

Manual de Alergias infantiles



COMPEDIA

Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas
en Inmunología Clínica y Alergia

Introducción

El Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas en Inmunología Clínica y Alergia (Compedia) agrupa a todos los alergólogos pediatras de México, tiene 24 años de vida y fue el primer colegio de pediatras alergólogos formado en el mundo. Dentro de sus principales funciones está difundir los conocimientos de alergia tanto a nivel médico como de la población en general. Me da mucho gusto presentar este material en el que participaron varios miembros, todos alergólogos pediatras expertos, que se difundirá sin ningún costo entre la población médica y los pacientes, por lo que espero que sea de utilidad para todos los lectores.

Las alergias se conocen desde tiempos remotos, incluso hay descripciones de ellas en Egipto, en Grecia y en algunas otras culturas milenarias. Actualmente la alergia, rama de la inmunología, ha avanzado enormemente en conocer las causas que participan en la gran prevalencia en la población infantil y que son consideradas como epidemias de los tiempos contemporáneos. Es así como conocemos los mecanismos genéticos, las sustancias que producen las alergias y los factores de riesgo.

Los avances en el conocimiento de las enfermedades inmunoalérgicas y la constante actualización de los miembros de Compedia nos permiten proporcionar a los pacientes pruebas de diagnóstico para conocer el origen y causa de su problema. De esta manera, podemos ofrecer las opciones para su curación y control de su enfermedad.

En la actualidad las vacunas contra las alergias son el único tratamiento reconocido por la Organización Mundial de la Salud. Éstas son capaces de modificar

la evolución de las enfermedades alérgicas y deben ser aplicadas e indicadas por médicos expertos y preparados. Es por ello que la misión de los miembros de Compedia siempre será colaborar con los médicos tratantes y con la familia en el control y vigilancia de los pacientes con estos padecimientos.



Por todo lo anterior nosotros, como una organización siempre interesada en la salud infantil, deseamos que este material preparado por nuestro colegio sea de mucha utilidad y estimule a seguir profundizando en el conocimiento del campo que estudiamos.

Dr. Fernando Iduñate Palacios
Presidente de Compedia

Manual de

alergias infantiles

2	Alergias a alimentos
5	Alergias a medicamentos
7	Alergias a himenópteros
8	<i>Anafilaxia</i>
11	<i>Conjuntivitis alérgica</i>
14	<i>Dermatitis atópica</i>
16	<i>Urticaria crónica</i>
18	<i>Urticaria aguda</i>
19	<i>Asma</i>
22	<i>Sinusitis</i>
25	<i>Rinitis alérgica</i>
29	<i>Vacunación antialérgica (inmunoterapia)</i>

Manual de alergias infantiles

Preguntas frecuentes respecto a las alergias

Dr. José Santos Lozano Sáenz

¿Qué es una alergia?

Es una reacción inmunológica de hipersensibilidad tipo I manifestada por síntomas típicos de las enfermedades alérgicas que requieren de la sensibilización previa. Además, la presentan sólo un grupo de pacientes que genéticamente y bajo condiciones ambientales desencadenan este tipo de síntomas de hipersensibilidad.

¿Han aumentado las enfermedades alérgicas?

Las estadísticas y los estudios epidemiológicos las sitúan como problemas de salud pública con un riesgo de 30 a 35% de poder padecerlas. Estas enfermedades se han incrementado a la par del progreso e industrialización.

Asimismo, factores genéticos y medio ambientales condicionan que se presenten dichas patologías, aunado a la participación de algunas infecciones, la contaminación ambiental, la introducción de alimentos a temprana edad, la falta de seno materno, el tabaquismo, la exposición temprana a polvo y ácaros, las cucarachas, los hongos y los pólenes, además de las guarderías a edad temprana. También han aparecido teorías sobre la higiene, la vacunación, etcétera.

¿Qué es atopia?

Se aplica este término a las personas que tienen la capacidad de producir una inmunoglobulina o anticuerpo IgE en cantidades excesivas y anormales, siendo un factor para padecer alguna de las enfermedades clásicamente llamadas alérgicas, como son la rinitis alérgica, el asma bronquial, la urticaria, la dermatitis atópica, las alergias alimentarias, etcétera.

Alergias a alimentos

Dra. Rosa Elena Huerta Hernández

Es una respuesta exagerada del sistema de defensa cuando la persona come algún alimento. Cualquier alimento puede ser causa de

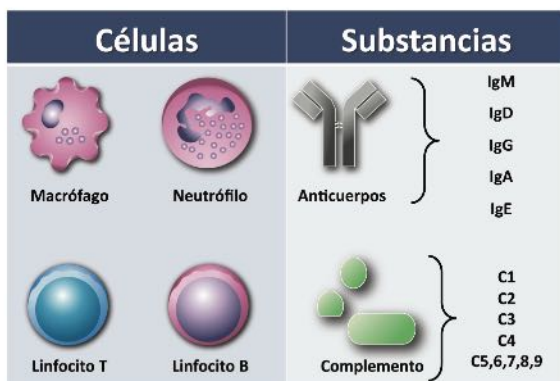
alergia pero los más comunes son la leche de vaca, el huevo, la soya, el cacahuate y el trigo. Se puede presentar desde recién nacidos hasta adultos, pero es más frecuente en los niños.

Una persona que tiene alergia a alimentos previamente se sensibiliza, esto quiere decir que su sistema de defensa es diferente y al ponerse en contacto con el alimento, este sistema de defensa produce anticuerpos IgE. Estos, a su vez, se van a unir a otras células llamadas mastocitos. De tal forma, cuando la persona vuelve a ponerse en contacto con el alimento, estos anticuerpos lo reconocen y genera señales para que el mastocito libere en los tejidos muchas sustancias con capacidad de inflamar los tejidos. Cabe destacar que la principal sustancia es la histamina, y ésta es una de las responsables de que se produzcan los síntomas.

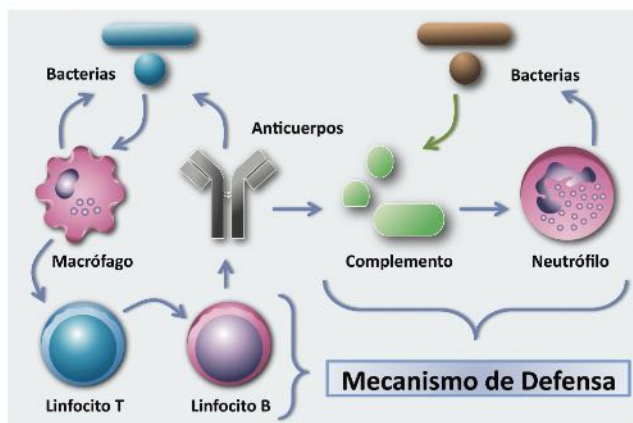
Los síntomas de una alergia a alimentos se presentan de los 10 a 15 minutos posteriores a comer el alimento, pero pueden presentarse también de 24 a 48 horas después. Los más frecuentes son vómito, diarrea, dolor abdominal, cólicos, sangre en las evacuaciones, ronchas, enrojecimiento y comezón en la piel (eccema), silbido de pecho, moco transparente y, en casos más extremos, puede presentarse choque anafiláctico, que es la presentación más grave de la alergia a alimentos y que puede llegar a ser mortal si no se recibe inmediatamente tratamiento con adrenalina y atención en servicio de urgencias.

El diagnóstico lo confirma el alergólogo a través de la historia clínica, pruebas de reto con el alimento, pruebas cutáneas y niveles de los anticuerpos de alergia específicos para los alimentos.

Sistema inmunológico



Respuesta inmunológica



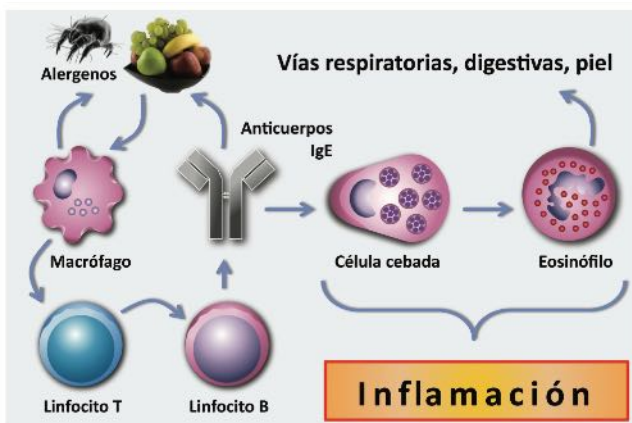
Sin embargo, es importante distinguir entre una alergia a alimentos y la intolerancia a la lactosa. Esta última no es una alergia, sino que es una deficiencia de la persona para producir una enzima que se llama lactasa. Esta enzima parte en pedazos más pequeños a la lactosa para que pueda ser mejor digerida, pero cuando no existe la lactosa entera es la responsable de producir síntomas gastrointestinales como distensión y dolor abdominal, diarrea abundante, con olor ácido y que produce rozaduras en el área del pañal. La lactosa está presente en la leche de vaca y el tratamiento es ingerir leche deslactosada, es decir sin lactosa.

En el caso de alergia a la proteína de la leche de vaca el tratamiento es completamente diferente, aunque algunos síntomas son muy similares entre la alergia y la intolerancia a la lactosa.

Una vez que sabemos cuál es el alimento responsable de la alergia, entonces debemos evitar comerlo. El médico proporcionará a los familiares listas con los alimentos, mismos que pueden contener trazas de leche, huevo o trigo. Es indispensable que cuando se hace el diagnóstico de alergia a alimentos, el paciente también reciba asesoría de un nutriólogo, quien junto con el médico proporcionará suplementos de calcio a los mayores de 2 años de edad que no reciben fórmulas especiales.

En el caso de niños menores de 2 años de edad con alergia a la leche de vaca, hay fórmulas de leche de vaca que son menos alérgicas porque la proteína es partida en pedazos más pequeños. También hay fórmulas que son hechas con proteínas de origen vegetal como la soya y

Respuesta alérgica



el arroz. El médico sabrá orientar sobre cuál es la mejor fórmula para cada paciente.

Actualmente se están investigando otras formas de tratamiento, como vacunas orales con alimentos, pero faltan más estudios para recomendar su uso.

Hasta el momento, lo más recomendable para tratar de prevenir la alergia es dar al bebé leche materna, mínimo durante los primeros 6 meses de vida e introducir otros alimentos hasta después de los 4 meses de edad, y en caso de que el paciente ya tenga alergia a alimentos, entonces su médico deberá asesorarla para ver que alimentos no puede comer la mamá mientras dé leche materna al bebé.

Alergias a medicamentos

Dr. José Santos Lozano Sáenz

Las alergias a medicamentos son reacciones adversas o indeseables que se presentan por la ingestión de medicamentos que en individuos susceptibles activan mecanismos inmunológicos produciendo síntomas típicamente alérgicos (ronchas, hinchazón, comezón, tos, falta de aire o datos de shock anafiláctico).

Las reacciones adversas se presentan en 25% de la población ambulatoria y 15% de los hospitalizados. Esta reacción adversa a




6

medicamentos incluyen todo efecto no deseado, abarcando las reacciones tóxicas, los efectos adversos y secundarios, las interacciones medicamentosas, las reacciones idiosincráticas, por lo que no se deben confundir: para que exista alergia debe estar participando un mecanismo productor de IgE. Estas reacciones pueden ser predecibles o no predecibles de acuerdo al tipo de medicamento; pueden ser efectos tempranos o tardíos.

Los medicamentos que más frecuentemente se comprueba producen alergia son: penicilinas y derivados, analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, sulfas, ciprofloxacina, carbamazepina y difenilhidantoína. Aunque cualquier medicamento puede producir alergia.

La reacción alérgica típica se presenta en forma inmediata en los primeros 30 minutos después de aplicado el medicamento. Por lo regular se presenta como una sensación de picazón en labios; la piel enrojece; hay comezón de manos y/u ojos; existen ronchas en el cuerpo, hinchazón de párpados, labios, orejas, dolor de cabeza, falta de aire, fatiga, mareo, diarrea, vomito, baja de presión, y, lo más grave: el shock anafiláctico. Teniendo el antecedente de reacciones similares, la reacción será en lo subsecuente más grave.

El diagnóstico se realiza por el médico especialista en alergología, revisando antecedentes, la historia clínica y la exploración física. Además, existen exámenes in vitro en sangre o in vivo, pruebas cutáneas de alergia y otros estudios que realiza el alergólogo que darán la certeza de cuál es el medicamento o familia de medicamentos que son la causa.



El tratamiento está basado en el diagnóstico y la supresión del medicamento causal y medicamentos relacionados químicamente. El médico brindará una lista de medicamentos prohibidos, la cual deben conocer todas las personas que manejen al paciente. Es importante, asimismo, no automedicarse.

No existe una rutina en desensibilizar ni hacer pruebas repetidas en caso de sospecha, salvo casos muy especiales que el alergólogo considere indispensables. Por ello, se tendrá que elaborar un plan de tratamiento preventivo y, en caso necesario, establecer qué medicamentos sí puede utilizar el paciente para sustituir al suprimido, así como tener una receta para atender la urgencia en caso de síntomas de reacción alérgica.

El pronóstico es muy bueno si el paciente sigue las indicaciones, y debe quedar muy claro que la alergia a medicamentos no desaparece, sino que continua toda la vida por lo que siempre se tendrá que evitar el medicamento y medicamentos de la misma familia químicamente relacionadas.

Alergias a himenópteros

Dr. José Santos Lozano Sáenz

Las reacciones producidas por la picadura de vespídos e himenópteros se refieren a las que producen abejas, avispas, avispones, abejorros y/o hormigas rojas. Estas reacciones alérgicas producen inflamación y síntomas locales por los componentes farmacológicos del veneno que a cualquier persona le pueden producir dolor, inflamación y comezón.

La reacción alérgica es producida en el paciente con hipersensibilidad al veneno. Ésta se manifiesta con reacciones locales como ronchas, inflamación, comezón y pueden llegar a presentar reacciones graves generalizadas con hinchazón y datos de anafilaxia (mareos, desmayo, urticaria, insuficiencia respiratoria, baja de presión arterial y/o arritmias cardíacas), complicándose gravemente y pudiendo llegar a la muerte por shock anafiláctico y cierre de la vía aérea (asfixia).

Por ello, no deben escatimarse precauciones en los pacientes con este tipo de alergias, ya que el riesgo está en lugares externos, parques, días de campo, albercas, dulcerías o dentro del carro, en escuelas, en techos y en cornisas. Asimismo, habrá que identificar los nidos y panales de los vespídos y mantenerse alejados.

Algunas recomendaciones al respecto es no usar perfumes ni lociones; tapar botes de basura; no utilizar fijadores de pelo, gel, ni sprays; no vestir ropa floreada, sino de colores oscuros; no ingerir refrescos ni comer dulces destapados, pues todo esto atrae al insecto, quien puede sentirse agredido y atacar.

Además, es recomendable no pisar descalzo el pasto y mantenerse alejado de los lugares donde existen estos insectos.

En caso de picadura debe ponerse hielo, no arrancar el aguijón, poner un torniquete por arriba de la picadura, acudir al hospital y dar el manejo que el alergólogo haya indicado.

Existen vacunas antialérgicas contra el veneno del insecto. Éstas permiten que se cure el paciente y tolere alguna otra picadura con excelentes resultados y buen pronóstico. Sin embargo, es indispensable que el paciente sea revisado y valorado por el alergólogo para que reciba el mejor plan de tratamiento y se eviten complicaciones.

8

Anafilaxia

Dra. Rita Arciniega Olvera

Es una reacción grave, potencialmente fatal, que se presenta rápidamente en minutos o se desarrolla en el transcurso de algunas horas y puede provocar la muerte.

La anafilaxia puede ser provocada por una gran variedad de factores desencadenantes pero los que en forma universal son los más frecuentes incluyen alimentos, fármacos y venenos.

Cuando se es alérgico a alguna sustancia el sistema de defensa del cuerpo, denominado *Sistema Inmune*, responde en una forma muy enérgica liberando sustancias químicas localmente y a todo el cuerpo. Éstas provocan que su presión arterial baje rápidamente y sus vías respiratorias se estrechen obstruyendo la respiración normal. Además, si no recibe tratamiento inmediato puede morir.

Los alimentos que más frecuentemente inducen anafilaxia son: cacahuates, nueces, pescados, mariscos, leche de vaca, soya y huevo.

Con respecto a los venenos, la anafilaxia debida a piquetes de insectos como avispa y abejas (orden de los himenópteros) son la causa más frecuente. Ciertos medicamentos, especialmente la penicilina, el

ácido acetil salicílico, los medicamentos denominados antiinflamatorios no esteroideos (como ibuprofeno o naproxeno), los medios de radio-contraste aplicados en la vena utilizados durante algunos estudios radiológicos y el látex son las causas más reportadas.



9

Existe una condición poco frecuente de anafilaxia y es la desencadenada por realizar ejercicio. Este tipo varía de persona a persona, en ocasiones se asocia con la ingesta de algunos alimentos o bien por realizar ejercicio en ambientes calientes, fríos o húmedos. Cuando no se determina la causa, se le denomina anafilaxia idiopática.

Algunas personas tienen más riesgo de sufrir anafilaxia: aquellas que padecen asma o rinitis alérgica grave, enfermedades crónicas de las vías respiratorias, enfermedades cardiovasculares o antecedentes familiares de anafilaxia. Si ya han experimentado un cuadro de anafilaxia, el riesgo de presentar una nueva reacción anafiláctica aumenta.

Los siguientes síntomas, denominados *cuadro clínico*, son datos sugestivos de anafilaxia:

Tiempo de inicio: los síntomas usualmente se presentan entre 5 y 30 minutos después de que se ha tenido contacto con lo que se es alérgico (alérgeno). En raras ocasiones pueden iniciar los síntomas dentro de las primeras horas posteriores a la exposición con el alérgeno.

Incluyen:

A nivel de la piel y mucosas: enrojecimiento de la piel del rostro y cuerpo y/o ronchas o verdugones; comezón generalizada intensa; una sensación de calor, e inflamación en labios y/u ojos. Además, uno de los siguientes:

- Silbido de pecho o ronquido de pecho, dificultad para respirar, sensación de opresión en el pecho, falta de aire y voz ronca.
- Mareo o desmayo, pulso débil y rápido, presión baja, color pálido en la cara o el cuerpo.
- Problemas para deglutir o tragar por inflamación en la lengua o garganta, dolor abdominal, calambres en el estómago, vomito y diarrea.
- Inflamación en distintas partes del cuerpo.
- Sensación de muerte inminente.


Por todo lo anterior, el médico deberá realizar una historia completa del problema, preguntando acerca de alergias y reacciones alérgicas que el paciente ha presentado, así como investigando todas las posibles causas. Es necesario realizar algunos estudios y pruebas de alergia en piel y/o análisis en sangre para confirmar el diagnóstico de alergia o para descartar enfermedades que simulan un cuadro de anafilaxia pero no lo son.

En algunas ocasiones al estar realizando las pruebas para determinar si una persona es alérgica a determinada sustancia puede desencadenarse una reacción de anafilaxia. Por tal motivo, estos exámenes deben de ser realizados por un alergólogo/inmunólogo que tiene una capacitación especial y experiencia para diagnosticar y tratar el problema.

Es esencial realizar un diagnóstico preciso para poder proporcionar un tratamiento adecuado y tener buenos resultados para prevenir la anafilaxia.

En lo que respecta al tratamiento, durante un ataque agudo de anafilaxia, el paciente debe ser atendido rápidamente, de preferencia en el área de urgencias de un hospital, donde recibirá los medicamentos y la resucitación cardiopulmonar (si deja de respirar o su corazón deja de latir) por personal capacitado.

En caso de emergencia, si está con alguien que está presentando una reacción de alergia y tiene datos de un choque anafiláctico, debe actuar con rapidez. Los signos y síntomas que sugieren un choque



anafiláctico son: piel pálida, fría, húmeda; pulso débil, rápido; dificultad para respirar; silbido o ronquido de pecho; desmayo y ronchas en la piel. Deberá llamar para solicitar asistencia médica de urgencia. Acueste al paciente y levántele las piernas, administre reanimación cardiopulmonar si es necesario.

Muchas personas que se saben alérgicas y están en situación de riesgo portan adrenalina, la cual es un medicamento que deberá ser inyectado en el muslo en la dosis indicada por el médico, esto mediante la aplicación de una inyección o con un autoinyector de adrenalina (Epipen o Epien juni).

Las mejores formas de tratar el problema son:

- Evitar los alérgenos o sustancias que desencadenan sus reacciones de anafilaxia.
- Estar preparado para una emergencia.
- Si se corre peligro de tener anafilaxia, tener siempre epinefrina autoinyectable (adrenalina). Se trata de una dosis única de medicamento que se inyecta en el muslo durante una emergencia anafiláctica.
- Es importante que los miembros de la familia y las personas que conviven con el paciente estén enteradas del problema e informadas sobre qué es lo que deben de hacer y cómo aplicar la adrenalina.
- Realizar un plan de acción para los casos de que presente una reacción de anafilaxia.
- No esperar a que mejore o los síntomas disminuyan, ya que el tiempo es vital.
- Acudir con un médico especialista alergólogo/inmunólogo para que éste realice estudios y dé un diagnóstico.

Conjuntivitis alérgica

Dr. Roberto González Galván

Es una enfermedad inflamatoria que afecta la conjuntiva, produce ojos rojos, comezón, lagrimeo, molestia a la luz y sensación de cuerpo extraño.

La conjuntiva ocular es una membrana delgada que reviste y protege la superficie interna del párpado y cubre al ojo, esta misma brinda una barrera fisiológica y mecánica contra alérgenos, agentes químicos y físicos e infecciones medioambientales.

En México se desconoce su incidencia, pero 80% de los pacientes con conjuntivitis alérgica tiene también rinitis alérgica cuya frecuencia varía de 15 a 19% produciendo la rinoconjuntivitis alérgica. Asimismo, coexiste con asma bronquial y dermatitis atópica. En un porcentaje menor se presenta también en la alergia a fármacos, alimentos o urticaria.

Cuando la conjuntiva se expone a un alérgeno, éste estimula la producción de inmunoglobulina IgE. Al ocurrir una segunda o más exposiciones se liberan mediadores químicos que producen los síntomas de alergia en los ojos.

Este padecimiento ocular se clasifica en: conjuntivitis alérgica, rinoconjuntivitis alérgica, queratoconjuntivitis atópica, queratoconjuntivitis vernal y conjuntivitis papilar gigante.

También existen padecimientos que afectan los párpados que pueden ser de origen alérgico, que no corresponden a la alergia ocular pero pueden coexistir.

12

El diagnóstico de conjuntivitis alérgica se hace con los siguientes síntomas: enrojecimiento leve a moderado de la conjuntiva, comezón ocular y periocular, lagrimeo, secreción acuosa (en el estadio agudo se puede observar un exudado blanco, que se convierte en filamentosos en el estadio crónico), hinchazón del párpado o de la membrana (quemosis), molestias por la luz, puede haber ardor y sensación de cuerpo extraño (basuritas). Sin embargo, el dato clave en la conjuntivitis alérgica es la comezón o prurito.

La exploración oftalmológica deberá corroborar los datos de inflamación.

Para identificar el origen de la enfermedad alérgica se practican pruebas cutáneas para alergias realizadas por el alergólogo, así como pruebas de alergia en sangre (más caras).

La rinococonjuntivitis es la más común en la infancia y representa 25 a 50% de los casos de alergia ocular. Pueden experimentarse signos y síntomas graves que interfieren con la calidad de vida. De acuerdo con la gravedad, la conjuntivitis alérgica estacional puede ser moderada a grave durante el periodo agudo de su aparición. La conjuntivitis alérgica perenne persiste durante todo el año. Los aeroalérgenos más frecuentes son intradomiciliarios, como es el ácaro del polvo casero, la caspa de animales y las plumas. Otra causa es la exposición ocupacio-



Conjuntivitis alérgica aguda



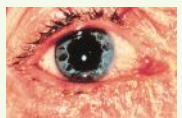
Conjuntivitis alérgica estacional y perene



Conjuntivitis papilar gigante



Queratoconjuntivitis vernal



Queratoconjuntivitis atópica

nal a alérgenos; así como los pólenes de pastos, plantas y árboles.

La queratoconjuntivitis atópica es un tipo de conjuntivitis muy rebelde, asociada a inflamación muy severa y coexiste con dermatitis atópica. Es un proceso inflamatorio crónico del ojo que produce síntomas incapacitantes en la conjuntiva tarsal baja. Cuando afecta a la córnea puede causar ceguera. Es común que los sujetos con este padecimiento tengan antecedentes familiares de atopia (eccema, asma, urticaria o rinitis alérgica). Más de 95% de los pacientes con queratoconjuntivitis atópica tienen eccema y 87% antecedentes de asma. Se manifiesta alrededor de los 20 años de edad y puede persistir hasta los 40 o 50 años. Es más frecuente en el sexo masculino. Sólo 21% de los individuos pediátricos con dermatitis atópica experimentan síntomas oculares. La queratoconjuntivitis grave se desarrolla en 40% de los pacientes mayores de 20 años, con un pico de incidencia entre los 30 y 50 años de edad. Se relaciona con complicaciones graves como blefarokonjuntivitis, cataratas (8 a 12%) y enfermedad de la córnea herpes simple ocular.

La queratoconjuntivitis vernal o primaveral es una forma grave de la alergia ocular, frecuente en niños, que se manifiesta entre los 6 y los 20 años de edad. Predomina en los varones. Se exacerba en época de primavera o verano (en climas templados), ya sea o no provocada por aeroalérgenos comunes, y es muy rebelde al tratamiento.

La conjuntivitis papilar gigante es secundaria al uso de lentes de contacto donde se presenta un fenómeno alérgico por los conservadores de los lentes, mejora al dejar de usar este tipo de lentes y produce papilas gigantes en la conjuntiva del

párpado muy notorias. El aspecto más importante del tratamiento de la alergia ocular es el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Las opciones de tratamiento para las diferentes formas de alergia ocular se dividen en tres acciones: primaria, secundaria y terciaria.

- Evitar aeroalérgenos: control ambiental, no peluches, alfombras, polvo casero, humedad, humos, contaminantes, mascotas, agentes químicos o físicos. Uso de cubrecolchones y cubre almohadas antialérgicos.
- Usar compresas frías, evitar el sol, usar lentes oscuros con protección UV, usar gorra y evitar corrientes de aire directas a los ojos.
- Aplicar lágrimas artificiales libres de preservadores (lubricación), evitar frote de ojos. Éste es un tratamiento farmacológico de aplicación local y sistémica. Es aplicado por gotas, siempre supervisadas e indicadas por el médico especialista. No automedicadas.
- Vasoconstrictores locales, antihistamínicos locales, antihistamínicos H1 de primera (sedantes) y segunda generación (no sedantes).
- Agentes antiinflamatorios no esteroideos tópicos y antihistamínicos/estabilizadores de los mastocitos tópicos

La inmunoterapia específica o vacunación antialérgica, junto con el tratamiento médico, alivia los síntomas. Cuando se administra a los pacientes adecuados, resulta ser un método efectivo e inocuo, siempre y cuando la apliquen alergólogos pediatras, quienes cuentan con el entrenamiento. La desensibilización como forma de tratamiento de la alergia ocular se indica a un limitado número de pacientes cuya conjuntivitis alérgica responde a alérgenos específicamente identificados: dermatofagoides y gramináceas.

Esta vacunación consiste en la administración diaria en forma tópica de dosis de extractos de alérgenos. Progresivamente, la cantidad se va incrementando hasta alcanzar la dosis de mantenimiento. El tratamiento se prolonga de dos a tres años. Se considera el único método que modifica la evolución de la enfermedad científicamente.

Dermatitis atópica

Dra. Laura Prieto Ursua y Dr. Rodolfo García Caballero

Es una enfermedad crónica de la piel con bases inmunológicas, caracterizada por piel seca, comezón incrementada e inflamación de la piel, con brotes y remisiones que se puede presentar desde los primeros meses de vida y durar toda la vida. En la etapa pediátrica ocupa el segundo lugar en frecuencia de consulta dermatológica. Se considera una enfermedad hereditaria, pues frecuentemente existe el antecedente de otros miembros de la familia. Además, se asocia con otras enfermedades alérgicas, como rinitis alérgica, conjuntivitis alérgica y asma bronquial. Es multifactorial y la piel es hipersensible, con tendencia a la comezón y resequedad.



Dermatitis atópica generalizada



Dermatitis atópica en niño de seis meses



Dermatitis atópica en pliegue del codo

La causa de esta enfermedad es la falta de capacidad de la piel para mantenerse húmeda, lo que provoca la ruptura de su barrera protectora, incrementando la susceptibilidad a las infecciones, principalmente por una bacteria llamada *Staphilococo aureus*; y la sensibilidad a los alérgenos, siendo el más común el ácaro del polvo casero, las mascotas y también identificando en niños alergia a alimentos básicos como leche, huevo, trigo, tomate, cítricos, mariscos, soya, cacahuete, chocolate, alimentos con conservadores y colorantes artificiales y alimentos chatarra.

El niño presenta la piel enrojecida, seca y descamada, principalmente en las mejillas y en cuello en los niños menores de dos años, y pliegues de codos y rodillas en los mayores. Además, hay huellas de rascado y la piel puede llorar (eczema) o engrosarse y tener infección asociada, haciéndose un círculo entre la comezón, inflamación e infección. En casos más graves se encuentra en todo el cuerpo. Tiene una localización, comportamiento y evolución crónica con recaídas y remisiones. Se puede asociar a problemas de inmunodeficiencia, y enfermedades internas por lo que es indispensable que sea bien valorado al paciente.

El diagnostico se hace con la historia clínica, los antecedentes hereditarios de enfermedades alérgicas, los criterios clínicos y el alergólogo puede documentar la alergia efectuando las pruebas cutáneas a alimentos e inhalables, comprobando el origen de las exacerbaciones y modificando el curso de la enfermedad y otras alergias. Además se pueden indicar las vacunas antialérgicas con base en las pruebas, ya que es muy frecuente cuando se tiene alergia respiratoria asociada con buena respuesta en varios estudios controlados.

El tratamiento en todos los casos consiste en la lubricación de la piel con cremas humectantes, además de cuidados generales de la piel, como son: baño diario rápido, con agua tibia, jabón neutro y sin tallar; no asolearse; usar ropa de algodón o lino lavada con jabón de pasta o detergente líquido, bien enjuagada, sin suavizante; aconsejándose el mismo manejo para la ropa de cama. Es importante evitar el rascado para no dañar más la piel y perpetuar o incrementar los síntomas. Se pueden usar antiinflamatorios, preventivos inmunoreguladores, antihistamínicos, siempre recetados por el médico especialista. Asimismo, es recomendable no automedicarse y no usar medicina alternativa (chochos, hierbas, etcétera) que no es aceptada por los expertos y carece de validación científica. Además, que por lo general empeora la evolución y provoca gasto y pérdida de tiempo.

El pronóstico, si existe apego, puede mejorar en la infancia y remitir. Los casos rebeldes necesitan control y visita al alergólogo y dermatólogo capacitado. La vacunación antialérgica y las pruebas inmunológicas son una alternativa con buenos resultados en manos del experto.


16

Urticaria crónica

Dra. Alejandra Macías Winmann

Es una enfermedad alérgica e inflamatoria de la piel que se caracteriza por la presencia de ronchas o habones por más de 6 semanas. Las ronchas son lesiones que sobresalen de la piel, su tamaño puede variar de milímetros a varios centímetros, pueden ser circulares o con formas diversas, generalmente son rojas pero pueden tener el centro blanco, dan comezón intensa, aparecen y desaparecen casi siempre sin dejar marcas, pueden o no tener preferencia por un horario. Las ronchas se pueden unir entre sí y formar placas, pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Se pueden acompañar de angioedema (se hinchan los labios y/o los párpados, a veces también las palmas y las plantas) y puede haber dermografismo (al rasarse se marcan líneas como verdugones sobre la piel).

En ocasiones la aparición de las ronchas no es espontánea, sino que responde al efecto del rascado, a la presión ejercida por la ropa o por el contacto con superficies duras o rugosas, a cambios de la temperatura como frío y/o calor, a la exposición a la vibración o al agua, o aparecen en áreas expuestas al sol, a este grupo se le llama *urticaria física*.



A diferencia de la urticaria aguda, en la urticaria crónica no siempre es posible encontrar una causa. De acuerdo a la historia clínica y los datos de la exploración física, el médico considerará los estudios que sean necesarios para establecer el diagnóstico. Algunas veces el origen de la enfermedad puede ser por enfermedades metabólicas o delicadas, por lo que no se debe perder el tiempo. Debe acudir con un alergólogo debidamente entrenado y certificado, para evitar complicaciones y que la enfermedad avance.

El pronóstico a largo plazo dependerá de la causa de la urticaria y de la respuesta al tratamiento.

Algunas señales de alarma son: (aunque es poco probable) se puede asociar a una reacción alérgica grave, como la anafilaxia o el choque anafiláctico. Esta situación se distingue porque además de los síntomas en la piel, el paciente presenta síntomas en otros órganos, como dificultad para respirar, síntomas gastrointestinales (náusea, dolor, vómito), disminución de la presión arterial, dolor de cabeza, pérdida de la conciencia, etcétera. En caso de presentar estos datos clínicos debe comunicarse con su médico y buscar atención inmediata.

El tratamiento de primera elección son los antihistamínicos. El médico seleccionará el más apropiado de acuerdo a los síntomas, la edad del paciente, la respuesta a tratamientos previos. Una vez que se identifique la causa de la urticaria se podrá dar un tratamiento específico para la misma. Los medicamentos que se aplican localmente en la piel por lo general no son de utilidad y muchas veces provocan lesiones que pueden dificultar el diagnóstico de la enfermedad original. Es importante nunca automedicarse ni recurrir a otras terapias alternativas (chochitos, hierbas, tés), pues no cuentan con aprobación científica.

Además, existen algunas recomendaciones de cuidado como:

- Si se conoce la causa, evitar nuevas exposiciones.
- Puede usarse una identificación médica que brinde la información en caso de una emergencia. Las alertas médicas pueden usarse como placas en collares o brazaletes.
- Si existe la posibilidad de una reacción anafiláctica, es necesario tener disponible medicamento de rescate como la adrenalina. En el caso de los niños, es conveniente informar a los maestros, familiares o cuidadores de la posibilidad de una reacción alérgica e instruirlos sobre el uso de la adrenalina, valorar los datos de alarma y alertar al niño sobre qué es lo que tiene que evitar.

- Es muy importante evitar la automedicación, tanto con medicamentos tomados, inyectados o aplicados en forma directa a la piel.
- La urticaria no es contagiosa, pero si la causa es el contacto con una sustancia, otra persona podría exponerse a dicha sustancia al tocar al paciente.
- Si los medicamentos provocan sueño o comezón podrían interferir con la asistencia a la escuela o afectar las actividades diarias. Por ello, es conveniente informar al médico cualquier duda al respecto.
- La urticaria crónica es una de las enfermedades alérgicas por las que se consultan muchos médicos. Lo más recomendable es acudir al alergólogo especializado.

Urticaria aguda

Dr. Juan Ignacio Salgado Gama

Es un padecimiento dermatológico de origen alérgico que afecta a 20% de la población general en algún momento durante su vida.


Es una reacción cutánea desencadenada por mecanismos inmunológicos y no inmunológicos que se presenta en forma de pápulas y placas eritematosas o rosadas, frecuentemente de centro más claro, edematosas, sin descamación superficial (denominadas habones). Éstas son cambiantes, caprichosas, fugaces y calientes al tacto.



Torso de paciente masculino con urticaria crónica



Miembro superior de paciente masculino con urticaria crónica



Las ronchas inician generalmente con prurito o comezón, seguido de verdugones rojos e inflamados. Se asocia a angioedema en más de 50% de los casos. Además, suelen ser intensamente pruriginosas, aunque en ocasiones pueden ser dolorosas o puede haber sensación de quemazón. También el prurito puede ser leve o moderado.

En los casos en que los habones se acompañan de intenso edema se conocen como angioedema, lo cual es más frecuente en los párpados, labios y manos, si bien puede presentarse en cualquier lugar, incluyendo genitales.

Asma

Dr. Carlos Báez Loyola

El asma es la segunda enfermedad respiratoria crónica más frecuente en la infancia, sólo precedida por la rinitis alérgica. En nuestro país tiene una prevalencia de aproximadamente 8%, lo que significa que existen unos 8 millones de asmáticos.

El asma se puede definir como una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea y que como consecuencia de esta inflamación los pacientes cursan con hiperreactividad bronquial. Su manifestación clínica es la explicación de los síntomas más frecuentes: tos, silbido del pecho y sensación de falta de aire. Es importante mencionar que dichos síntomas son reversibles con o sin tratamiento.

Aunque la enfermedad se manifiesta en forma de crisis, la inflamación está presente en los diferentes grados de manifestación clínica.

Actualmente hablamos del asma como un síndrome (signos y síntomas) más que como una enfermedad, ya que puede presentarse la sintomatología por diferentes desencadenantes. El asma más frecuente en la infancia está relacionado con la alergia y los alérgenos causales más frecuentes son el polvo casero, los ácaros del polvo, hongos de la humedad y pólenes (plantas, pastos, árboles).

Las manifestaciones del asma no son continuas y podemos clasificar al enfermo según la frecuencia de sus síntomas en cuatro grados de severidad: 1) leve, 2) intermitente y leve, 3) moderado y 4) severo persistente. Los asmáticos leves representan 80%; los moderados, 15%, y 5% los graves.

Estos pacientes a veces no son diagnosticados correctamente por lo espaciado de los síntomas. La mayoría de los niños tosedores crónicos o que tosen al correr, reírse, cambio de clima, etcétera, son hiperreactores bronquiales y se beneficiarían con un tratamiento para asma, ya que pueden ser considerados como asmáticos de presentación atípica (tos equivalente de asma).


Existen criterios para predecir el asma y para realizar su diagnóstico, sólo se necesita la presencia de tres o más episodios de obstrucción de la vía aérea, principalmente en menores de 2 años de edad. Pero se puede diagnosticar asma desde un inicio cuando además del cuadro clínico característico se tienen factores de riesgo como son antecedente de asma en los padres o antecedentes de dermatitis atópica, que son criterios mayores; y los menores, que son cursar con rinitis alérgica o tener datos de alergia como puede ser la presencia de IgE alta o una eosinofilia mayor de 4% y silbido de pecho en ausencia de síntomas infecciosos.

20



Primer síntoma de empeoramiento o mal control del asma

En el asma bronquial el diagnóstico es clínico, pero las pruebas de función pulmonar incrementan la certeza diagnóstica, además que permiten dar seguimiento al control y respuesta al tratamiento. En niños pueden realizarse a partir de los 6 años, con experiencia en su técnica e interpretación. Es parte del diagnóstico definitivo y parte del



criterio para tratamiento es efectuar las pruebas cutáneas de alergia, las cuales consisten en un pequeño rasguño en la piel del paciente (espalda o antebrazos). Esto porque al hacerse presentes los alérgenos a través de una roncha o enrojecimiento la prueba será positiva, explicando así el origen. Lo anterior permitirá evitar el alérgeno y valorar el inicio de la inmunoterapia o vacunas antialérgicas.

Actualmente hablamos de dos tipos de asma: un asma transitoria que se presenta en la infancia. Estos pacientes generalmente no están relacionados con alergia, sino infecciones respiratorias o una inmadurez pulmonar secundaria al antecedente de hábito tabáquico en la madre durante el embarazo y o en la infancia. El otro tipo es el asma persistente que para muchos son los verdaderos asmáticos y que generalmente inicia en la infancia y que está relacionado con atopia o alergia y que tiende a persistir más allá de los 6 años de edad.

El tratamiento lo podemos dividir en dos grupos: el tratamiento de las exacerbaciones agudas o crisis, que empleará broncodilatadores de acción rápida, en ocasiones combinados con antiinflamatorios de los llamados esteroides y que de preferencia deben administrarse por vía sistémica (oral) dando un ciclo corto y la dosis en base al peso. El otro será aquel en donde los pacientes podrán requerir administración de oxígeno suplementario durante la crisis, cuando no mejoran requieren hospitalización y vigilancia estrecha.

En el control total del asma, que es el ideal de todo paciente (no medicamentos, no despertares nocturnos, actividad normal, respiración normal, no visitas a urgencias y calidad de vida), se requiere el uso de medicamentos de control con apego estricto. Se usan los antiinflamatorios y se recomiendan los antileucotrienos (como el Montelukast), los esteroides inhalados a diferentes dosis según la gravedad de la enfermedad (siendo los más usados la fluticasona, la mometasona, la ciclesonida y la budesonida). Los anteriores muestran una excelente eficacia y una biodisponibilidad muy baja, lo cual los hace seguros y prácticamente de nulos efectos secundarios.

Los pacientes que no se controlan adecuadamente podrán utilizar las llamadas combinaciones fijas o terapia combinada que tiene la combinación de un esteroide inhalado más un broncodilatador de acción prolongada. Estos están indicados a partir de los 4 años de edad.

Los pacientes que no se controlan adecuadamente con el tratamiento farmacológico y que la causa de sus síntomas está relacionada con un

fondo alérgico se benefician con el tratamiento a base de inmunoterapia (vacunas de alergia). Actualmente las hay por vía oral sublingual y por la forma clásica de aplicación subcutánea una vez por semana. La Organización Mundial de la Salud señala que es el único tratamiento que realmente modifica la historia natural de la enfermedad, evita que el paciente avance y empeore, además que no permite la aparición de nuevas alergias. La medicina basada en evidencias la sitúa como un procedimiento científico con la eficacia y seguridad de 100 años de ser utilizada, sólo por alergólogos certificados y bien entrenados.

La medicina alternativa no se recomienda pues no ha comprobado científicamente su eficacia.

Algunas señales de alarma que hay que tomar en cuenta son: tos, silbido del pecho, sensación de falta de aire, sensación de pecho apretado, cuadros catarrales que se bajan al pecho, tos crónica o desencadenada con el ejercicio como correr, etcétera.

Ante cualquiera de los síntomas anteriores, se debe consultar a un especialista en alergia pediátrica.


Sinusitis

Dra. Enna Cossio Ochoa y Dr. Roberto Ontiveros Castro

Es una enfermedad caracterizada por la inflamación de los senos paranasales que ocurre secundario a una infección la cual puede ser de origen viral, bacteriana o por hongos. Se asocia frecuentemente a la inflamación de la nariz, motivo por el que actualmente se emplea el término de rinosinusitis. De los resfriados comunes, 0.5% se complican con rinosinusitis, tanto niños como adultos tienen el riesgo y la alta prevalencia es mayor en pacientes con alergia respiratoria.

Causas: Los senos paranasales son espacios llenos de aire en el cráneo (por detrás de la frente, las mejillas y los ojos) que están recubiertos de membrana mucosa que se comunican con la nariz. Cuando estos espacios huecos resultan bloqueados o se acumula demasiado moco, las bacterias y otros gérmenes pueden multiplicarse más fácilmente ocasionando la enfermedad. Volviéndose el moco amarillento o verdoso, dando origen a la sinusitis

La sinusitis según el tiempo de evolución y también por su severidad puede ser:

- 
- Aguda (los síntomas duran hasta 4 semanas): generalmente es causada por una infección de las vías respiratorias altas que condiciona inflamación.
 - Subaguda (los síntomas duran de 4 a 12 semanas).
 - Crónica (los síntomas duran 3 meses o más): se refiere a la inflamación prolongada de los senos para nasales o por alteraciones estructurales (tabique desviado, fracturas, hipertrofia de cornetes) y las bacterias u hongos se vuelven resistentes y más difíciles de erradicar.

Algunos factores que incrementa el riesgo de presentar sinusitis son la rinitis alérgica, las guarderías e internados, los adenoides y/o amígdalas grandes, el tabaquismo, el smog y tener un sistema inmunitario debilitado, así como infecciones dentales, aunque esto último es raro.

Las molestias clásicas de la sinusitis aguda se presentan después de un resfriado que no mejora o que empeora después de 5 a 10 días. Los síntomas más comunes son:

- Mal aliento o pérdida del sentido del olfato.
- Tos que generalmente empeora por la noche.
- Fatiga y malestar general, carraspeo.
- Fiebre.
- Congestión y/o secreción nasal.
- Dolor de cabeza ocular o sensibilidad facial.
- Dolor de garganta y goteo retronal.

Los síntomas de la sinusitis crónica son los mismos de la sinusitis aguda, pero tienden a ser más leves y a durar más de 12 semanas. Bajas defensas, alergia y problemas anatómicos se relacionan.

El diagnóstico de la sinusitis puede establecerse clínicamente, con una buena exploración. Las radiografías de senos paranasales no son muy precisas, pero pueden ser de ayuda. Por ello, la tomografía computarizada es el mejor estudio para el diagnóstico. Algunos pacientes, además, requieren la endoscopia diagnóstica y hacer las pruebas cutáneas de alergia.

Si usted o su hijo padecen rinitis alérgica (inflamación nasal), hay que tener presente que hasta 40% cursan con sinusitis crónica, por lo que es conveniente considerar la visita con el médico alergólogo ya que los cuadros de rinitis alérgica se caracterizan principalmente por estornudos frecuentes, secreción, congestión, comezón nasal y tos.

Algunas recomendaciones para descongestionar y mejorar las molestias son:

- Beba mucho líquido para diluir el moco.
- Utilice solución salina nasal varias veces al día.
- Evite volar cuando esté congestionado.
- Evite temperaturas extremas y cambios bruscos.
- Algunos pacientes mejoran con los cuidados de un resfriado en forma espontánea, pero si los síntomas continúan requiere la valoración médica.
- El tratamiento es médico y no debe automedicarse.

Los pacientes con rinitis alérgica deberán ser valorados por el alergólogo para realizar pruebas cutáneas y si existe alergia específica recibir vacunas inyectadas o gotas para mejorar la enfermedad.

En algunos pacientes puede ser necesaria la cirugía para limpiar y drenar los senos paranasales por un médico especialista en oídos, nariz y garganta (otorrinolaringólogo). El manejo en equipo beneficia más al paciente.

Además, no se recomienda usar medicina alternativa, pues no tiene bases científicas y es riesgosa en todos los aspectos.

Generalmente, las infecciones sinusales se curan con cuidados personales. Si usted está presentando episodios recurrentes, debe ser evaluado por el alergólogo y/o otorrinolaringólogo para buscar causas subyacentes como alergias, desviación septal, pólipos nasales, entre otros.

Por otra parte, aunque son poco frecuentes, las complicaciones pueden abarcar absceso cerebral, infección ósea (osteomielitis), meningitis o infección cutánea alrededor del ojo (celulitis orbitaria), todas ellas muy graves y que se pueden evitar acudiendo tempranamente al médico.

Por último, la mejor manera de prevenir la sinusitis en general es evitando o tratando rápidamente las gripas o resfriados y siguiendo estas medidas:

- Comer fruta y verduras ricas en antioxidantes.
- Evitar el humo cigarro y los contaminantes.
- Vacunarse anualmente contra la influenza.
- Beber bastante líquidos.

- Reducir el estrés.
- Tratar las alergias de manera apropiada.
- Lavado de manos con frecuencia.
- No automedicarse.

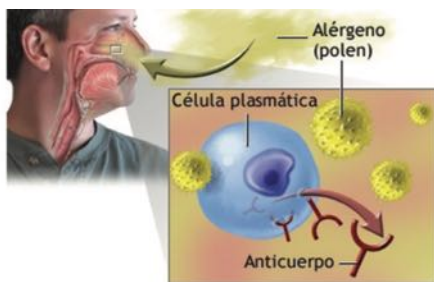
Rinitis alérgica

Dr. José Antonio Sacre Hazouri

La rinitis alérgica es una enfermedad inmunológica que produce inflamación de la mucosa nasal caracterizada por comezón, estornudos, escurrimiento y obstrucción de nariz. Afecta de 12 a 17% de la población mexicana, además que es muy común en niños y adultos jóvenes y se asocia a otras enfermedades alérgicas.

El origen de la enfermedad radica en la carga genética, al igual que el asma y dermatitis atópica. El otro factor es el medio ambiente alergénico. Los alérgenos (sustancias que producen la alergia) más frecuentes son: el polvo casero y los ácaros del dormitorio, hongos (intra y extra domiciliarios), pólenes (pastos, plantas y árboles), mascotas caseras (gato y perro), alimentos y medicamentos.

La rinitis alérgica se clasifica según su intensidad como: leve, moderada y severa. Y según su frecuencia como intermitente y persistente. Lo anterior facilita al médico el manejo clínico, además que permite aplicar un tratamiento especial para cada una de estas modalidades.



Las alergias se presentan cuando el sistema inmunológico reacciona a sustancias (alérgenos) que por lo general son inofensivas y en la mayoría de personas no causan una respuesta inmune. Los anticuerpos se forman en el sistema inmunológico en respuesta a la presencia de un antígeno como el polen, el moho, el polvo o la caspa.

Existen algunos factores que empeoran los síntomas: el frío, los cambios bruscos de temperatura, los irritantes químicos (perfumes, limpiadores, detergentes, smog), la contaminación ambiental, el humo de cigarro y determinadas infecciones (virales o bacterianas).

La sintomatología depende de la gravedad de la alergia nasal. Clásicamente el paciente presenta estornudos matutinos, obstrucción o congestión nasal, escurrimiento de moco claro, hialino, picazón o comezón de la nariz y de los ojos. En su aspecto general luce pálido, ojeroso, ojos rojos y llorosos. La voz es gangosa, respira por la boca y puede roncar en las noches. Asimismo, presenta carraspeo persistente, tos, comezón de garganta, comezón de paladar y de oídos. En ocasiones, incluso, puede haber disminución del olfato y del gusto.

La rinitis puede asociarse o complicarse con los siguientes problemas:

- Sinusitis aguda o crónica: Moco verde o amarillo, dolor de cabeza, obstrucción nasal, carraspeo, mal aliento y tos persistentes.
- Otitis media con derrame u otitis media crónica: asociada en 53% con disminución de la audición.
- Conjuntivitis alérgica: coexistiendo frecuentemente con alergia ocular produciendo rinoconjuntivitis alérgica manifestada como ojos rojos, lagrimeo y comezón ocular recurrente.
- Trastornos en el sueño: obstrucción nasal y de la rinofaringe asociadas a crecimiento de adenoides y amígdalas, problemas respiratorios acompañados de ronquidos y sueño intranquilo.
- Asma bronquial: coexiste en 50% de los pacientes con rinitis.
- Además 80% de los pacientes que sufren de asma bronquial presentan rinitis alérgica. Si el paciente inicia con rinitis alérgica, éste es un factor predisponente para que se manifieste asma bronquial en años posteriores de la vida (3 veces más que en la población sin rinitis).
- Dermatitis atópica: este padecimiento coexiste con la rinitis alérgica y asma bronquial en más de 50% de los pacientes. Suele ser la primera manifestación clínica de las enfermedades alérgicas.
- Trastornos dentarios y faciales: el paciente con obstrucción nasal persistente y respirador oral obligado tiene deformidades del maxilar con protusión y deformidades maxilofaciales.
- Pólipos nasales: aunque no es regla que rinitis alérgica se asocie a estas tumoraciones benignas puede coexistir con obstrucción nasal, pérdida del olfato y sinusitis asociada.
- Pobre calidad de vida: bajo rendimiento en el trabajo y escuela, poca tolerancia, falta de concentración, cansancio. Es una de las enfermedades que peor calidad de vida brindan.



Estudio celular nasal. Citograma nasal. Movimiento ciliar.

El diagnóstico se hace con la historia clínica, los antecedentes hereditarios y de otras enfermedades, así como con los síntomas clínicos comentados y apoyados en una excelente exploración física que incluye nariz, ojos, oídos, garganta, tórax y piel. Se hacen pruebas especiales del moco nasal para determinar el tipo de rinitis y mecanismos inflamatorios o infecciosos asociados.

El alergólogo realizará las pruebas cutáneas específicas de inmunología en donde al paciente se le aplican a través de gotitas y un pequeño rasguño los alérgenos que comúnmente producen la alergia (polvos, mascotas, pólenes, hongos) y algunos alimentos en casos probables. Las pruebas son rápidas, inocuas, no dolorosas y muy exactas en el diagnóstico, pues permiten descubrir el origen y causas de la rinitis alérgica. Esto aportará datos necesarios e indispensables para efectuar un plan de tratamiento adecuado.



Pruebas de olfato y gusto (umbral olfatorio y discriminación de olores).

Ante la sospecha de complicaciones anatómicas estructurales, sinusitis, adenoiditis, o crecimiento del tejido adenoideo se necesitará efectuar exámenes especiales de diagnóstico como la endoscopia flexible diagnóstica que proporciona información muy útil para el tratamiento específico de las complicaciones. En otros casos la tomografía axial computarizada ayuda a conocer la patología y complicaciones de la rinosinusitis crónica. Además de la anterior, existen otros tipos de rinitis infecciosa:

- Viral o bacteriana: con síntomas infecciosos predominantes.
- Rinitis hormonal: asociada al embarazo e hipotiroidismo.
- Rinopatía no alérgica-vasomotora: los síntomas son intensos con sustancias irritantes como cloro, tabaco, olores fuertes, cambios de temperatura, sitios húmedos o muy secos.
- Rinitis eosinofílica no alérgica: tiene síntomas similares, sin embargo, presentan pruebas cutáneas de inmunología negativa. Requiere tratamiento específico.
- Alteraciones anatómicas: causadas por tabique nasal desviado, malformaciones congénitas, tumoraciones benignas o malignas, crecimiento de adenoides o amígdalas, pólipos nasales, etcétera.



Pruebas de función pulmonar en niños (valorar presencia de asma bronquial).

El tratamiento que debe seguir el paciente con rinitis alérgica es:

- Control ambiental: evitar todos los factores causales de su alergia, desencadenantes o provocadores de malestar nasal.
- Tratamiento con medicamentos: 1) Preventivos: en sprays locales o vía oral (antiinflamatorios, antileucotrienos), etcétera. 2) Sintomáticos: sprays antiinflamatorios, antihistamínicos vía oral o local. Antibióticos en caso de sinusitis o infección agregada.
- Inmunoterapia o vacunación terapéutica antialérgica: realizada sólo por el especialista en inmunología clínica y alergia. Se considera el mejor método a largo plazo, pues es el único que modifica el curso de la enfermedad y evita la aparición de complicaciones.

El pronóstico de la rinitis alérgica en general es excelente si el paciente se adhiere al tratamiento y consulta sus dudas en la visita con el especialista en alergia e inmunología clínica. Además, debe de apegarse a los cuidados preventivos, al uso de sus medicamentos y cumplir con el esquema de inmunoterapia o vacunación.

Vacunación antialérgica (inmunoterapia)

Dr. José Antonio Ortega Martell

Las enfermedades alérgicas son multifactoriales, es decir, son causadas y/o agravadas por diferentes factores. Por lo tanto no existe un solo tratamiento que por sí mismo las resuelva. Así, debe tomarse en cuenta lo siguiente:

- Educación: fundamental para que el paciente y sus padres conozcan todo lo referente a la enfermedad y colaboren con el tratamiento.
- Control ambiental: significa evitar al máximo posible el contacto con aquello que en forma específica o inespecífica pueda desencadenar los síntomas en el paciente.
- Medicamentos: se utilizan para controlar los síntomas en el momento agudo disminuyendo la inflamación y ayudando también como preventivos para evitar una nueva recaída.
- Inmunoterapia específica: es el nombre con el que se conoce al tratamiento con vacunas antialérgicas. Se utilizan en algunos pacientes alérgicos con la finalidad de inducir tolerancia hacia las sustancias responsables de desencadenar una respuesta alérgica en el paciente y así disminuir sus síntomas cuando se expone nuevamente a ellas.

Ahora bien, la inmunoterapia específica (vacunas antialérgicas) es el tratamiento más eficaz y más antiguo de que disponemos para las enfermedades alérgicas. Éste se ha usado desde hace más de 100 años y se ha ido perfeccionando su eficacia y el conocimiento sobre los mecanismos de acción, las indicaciones médicas precisas y los lineamientos para lograr el máximo beneficio para el paciente.


Las vacunas antialérgicas se preparan con las mismas sustancias a las que el paciente es alérgico y que pueden ser, por ejemplo, granos de polen de diferentes plantas, esporas de hongos o partículas de ácaros del polvo; a éstas sustancias se les conoce como alérgenos. La inmunoterapia específica consiste en la administración progresiva de los alérgenos causantes de las reacciones alérgicas en cada paciente. La administración de pequeñas cantidades, progresivamente mayores, de estos alérgenos hace que después de cierto tiempo se produzcan anticuerpos o diferentes mecanismos de defensa que disminuyen, también progresivamente, la duración y frecuencia de los síntomas alérgicos. Dicho de otra manera: la inmunoterapia aumenta paulatinamente la tolerancia del paciente a las mismas sustancias que desencadenan sus síntomas de alergia.

La inmunoterapia específica se administra en la forma tradicional de inmunoterapia subcutánea: inicialmente se inyectan dosis muy bajas de la vacuna con una frecuencia de 1 a 2 veces por semana; la dosis de la vacuna se va aumentando gradualmente hasta que se llega a la dosis máxima (llamada dosis de mantenimiento) que ya sólo se inyecta 1 o 2 veces por mes. Es un tratamiento prolongado, suele tener una duración aproximada de 3 a 5 años y su éxito depende en gran parte de la constancia en su aplicación.

Los efectos benéficos de las vacunas generalmente no se observan inmediatamente, como ocurre cuando se administran algunos medicamentos. Con la inmunoterapia, conforme se va incrementando la dosis se consigue un retorno gradual a una función más saludable del sistema inmunológico y con ello la disminución paulatina en la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas alérgicos y en la severidad de la enfermedad alérgica. Esto, a su vez, trae como consecuencia una disminución en el consumo de medicamentos, en el costo de la enfermedad, de los días escolares o laborales perdidos y una mejoría global en la calidad de vida del paciente. Lo más importante es que estos efectos benéficos no desaparecen pronto sino que, a diferencia del tratamiento con medicamentos, pueden persistir por años e incluso toda la vida.

Los criterios para decidir si un paciente es candidato al tratamiento con inmunoterapia específica son:

- Diagnóstico de asma alérgica, rinitis alérgica, dermatitis atópica o alergia a himenópteros realizado por un especialista certificado en alergia e inmunología clínica. Tanto el asma como la rinitis y la dermatitis son enfermedades muy frecuentes pero no todos los pacientes con estas patologías son alérgicos y en consecuencia las vacunas antialérgicas no le sirven a todos sino únicamente a aquellos en los que se demuestre que sí son alérgicos.
- La inmunoterapia es específica, es decir, no hay una vacuna que sirva para todas las formas de alergia. Las vacunas están dirigidas únicamente contra los alérgenos responsables de los síntomas en cada paciente y por lo tanto es un tratamiento individualizado que sólo es posible hacerlo teniendo el diagnóstico exacto de cuáles son los alérgenos responsables de la enfermedad en cada paciente. Por lo tanto es indispensable hacer estudios para identificar con precisión qué sustancias están causando la alergia en el paciente antes de iniciar este tratamiento. Esto se logra mediante un estudio en la piel denominado *pruebas cutáneas* que se realiza habitualmente en la espalda o antebrazos del paciente y



en el que, mediante el uso de diversos dispositivos, se ponen en contacto con la piel los alérgenos a investigar, para desencadenar una pequeña reacción local de alergia (roncha) sólo en los que sea alérgico el paciente. También es posible hacer el estudio en un laboratorio utilizando muestras de sangre para buscar anticuerpos específicos hacia estos alérgenos, pero se ha visto que el estudio en la piel es el que ofrece mejores resultados. El alergólogo, el especialista en alergia e inmunología clínica, es el único médico capacitado para indicar, realizar e interpretar adecuadamente los estudios que nos dan el diagnóstico específico de la alergia y es quien ayudará a decidir cuál es el mejor método para el diagnóstico del paciente.

- Edad: los consensos más recientes de expertos nos dicen que no hay límite de edad para indicar la inmunoterapia, ya que se puede administrar en niños pequeños, ancianos e inclusive durante el embarazo se puede continuar el tratamiento si se había iniciado la inmunoterapia desde antes de estar embarazada la paciente.

Por lo general la inmunoterapia específica se administra vía inyección subcutánea, que ha sido la vía clásica para administrarla. Sin embargo, recientemente se han publicado diversos estudios que demuestran que también puede ser eficaz administrándola por vía sublingual, que es una alternativa para aplicar la inmunoterapia sin inyecciones: la dosis del alérgeno se coloca debajo de la lengua en donde debe de mantenerse durante 1 minuto y después se deglute.

Se están investigando otras formas de administración como la vía oral, la vía epicutánea y la vía intralinfática, pero aún no se han completado todas las fases de investigación requeridas para autorizar su uso.

Cabe destacar que se ha visto que la eficacia de la inmunoterapia es mayor cuando se inyecta en forma subcutánea que cuando se da por la vía sublingual. La inmunoterapia sublingual se tiene que administrar con más frecuencia (diario) ya que se necesitan dosis mucho más altas que con la inyectada para que sea eficaz (lo cual aumenta también el costo). Sin embargo, también se ha descubierto que la vía sublingual es más segura que la subcutánea, es decir, la frecuencia de reacciones adversas tanto las leves o locales como las graves o generalizadas es menor con la vía sublingual.

En cuanto a la comodidad de la vía de administración, cada paciente en conjunto con el especialista en alergia podrá decidir si le parece más cómodo el tratamiento sublingual diario o la inyección subcutánea 1 a 2 veces al mes.

Manual de alergias infantiles, libro coordinado por el Dr. Fernando Iduñate Palacios, Presidente de Compedia, y editado por ASH2 Imagen Global S. A. de C. V., Icacos 9-13, col. Narvarte, Benito Juárez, se terminó de imprimir en el mes de julio de 2013, en Litográfica Jer, Oriente 243 Núm. 3, col. Agrícola Oriental, Iztacalco. El tiraje fue de 5 000 ejemplares. Editora, Adriana Salazar. Cuidado editorial, Miguel A. Hernández. Portada y diseño, Alejandro Cárdenas.

Impreso en México/ Printed in Mexico.

Datos de los autores

Dr. Fernando Iduñate Palacios. Presidente de Compedia. Alergólogo
Pediatra. Durango, Dgo.

Dr. José Santos Lozano Sáenz. Vicepresidente de Compedia. Alergólogo
Pediatra. Xalapa, Ver.

Dra. Rita Arciniega Olvera. Coordinadora del Comité de Anafilaxia.
Alergóloga Pediatra. Pachuca, Hgo.

Dr. Carlos Báez Loyola. Coordinador del Comité de Asma. Alergólogo
Pediatra. México, D. F.

Dra. Enna Cossio Ochoa. Coordinadora del Comité de Sinusitis. Alergóloga
Pediatra. Tuxtla Gutiérrez, Chis.

Dr. Rodolfo García Caballero. Coordinador del Comité de Dermatitis Atópica.
Alergólogo Pediatra. Oaxaca, Oax.

Dr. Roberto González Galván. Coordinador del Comité de Conjuntivitis.
Alergólogo Pediatra. Monterrey, N. L.

Dra. Rosa Elena Huerta Hernández. Coordinadora del Comité de Alergia a
Alimentos. Alergóloga Pediatra. Pachuca, Hgo.

Dra. Alejandra Macías Winmann. Coordinadora del Comité de Urticaria.
Alergóloga Pediatra. Monterrey, N. L.

Dra. Blanca Morfín Maciel. Coordinadora del Comité de Alergia a Alimentos.
Alergóloga Pediatra. México, D. F.

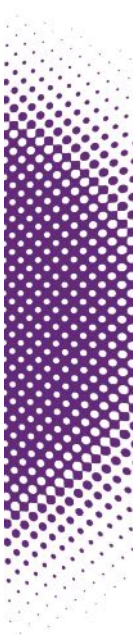
Dr. Roberto Ontiveros Castro. Coordinador del Comité de Sinusitis.
Alergólogo Pediatra. Culiacán, Sin.

Dr. José Antonio Ortega Martell. Coordinador del Comité de Inmunoterapia.
Alergólogo Pediatra. Pachuca, Hgo.

Dra. Laura Prieto Ursua. Coordinadora del Comité de Dermatitis Atópica.
Alergóloga Pediatra. México, D. F.

Dr. José Antonio Sacre Hazouri. Coordinador del Comité de Rinitis.
Alergólogo Pediatra. Córdoba, Ver.

Dr. Juan Ignacio Salgado Gama. Coordinador del Comité de Urticaria.
Alergólogo Pediatra. Coatzacoalcos, Ver.



Cortesía de



DANONE
BABY NUTRITION