



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina Humana

SEMESTRE:

8° A

MATERIA:

INMUNOALERGIAS

TRABAJO:

RESUMEN

DOCENTE:

DR. DIEGO ROLANDO MARTINEZ GUILLEN

ALUMNO (A):

YANIRA LISSETTE CANO RIVERA

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS, 13 DE OCTUBRE DE 2022

RINITIS ALERGICA

La rinitis alérgica es resultado de una reacción inflamatoria mediada por la Ig E, con grados variables de inflamación nasal. Es una respuesta de hipersensibilidad tipo I a un alérgeno inhalado. Los alérgenos son proteínas que pueden viajar vía aérea por medio de partículas, lo que incluye heces fecales de ácaros de polvo, epitelio de animales y partículas de cucarachas.

La rinitis alérgica puede ser estacional o aparecer todo el año (como una forma de rinitis perenne). La rinitis estacional es generalmente alérgica. Al menos 25% de las rinitis perennes no son alérgicas. La rinitis alérgica estacional (fiebre del heno) es más frecuentemente causada por alérgenos de plantas, que varían según la temporada. Los alérgenos vegetales comunes incluyen primavera, verano y otoño. La rinitis perenne se debe a la exposición a lo largo de todo el año a alérgenos inhalados de interior o por una fuerte reactividad a pólenes de plantas en estaciones secuenciales. La rinitis alérgica y el asma coexisten con frecuencia; no está claro si la rinitis y el asma son el resultado del mismo proceso alérgico. Las numerosas formas no alérgicas de rinitis perenne incluyen la rinitis infecciosa, vasomotora, inducida por fármacos y rinitis atrófica.

Los pacientes tienen prurito nasal, ocular u oral, estornudos, rinorrea y obstrucción nasal y sinusal. La obstrucción sinusal puede causar cefaleas frontales; la sinusitis es una complicación frecuente. También puede haber tos y sibilancias, en especial si también se produce asma. La característica más prominente de la rinitis perenne es la obstrucción nasal crónica, que en los niños puede dar lugar a una otitis media crónica; los síntomas varían en gravedad a lo largo del año. El prurito es menos prominente. Se pueden desarrollar sinusitis crónica y pólipos nasales. Los signos consisten en cornetes edematosos y de color rojo azulado y, en algunos casos rinitis alérgica estacional, inyección conjuntival y edema palpebral.

La rinitis alérgica casi siempre puede diagnosticarse simplemente con la anamnesis. No siempre son necesarias las pruebas diagnósticas, a no ser que el paciente no mejore con el tratamiento empírico; en ese caso, pueden usarse pruebas cutáneas para mostrar una reacción a los pólenes (estacionales) o a las heces de los ácaros domésticos, las cucarachas, caspa de animales, hongos u otros antígenos (perennes) con el fin de guiar un tratamiento adicional.

El tratamiento para la rinitis alérgica estacional y perenne es generalmente el mismo, aunque se recomienda en la rinitis perenne intentar eliminar o evitar los alérgenos. Para la rinitis estacional o refractaria grave, la inmunoterapia de desensibilización puede ayudar.

ASMA

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación. Se caracteriza por una respuesta exagerada a estímulos exógenos y endógenos con hiperreactividad de la vía aérea (HRVA) y obstrucción del flujo aéreo, total o parcialmente reversible, que puede ocasionar uno o más síntomas respiratorios recurrentes (tos, sibilancias, disnea y aumento del trabajo respiratorio), principalmente de predominio nocturno. El asma es una enfermedad caracterizada por la inflamación difusa de las vías aéreas causada por una variedad de estímulos desencadenantes que da lugar a una broncoconstricción parcial o completamente reversible.

El desarrollo del asma es multifactorial y depende de las interacciones entre varios genes de susceptibilidad y factores medioambientales. Se identificaron más de 100 genes de susceptibilidad para el asma. Se cree que muchos involucran a la amplia categoría amplia de células T helper de tipo 2 (TH2) y pueden desempeñar un papel en la inflamación.

En general, los pacientes con asma leve están asintomáticos entre las exacerbaciones. Aquellos con enfermedad más grave y los que presentan exacerbaciones experimentan disnea, opresión torácica, sibilancias audibles y tos. La tos puede ser el único síntoma en algunos pacientes (variante tusígena del asma). Los síntomas pueden seguir un ritmo circadiano y empeorar durante el sueño, a menudo alrededor de las 4 am. Muchos pacientes con enfermedad más grave se despiertan durante la noche (asma nocturna).

Los signos comprenden sibilancias, pulso paradójico, taquipnea, taquicardia y esfuerzo visible para respirar. Las sibilancias pueden estar presentes en ambas fases o sólo en la espiración, si bien los pacientes con broncoconstricción intensa pueden no tener sibilancias audibles por la marcada limitación del flujo aéreo.

El diagnóstico de asma es clínico, con base en la presencia de dos o más de los siguientes síntomas clave como sibilancias, tos, disnea y presión torácica. Estos síntomas suelen ser variables en intensidad y frecuencia, usualmente con predominio nocturno, se presentan ante la exposición a factores desencadenantes como los antecedentes de enfermedades alérgicas (rinitis alérgica o dermatitis atópica), y de asma en familiares en primer grado.

Existen diversos medicamentos que tienen efecto antiinflamatorio en la mucosa bronquial, pero los más potentes y eficaces son los corticoides (cortisona) inhalados. Para el tratamiento inmediato, se utilizan broncodilatadores, que normalmente se administran por vía inhalatoria. Existen dos tipos fundamentales según la duración de su acción: los broncodilatadores de acción prolongada, que se toman por la mañana y por la noche todos los días, se tengan o no síntomas; mientras que los de acción corta, se suelen reservar para tomar en caso de necesidad (sensación de ahogo, tos, etc).

URTICARIA

La urticaria se caracteriza por la presencia de placas migratorias, bien delimitadas, eritematosas y pruriginosas en la piel. La urticaria puede estar acompañada por angioedema, que es el resultado de la activación de mastocitos y basófilos en la dermis más profunda y en los tejidos subcutáneos y se manifiesta como edema en la cara, labios, extremidades y genitales. El angioedema puede ocurrir en el intestino y manifestarse como dolor abdominal tipo cólico. El angioedema puede ser potencialmente fatal cuando hay obstrucción de las vías aéreas, debido al edema laríngeo o hinchazón de la lengua.

La urticaria se produce por la liberación de histamina, bradicinina, calicreína y otras sustancias vasoactivas liberadas por los mastocitos y los basófilos en la dermis superficial, lo que causa edema intradérmico y vasodilatación venosa. En ocasiones, está provocado por infiltración leucocitaria. No hay pruebas para el diagnóstico definitivo de urticaria, por lo que la evaluación depende sobre todo de la anamnesis y el examen físico.

Deben tratarse todas las causas identificadas. Hay que suspender la administración de fármacos o alimentos. Los antihistamínicos siguen siendo el pilar del tratamiento.

FUENTES DE INFORMACION

GPC. (2017). Rinitis alérgica. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/041GRR.pdf>

GPC. (2020). Asmas. Recuperado de <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-009-20/ER.pdf>

GPC. (s.f.). Urticaria. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/495GER.pdf>