



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia:

INMUNOALERGIAS

Docente:

Dra. MARIANA CATALINA SAUCEDO DOMINGUEZ

Alumno: Alfredo Morales Julián

8-B

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 01 de mayo de 2023

Caso clínico

Hombre de 31 años, chef de profesión, sin antecedentes heredofamiliares de atopia. Negó antecedentes de síntomas nasooculares, cutáneos o pulmonares relacionados con alergia.

Tres años antes del cuadro de anafilaxia motivo de este reporte, el paciente presentó reacciones orales al ingerir pequeñas cantidades de leche de vaca: disfonía, picazón de la boca y labios, así como edema de la lengua, paladar y úvula. Refirió que como no presentaba reacción con los derivados de la leche, continuó consumiéndolos.

Evolución: Dieciocho meses después, al consumir queso de oveja presentó disfonía y úlceras en la mucosa oral, que duraron dos días e involucraron lentamente con la administración de antihistamínicos de segunda generación (loratadina). Continuó consumiendo quesos de vaca frescos y añejos dado que con ellos no presentaba manifestaciones clínicas de alergia.

Evolución: Diez meses después del cuadro referido acudió a consulta por erupciones eritematosas en el cuello y parte superior del tórax, que aparecieron después de ingerir un queso madurado (sin suero) y que cedieron con la administración de antihistamínicos. Al mes, presentó eritema facial, prurito generalizado y dolor abdominal epigástrico intenso al consumir papas fritas procesadas; en el servicio de urgencias le administraron antiácido y antihistamínico.

Evolución: Transcurridos seis meses, después de manipular masa para pan que contenía mantequilla y leche de vaca presentó enrojecimiento en las manos y prurito intenso generalizado, seguidos de rinorrea profusa, prurito ocular, disnea, sibilancias, sensación de ahogo, mareo, cianosis, hipotensión y taquicardia, por lo cual fue llevado al servicio de urgencias, donde se le aplicó adrenalina intramuscular (0.5mg), esteroides y antihistamínicos intravenosos y salbutamol inhalado, con lo cuales evolucionó favorablemente en los primeros 30 minutos. Se registraron 19 mg/L detriptasa en suero (valor de referencia < 11 mg/L por ImmunCap).

Un mes después del episodio de anafilaxia, en la consulta de alergia se realizaron pruebas cutáneas con alérgenos comerciales para alfalacto albúmina, betalactoglobulina y caseína, de acuerdo con las recomendaciones descritas para los pacientes con anafilaxia por contacto o inhalación de alimentos, diluidos 1:100 en solución glicérica da como control negativo; los resultados indicaron intensa positividad. Las pruebas cutáneas con los alérgenos comerciales para trigo y huevo resultaron negativas, en tanto que la prueba por punción cutánea con leche entera diluida con solución isotónica 1:100 resultó positiva. El paciente no permitió la realización de reto oral. Los estudios mostraron IgE total de 332.6UI/mL con ImmunoCap para leche entera de 56 kU/L

El paciente optó por la restricción estricta de ingesta y evitación del contacto con leche y sus derivados y rechazó la desensibilización con inmunoterapia oral, por lo que fue instruido en el uso de adrenalina para el control de los cuadros por exposición accidental. Asimismo, recibió instrucciones sobre la lectura de las etiquetas de los alimentos procesados, preparación de

alimentos, posibles fuentes de contaminación cruzada y de exposición inadvertida. En la actualidad recibe suplementos de calcio para cubrir sus requerimientos diarios.

El tratamiento de elección de la anafilaxia es la pronta aplicación de adrenalina intramuscular en la cara antero lateral del muslo: 0.01 mg/kg de una dilución de 1:1000 (1mg/mL), con una dosis máxima de 0.3mg en niños y 0.5mg en adultos, que, de ser necesario, deberá repetirse entre los cinco y 15 minutos.

Entre los medicamentos de segunda línea para el tratamiento de la anafilaxia están los antihistamínicos, los glucocorticoides intravenosos y los agonistas adrenérgicos β_2 inhalados

Conclusión:

Desde el principio podemos ver que se le dio un mal manejo desde el interrogatorio, el manejo y la historia clínica donde si se hubieran tomado con la importancia que es se hubiera evitado todos estos problemas que tuvo el paciente ya que en la población no se toma o considera la anafilaxia a los alimentos o por otras cosas un problema real que si no se trata rápido y adecuadamente puede llegar a ser mortal. El manejo estuvo correcto pero se pudo a ver evitado ese grado o nivel con una buena prevención e historia clínica

Referencia:

Anafilaxia por contacto con leche en un adulto con alergia alimentaria. Reporte de caso / Revista

Alergia México. (s. f.). <https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/669/1250>