

SINDROME ALÉRGICO, ANGIOEDEMA Y ANAFILAXIA

1. DEFINICION DE LA ALERGIA.
2. ANGIOEDEMA
3. URTICARIA
4. ANAFILAXIA
5. MANEJO EN URGENCIAS

DEFINICIONES

Se entiende por **Alergología** la especialidad médica que comprende el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de la patología producida por mecanismos inmunológicos, especialmente de hipersensibilidad, con las técnicas que le son propias.

Se define como **Reacción alérgica** la expresión clínica de la reacción adversa, generalmente de carácter inmunológico, desencadenada por diferentes agentes externos (ambientales, farmacológicos o alimentarios) en un paciente susceptible. La respuesta alérgica más frecuente (hipersensibilidad tipo I) se desarrolla segundos a minutos después del contacto con el desencadenante. Suele existir un periodo de latencia o sensibilización previa sin síntomas. Las reacciones retardadas (la mas frecuente tipo IV, aparecen en mas de 48 horas)

El espectro de enfermedades alérgicas abarca un amplio abanico de procesos, desde leves como la conjuntivitis, rinitis o la urticaria hasta más graves como el asma o el choque anafiláctico. También son enfermedades alérgicas graves los síndromes hipereosinofílicos y vasculitis. Si las clasificamos por el lugar de afectación y manifestaciones clínicas se pueden dividir en

1. CUTANEAS: Comienzan por prurito intenso, difuso, palmoplantar y en cuero cabelludo. Puede aparecer habones cambiantes (urticaria) o permanentes (vasculitis) y asociarse a angioedema. Son de causa alérgica la dermatitis atópica y la dermatitis de contacto.
2. RESPIRATORIAS: Son de urgencia inmediata el edema de glotis y el asma. Pueden ir precedidas o acompañadas de rinoconjuntivitis. En casos crónicos sinusitis. Las neumonitis por hipersensibilidad dan un cuadro similar a una gripe con bronquitis o a una neumonía. La aspergilosis broncopulmonar alérgica suele cursar con mucha expectoración.
3. DIGESTIVAS: Pueden causar prurito labial y oro-faríngeo (síndrome oral), náuseas, vómitos, dolor cólico abdominal, diarrea sanguinolenta. Son también alérgicas la proctocolitis eosinofílica y la esofagitis eosinofílica que cursa con atragantamiento súbito. Estos síntomas pueden ser acompañantes del cuadro anafiláctico.
4. NEUROLÓGICAS: Puede aparecer malestar, mareo, sensación de muerte inminente, pérdida de conciencia y coma.
5. CARDIOVASCULARES: Aparición de taquicardia rítmica y signos de vasodilatación cutánea. Puede haber arritmias y en el caso de anafilaxia hipotensión, colapso vascular y parada cardiocirculatoria
6. OTOLOGICAS: Otitis serosas, muy frecuentes en la infancia.
7. UROLOGICAS: Están descritas cistitis eosinofílicas por alérgenos alimentarios o farmacológicos.

CAUSAS MAS FRECUENTES DE REACCIONES ALERGICAS

- Medicamentos: Analgésicos, antibióticos, opioide

- Alimentaria: Frutos secos, anisakis, leche, huevo, legumbres
- Aeroalergenos: Pólenes, Hongos, epitelios, acaros
- Factores físicos: Frio, calor, luz solar, radiación UVA, vibraciones, agua
- Infecciones. Hepatitis, mononucleosis, micosis, helmintiasis, rotura de quiste hidatídico
- Varios: Picadura de himenópteros, látex, contrastes, asociados a enfermedades sistémicas.

2. **ANGIOEDEMA**

Angioedema secundario a la deficiencia de C1INH

Puede ser hereditario o adquirido. El hereditario es una inmunodeficiencia primaria y es el defecto genético mas frecuente del sistema del complemento. La ausencia o mal funcionamiento del C1INH se traduce por presencia de angioedema debido a la activación incontrolada de la vía clásica del complemento, con generación de péptidos vasoactivos liberados por componentes del complemento o del sistema de las cininas.

El **Angioedema adquirido** se asocia con enfermedades linfoproliferativas de los linfocitos B y ocasionalmente con enfermedades autoinmunes, neoplásicas o infecciosas.

CLINICA:

Se producen ataques recidivantes de edema submucosos o subcutáneo que afectan a la cara, extremidades, genitales, estómago, intestino y laringe. Las que afectan a extremidades son las más frecuentes.

La fuga vascular no provoca daño anatómico y es reversible en 48 a 72 horas. No suele haber urticaria.

Síntomas típicos: Angioedema cutáneo recurrente, dolor abdominal y edema laríngeo que puede causar asfixia, en el 50% de adultos. Puede haber síntomas abdominales (dolor abdominal tipo cólico, distensión, vómitos o estreñimiento) y cutáneos a la vez. Los pacientes tienen como pódromos cambios de humor, ansiedad y profundo agotamiento.

Tratamiento del angiodema

Tratamiento de los ataques agudos:

La adrenalina en aerosol podría ser útil si se aplicara en el comienzo. Si es en extremidades no se trata. El edema laríngeo puede producir la muerte y requiere hospitalización. Laringoscopia y traqueotomía inmediata si disfonía o disfagia. Algunos pacientes pueden llevar una traqueotomía permanente.

Si es abdominal, **analgésicos y antieméticos**.

El tratamiento de **elección es el concentrado de c1INH** , que alcanza niveles máximos en 15 minutos.

URTICARIA

Tratamiento de la urticaria

1. Evitar factores desencadenantes: AINES, codeína
2. No achacar los problemas a la dieta y añadir otro más
3. Una vez realizada analítica completa tranquilizar al paciente diciéndole que no es una enfermedad grave
4. EL tratamiento es efectivo y la recaída tras su retirada no es un fracaso terapéutico
5. La respuesta es individual y se requiere paciencia y constancia
6. Si no responde a pautas convencionales de antihistamínicos habrá que recurrir a tratamientos más agresivos.
7. Cursa con remisión aun después de muchos años

Se debe iniciar con antihistamínicos de 2ª generación y reservar los de 1ª cuando estos no funcionan. Se puede intentar combinarlos o aumentar dosis (20 mg de cetirizina).

La levocetirizina se debe evitar en pacientes con intolerancia a la galactosa (enfermedad de Laap). Este es el más potente, seguido de la elastina, fexofenadina, y mizolastina.

No son eficaces los inhibidores de los leucotrienos.

Los corticoides, en urticarias graves, empezando con dosis matutina de 30 mg de metilprednisolona.

La ciclosporina es útil a dosis de 3-5 mg/kg de peso al día y el Tracolimus tiene menos efectos adversos aunque hay que monitorizar funciones renal y hepática. En el futuro se probarán otros inmunomoduladores como los antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa.

ANAFILAXIA

DEFINICION

La anafilaxia es una reacción aguda y muy grave, posiblemente mortal por la respuesta de organismo frente a un agente etiológico concreto, que produce eritema, prurito, urticaria, angioedema, síntomas gastrointestinales (náusea, vómito) respiratorios (broncoespasmo, edema de laringe) y cardiovasculares (hipotensión) que acaban en síncope, shock, pudiendo producir la muerte. Se debe a una liberación masiva de mediadores de mastocitos y basófilos por la interacción de un antígeno con la IgE específica unida a estas células. Existen reacciones anafilactoides en las que no participa la IgE específica, pero en las que la clínica y tratamiento es igual.

TRATAMIENTO

1. Una vez sospechada el tratamiento sin demora es la **ADRENALINA**. Se utiliza acuosa a una concentración de 1:1000 (1 mg/mL) a dosis de 0,2 a 0,5 mL (0,01 mg/kg en niños, máximo 0,3 mg/dosis). Se utilizará intramuscular cada 5-10 minutos, en la parte anterolateral del muslo (vasto externo). Se puede utilizar inhalada en caso de edema laríngeo o sublingual si no se puede acceder a una vía IV o endotracheal en intubados con parada. No existe contraindicación en su administración, por eso se ha de administrar SIEMPRE Y RAPIDO, SIN DUDAR, aunque se ha de controlar su efectos de hipertensión y taquicardia. Después se puede atender a los cuidados posteriores dependiendo de la respuesta a la adrenalina, en el siguiente orden:
 - a) Supresión del agente causal si es evidente: si es un fármaco iv, cerrar vía. Si es una picadura de abeja, quitar aguijón.
 - b) Colocar al paciente acostado en Trendelenburg.
 - c) Mantenimiento de la vía aérea. Si hay edema laríngeo administrar adrenalina IV, sublingual o subcutánea. Si el estado es grave, valorar intubación o traqueotomía.
 - d) Administrar oxígeno, sobre todo si recibían beta agonistas inhalados. Pulsoximetría continua para guiar la oxigenoterapia.
 - e) Soporte hemodinámico: En el shock, la tensión arterial se recupera con la reposición de volumen: suero salino, expansores del plasma. Adrenalina endovenosa: En caso de no respuesta a la Adrenalina IM.
 - f) Bloqueo del efecto de los mediadores: se realiza con antihistaminicos (dexclorfeniramina –polaramine-)
 - g) Beta agonistas inhalados si broncoespasmo.
 - h) Vasopresores. Si hay hipotensión refractaria dopamina (400 mg en 500 mL al 5% de dextrosa).
 - i) Glucagón: Si el paciente tomaba betabloqueantes; 1-5 mg. En niños 20-30 microgramos/Kg.
 - j) En caso de bradicardia grave, Atropina.

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

1. Valoración:

Valorar la gravedad del cuadro, si sospecha de anafilaxia, Adrenalina IM sin dudar ni esperar. Registrar TA, investigar causa, periodo de latencia y reacciones previas. Si se evidencia picadura, torniquete proximal y adrenalina subcutánea en esa zona.

2. Exploración:

Ver si hay edema laríngeo, broncoespasmo, hipotensión, frecuencia cardiaca y lesiones cutáneas

3. Tratamiento:

Afectación sólo cutánea: Antihistamínico. Si urticaria aguda añadir corticoides en pauta descendente domiciliaria.

Si angioedema o urticaria muy extensa con edema e mucosas: Adrenalina 1/1000 cada 15 minutos.

Si hay edema laríngeo que no mejora con Adrenalina: Intubación y si precisa, traqueotomía.

Si hay broncoespasmo: oxígenos y broncodilatador. Tomar TA.

Si hay hipotensión grave o shock suero salino, Adrenalina 1/1000, avisar UVI y preparar 1 ampolla de adrenalina disuelta en 10 ml de suero para pasar IV en 1-2 minutos

Corticoides para evitar recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peláez Hernández y I.J. Dávila González. *Tratado de Alergología*. Ergon Madrid 2008
2. S. Holagete. *Allergy* 4ª ed. Mosby-Elsevier. 2009
3. Roy Patterson *Allergy principles and practice*. Lipincott ed. 2010