

Esta reactividad cruzada fue evidente sólo en los pacientes sensibilizados a moluscos y crustáceos simultáneamente, pero no en pool de enfermos alérgicos sólo a moluscos, sólo a crustáceos o en un grupo control de pacientes alérgicos exclusivamente a *Anisakis simplex*. No encontramos estudios reactividad cruzada entre mariscos y *Anisakis simplex* cruzada especies en la bibliografía.

RESUMEN Y CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Las reacciones de hipersensibilidad inmediata provocadas por crustáceos y moluscos comparten una serie de características clínicas que las hacen diferentes y una de las más complejas enfermedades alérgicas por alimentos. Entre ellas hay que citar:

1. La variedad de especies implicadas y la potencial gravedad de las manifestaciones clínicas.
2. El desarrollo en muchos enfermos de síntomas, ocasionalmente severos, tan sólo por la inhalación o el contacto.
3. La elevada frecuencia de asma crónica perenne entre los pacientes, con sensibilización a múltiples neumóalergenos.
4. Por último, la polisensibilización, de significado clínico incierto, a numerosas especies de invertebrados, muchas de ellas productoras de importantes enfermedades alérgicas en el hombre.

Por todo este es necesario insistir en una serie de recomendaciones especiales en los pacientes con hipersensibilidad a mariscos. Además de aconsejar una

dieta estricta sin estos alimentos, es preciso que los pacientes eviten con el mismo cuidado su manipulación y la estancia en recintos donde se almacenen o cocinen. En este sentido, resulta conveniente advertirlos de los riesgos implícitos de cualquiera de las múltiples ocupaciones o profesiones relacionadas con el procesamiento y comercialización de estos alimentos. Tanto los enfermos como sus familiares deben conocer la actitud y el tratamiento más apropiados ante una reacción anafiláctica, toda vez que en ellos coinciden algunos de los factores de riesgo identificados en la anafilaxia mortal por alimentos (atopia, ingestión, fuera del hogar, polisensibilización y asma).

Hay que tener presente también, el papel agravante sobre el curso de su enfermedad respiratoria crónica puede jugar la sensibilización a determinados alérgenos perennes, como los procedentes de insectos (cucaracha), de importancia reconocida y amplia difusión, en nuestro medio. Entre las distintas medidas encaminadas a reducir la presión ambiental de neumóalergenos en los hogares de los pacientes, es preciso insistir en la necesidad de una cuidadosa desinsectación del domicilio.

Por último, aunque la importancia clínica real de la sensibilización a determinados alérgenos, como *Anisakis simplex*, *Ascaris*, y otros nematodos, es incierta, su presencia puede hacer que el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades alérgicas o infecciosas producidas por agentes se vea seriamente entorpecido. En este sentido sería útil contar con una determinación inicial, al menos, de anticuerpos IgE frente a estas especies en los enfermos con hipersensibilidad a mariscos, que nos permitiera valorar y comparar en el futuro posibles fluctuaciones.

Estudio Descriptivo Clínico de los Pacientes Diagnosticados de Alergia Alimentaria por «Mariscos» desde 1992 en la Unidad de Alergia del Hospital Juan Canalejo de A Coruña

ANGELES RICO DIAZ, IGNACIO LOPEZ DE ULLIBARRI

INTRODUCCION

El término «marisco» no es de carácter técnico, sino popular, y generalmente se aplica a aquellos animales invertebrados, marinos, comestibles y provistos de exoesqueleto rígido y susceptible de comercialización para el consumo humano. El que podemos encontrar en nuestros mercados pertenecen a 3 grupos zoológicos: crustáceos (cirrípedos pedunculados, decápodos), moluscos (gasterópodos, bivalvos y cefalópodos) y

equinodermos. Galicia cuenta con unos accidentes geográficos especiales en sus costas, las rías, que son poseedoras de unas extraordinarias condiciones para la producción de biomasa. Esta riqueza natural ha favorecido una ancestral cultura gastronómica del «marisco».

Por otra parte estas mismas características geográficas y climáticas favorecen una elevada carga ambiental de ácaros.

Es sabido, que la frecuencia de sensibilización alérgica a un alimento determinado está estrechamente ligada a la cultura gastronómica de la comunidad.

Mariscos y ácaros son animales invertebrados pertenecientes a los ENMETAZOA y dentro de éstos unos pertenecen al phylum mollusca: clase gasteropoda, bivalvia, cephalopoda; al echinodermata y al phylum artropoda y dentro de éstos al subphylum chelicerata, clase arachnida; ácaros; subphylum crustacea, y subphylum uniramia clase insecta (cucarachas, mariposas, moscas, mosquitos, salta-montes, grillos, abejas, avispa, etc.) con posibilidad de compartir antígenos comunes como ya han demostrado diferentes autores. Pero también con antígenos específicos incluso dentro de los crustáceos y no compartidos por otros crustáceos.

Tal como ocurre con otros alimentos los mariscos pueden causar diferentes tipos de síntomas que pueden ser a veces, de difícil clasificación, el tiempo de latencia entre su ingesta y la inducción de síntomas puede variar ampliamente, y lo más importante la naturaleza de los componentes del alimento capaces de inducir la reacción, puede ser compleja y difícil de definir ya que pueden variar durante su preparación culinaria y con los procesos digestivos.

MATERIAL, METODOS Y DESCRIPCION CLINICA DEL GRUPO ESTUDIADO

Recogimos todos los casos diagnosticados en nuestras consultas desde 1992. En total 66 pacientes con síntomas de sensibilización alérgica IgE mediada a «mariscos», se realiza una descripción de las características clínicas, y de las sensibilizaciones concomitantes a otros alimentos y a inhalantes, así como los resultados del estudio inmunológico *in vivo* e *in vitro* realizado.

Se los citó de nuevo en nuestras consultas, a todos ellos se les realizó un mismo cuestionario clínico, una misma batería de pruebas con antígenos comerciales laboratorio Arístegui para aeroalergenos: *dermatophagoides pteronyssinus*, *farinae*, *lepidoglyphus destructor*, *tyrophagus putrescentiae*, *acaros siro*, *blatella germanica*, *orientalis* y *periplaneta americana*; *aedes communis* y *culex pipiens*, y batería de alimentos: mezcla de pescados blanco y azul, *octopus vulgaris*, *todarodes pacificus*, *elix aspersa*, *ruditapes spp* y *mytilus edulis*, crustáceos: *pandulus borealis*, *panaeus indicus*, *macropipus puber*, *pollicipes cornucopia*. Determinación de IgE total y específica. Entendiendo por «Alergia a marisco» la existencia de una historia compatible de más de 2 reacciones con un mismo alimento con test cutáneos positivos (pápula mayor de 3mm en relación a la obtenida con el control de negatividad), y/o valores de IgE según el método de CAP system Pharmacia diagnostics para todos los antígenos excepto percebe que se realizó en laboratorios Ifidisa Aristegui (ELISA, HYCOR). Los test de provocación controlada se realizaron de forma abierta. Generalmente

el paciente realizó varias autoprovo-caciones desde su diagnóstico por lo que no fue necesaria la provocación controlada en la mayoría y ésta fue rechazada por los pacientes que presentaron sólo 1 ó 2 reacciones moderadas-severas, y no se planteó su realización en los cuadros anafilácticos. Para contrastar la hipótesis de igualdad de medias de edad en los grupos definidos por diferentes variables de clasificación se empleó el contraste de la t de Student.

RESUMEN DE LOS DATOS CLINICOS ANALIZADOS

66 pacientes con una edad media en el momento de la consulta de 24,38 años.

38 varones y 28 mujeres.

La edad media de inicio de las primeras manifestaciones de alergia al marisco fue 17,54 años.

Eran atópicos el 98,5%. Sólo el 12% tenían antecedentes familiares de alergia a marisco.

Con respecto al alimento causal:

El 15,55% referían reacciones con la ingesta de cualquier tipo de marisco.

El 13,63% referían reacciones con la ingesta de crustáceos y cefalópodos. El 9,1% presentaban reacción con crustáceos y bivalvos 6,1% presentaban reacción sólo con cefalópodos.

No encontramos pacientes que reaccionaran en exclusiva a moluscos bivalvos.

54,5% referían reacción con la ingesta exclusivamente de crustáceos.

Con respecto al resultado de las pruebas cutáneas:

La positividad cutánea con gamba, langosta, cangrejo y percebe la encontramos en 74% de los alérgicos a crustáceos.

Presentaban positividad para pulpo y calamar 38% y sólo el 9,5% presentaban positividad en exclusiva para pulpo.

El 47,9% de los alérgicos a crustáceos presentaban positividad para *anisakis*, y el 74,5% eran positivos a cucarachas, el 71,4% a mosquito pero sólo el 21,6% presentaban reacciones locales extensas con la picadura de insectos.

90% de los alérgicos a crustáceos atópicos tenían rinitis y el 60,6% asma, el 9% dermatitis atópica.

Según la clínica de alergia alimentaria referida la dividimos en los siguientes grupos clínicos: síndrome oral era referido por 52,3%. Urticaria y/o angioedema lo referían el 76,9%. Rinitis en el 21,5% de los casos. Conjuntivitis en el 33,8%. Asma en el 35,4%. Síntomas gastrointestinales en el 16,9% y anafilaxia en el 24,2%.

La edad media del grupo de pacientes que referían síndrome oral (20,1 años) resultó ser menor que la del grupo sin él (29,73 años) de modo estadísticamente

significativo ($p=0.002$), con un intervalo de confianza del 95% para la diferencia media de edad entre el grupo con síndrome oral y el grupo sin síndrome oral (-15,71, -3,52).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de edad de los otros grupos clínicos.

26 pacientes con asma bronquica atópica refieren presentar síntomas con la inhalación de los vapores de cocción. 7 pacientes que referían síntomas con la inhalación de los vapores de cocción no eran asmáticos.

Sólo 4 pacientes habían iniciado inmunoterapia para ácaros antes del inicio de la alergia alimentaria a mariscos.

Con respecto a la tolerancia posterior de crustáceos nos encontramos que los toleran un gran porcentaje aunque generalmente con limitación en cuanto a la cantidad, el 28,5%, el 15,8% nos los han vuelto a comer y el 55,5% no lo toleran.

De los pacientes que referían Síndrome oral el 61,3% toleran de nuevo la ingesta.

De los que referían Urticaria y angioedema toleran 74,2% (en este grupo van incluidos pacientes que sólo

refieren angioedema de labios sin picor bucal y que no fueron englobados dentro del grupo con síndrome oral).

De los que referían Rinitis toleran crustáceos el 16%.

De los que referían conjuntivitis, toleran 32,3%.

De los que referían clínica de asma con la ingesta de marisco toleran la ingesta posterior el 16,1%.

De los que referían síntomas gastrointestinales la tolerancia posterior es del 12,9%.

De los que habían presentado un cuadro de anafilaxia, muestran tolerancia posterior el 16%.

En conclusión podemos decir que el prototipo de nuestros pacientes alérgicos a marisco es un adolescente, con clínica respiratoria por inhalantes: ácaros y con síndrome oral por ingesta de crustáceos con una elevada tolerancia posterior a los mismos, aunque limitada en su cantidad, destaca la insistencia de los pacientes en la autoprovocación, quizás por lo que supone este alimento de acontecimiento social.

La reactividad cruzada entre crustáceos es clara por resultados de test cutáneos aunque no se corresponde clínicamente.

Reactividad Cruzada entre Ácaros y Crustáceos

VIRGINIA RODRIGUEZ VASQUEZ

Se estudia una población de pacientes con rinitis y/o asma por sensibilización a ácaros (*Dermatophagoides pteronyssinus*), que presentan síntomas tras la ingestión de crustáceos, con pruebas cutáneas e IgE específica sérica positivas a los extractos probados (gamba, cangrejo y langosta). Mediante estudios de inhibición de CAP e Immunoblotting, se demuestra la existencia de reactividad cruzada entre ácaros y crustáceos y se sugieren el/los alérgeno(s) comúne(s).

MATERIAL Y METODOS

Las pruebas «*in vitro*» se realizaron sobre «*pool*» de sueros.

POOL A: 5 pacientes (3 mujeres, 2 varones $x=16$ años), seleccionados por tener valores de IgE específica a *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dpt) mas altos que las determinaciones de crustáceos (tabla 1). En 4 de ellos la rinitis y asma precedía a los síntomas de alergia alimentaria, y en el 5º, los síntomas comenzaron en el mismo año.

POOL B: 6 pacientes (4 varones, 2 mujeres $x=16$ años). En estos pacientes la IgE específica a crustáceos era mas alta que a Dpt (tabla 1). En tres de ellos los síntomas de

alergia respiratoria precedieron a los de alergia alimentaria, en uno fueron primeros los síntomas de alergia alimentaria, y en los dos restantes, ocurrieron en el mismo año.

Se utilizaron extractos comerciales de Dpt (DHS), C y L (Stallergens) y se preparó un extracto de G al 20% p/v, a partir de material crudo.

Los estudios de inhibición se realizaron por CAP (Pharmacia) e Immunoblotting (método de Towbin), pre-incubando el suero con el alérgeno inhibidor.

RESULTADOS

POOL A

Inhibición de CAP

Utilizamos en fase sólida Dpt, y en fase líquida Dpt, G, C, y L. La inhibición homóloga (Dpt inhibido por Dpt) es superior al 90%; Sólo el C produce una inhibición del 23% en la unión a Dpt.

Utilizando en fase sólida G y G obtuvimos una inhibición por el ácaro (fase líquida) del 80%. No observamos inhibición de la L por Dpt.