La biopsia de piel mostró infiltrado linfocitario perivascular con eosinófilos y extravasación de eritrocitos, y en inmunofluorescencia, depósito granular de C3.

CONCLUSIÓN. Las sulfonamidas, en este caso una sulfonamida no antimicrobiana, siguen causando dermatosis agudas en quienes las reciben, y su diagnóstico y tratamiento oportuno puede evitar el desarrollo de complicaciones más severas.

201619

EXPERIENCIA EN DESENSIBILIZACIÓN A IMPENEM: A PROPÓSITO DE UN CASO

Roberto Gustavo Serrano¹, Roberto Manuel Serrano, Fernando Ariel Serrano, Sergio Daniel Serrano.

1. Policlínico Neuquén, Alergista, Neuquén Capital, Patagonia Argentina.

gusserra@gmail.com | Tel: +54 9 299 4769976

Introducción. La desensibilización es la administración controlada e incremental de una droga que generó previamente alergia, para inducir temporalmente tolerancia a la misma.

Objetivo. Reportar el primer caso exitoso en Argentina de desensibilización con imipenem en una paciente con infección protésica (IP) de cadera por germen polirresistente.

Caso
Materiales y métodos. Mujer de 60 años que desarrolló IP a *Klebsiella* spp polirresistente (solo sensible a imipenem) de cadera izquierda tras reemplazo por fractura. Con antecedentes vagos de alergia a penicilinas y derivados, presentó reacción compatible con anafilaxia (con *rash* e hipotensión arterial) tras administrarle inicialmente imipenem, obligando a la suspensión del mismo. Por considerarse droga indispensable fue derivada a nuestro centro para desensibilización. Se obtuvo firma de consentimiento informado. Se realizó infusión continua en regímenes crecientes en Unidad de Terapia Intensiva, con monitoreo permanente de frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial (TA) y saturimetría de pulso (SpO₂). Previo se hizo *test* cutáneo (*skin prick test*: SPT) e intradermorreacción (IDR) en concentraciones crecientes.

Resultados. Se logró la desensibilización en 4 horas con dosis acumulada de 497,6 mg y fue exitosamente tratada por 14 días con infusiones de 90 minutos de 500 mg de imipenem diarios, sin aparición de alergia, con buena

evolución y resolución de su patología de base. El protocolo usado fue adaptado de un caso reportado previamente (Gorman SK et al. *Ann Pharmacother* 2003;37:513-6).

CONCLUSIÓN. Aunque los mecanismos moleculares de la desensibilización no se comprenden completamente, los diferentes protocolos han mostrado éxito y han permitido la administración de dosis completas de drogas de primera elección en cientos de pacientes, sin aumentar la mortalidad atribuible a reacciones de hipersensibilidad. En el presente caso se demostró la eficacia de la desensibilización en una paciente alérgica clínicamente a imipenem, y es el primer caso publicado en Argentina. Cabe destacar que estos tratamientos deben aplicarse bajo la supervisión estricta de alergistas entrenados a tal fin.

201620

ALERGIA A CEREALES EN EL PACIENTE ADULTO

Paula Núñez¹, Cecilia Miranda, Cecilia Pérez Tortolo, Gloria Dozo, Nelly Barrera.

1. Servicio de Alergia e Inmunología de Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba.

paulanunezcba@gmail.com | Tel: 351-3841572.

Introducción. Diferentes tipos de cereal pueden ser causa de alergia. Trigo, centeno, cebada, avena, maíz o arroz son los responsables de esta alergia. La prevalencia de la alergia a cereales es baja comparada con otros alimentos, aunque existen diferencias geográficas y por la edad. Los cereales contienen numerosas proteínas con poder alérgico.

Objetivo. Reportar un caso de alergia alimentaria en el adulto, teniendo en cuenta que se trata de una patología poco prevalente en este rango etario.

Caso clínico. Mujer de 37 años oriunda de Carlos Paz, Córdoba. Bombero voluntaria e inspectora náutica. Presenta urticaria generalizada pruriginosa con angioedema facial de más de 6 semanas de evolución. Múltiples tratamientos con antihistamínicos, sin resolución. Refiere que aparece el cuadro cuando consume avena, productos con harina de trigo, y un episodio con el consumo de diclofenac. Exacerban los síntomas al exponerse al sol, el calor y ejercicio físico. Antecedentes patológicos: hipotiroidismo. Antecedentes quirúrgicos: histerectomía. Antecedentes alérgicos familiares: hermana alérgica a proteína de leche de vaca, hijo con alergia a penicilina.

Testificación para alimentos. Harina de trigo (+), polvo de cereales (+), maíz (+), polvo de soja (+), trigo alimento (-). Testificación con aeroalérgenos, negativa.

GB: 4500/mm³ (Eo 90 VA); Hb: 14 g/dl; VSG: 5 mm, función renal: normal; hepatograma: normal; IgE: 63 UI/ml; C3: 82 mg/dl; C4: 18 mg/ml, Vit D2+D3: 38 ng/dl; Ac antitransglutaminasa IgA: 1,7 U/ml; Ac antitransglu-

taminasa IgG 1,3 U/ml; Ac anti gliadinadeaminada IgA: 2,2 UI; Ac anti gliadinadeaminada IgG: 1,3 UI/ml; C1 inh cuantitativo y funcional: normales. Anticuerpos anti-tiroglobulina, Ac anti peroxidasa, negativos. Se indica anti H1 y dieta libre de TAAC. Paciente con buena respuesta al tratamiento.

201621

ANEMIA FERROPÉNICA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Paola Marchetti¹, Petriz N¹, Mehaudy R², Jaureguy B³, Claudio Parisi¹.

1. Becaria de perfeccionamiento, Sección Alergia. Servicio de Clínica Pediátrica. Hospital Italiano de Bs As. Sección Alergia.

2. Servicio de Gastroenterología Pediátrica Infantil. Hospital Italiano de Bs As.

3. Servicio de Alimentación Hospital Italiano de Bs As.

Palimarchetti@hotmail.com | Tel: 11-5-842-7699

Introducción. El aumento de las alergias alimentarias en niños es motivo de preocupación a nivel mundial, siendo la gastroenteritis eosinofílica una entidad inusual, caracterizada por la presencia de eosinofilia en dos o más sitios del tubo digestivo. Las manifestaciones clínicas varían conforme a las capas afectadas.

Objetivos. Describir un caso clínico de presentación poco frecuente; Conducta y manejo terapéutico implementado. **Caso Clínico.** Paciente de 19 años, en seguimiento hace 5 años por Servicio de Hematología con diagnóstico de anemia ferropénica (sat 7%; ferremia 47) en tratamiento semanal con hierro.

Evaluada por Servicio de Gastroenterología. Ac. celiaquía (negativos), Sangre oculta en materia fecal (negativo). Por presentar distensión y dolor abdominal posprandial asociado a diarrea, se realiza videoendoscopia digestiva alta (VEDA) + videocolonoscopia (VCC) que informan: mucosa antral, 15 eosinófilos/campo, signos de degranulación; mucosa duodenal, desarrollo de vellosidades, 15 eosinófilos/campo; mucosa íleon/colon >50 eosinófilos/campo.

Evaluada por equipo de alergia alimentaria. *Test* cutáneo y *test* parche (alimentos): negativos. Se indica dieta de exclusión con 4 alimentos (leche, huevo, trigo y soja) por 8 semanas, presentando notable mejoría clínica y de laboratorio. Se reincorporan gradualmente alimentos, notándose reagudización de síntomas ante ingesta de trigo.

CONCLUSIÓN. La anemia como manifestación clínica es excepcional, pero posible. En casos donde los *test* para determinar la sensibilidad a alimentos son negativos, las

dietas de evitación de 4 o 6 alimentos representan una alternativa interesante de tratamiento en estas patologías.

201622

ENCUESTA ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES ASISTIDOS EN GUARDIA EXTERNA POR EXACERBACIÓN ASMÁTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO

Daniela Pianetti^{1,2}, Leila Müller¹, Natalia González Ferrero¹, Antonela Mossuz¹, Jorge L. Molinas³, Ledit R.F. Arduso^{1,4}.

1. Servicio de Alergia e Inmunología, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina.

1. Hospital "Dr. Roque Sáenz Peña", Rosario, Argentina.

1. Facultad de Química, Universidad del Centro Educativo Latinoamericano, Rosario, Argentina.

4. Cátedra Neumonología, Alergia e Inmunología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.

danipianetti@hotmail.com | Tel: (0341) 153-713968.

Introducción. Las exacerbaciones asmáticas pueden ser graves y ponen en riesgo la vida de los pacientes. Los episodios reiterados tienen un efecto deletéreo importante sobre el pulmón, afectando el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida de aquellos que la padecen.

Objetivos. Conocer las características demográficas y epidemiológicas de pacientes asistidos en guardia por exacerbación asmática en un hospital público de Rosario.

Material y métodos. Estudio transversal de 12 meses de duración, realizado mediante cuestionario de 11 preguntas a pacientes que asistieron a la guardia general o fueron internados por exacerbación asmática.

Resultados. Completaron el cuestionario 82 pacientes de entre 13 y 65 años (59,8% sexo femenino). Del total, 57,3% habían requerido internación en otra oportunidad; el tiempo de inicio del asma fue de 20 años en promedio. El 64,2% (n=52) utilizaba medicación controladora, la mayoría masculinos (45,4% vs. 14,2%; p=0,001), principalmente ICS+SABA (55,8%), seguido de SABA (17%) y ICS solos (15,4%). Sólo 6 pacientes (11,5%) recibían terapia combinada ICS+LABA. El 73,2% realizaba seguimiento médico de su enfermedad y la distribución por especialidad fue: clínico/generalista (54%), neumonólogo (16%), alergólogo (16%). Las respuestas sobre la espirometría se observan en la Tabla 1. El 23,2% era fumador actual y en el 49,4% se identificó una infección respiratoria como posible causa de la exacerbación. El 85,4% manifestó deseo de mejorar su tratamiento para evitar nuevos episodios.

CONCLUSIONES. Estos datos muestran que muchos

de los pacientes con exacerbaciones asmáticas tienen un control inadecuado de su enfermedad, lo que obliga a difundir más las guías y normas de tratamiento existentes, a fin de reducir estos episodios que representan un gran impacto en la salud del paciente así como elevados gastos tanto para el paciente como para el estado.

TABLA 1. Pregunta: ¿Realizó alguna vez un examen funcional respiratorio o espirometría?

Respuesta	n	%
Nunca	23	28,04
No sabe lo que es eso	0	0
Sí, en el último año	28	34,14
Sí, alguna vez, pero hace más de 1 año	28	34,14
No recuerda cuándo fue la última vez	3	3,65

201623

HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA AL ÁCIDO TIÓCTICO: PRIMER CASO REPORTADO

Soledad Rotella¹, Adriana Brandi, Paula Zabala, Víctor Bittar.

1. Residente de 2° año de Inmunología Clínica. Hospital Central de Mendoza.

soledadrotella@hotmail.com.ar | Tel: 0261-156903054.

Introducción. El ácido tióctico (AT) es un cofactor de enzimas mitocondriales. Transfiere el grupo acetilo del ácido pirúvico formando acetil coenzima A. Tiene propiedades antioxidantes: reduce especies reactivas del oxígeno, regenera antioxidantes endógenos, repara el daño tisular oxidativo y quelante. Se utiliza en enfermedades como diabetes, aterosclerosis, neuropatía, enfermedades neurodegenerativas, isquemia-reperfusión, enfermedades oculares, trastornos de memoria, síndrome de fatiga crónica, VIH, cáncer, hepatopatías, enfermedad de Lyme y como productos antiedad tópicos. Tiene alto perfil de seguridad. Los principales eventos adversos son hipoglucemia, mareo, diaforesis, cefalea, alteraciones visuales. Son infrecuentes: náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea. Se han reportado reacciones de hipersensibilidad retardada por cremas tópicas. No se ha reportado hipersensibilidad inmediata.

Caso Clínico. Mujer, 42 años, antecedentes: diabetes mellitus tipo 2, neuropatía, cardiopatía isquémica y tabaquismo. Tratada con metformina, insulina NPH, atenolol, AAS, rosuvastatina, clopidogrel, pantoprazol y alprazolam. Refiere rinitis persistente/estacional. Consulta por anafilaxia posterior a la ingesta de caldo de verdura y mostaza. Además inicia, 48 hs previas, AT 600 mg/día.

Derivada a Alergia. Continúa con ingesta de AT y evita la mostaza. Examen físico: ronchas. Laboratorio: IgE total elevada y *test* cutáneo con alimentos negativo. Realiza *test*

de provocación controlada con AT en 2 días. Día 1: dos dosis de 150 mg con intervalo de 1,5 hs. Refiere prurito en cuello, autolimitado. Día 2: 1 comprimido de 300 mg y 1 de 600 mg separados por 1,5 hs. Asintomática. 2,5 hs posteriores a la última ingesta: prurito generalizado, ronchas, edema palpebral, mareos, hipotensión y taquicardia. Se aplican adrenalina IM, difenhidramina y dexametasona EV e hidratación. Se externa asintomática.

CONCLUSIÓN. El AT ha sido estudiado para múltiples patologías. No se han reportado efectos adversos severos ni anafilaxias. Se reporta el primer caso de hipersensibilidad inmediata severa al AT validado por *test* de provocación diseñado en nuestro servicio.

Tabla 1. Laboratorio.

HTO	42%	GGT (UI)	24
GB	7300 (fc)	IgE total	1170 UI
VSG/PCR	8 mm/2 mg/dl	Orina	Glucosa ++
Glucemia	2 g/l		
Ure/crea	0,16 g/dl/5,7 mg/dl		
GOT/GPT (UI)	18/16		

TABLA 2. Protocolo de provocación oral con AT.

Día 1	Intervalo	Día 2	Intervalo
AT 150 mg vía oral	90 minutos	AT 300 mg vía oral	90 minutos
AT 150 mg vía oral	120 minutos	AT 600 mg vía oral	120 minutos

Bibliografía

- Roldán E. Fundamentos y aplicaciones de las propiedades antioxidativas del ácido tióctico. *Medicina (Bs. As)* 48: 525-29 (1988)
- Packer L, et al. Alpha-lipoic acid as a biological antioxidant. *Free Radic Biol Med*. 1995 Aug;19(2):227-50.
- Ziegler D, et al. Effects of treatment with the antioxidant alpha-lipoic acid on cardiac autonomic neuropathy in NIDDM patients. A 4-month randomized controlled multicenter trial (DEKAN Study). *Deutsche Kardiale Autonome Neuropathie*. *Diabetes Care* 1997 Mar;20(3):369-73.
- Reljanovic M, et al. Treatment of diabetic polyneuropathy with the antioxidant thioctic acid (α -lipoic acid): A two year multicenter randomized double-blind placebo controlled trial (ALADIN II). *Free Radic Res* 1999;31(3):171-9.
- Ziegler D, et al. Treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy with the antioxidant alpha-lipoic acid: a 7-month multicenter randomized controlled trial (ALADIN III Study). ALADIN III Study Group. *Alpha-Lipoic Acid in Diabetic Neuropathy*. *Diabetes Care* 1999 Aug;22(8):1296-301.
- Ziegler D, et al. Oral treatment with alpha-lipoic acid improves symptomatic diabetic polyneuropathy: the SYDNEY 2 trial. *Diabetes Care* 2006 Nov;29(11):2365-70.
- Aplicaciones clínicas del ácido tióctico (ácido α -lipoico) en pacientes con neuropatía diabética sintomática: revisión. *Med Int Mex* 2007;23:151-8.
- Papanas N, et al. Efficacy of α -lipoic acid in diabetic neuropathy. *Expert Opin Pharmacother* 2014;15(18):2721-31.
- Rizzi A, et al. Delayed hypersensitivity to alpha-lipoic acid: look at dietary supplements. *Contact Dermatitis* 2015;73:49-67.

201624

ÁCAROS DEL POLVO PRINCIPALES DESENCADENANTES DE RINITIS Y/O ASMA ALÉRGICA EN LA CIUDAD DE LIMA

Óscar Calderón Llosa¹, José Ignacio Larco.

1. Médico especialista en Alergología. Consulta Privada Alergia Asma Perú

oscarcalderonll@gmail.com | Tel: 0051-967745127

Introducción. En Perú los alérgenos con mayor importancia como desencadenantes de enfermedades respiratorias alérgicas son los ácaros del polvo doméstico. Conocer la prevalencia de sensibilización de las especies más frecuentes es importante para el diagnóstico y tratamientos específicos como la inmunoterapia con alérgenos.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo en pacientes de distintos municipios de la ciudad de Lima, quienes acudieron para evaluación de síntomas respiratorios a las consultas especializadas de Alergología en la Clínica San Felipe y Consulta Privada Alergia Asma Perú entre los años 2013 y 2015.

Se realizaron pruebas cutáneas según las guías recomendadas por Bousquet et al. con extractos alergénicos de ácaros de las siguientes especies: *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, *Blomia tropicalis*, *Euroglyphus maynei*, del laboratorio INMUNOTEK (España).

Resultados. Se incluyeron 300 sujetos con diagnósticos compatibles de rinoconjuntivitis y/o asma (GINA y ARIA respectivamente), rango de edad 2-77 años, con una media de 24 años, 198 (66%) eran masculinos y 102 (34%) femeninos. Según el grupo etario 119 (39,65%) eran menores de 15 años. Se observó rinitis en 204 (68%), asma en 6 (2%) y finalmente rinitis asociada a asma en 90 (30%) sujetos; 297 (99%) tuvieron sensibilización cutánea a por lo menos una de las 4 especies de ácaros testeados, siendo las especies de *Dermatophagoides* (81,6%) las más prevalentes, *B. tropicalis* (79%), *E. maynei* (57%).

CONCLUSIÓN. Observamos que, en la consulta de Alergología, la patología respiratoria más frecuen-

te es la rinoconjuntivitis. Asimismo, podemos concluir que, en este estudio, la sensibilización a las especies de *Dermatophagoides* es la más frecuente en pacientes con alergia respiratoria, en la ciudad de Lima. El *E. maynei* es una especie de ácaro relevante y que actualmente debería incluirse en la realización de pruebas cutáneas en este tipo de pacientes.

201625

PRINCIPALES ALÉRGENOS RELACIONADOS CON DERMATITIS ATÓPICA EN LA CIUDAD DE PIURA (PERÚ)

Óscar Calderón Llosa¹, José Ignacio Larco.

1. Médico especialista en Alergología. Centro Médicos Asociados San Sebastián.

oscardalderonll@gmail.com | *Tel: 0051-967745127*

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una inflamación crónica de la piel que afecta a bebés lactantes y niños preescolares predominantemente; en algunos casos es posible demostrar la existencia de alergia a uno o varios alimentos o a otros neumalérgenos. **Objetivo.** Identificar la prevalencia de los principales alérgenos IgE mediados como desencadenantes de crisis de DA a través de las pruebas cutáneas.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo en pacientes con diagnóstico de DA en la ciudad de Piura, quienes acudieron para evaluación de síntomas cutáneos a la consulta especializada de Alergología en el Centro: Médicos Asociados San Sebastián, desde octubre 2015 a abril 2016. Se realizaron pruebas cutáneas según las guías recomendadas por Bousquet et al. con extractos alérgenos de laboratorio (INMUNOTEK, España): ácaros del polvo (*Dermatophagoides pteronyssinus*), hongos (*Alternaria alternata*), polen de algarrobo, caspa de animales, cucarachas, leche de vaca, huevo de gallina, trigo, soja, gamba, cacahuete, cítricos, pescados.

Resultados. Se incluyeron 60 pacientes, rango de edad 6-60 meses, 38 (63,3%) eran masculinos y 22 (36,6%) femeninos. Además se observó síntomas de rinoconjuntivitis en 32 (53,3%), rinoconjuntivitis y asma en 12 (20%); 28 (46,6%) no presentaron síntomas respiratorios. Treinta y dos (53,3%) tuvieron sensibilización cutánea a *Dermatophagoides pteronyssinus*, 10 (16,6%) a polen de algarrobo, 6 (10%) a caspa de perro, 4 (6,6%) a caspa de gato, 2 (3,3%) a *A. alternata*, 10 (16,6%) a huevo de gallina, 6 (10%) a leche de vaca, 2 (3,3%) a trigo, 2 (3,3%) a soja.

CONCLUSIONES. Los alérgenos respiratorios fueron los sensibilizantes con mayor prevalencia en pacientes con DA en este estudio; y dentro de ellos, los ácaros del pol-

vo y el polen de algarrobo. El huevo de gallina y la leche de vaca son los sensibilizantes más frecuentes dentro de los alérgenos alimentarios. Es necesario realizar estudios más amplios con la finalidad de confirmar estos hallazgos.

201626

ANGIOEDEMA HEREDITARIO. CASO CLÍNICO.

Luciano Cortigiani.

Hospital Rivadavia. Médico de Planta del Servicio de Alergia.

drcortigiani@yahoo.com.ar | *teléfono 4631-0994.*

El angioedema hereditario (AEH) con deficiencia del C1 inhibidor es una enfermedad rara, con una frecuencia estimada 1:10.000 a 1:50.000 individuos en la población general.

Caso Clínico. Paciente femenino de 59 años, comienza hace 3 años con síntomas de edema recurrentes de labios, cara, manos y dolor abdominal; dura 48-72 hs con pobre respuesta a corticoides sistémicos y antihistamínicos. No presenta antecedentes familiares de AEH. Laboratorio: C4 3,26 mg/dl (15-61), C1 inhibidor 4 mg/dl (15-35), C1 inhibidor funcional 2,1% (70-130%) y C1q 56 mg/dl (118-238).

Diagnóstico presuntivo de angioedema adquirido, se deriva a Reumatología y diagnostican síndrome de Sjögren; laboratorio positivo FAN 1/ 1.280 moteado fino, Ac. anti-Ro mayor 80 y Ac. anti-La mayor 80 (positivo fuerte) y comienza tratamiento. En el año 2014 la paciente presenta episodio severo con edema de vía aérea superior y dolor abdominal con riesgo de vida. Se interna en Hospital Rivadavia, al no responder a corticoides sistémicos y antihistamínicos y no contar con tratamiento específico de AEH, se decide tratar con PLASMA FRESCO CONGELADO vía EV 2 unidades. La paciente tiene muy buena respuesta. Por cuadro clínico se decide realizar una segunda muestra de laboratorio específico para AEH; C3 156,26 mg/dl (normal), C4 3,05 mg/dl (reducido), C1 Inh 8,31 mg/dl (reducido), C1 inhibidor funcional 12,4% (función deficiente) y C1q 25 mg/dl (reducido). La concentración de la fracción de C1q se encuentra reducido puede ser atribuido a su enfermedad autoinmune (síndrome Sjögren). Se realiza estudio genético del gen *SERPING1*. Se detectó la mutación de *splicing c.1031-20a>g* en estado de heterocigosis del gen *SERPING1*. Esta mutación ya ha sido descrita en pacientes con AEH por deficiencia de C1 Inh y se considera patogénico.

CONCLUSIONES. Considerando todos los estudios realizados, los resultados son compatibles con el diagnóstico de angioedema hereditario Tipo I. Se recomienda el asesoramiento genético a la familia y se indica tratamiento con icatibant para los episodios agudos.

201627

CONCENTRACIONES MÁXIMAS DE POLEN DE OLIVO Y CRISIS ASMÁTICAS EN LA CIUDAD DE TACNA (PERÚ)

Óscar Calderón Llosa

Médico especialista en Alergología. Clínica Isabel (Calle Arica 151 – Tacna).

oscardalderonll@gmail.com | Tel: 0051-967745127

Introducción. Tacna es una ciudad ubicada al sur Peruano en el límite con Chile. En esta región se encuentran cultivadas aproximadamente 16 mil hectáreas de olivares, y es el máximo productor de aceitunas del país. Este polen es reconocido mundialmente por su alta potencia para desarrollar enfermedades alérgicas respiratorias.

Objetivo. Correlacionar las concentraciones máximas de granos de polen de olivo y atenciones por crisis asmáticas en urgencias durante la estación primaveral.

Material y métodos. El conteo polínico se realizó de acuerdo a la técnica estandarizada con un equipo *Burkard spore trap for 7 days* (*Burkard Manufacturing*®, *Hirst, United Kingdom*) y el procedimiento de análisis recomendado por el comité de aerobiología de la SEAIC (muestreo septiembre-diciembre 2015).

Se obtuvieron datos de la Clínica Isabel sobre las atenciones de crisis de asma por urgencias (septiembre a diciembre 2015).

Resultados. Las oleáceas son el taxón polínico de mayor importancia en la zona sur del Perú. Los valores más elevados de granos de polen de olivo se registraron entre la segunda y tercera semanas de octubre, con conteos diarios entre 40 hasta 240 granos/m³ por día, y se evidencia una mayor atención de crisis de asma por urgencias coincidiendo con los picos polínicos (**Figura 1**).



CONCLUSIONES. Presentamos el primer estudio donde se correlacionan las concentraciones pico de polen de olivo y las atenciones de crisis de asma por urgencias en Tacna. El incremento del número de hectáreas de árboles de olivo cultivadas en la zona sur de Perú, y por tanto las elevadas concentraciones de polen de olivo al cual la población está expuesta, son actualmente un problema de salud pública a tener en cuenta por el desarrollo de enfermedades respiratorias alérgicas.

Premio al mejor trabajo libre presentado en formato póster 201628

IMPRONTA TH2 DEL INFILTRADO CELULAR PRESENTE EN PÓLIPOS COLÓNICOS EN PACIENTES ATÓPICOS

Karina Canziani, Luciana Guzmán, Norma Balcarce, Melisa Pucci Molineris, David Díaz-Jiménez, Marcela García, María Eugenia Altamirano, Eduardo Cueto Rúa, Marjorie De la Fuente, Glauben Landskron, Dominik Meier, Marcela Ramello Hermoso, Carlos A. Fossati, Cecilia Muglia, Guillermo H. Docena¹.

1. Bioquímico, investigador de CONICET, Instituto de Estudios Inmunológicos y Fisiopatológicos - IIFP (UNLP-CPNICET), Facultad de Ciencias Exactas, Universidad Nacional de La Plata.

guidoc@biol.unlp.edu.ar | Tel: 0221 425 0497 int 45.

Introducción. La presencia de pólipos en colon humano ha sido mayormente asociada a procesos tumorales, mientras que los pólipos nasales han sido descriptos en pacientes atópicos con rinitis.

Objetivo. Caracterizar el infiltrado inflamatorio de pólipos colónicos en pacientes atópicos con sangrado rectal y sospecha clínica de alergia alimentaria.

Materiales y métodos. Se estudiaron 44 pacientes (9 meses - 15 años de edad) durante 2014 y 2015, de los cuales 18 (40,9%) presentaron pólipos colónicos en la colonoscopia. Estos fueron extirpados y se realizaron los siguientes estudios: histología, inmunohistoquímica, microscopía confocal, qRT-PCR, ELISA, aislamiento y clonación de linfocitos T (LT). Además, a los pacientes se les hizo prueba cutánea (SPT) y determinaciones de IgE total y específica sérica por ELISA. Como control se analizó una biopsia tomada de la mucosa cercana al pólipo.

Resultados. Encontramos que el 78,6% de los pacientes tenían historia clínica personal y familiar de atopía y niveles elevados de IgE específica sérica para alérgenos alimentarios, aunque con prueba cutánea negativa. El estroma del pólipo mostró la presencia de un infiltrado inflamatorio con eosinófilos y células mononucleares, centros germinales activos, células plasmáticas productoras de IgE. LT específicos de alérgenos de leche bovina, citoquinas Th2 y eotaxina-3 elevada significativamente y citoquinas Th1 y Th17 disminuidas.

CONCLUSIÓN. Hallamos que los pólipos presentan un infiltrado inflamatorio alérgico, con componentes Th2, células productoras de IgE y LT específicos de proteínas de leche de vaca. Estos hallazgos sugieren que podría haber una relación causal entre la presencia de los mismos y la condición de atópicos de los pacientes.

201629

ANGIOEDEMA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PROBABLES CAUSAS
María Belén Bossio¹, Adrián M. Kahn.

 1. Residente, Servicio de Alergia e Inmunología. Hospital Privado Centro Médico de Córdoba.
mariabelenbossioeusebio@gmail.com | Tel: +56 9 77459048

Introducción. El angioedema es una causa frecuente de consulta a los Servicio de Alergia e Inmunología.

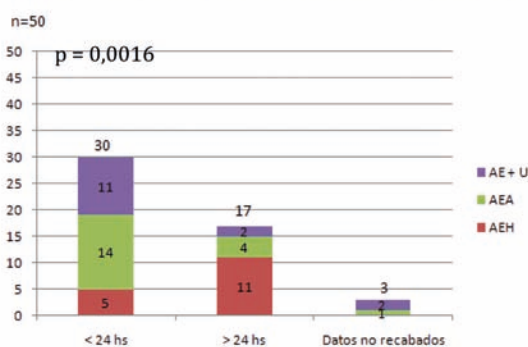
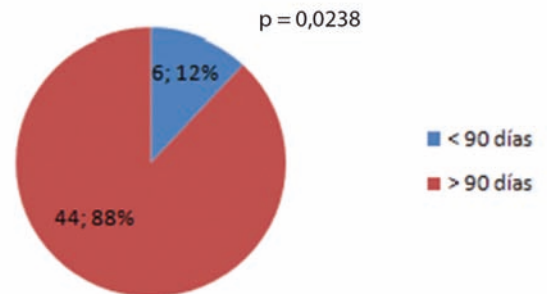
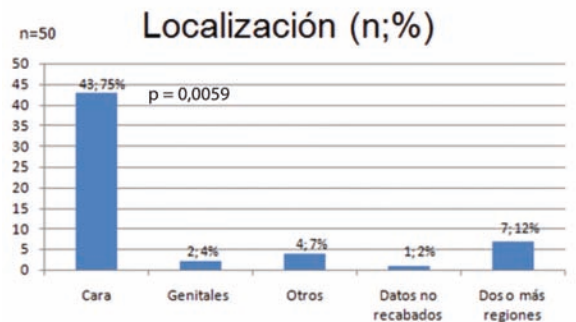
Objetivos. Realizar una descripción demográfica de los pacientes que consultan a nuestro servicio; determinar probables causas y clínica de los pacientes con angioedema y comparar los grupos angioedema, urticaria asociado a angioedema y angioedema hereditario.

Materiales y métodos. Se incluyeron 50 pacientes con 2 o más episodios de angioedema en un período de dos años.

Resultados. La edad predominante fue el grupo entre 21 y 40 años (**Tabla 1**). La distribución por sexo fue equitativa para ambos (**Tabla 1**), sin diferencias significativas al comparar los 3 grupos ($p=0,06408$). Los pacientes del grupo AEH presentaron mayor duración (en horas) de los episodio de AE con respecto a los otros grupos ($p=0,0016$) (**Gráfico 1**). El 92% de los casos fueron recurrentes y todos los grupos presentaron una tendencia hacia un tiempo de evolución crónico ($p=0,0238$) (**Gráfico 2**). La localización predominante fue la cara en todos los grupos estudiados ($p=0,0059$) (**Gráfico 3**). La causa predominante tanto en el angioedema adquirido como en el angioedema asociado a urticaria fueron los fármacos; también se encontraron, en el grupo angioedema asociado a urticaria, otras enfermedades de tipo no alérgicas como probables causas.

TABLA 1

	AEH	AEA	AE+U
Pacientes	16	19	15
Edad	34±13 (6-56)	44±17 (16-71)	28±11 (26-63)
Sexo f/m	6/10	8/11	11/4

Distribución por duración del AE (n)

Gráfico 1
Tiempo de evolución (n; %)

Gráfico 2

Gráfico 3

CONCLUSIONES. Este estudio resalta la importancia de la valoración de las características clínicas y demográficas del angioedema para identificar las probables causas, aunque para el diagnóstico específico en algunos casos se requiere de laboratorios y métodos diagnósticos especializados.

201630

ESTUDIO DE SENSIBILIZACIÓN CUTÁNEA A NEUMOALÉRGENOS EN LA CIUDAD DE TACNA (PERÚ).
Oscar Calderón Llosa

Médico especialista en Alergología. Clínica Isabel (Calle Arica 151 – Tacna).

oscarcalderonll@gmail.com | Tel: 0051-967745127

Introducción. Identificar los alérgenos más frecuentes en las distintas áreas geográficas es importante para el diagnóstico y tratamiento específico como la inmunoterapia. Nuestro objetivo fue reconocer la prevalencia de los principales neumoaérgenos desencadenantes de enfermedades respiratorias alérgicas en la ciudad de Tacna.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo en pacientes en la ciudad de Tacna que acudieron para evaluación de síntomas respiratorios a la consulta especializada de Asma y Alergia en la Clínica Isabel entre septiembre 2015 a mayo 2016.

Se realizaron pruebas cutáneas según las guías recomendadas por Bousquet et al. con extractos alergénicos de laboratorio INMUNOTEK: ácaros del polvo (*Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, *Blomia tropicalis*, *E. maynei*), Hongos (*Alternaria alternata*, *Cladosporium herbarum*, *Aspergillus fumigatus*, *Penicillium notatum*), polen de olivo (*Olea europaea*), caspa de animales (perro, gato), cucarachas.

Resultados. Se incluyeron 100 sujetos con diagnósticos compatibles de rinoconjuntivitis y/o asma (GINA y ARIA, respectivamente), rango de edad 2-74 años, 64 (64%) eran masculinos y 36 (36%) femeninos. Según el grupo etario, 56 (56%) eran menores de 15 años. Se observó rinoconjuntivitis en 88 (88%), asma en 7 (7%) y rinoconjuntivitis asociada a asma en 37 (37%) sujetos.

Neumoalérgenos	Sujetos sensibilizados
Ácaros de polvo (<i>Dermatophagoides</i> mayor prevalencia)	87 (87%)
Polen de olivo (<i>Olea europaea</i>)	35 (35%)
Epitelio de animales (gato mayor prevalencia)	32 (32%)
Cucarachas (<i>Blatella</i> germánica, <i>Periplaneta</i> americana).	6 (6%)

CONCLUSIÓN. En el presente estudio los neumoalérgenos más prevalentes son los ácaros del polvo, y la especie *Dermatophagoides* es la de mayor sensibilización. En el sur peruano, al ser una región con el clima propicio para la producción de aceitunas (16 mil hectáreas sólo en Tacna) y tener la mayor producción a nivel nacional, observamos un 35% de pacientes sensibilizados a la *Olea europea*, quienes además refieren síntomas en época de primavera.

201631

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO DE LA URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA A TRAVÉS DE LA PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS EN UN SIMPOSIO INTERACTIVO

Ledit R. F. Arduoso¹, Iván Stigliano², Pablo Bianculli², Jorge Molinas³, Jorge F. Máspero⁴

1. Jefe del Servicio de Alergia, Hospital Provincial del Centenario. Cátedra Neumonología, Alergia e Inmunología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.

2. Novartis Argentina.

3. Facultad de Química. Universidad del Centro Educativo Latinoamericano, Rosario, Argentina.

4. Fundación CIDEA, Buenos Aires, Argentina.

ardussol2829@gmail.com | Tel.: (0341)156-426843

Introducción. La urticaria crónica espontánea es una patología frecuente que afecta marcadamente la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Recientemente han aparecido diversas guías internacionales y una nacional, que dan base científica tanto al diagnóstico correcto como al tratamiento adecuado de esta entidad.

Objetivo. Evaluar si los alergólogos y dermatólogos siguen los postulados de estos documentos en la vida real.

Material y métodos. Se elaboró un caso clínico de urticaria crónica y se fue desarrollando el mismo durante dos eventos nacionales que convocan principalmente alergólogos en uno y dermatólogos en otro. Durante la exposición se realizaron 7 preguntas con respuestas múltiples y única opción, 4 de diagnóstico y evolución y 3 de tratamiento. Los asistentes disponían de un dispositivo electrónico de votación remota y tenían 10 segundos para responder. Inmediatamente transcurrido ese lapso, aparecía en pantalla la respuesta correcta de acuerdo a la Guía Argentina de Urticaria y Angioedema (2014) con el resultado de la votación. Esas preguntas eran realizadas progresivamente, en la medida que se iba desarrollando el cuadro clínico y la complejidad del mismo crecía.

Resultados. Se entregaron 120 dispositivos a alergólogos en el XXXVIII Congreso Anual de Alergia e Inmunología Clínica y 150 a dermatólogos en el 64° Curso Intensivo de Perfeccionamiento Dermatológico para Graduados "Prof. Dr. Luis E. Pierini", llevados a cabo en agosto y octubre de 2015, respectivamente. Las respuestas a las preguntas que se realizaron valoradas como correctas/incorrectas están resumidas en la Tabla I.

CONCLUSIÓN. Un porcentaje importante tanto de especialistas en alergia como en dermatología no siguen las guías actuales para el tratamiento de la urticaria crónica. Existen diferencias significativas entre especialidades en el porcentaje de respuestas correctas en la mayoría de las preguntas planteadas. Se deberían implementar más estrategias de diseminación de las guías para ambas especialidades.

TABLA I. Respuestas correctas a las 7 preguntas realizadas durante el desarrollo del caso clínico según especialidad

Tema de la pregunta	% Respuestas correctas		Significación estadística (p)
	Alergólogos (n=120)	Dermatólogos (n=150)	
1. Diagnóstico	65	38,8	0,00001
2. Evolución	27,5	40	0,03
3. Procedimiento diagnóstico inicial	4,2	6	0,49
4. Marcador de severidad	14,2	8	0,10
5. Primer escalón terapéutico	51,7	38	0,03
6. Segundo escalón terapéutico	50	66	0,07
7. Tercer escalón terapéutico	10	18,3	0,06

201632

SEGURIDAD DEL DESAFÍO ORAL CONTROLADO CON MELOXICAM EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INTOLERANCIA A AINE
Leila Müller¹, Natalia González Ferrero¹, Gerardo Marcipar¹, Antonela Mossuz¹, Daniela Pianetti¹, María Soledad Crisci^{2,3}, Jorge L. Molinas⁴, Ledit R.F. Arduso^{1,2}

1. Concurrente de segundo año de la carrera de posgrado de Alergia e Inmunología. Servicio de Alergia e Inmunología, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina.

2. Cátedra Neumonología, Alergia e Inmunología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.

3. Instituto Especialidades de la Salud Rosario, Rosario, Argentina.

4. Facultad de Química. Universidad del Centro Educativo Latinoamericano, Rosario, Argentina.

leilajmuller@hotmail.com | Tel.: (0341) 156-181234.

Introducción. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) representan la segunda causa más frecuente de reacciones de hipersensibilidad inducidas por fármacos; afectando al 1-3% de la población. Estas reacciones estarían mediadas por inhibición de la enzima ciclooxigenasa-1 (COX-1). Las drogas con selectividad COX-2 serían bien toleradas.

Objetivo. Determinar seguridad del uso de meloxicam en sujetos con diagnóstico de intolerancia a AINE.

Material y método. Se analizaron retrospectivamente 66 historias clínicas de pacientes que habían consultado por distintas manifestaciones clínicas inducidas por el consumo de AINE a dos servicios de Alergia de Rosario (uno público y otro privado). Todos habían sido sometidos a un desafío abierto por vía oral, previa firma de consentimiento informado, con dosis progresivas hasta alcanzar una dosis acumulada de 15 mg de meloxicam en 4 hs.

Resultados. De los 66 pacientes, el 72,7% era de sexo femenino. El 28,8% (n=19) tenía antecedentes de haber reaccionado con 1 AINE previamente, el 27,3% (n=18) con 2, el 24,2% (n=16) con 3 y el 19,7% (n=13) con 4 o más. Las drogas más frecuentemente involucradas fueron: ibuprofeno (25%), aspirina (18,2%), diclofenac y dipirona (17%) y paracetamol (13%); el resto reaccionó con otros AINE o combinaciones de los mismos. De los 66 desafíos, sólo 5 pacientes (7,6%) tuvieron algún síntoma inducido por meloxicam entre las 3 y 10 horas luego de la primera toma. Los mismos fueron: urticaria en 3 casos, eritema en palmas y edema palpebral en uno y angioedema labial en otro. Ninguno requirió internación y todos remitieron espontáneamente o con la administración de un antihistamínico oral.

CONCLUSIÓN. El desafío oral controlado con meloxicam resultó una metodología segura para realizar en pacientes que presentan intolerancia a AINE, ya que sólo se produjeron manifestaciones menores, aun en pacientes que previamente habían tenido reacciones severas por otros AINE.

201633

PREVALENCIA DE URTICARIA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS DE BUENOS AIRES, ARGENTINA: UN ESTUDIO BASADO EN LA POBLACIÓN DE UN SISTEMA DE MEDICINA PREPAGA
Parisi CA, Petriz N, Morelo C, Ritchie C.

Sección Alergia Adultos y Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción. Urticaria es un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizada por el desarrollo súbito de prurito, habones transitorios y/o angioedema. Esta enfermedad muestra un amplio espectro de presentaciones clínicas y, de acuerdo con la clasificación actual de las guías EAACI/GA2LEN/EDF/WAO, podemos agruparlas en las formas espontáneas (aguda o crónica), urticarias físicas y otros tipos de urticaria. Si bien la urticaria es considerada como una de las enfermedades de la piel más frecuente, existen escasos datos epidemiológicos acerca de la enfermedad. No hay a la fecha estudios epidemiológicos acerca de la prevalencia y distribución en Argentina.

Objetivo. Determinar la prevalencia de la urticaria crónica y aguda en adultos miembros de un sistema de salud privado de Buenos Aires, Argentina, el área de población más grande de Argentina.

Material y métodos. La población estudiada fue la de miembros de programa de atención médica del Hospital Italiano de Buenos Aires. El Hospital Italiano es una organización de cuidado de salud prepaga. Todos los pacientes con diagnóstico de urticaria en la vida adulta (≥ 18 años) ya sea en sus formas crónicas o agudas, con al menos 12 meses de seguimiento, se incluyeron en el estudio. Se utilizaron los múltiples métodos para la detección de casos de manera de asegurar el diagnóstico correcto: a) los pacientes incluidos en las bases de datos de alergia; b) los pacientes con el código ICPS (*International Classification of Diseases*) codificado en la historia clínica electrónica del hospital; y c) pacientes con ICD 9 (Clasificación Internacional de Enfermedades) códigos 708.1, 708.8, 708.9 al ingreso en el hospital. Cada sujeto potencialmente elegible se sometió a un procedimiento estándar para confirmar el diagnóstico por especialistas en alergia que determinaron si los pacientes cumplían con los criterios de diagnóstico de urticaria. Todos los registros médi-

cos fueron obtenidos durante el período entre el 1 enero 2012 hasta 31 diciembre 2014 y se analizaron para calcular las tasas de prevalencia en adultos para la urticaria aguda y crónica por 100.000 personas de la población con un IC del 95% al 31 de diciembre 2014.

Resultados. Durante este período, 158.926 miembros de este sistema de salud fueron analizados (114.168 adultos). Un total de 949 casos de urticaria aguda y 395 de urticaria crónica fueron identificados. Y arrojó una prevalencia puntual cruda de 0,83% (IC95%: 0,64-0,97%) para urticaria aguda y 0,35% (IC95%: 0,17-0,55%) para urticaria crónica al 31 de diciembre del 2014.

CONCLUSIÓN. Este es el primer estudio de prevalencia de urticaria en una población de pacientes adultos de Argentina y de la región. Los resultados muestran una prevalencia de un 0,83% de adultos con urticaria aguda y un 0,35% de urticaria crónica.

201634

PREVALENCIA DE URTICARIA EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN BUENOS AIRES, ARGENTINA: UN ESTUDIO BASADO EN LA POBLACIÓN DE UN SISTEMA DE MEDICINA PREPAGA.

Parisi CA, Petriz N, Morelo C, Ritchie C.

Sección Alergia Pediátrica y Adultos, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción. Urticaria es un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizada por el desarrollo súbito de prurito, habones transitorios y/o angioedema. Esta enfermedad muestra un amplio espectro de presentaciones clínicas y de acuerdo con la clasificación actual de las guías EAACI/GA2LEN/EDF/WAO, podemos agruparlas en las formas espontáneas (aguda o crónica), urticarias físicas y otros tipos de urticaria. Si bien la urticaria es considerada como una de las enfermedades de la piel más frecuente, existen escasos datos epidemiológicos acerca de la enfermedad y la mayoría de los existentes estudian poblaciones de adultos. No hay a la fecha estudios epidemiológicos acerca de la prevalencia y distribución en Argentina.

Objetivo. Determinar la prevalencia de urticaria aguda y crónica en pacientes pediátricos miembros de un sistema de salud privado de Buenos Aires Argentina.

Material y métodos. La población estudiada fue la de miembros de programa de atención médica del Hospital Italiano de Buenos Aires. El Hospital Italiano es una organización de cuidado de salud prepaga. Todos los pacientes con diagnóstico de urticaria en la niñez y adolescencia (menores de 18 años) ya sea en sus formas crónicas o agudas, con al menos 12 meses de seguimiento, se incluyeron en el estudio.

Se utilizaron los múltiples métodos para la detección de casos de manera de asegurar el diagnóstico correcto: a) los pacientes incluidos en las bases de datos de alergia; b) los pacientes con el código ICPS (International classification of diseases) codificado en la historia clínica electrónica del hospital; y c) pacientes con ICD 9 (Clasificación Internacional de Enfermedades) códigos 708.1, 708.8, 708,9 al ingreso en el hospital. Cada sujeto potencialmente elegible se sometió a un procedimiento estándar para confirmar el diagnóstico por especialistas en alergia que determinaron si los pacientes cumplían con los criterios de diagnóstico de urticaria. Todos los registros médicos fueron obtenidos durante el periodo entre el 1 enero 2012 hasta 31 diciembre 2014 y se analizaron para calcular las tasas de prevalencia en adultos para la urticaria aguda y crónica por 100.000 personas de la población con un IC del 95% al 31 de diciembre 2014.

Resultados. Durante el periodo de estudio, 158.926 miembros del sistema de salud fueron analizados (44.758 pertenecieron a la población pediátrica). Se identificaron un total de 68 casos de urticaria crónica. La prevalencia ajustada de urticaria crónica al 31 de diciembre del 2014 fue de 0,15% (IC95%: 0,08-0,20%). Con respecto a la urticaria aguda, un total de 1151 casos fueron encontrados. La prevalencia ajustada fue de 2,5% (IC95%: 1,9-2,8).

CONCLUSIONES. Este es el primer estudio de prevalencia de urticaria en una población de pacientes pediátricos de Argentina y de la región. Los resultados muestran una prevalencia de un 0,15% de niños con urticaria crónica y un 2,5% de urticaria aguda.

201635

PROTOCOLO DE INCIDENCIA DE ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN UN HOSPITAL DE BUENOS AIRES

Mehaudy R¹, Parisi C², Petriz N², Orsi M¹, Pagotto Vanina³, Posadas Lourdes³.

1. Servicio de Gastroenterología Infantil. Hospital Italiano de Buenos Aires.
2. Servicio de Clínica Pediátrica Hospital Italiano de Bs As. Sección Alergia.
3. Departamento de Investigación.

Introducción. El aumento de las alergias alimentarias en la edad pediátrica es motivo de preocupación a nivel mundial. Los estudios realizados sobre prevalencia, incidencia e historia natural de la alergia a la proteína a la leche de vaca (APLV) son difíciles de comparar debido a las deficiencias e inconsistencias en sus diseños. En las diferentes series publicadas se estima una incidencia del 1% que disminuye hasta un 0,3% cuando se realiza el *test* de provoca-

ción, “prueba de oro” para el diagnóstico. Es por ello que resulta de interés determinar la incidencia considerando todos los mecanismos inmunológicos involucrados.

Objetivo. Estimar la incidencia de APLV en un hospital de tercer nivel de Buenos Aires, desde 1 junio del 2015 hasta el 31 de enero del 2016.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo en la población de afiliados de un hospital de comunidad en Buenos Aires. Los datos fueron recolectados a través de la historia clínica electrónica. Se calculó la incidencia de APLV en niños como la proporción de niños con APLV detectada sobre la cantidad de nacimientos anuales. El diagnóstico se estableció según las guías de práctica clínica. A todos los pacientes con sospecha de APLV se les realizó *prick test*, *test* de parche y *test* de provocación para confirmar el diagnóstico. Se realizó seguimiento mensual de los pacientes, reclutando aquellos que presentaban sospecha de APLV.

Resultados. Fueron incluidos 768 neonatos desde el 1 de junio del 2015 al 31 de enero del 2016. De los 768 neonatos analizados en nuestra cohorte, 51% fueron varones y 60% habían nacido por cesárea. Se detectaron 13 casos con sospecha clínica de APLV, lo que demuestra una incidencia de 1,7% (IC95%: 0,9-3); cuando se realizó *test* de provocación, 8 casos fueron confirmados, demostrando una incidencia acumulada de APLV de 1% (IC95: 0,4-2%). A todos los casos sospechosos se les realizó *prick test* y *test* de parche.

CONCLUSIONES. La realización del *test* de provocación permite confirmar el diagnóstico presuntivo de APLV, demostrando en nuestra población una incidencia del 1%. La aplicación sistemática de este *test* en pacientes con sospecha de APLV no mediada por IgE permitiría reducir el sobrediagnóstico y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Si bien estos resultados concuerdan con estudios realizados en otros países, este es el primero en realizarse en un país de Latinoamérica.

201636

EFECTO DE LA PROTEÍNA DE FUSIÓN CTLA4Fcε SOBRE LA PROLIFERACIÓN DE LINFOCITOS INVITRO

Kharelys Duque¹, D. Pérez-Witzke, R. Montaña.

1. Personal Asociado al Investigador. Laboratorio de Patología Celular y Molecular, Centro de medicina Experimental, Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas |

Tel: 58-4247034794/58-2125041158 | kduque@ivic.gob.ve

La proteína CTLA4Fcε está compuesta por el dominio extracelular de CTLA-4 y la porción constante de la IgE.

En cultivos de células B, CTLA4Fcε entrelaza a CD80, CD86 y CD23 y reduce la acumulación de CD23 soluble. CTLA4Fcε también se une a FcεRI en basófilos humanos y bloquea la unión de IgE. En consecuencia, CTLA4Fcε podría actuar como inmunomodulador de respuestas inmunitarias tipo Th2. Mediante citometría de flujo, se evaluó la posible acción inhibitoria de CTLA4Fcε sobre la proliferación *in vitro* de linfocitos T humanos estimulados con aloantígenos o con canavalina A. Como población respondedora se utilizaron células mononucleares (CMN) de sangre periférica. Las CMN fueron marcadas con anti-CD4 y anti-CD8, para reconocer las subpoblaciones de linfocitos T, y con carboxyfluorescein succinimidyl éster y anti-CD25 para medir proliferación y activación celular. Como control de inhibición de proliferación se utilizó CTLA4Ig/abatacept (proteína recombinante similar en la que la porción Fc proviene de la IgG humana). Las CMN disminuyeron la proliferación celular a medida que se aumentó la concentración de CTLA4Fcε, logrando reducirla hasta 40% a la máxima concentración empleada (10 nM), siguiendo un patrón similar al obtenido con abatacept. A medida que se aumentó la concentración de proteína aumentó el número de células que no se dividieron, relacionándose esto con una reducción en la proporción de células que alcanzaron un mayor número de ciclos de división celular. CTLA4Fcε logró suprimir de forma dosis dependiente la activación, proliferación y el número de ciclos de división de los linfocitos CD4+ y CD8+. Los resultados obtenidos usando el estímulo alógeno mostraron que CTLA4Fcε, mas no abatacept, inhibió la proliferación en la subpoblación CD8+. Estos resultados sugieren que CTLA4Fcε interfiere la señal coestimuladora CD28-CD80/CD86, logrando inhibir la activación y proliferación linfocitaria.

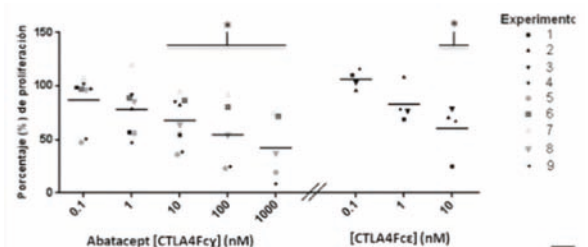


Figura 1. Proliferación de CMN-CFSE para cada concentración evaluada de abatacept [0,1 nM (86%±23) – 1 nM (79%±24) – 10 nM (65%±22) – 100 nM (55%±31) – 1000 nM (42%±30)] o CTLA4Fcε [0,1 nM (106%±9) – 1 nM (83%±18) – 10 nM (60%±24)] (*p < 0,05).

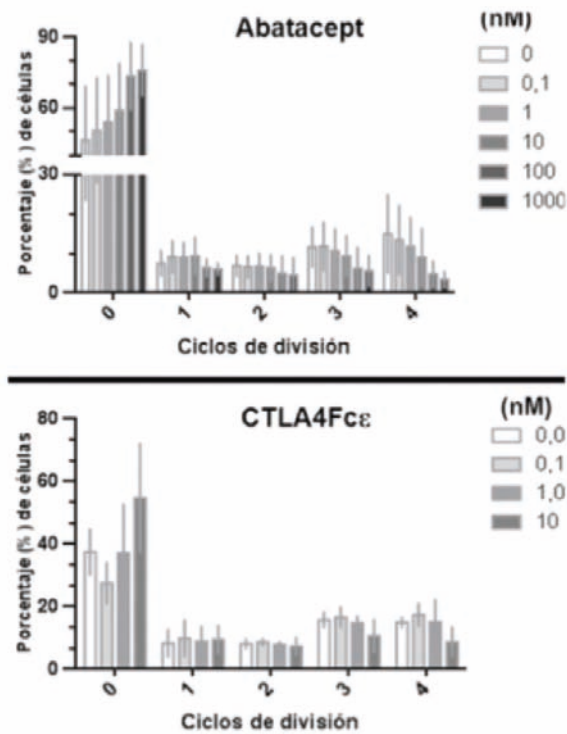


Figura 2. Distribución de los porcentajes de células en ciclo celular. Las células que no se dividieron (ciclo 0) fueron incrementando a medida que se aumentó la concentración de abatacept o de CTLA4Fcε, relacionándose esto con la reducción del porcentaje de células que experimentó un mayor número de ciclos de división (3 y 4).

201637

ANGIOEDEMA HEREDITARIO

Miranda Cecilia Beatriz, Estela Pautasso, Cecilia Pérez T., Víctor Skrie, Julio Orellana.

División de Alergia e Inmunología Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba.

cecibmiranda@hotmail.com | Tel: 0385 155891557

Introducción. El angioedema hereditario es una enfermedad autosómica dominante. Caracterizada por ausencia o mal funcionamiento del C1 inh. Se clasifica en tipo I: más frecuente (85%), tipo II: (15%) y tipo III: estrógeno dependiente.

Objetivos. Reporte de un caso

Caso Clínico. Niña que consulta a los 6 años, por presentar desde los 3 años episodios de angioedema sin urticaria con una frecuencia de aparición al principio 1 vez a la semana, luego mensual y actualmente cada 2 meses, asociado a infecciones respiratorias. De presentación en región facial ojos y labios, extremidades manos, antebra-

zos, rodillas y pies, genitales vagina, relacionado en algunas ocasiones a cólicos abdominales, vómitos, constipación. Requirió internación en varias oportunidades. Relata además desde la misma edad empezar con episodios de sibilancias 1 por mes, desencadenado por cambios de temperatura, humedad. Examen físico: eutrófica, VAS: respirador bucal, faringe: amígdalas hipertrófica. VAI: MV+ no se ausculta ruidos sobrealargados. APP: varicela, parasitosis, bronquiolitis, angina, otitis, sinusitis, infección urinaria, laringitis. AHF: Madre: angioedema en mmss, brazo y manos primera vez 16 años. Asma intermitente leve. Padre: reacción adversa a la aspirina con urticaria y angioedema. Estudios complementarios: citológico: leucocitos 10.180, eos 6% (611 mm³), IgE 341,6 UI/ml, IgA 128 mg/dl, IgG 1144 mg/dl. Complemento: C3 107,04 mg/dl (VN: 90,05-179,33), C4 3,86 mg/dl (VN: 15,26-61,45), C1 inh 3,4 mg/dl (VN: 15,01-35,06). Actividad funcional de C1 inh 19,1% (VN: 70,00-130,00%). Se indica como tratamiento para profilaxis a corto, largo plazo y ataques agudos concentrado humano de C1 inh.

CONCLUSIÓN. Debido a que es una entidad poco frecuente, potencialmente grave y su sintomatología puede ser similar a cuadros alérgicos y anafilácticos por lo cual no responden a tratamientos con epinefrina, corticoides, antihistamínicos.

201638

DESENSIBILIZACIÓN ORAL CON FUROSEMIDA

Pedro Piraino¹, Perla Alcaraz, Cynthia Mendoza, Silvio Espínola.

1. Unidad de Alergología del Hospital de Clínicas-Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. II Cátedra de Clínica Médica del Hospital de Clínicas- Facultad de Ciencias Médicas., Universidad Nacional de Asunción |

pedro_piraino@hotmail.com | Tel: +595 992 287 680

Introducción. La furosemida, diurético de asa potente de la familia de las sulfonamidas no antimicrobianas, puede causar reacciones alérgicas, aunque con menos frecuencia que las sulfonamidas antimicrobianas. La reactividad cruzada entre las sulfonamidas está poco estudiada aunque hay casos descritos de forma aislada. El ácido etacrínico es el único diurético de asa disponible que no tiene sulfonamida en su molécula, y considerado de elección en individuos sensibilizados a un diurético con sulfonamida. La desensibilización es útil si el ácido etacrínico no está disponible o no es lo suficientemente eficaz.

Método. Desensibilización oral con furosemida en un paciente con nefritis lúpica.

Resultado. Mujer, 26 años, con nefritis lúpica en anasarca con indicación de furosemida a 200 mg día en infusión continua con buena respuesta al tratamiento. A los 15 días del tratamiento presenta lesiones papulo eritematosas pruriginosas por todo el cuerpo durante la infusión por lo cual se suspende y se inicia rescate con clorfeniramina con buena respuesta. Se inicia tratamiento con torasemida e hidrocortizida sin respuesta adecuada.

Debido a que las manifestaciones fueron sólo cutáneas se decide reiniciar tratamiento con furosemida con premedicación, clorfeniramina, dexametasona, presentando a los 10-15 min de iniciada la infusión, el mismo cuadro descrito añadiéndose edema de labios y disnea. Se suspende la infusión, se plantea, desensibilización oral con furosemida con dosis progresivas, iniciándose con 1 ug de furosemida, hasta dosis acumulada de 204,4 mg (**Tabla 1**). La desensibilización se realizó con éxito sin que la paciente haya presentado ningún síntoma. Posteriormente recibió una dosis diaria de 200 mg con buena tolerancia.



CONCLUSIÓN. El protocolo de desensibilización oral rápida de los 12 pasos es una opción válida en los casos de alergia a la furosemida. El protocolo de desensibilización es una herramienta útil e innovadora para todas las especialidades bajo la supervisión de alergólogos entrenados.

Bibliografía

1. Earl G, Davenport J, Narula J. Furosemide challenge in patients with heart failure and adverse reactions to sulfa-containing diuretics. *Ann Intern Med.* 2003 Feb 18;138(4):358-9.
2. GC pared, Bigner D, ácido etacrínico S. Craig y el paciente sulfa-sensible. *ArchInternMed* 2003; 163: 116.
3. Juang P, Página 2 de RL, Zolty R. Un protocolo de desensibilización rápida éxito en un paciente alérgico diurético de asa. *J Tarjeta del fall* 2005; 11: 481.
4. Wall GC, Bigner D, Craig S. Ethacrynic acid and the sulfa-sensitive patient. *Arch Intern Med.* 2003; 163:116-117.
5. Juang P, Page RL, Zolty R. A successful rapid desensitization protocol in a loop diuretic allergic patient. *J Card Fail* 2005;11:481.
6. Shteinberg M, Karkabi B, Cohen S. Desensitization therapy in a patient with furosemide allergy. *Eur J Intern Med* 2007;18:69-70.
7. Earl G, Davenport J, Narula J. Furosemide challenge in patients with heart failure and adverse reactions to sulfa-containing diuretics. *Ann Intern Med* 2003;138:358-359.

8. Strom BL, Schinnar R, Apter AJ, et al. Absence of cross-reactivity between sulfonamide antibiotics and sulfonamide non antibiotics. *N Engl J Med* 2003;349: 1628-1635.
9. Gruchalla RS, Pirmohamed M. Antibiotic allergy. *N Engl J Med*. 2006;354: 601-609.
10. Alim N, Patel JY. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 2009, Vol. 103, Issue 6, p 538.

TABLA I. Protocolo de desensibilización oral con furosemida.

Tiempo (min)	Concentración	Dosis, ml
0	1 µg/ml	1 ml (1 µg)
20	1 µg/ml	3 (3 µg)
40	10 µg/ml	1 (10 µg)
60	10 µg/ml	3 (30 µg)
80	100 µg/ml	1 (100 µg)
100	10 µg/ml	3 (300 µg)
120	1 mg/ml	1 (1 mg)
140	1 mg/ml	3 (3 mg)
160	10 mg/ml	1 (10 mg)
180	10 mg/ml	4 (40 mg)
200	10 mg/ml	5 (50 mg)
220	10 mg/ml	10 ml (100 mg)

201639

PERCEPCIÓN DE ALERGIAS ALIMENTARIAS EN UNA POBLACIÓN DE 0 A 18 AÑOS EN 3 CIUDADES ARGENTINAS

Jorge Martínez¹, Pablo Levatte, Graciela Menalled, Federico General.

1. Universidad del Salvador, Profesor Adjunto Cátedra de Inmunología.

Introducción. A nivel mundial, 220 a 250 millones de personas pueden sufrir alergia a los alimentos, y la aparición de alergias alimentarias (AA) sigue aumentando tanto en los países desarrollados como en desarrollo, afectando especialmente a los niños. La incidencia de la percepción de AA puede variar drásticamente de país en país. En Argentina no existen cifras acerca del diagnóstico de alergias alimentarias, ni de percepción de enfermedad.

Objetivo General. Analizar la percepción materna o del/la cuidador/a de signos y síntomas inducidos por alergias alimentarias en niños de 0 a 18 años residentes en la República Argentina. Establecer el porcentaje de percepción de síntomas digestivos, respiratorios y cutáneos. Determinar los principales alimentos involucrados.

Material y métodos. La población estudiada fueron niños de 0 a 18 años que residen en Argentina. Se elaboró una muestra de 917 casos, tomando las ciudades de Posadas, Córdoba, y CABA. (75, 264, 578, respectivamente). El estudio fue de tipo exploratorio-descriptivo. Para el relevamiento de la información se procedió a la construcción de una encuesta, en base a diversos antecedentes internacionales de estudios similares.

Resultados. En la población en estudio la percepción de AA varió entre el 12,4 y 26,1%. Las manifestaciones dermatológicas fueron las más frecuentes, variando entre el 58% y el 92%. El alimento que produjo mayor percepción en las tres ciudades fue la leche (23 a 43%).

CONCLUSIÓN. Los datos de la percepción de AA y la leche como el primer alimento que lidera esta percepción son coincidentes con la literatura internacional. Estos resultados iniciales estimulan a ampliar y profundizar estudios sobre AA en nuestro país.

REGLAMENTO Y NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

Archivos de Alergia e Inmunología Clínica (AAIC) publica artículos sobre Alergología, Inmunología Clínica o relacionados con ellas en su más amplio sentido. El pedido de publicación deberá dirigirse a secretaria@aaaic.org.ar.

El Comité Editorial se reserva el derecho de rechazar los artículos, así como de proponer modificaciones cuando lo estime necesario. El artículo enviado a AAIC para su publicación será sometido a la evaluación por la Secretaría de Redacción y de dos o más jueces que serán designados por el Editor, juntamente con el Consejo Editorial, que serán idóneos en el tema del artículo. Los árbitros se expedirán en un plazo menor de 45 días y la Secretaría de Redacción informará su dictamen de forma anónima a los autores del artículo, así como de su aceptación o rechazo.

La publicación de un artículo no implica que la Revista comparta las expresiones vertidas en él.

AAIC considerará los manuscritos basándose en los "Requisitos Uniformes para Preparar los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas" Rev Panam Salud Pública 1998; 3:188-196.

A. NORMATIVA COMÚN A TODOS LOS TIPOS DE MANUSCRITOS

FORMATO

El único formato aceptado será electrónico en archivos tipo Word 6.0 o posterior con páginas diseñadas en tamaño carta o A4, con márgenes superior e inferior a 25 mm, e izquierdo y derecho a 30 mm. Preferentemente a doble espacio. Cada página debe estar numerada en forma consecutiva. Cada nueva sección del manuscrito deberá comenzar en una nueva página. El cuerpo del texto debe estar escrito enteramente en idioma español, a excepción de los campos especiales. Se debe cuidar la ortografía y el estilo del idioma. Se recomienda aprovechar las herramientas de los procesadores de texto para la revisión del manuscrito. El archivo correspondiente debe ser remitido al mail secretaria@aaaic.org.ar.

El autor deberá contar con copia de todo lo que remita para su evaluación. Su inclusión en el sistema implica que los autores declaran la originalidad del manuscrito, que no infringe ningún derecho de propiedad intelectual u otros derechos de terceros, que no se encuentra bajo consideración de otra publicación, y que no ha sido previamente publicado.

REFERENCIAS

Se numeran consecutivamente según su orden de aparición en el texto. En el texto deben figurar como núme-

ros arábigos entre paréntesis. El formato debe respetarse según la National Library of Medicine de Washington. Las abreviaturas de las publicaciones deberán realizarse según las utilizadas por el Index Medicus. La lista puede hallarse en <http://www.nlm.nih.gov/>

No se aceptará como referencia las comunicaciones personales (pueden aclararse en el texto), ni citas a resúmenes que no figuren en actas de la respectiva actividad científica.

Ejemplos

Los autores deben expresarse con su apellido seguido por las iniciales de los nombres. Para la lista de autores que superen el número de seis, se debe listar los primeros tres y agregar et al. *Obsérvense los signos de puntuación.*

- *Formato para artículos:* Parkin DM, Clayton D, Black RJ, et al. Título completo del artículo. Revista año; volumen: página de inicio-página de fin.
- *Formato para libros:* Ringsven MD, Bond D. Título del libro, edición, ciudad de edición; editorial; año.
- *Formato para capítulos:* Phillips SJ, Wishnant JP. Título del capítulo. En: Título del Libro subrayado, editores del libro en formato similar a los autores, edición, ciudad de edición: editorial; año: página de inicio-página de fin.
- *Formato para páginas Web:* Autores si los hubiere. Título o nombre de la página. Dirección completa de acceso al navegador precedida por <http://...>, mes y año de revisión.

TABLAS

Formato permitido: tablas tipo Word. Las tablas deben completar y no duplicar el texto. Deben estar presentadas en páginas separadas, una tabla por página. Deben entenderse fácilmente. Se numerarán en números arábigos según el orden de mención. Se le colocará un epígrafe breve a cada tabla y se aclararán todas las abreviaturas en forma de pie de página, al final de la tabla. No serán aceptadas fotografías de tablas ni reducciones. Tendrán que estar en idioma español.

GRÁFICOS

Los gráficos (barras o tortas) en blanco y negro deben ser legibles y claros, deberán estar realizados en formato Excel, independientemente de que se agreguen al texto del manuscrito. Las etiquetas de valores y las leyendas deben ser fácilmente legibles. Preferentemente se deben utilizar fuentes tipo Times New Roman o Arial (12 pts o más). Se prefieren etiquetas directamente en la gráfica más que en la leyenda. La primera letra debe ir en mayúsculas y el resto en minúsculas, no se aceptará todo en mayúsculas. El relleno de los gráficos de barra o de torta debe ser distintivo, evitando los sombreados. Los gráficos en tres dimensiones solo estarán reservados para cuando el gráfico presente tres coordenadas (x, y, z). Si se utilizan más de dos barras en un mismo gráfico, utilizar rellenos con líneas para un contraste adecuado. Si no se cuenta con originales generados por computadora, se puede enviar un juego de fotografías digitales.

FIGURAS

Un número razonable de figuras en blanco y negro serán publicadas libre de costo para el autor. Se deberán hacer arreglos especiales con el editor para figuras en color o tablas elaboradas. Las fotografías se deberán enviar en formato digital de 5 megapíxeles mínimo con nombre de archivo "figura" seguido del número correlativo de aparición en el texto, con extensión JPG (p. ej.: figura1.jpg) Se prefiere formato TIFF, independientemente que se agreguen al texto del manuscrito. Las figuras escaneadas deben ser realizadas con una definición de 300 dpi. Las figuras deben citarse en el texto y se numerarán en números arábigos según el orden de mención. El epígrafe deberá figurar en el cuerpo del texto al final del texto o de las tablas.

Las tablas, gráficos y figuras que se envíen en archivo aparte deberán tener como nombre de archivo la palabra "tabla", "gráfico" o "figura" según corresponda.

B. ARTÍCULOS ORIGINALES

Deben describir totalmente, pero lo más concisamente posible los resultados de una investigación clínica o de laboratorio que sea original. Todos los autores deben haber contribuido en grado suficiente para responsabilizarse públicamente del artículo. El artículo deberá estar organizado de la siguiente manera:

PÁGINA DEL TÍTULO

El título debe ser conciso pero informativo. A continuación debe figurar el título en idioma inglés. Debe figurar el nombre y apellido de cada autor como así también el nombre de departamento e institución y los grados académicos. Debe constar la declaración de descargo de responsabilidad si las hubiere. Se debe explicitar el nombre, dirección, teléfono, fax y e-mail del autor que se encargará de la correspondencia y las separatas. Procedencia del apoyo recibido (becas, equipos, medicamentos, etc.). En la última línea de la página debe figurar un titulillo que no debe superar los 40 caracteres.

PÁGINA DE RESUMEN (ABSTRACT) Y PALABRAS CLAVE (KEY WORDS)

Tendrá una extensión máxima de 250 palabras. Se evitarán las abreviaturas a menos que sean de uso extendido en la especialidad (p. ej.: ICAM-1, IgE). Dada la importancia que tienen los resúmenes de los trabajos para su difusión nacional e internacional, los mismos se presentarán de manera estructurada que contendrá:

Los fundamentos o antecedentes (en inglés, background), son una puesta al día del estado actual del problema o sea, cuál es el problema que lleva al estudio. El objetivo (en inglés, objective), define cuál es el propósito del estudio. El lugar de aplicación o marco de referencia (en inglés, setting), delimita el entorno de realización. El diseño (en inglés, design), es el tipo de estudio realizado. La población (pacientes o participantes) (en inglés, population), conforma el material. El método (en inglés, methods), es la forma en que se realizó el estudio. Los resultados (en inglés, results), deben incluir los hallazgos más importantes. Las conclusiones (en inglés, conclusion), deben estar avaladas por los resultados. Se debe hacer hincapié en aspectos u observaciones nuevas.

En atención a la brevedad del resumen, se escribirá en forma puntual más que narrada.

A continuación deben figurar de 3 a 10 palabras clave o frases cortas clave con el fin de facilitar la inclusión del artículo en el repertorio nacional o internacional de bibliografía médica. Se pueden utilizar los términos de la lista MeSH (Medical Subject Headings) disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>. En hoja aparte se deberá adjuntar un resumen en idioma inglés (abstract) siguiendo los mismos lineamientos que para el realizado en español. Se sugiere un apoyo especial para aquellos que no dominen adecuadamente este idioma para no incurrir en errores gramaticales.

ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

Serán aclaradas la primera vez que se expresen en el texto. Los símbolos se anotarán, preferentemente, según las recomendaciones del Sistema Internacional. Cuando se escriban números enteros no se debe utilizar puntuación para indicar los millares, sino un espacio entre ellos. La puntuación se utilizará exclusivamente para la expresión de decimales.

TEXTO

Introducción

Se debe expresar el propósito del estudio (objetivos) y el resumen del fundamento lógico. No se deben incluir datos ni conclusiones.

Métodos

Se debe describir claramente la selección de los sujetos y sus características epidemiológicas. Identificar los métodos, aparatos (nombre y dirección del fabricante) y procedimientos que permitan reproducir los resultados. Proporcionar referencias de métodos acreditados inclui-

dos los estadísticos. Describir brevemente los métodos no bien conocidos o aquellos que han sido modificados.

Se debe nombrar la autorización del comité de ética institucional que aplique y la concordancia con la Declaración de Helsinki en su última adaptación.

En el caso de ensayos con medicamentos, se debe aclarar la aplicación del ICH (International Conference in Harmony) y de la resolución ANMAT vigente a la fecha de realizado el estudio. Si se trata de animales, nombrar si se cumplieron normas institucionales, de consejos nacionales o de leyes nacionales que regulen el cuidado y uso de animales de laboratorio. Describir los métodos estadísticos para verificar los datos presentados. Describir todos los procedimientos: aleatorización, abandono de protocolos, software (ej.: epi info).

Resultados

Se cuantificarán y presentarán con indicadores apropiados de error (ej.: intervalos de confianza). No depender sólo de p. Se debe seguir una secuencia lógica de los resultados obtenidos. No repetir en el texto los datos de cuadros ni ilustraciones. Limitar su número a las estrictamente necesarias. Solo destacar o resumir las observaciones importantes. Evitar el uso no técnico de términos estadísticos (ej.: muestra, azar, normal, significativo, etc.).

Discusión

Hacer hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellos o pertinentes para la investigación futura. No repetir lo expresado en otras secciones. Establecer nexos entre objetivos y resultados. Relacionar con los resultados de otros trabajos si se considera necesario. Explicitar las debilidades del trabajo.

Agradecimientos

Se incluirán aquellas instituciones o personas que han sido esenciales por su ayuda técnica, por apoyo financiero o por conflicto de intereses.

C. COMUNICACIONES RÁPIDAS

El Consejo Editor considerará artículos de no más de 5 hojas y dos tablas o figuras resumiendo resultados experimentales de excepcional importancia o urgencia, que requieran una rápida publicación. Los autores deberán identificar y justificar estos artículos en la carta de pedido de evaluación. El formato y características serán idénticos a los artículos originales. Si son aceptados, serán publicados a la brevedad. Los editores pueden elegir (luego de notificarlo) considerar estos artículos para su publicación regular.

D. COMUNICACIONES BREVES Y REPORTES DE CASOS

Casos interesantes por su rareza o comunicaciones científicas breves serán considerados para esta sección. Estos artículos deben contar con un título corto en español e

inglés, no exceder las tres páginas y una tabla o figura. No deberán contar con más de 10 referencias que sean relevantes. No requiere resumen o abstract.

E. CARTAS AL EDITOR

Cartas cortas referidas a artículos publicados recientemente en AAIC y otros aspectos de particular interés para la especialidad, serán evaluados por el Consejo Editorial. Tendrá un pequeño título en español e inglés. Será precedida por el encabezado "Sr. Editor:" y deben contar con menos de 500 palabras, incluyendo datos breves en formato de tabla. Contará con un máximo de 5 referencias bibliográficas.

Si la carta es aceptada, en todos los casos el Consejo Editorial enviará copia de la carta al autor del artículo referido, dando oportunidad en el mismo número de edición de la carta, de contestar o comentar la consulta y/u opinión del autor de la carta, con las mismas limitaciones de extensión.

F. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Se aceptarán los artículos de revisión de temas concernientes a Alergia e Inmunología o a cualquier tema relacionado con la especialidad. Estos serán solicitados por el Consejo Editorial a autores específicos. Se otorgará prioridad a las revisiones relacionadas con aspectos controvertidos o relacionados con programas de Educación Médica Continua. Deben contar con menos de 20 carillas y con el número de referencias adecuadas para la importancia del tema. Se debe aclarar la metodología para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar los datos.

El formato será similar a la de los artículos originales, excepto que no contará con Material y Métodos ni Resultados. Se pueden utilizar subtítulos para lograr una mejor presentación didáctica.

G. ARTÍCULOS DE OPINIÓN

Los artículos de Opinión serán solicitados exclusivamente por el Consejo Editorial a autores específicos sobre temas de particular interés y/o debate.

H. CESIÓN DE DERECHOS

MODELO DE TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE AUTOR

El/los autor/es transfieren la propiedad intelectual del artículo a *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica* en el caso de que el manuscrito sea publicado. El/los abajo firmante/s declaran que el artículo es original, que no infringe ningún derecho de propiedad intelectual u otros derechos de terceros, que no se encuentra bajo consideración de otra publicación y que no ha sido previamente publicado. El/los autor/es confirman que han revisado y aprobado la versión final del artículo.

I. LISTA DE CONTROL

- Carta de solicitud de presentación con la transferencia de los derechos
- Carta en caso de existir Conflicto de Intereses
- Manuscrito en formato Word
- Números de página en extremo superior derecho
- Doble espacio
- Nombre completo de los autores y sus grados académicos
- Afiliaciones institucionales y recursos de fondos (sponsorización)
- Dirección del Autor encargado de la Correspondencia (incluyendo e-mail)
- Titulillo (frase de menos de 40 caracteres que resume al título)
- Resumen y Abstract (no más de 250 palabras)
- Lista de palabras clave y de Keywords
- Lista de abreviaturas y acrónimos
- Secciones iniciadas en páginas separadas
- Referencias a doble espacio en página separada, respetando formato
- Epígrafes a doble espacio en páginas separadas
- Figuras y fotos en formato digital compatible
- Tablas a doble espacio
- Nota de copyright

J. DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones de correo introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.