

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA

## **MATERIA:**

Inmunoalergias

## **CATEDRÁTICO:**

Dr. Mariana Catalina Saucedo

## **PRESENTA:**

Éstefany Berenice García Ángeles

## **TRABAJO:**

Caso clínico

## **GRADO Y GRUPO:**

8 ° B

## **LUGAR Y FECHA:**

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS.01 DE MAYO DEL 2022

### 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.

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.

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.

Almes, presentó eritema facial, prurito generalizado y dolor abdominal epigástrico intenso al consumir papas fritas procesadas; en el servicio de urgencias le administraron antiácidos y antihistamínicos.

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 de triptasa 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 alfa lacto albúmina, beta lactoglobulina y caseína, de acuerdo con las recomendaciones descritas para los pacientes con anafilaxia por contacto o inhalación de alimentos, diluidos 1:100 en solución glicerinada 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 no advertida. En la actualidad recibe suplementos de calcio para cubrir sus requerimientos diarios.

## Conclusión

En conclusión, yo opino que el manejo o abordaje inicial e incluso el seguimiento no es el adecuado, puesto que la verdad solo abordaron los síntomas del paciente sin hacer mayor estudio de detección, en mi opinión debió hacerse hecho una prueba de detección de antígeno IgE específico, como también la prueba de exposición, es de riesgo que no se abordara de forma correcta debido a que el paciente es chef y tiene exposición constante al alérgeno.