



Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Inmunoalergias.

Trabajo:

Ensayo.

Docente:

Dr. Diego Rolando Martinez Guillen.

Alumno:

Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:

8° "A"

Comitan de Dominguez, Chiapas a; 12 de Octubre del 2022.

En este pequeño ensayo abordaremos 2 temas vistos en clase y que están relacionadas con la exposición de alérgenos el cual epidemiológicamente suman un importante número de la población mundial.

Iniciamos con el tema de rinitis alérgica, esta patología describe un trastorno que cursa con inflamación de la mucosa nasal, independientemente de la etiología y del mecanismo patogénico que intervenga, dicha inflamación da lugar a uno o más de los siguientes síntomas: obstrucción nasal, estornudos, rinorrea y prurito.

Dentro de la epidemiología de la rinitis alérgica constituye un problema de salud mundial. Es una enfermedad muy común en todo el mundo. La prevalencia de la alergia nasal oscila entre un 10 a un 25% de la población mundial, su incidencia máxima se sitúa en adolescentes y adultos jóvenes. Es rara antes de los 5 años de edad, después de los 35 años la aparición de una rinitis polínica es muy poco frecuente, sobre todo si la persona no cambia de ambiente. Pasados los 60 años los síntomas tienden a mejorar espontáneamente.

Aunque la RA afecta hasta un 25% de la población mundial y su prevalencia no deja de aumentar, es habitual que los médicos y los pacientes subestimen el impacto que ejerce, Clásicamente la RA se ha subdividido en Estacional (RAE), Perenne (RAP) y Laboral (RAL) en función de la exposición a los agentes causales:

- Las RAE se asocian a una gran variedad de alérgenos que se encuentran al aire libre siendo el principal alérgeno responsable el polen.
- Las RAP se asocian sobre todo a la exposición a alérgenos en lugares cerrados (ácaros del polvo, proteínas animales, hongos del domicilio...).
- Las RAL aparecen como respuesta a la exposición a alérgenos inhalados en el lugar de trabajo (cromo, níquel, penicilinas, cefalosporinas, formol, madera, isocianatos orgánicos, enzimas, metacrilato de metil...).

Dentro de la fisiopatología menciona que los síntomas de la RA son secundarios a la aparición de una respuesta inmunitaria (reacción de hipersensibilidad tipo I) frente a los alérgenos, mediada por IgE específicas frente a los distintos alérgenos.

En las fases clínicas se describe que en el momento de un nuevo contacto con el alérgeno éste se fija sobre las IgE específicas de los mastocitos.

La fase clínica se subdivide a su vez en dos etapas:

1. Precoz: la fase precoz depende en gran parte de la mediación de los mastocitos. En los pacientes sensibilizados previamente la reexposición al alérgeno provoca la unión cruzada de moléculas de IgE específicas ligadas a la superficie de los mastocitos adyacentes.
2. Tardía: se produce al cabo de 4-8 horas de la exposición aproximadamente. Aunque clínicamente puede ser similar a la precoz, en general, la congestión nasal es más prominente. En esta respuesta existe atracción de células inflamatorias, migración de éstas a través del endotelio e infiltración de la mucosa nasal por eosinófilos (las células más importantes), basófilos, neutrófilos, macrófagos y linfocitos T activados.

Referente con el diagnóstico se inicia estableciendo un anamnesis con búsqueda intencionada de factores que desencadenen las sintomatologías, por otro lado dentro de las sintomatologías hay que valorar la gravedad de los síntomas y su duración.

En cuanto al diagnóstico se establece lo siguiente:

- 1.- Test in vivo: pruebas cutáneas (PRICK e intradermoreacción) y test de provocación nasal

Pruebas cutáneas: constituyen las primeras exploraciones clínicas de las rinitis crónicas. Actualmente es el método de diagnóstico más sensible y menos costoso para poner en evidencia las sensibilizaciones del paciente.

a) PRICK-test: es la técnica más realizada. Consiste en realizar una punción de la superficie epidérmica con una lanceta impregnada en una gota del alérgeno en cuestión. Suele realizarse con los principales neuroalérgenos domésticos y polínicos.

Dentro del tratamiento principalmente se basa en evitar el alérgeno y las medidas de higiene de vida son un parteaguas importante y dentro del tratamiento médico, se establece a base de tratamientos locales: corticoesteroides, antihistamínicos, anticolinérgicos, inhibidores de la degranulación, vasoconstrictores.

Por otro lado el asma la cual es la enfermedad crónica respiratoria más prevalente en el mundo, con unos 300 millones de personas afectadas, que provoca una marcada merma en la calidad de vida de los enfermos y sus familias, y un elevado coste económico para los individuos y para la sociedad, la etiopatología es difícil determinar en qué momento se origina el asma, dado que solo podemos detectarla por sus manifestaciones clínicas, y es muy probable que las alteraciones fisiopatológicas y la inflamación que posiblemente subyace se hayan ido desarrollando con antelación.

Los principales factores de riesgo se mencionan a continuación:

- Los hijos con algún padre asmático tienen más probabilidad de padecer asma.
- La atopia de los pacientes o de sus familiares.
- El sexo: los varones parecen estar más predispuestos al asma infantil
- La exposición al tabaco se ha demostrado como uno de los principales factores de riesgo de asma infantil
- Diversos acontecimientos nocivos durante la gestación y el periodo neonatal
- La obesidad y el tipo de dieta también se han relacionado con la frecuencia o con la gravedad del asma.

En la clínica el asma es una enfermedad cuyos signos son la manifestación de una obstrucción variable de la vía aérea inferior. En muchos momentos los síntomas serán muy leves o estarán ausentes, durante los periodos de estabilidad de la enfermedad.

La tos es un signo frecuente y precoz, característicamente seca, disneizante y nocturna, aunque puede ser húmeda durante la fase exudativa de la crisis de asma.

Las características clínicas del asma incluyen tos, dificultad respiratoria, sibilancias y dolor/opresión torácicos.

Diagnóstico del asma bronquial

El diagnóstico del asma en el niño y en el adulto depende del concepto que se tenga de la enfermedad. Este concepto ha ido evolucionando en el tiempo de manera que el asma se entiende actualmente como una enfermedad heterogénea, o incluso un síndrome en el que los signos y síntomas del paciente reflejan un aumento, de carácter fluctuante, de la resistencia al flujo en las vías aéreas intrapulmonares

Pruebas de función respiratoria: La medición objetiva de la función pulmonar es una herramienta indispensable para el diagnóstico del asma, para cuantificar la gravedad de la enfermedad, monitorizar su evolución y evaluar la respuesta al tratamiento.

Pruebas de laboratorio: Otras pruebas de laboratorio pueden ayudar a confirmar el diagnóstico de asma o el diagnóstico diferencial, pero no son definitivas ni indispensables. Así, podremos encontrar eosinofilia, elevación de la IgE sérica, eosinófilos en el esputo, etc.

Estudios radiológicos: La radiografía de tórax no es imprescindible para el diagnóstico de asma, pero conviene realizarla en todos los casos, sobre todo para descartar aspiración de cuerpo extraño o malformaciones congénitas (en especial, en niños pequeños).

Pruebas alérgicas: La realización de pruebas alérgicas in vivo (pruebas cutáneas) e in vitro (RAST o IgE específica) está indicada en los niños con asma para descartar factores alérgicos asociados a ella o que contribuyen de manera importante en el curso evolutivo de la enfermedad.

Referencia bibliografica.

- Moral, L., De la Cruz, O., & Lozano, J. (2019). Asma: Aspectos clinicos y diagnosticos. *Seicap*, 13.
- Sgambatti, L., Moral, M., & Gil, M. (2019). Rinitis Alergica. *Seorl* , 15.