
Algo más que alergia

R. Romero Gil, A. Peña Busto, S. Ortiz Madinaveitia, M. L. Serrano Madrid, S. Kannan Leis, P. Díaz Fernández

Servicio de Pediatría Hospital Santa Bárbara. Soria

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 81-83]

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 11 años, remitido por dermatitis atópica grave, de tórpida evolución y asma bronquial con mal control, que presenta eosinofilia e IgE muy elevada en analítica, con CAPs a alimentos positivos.

Tras descartar relevancia de dicha sensibilización alimentaria, y a pesar del resultado negativo en la búsqueda de parásitos, se realiza tratamiento empírico antiparasitario, consiguiendo mejoría clínica y analítica espectacular.

Debemos recordar, por tanto, este hecho cuando nos encontremos ante elevación importante de IgE, así como ante una eosinofilia llamativa, y valorar tratamiento empírico antiparasitario aunque no se consiga el diagnóstico de confirmación.

PALABRAS CLAVE

Parásitos, eosinofilia, IgE.

Statistical model for early prevention of overweight/obesity in children

ABSTRACT

We present a case of a 11 years old male, with severe atopic dermatitis and severe asthma, poorly controlled, who present eosinophilia, elevated IgE values and positive food RAST.

After ruling out relevance of food sensibilization, despite negative result parasites research, began empiric treatment, getting an spectacular clinical and analytical improvement.

We must rememeber this when we find severe elevated IgE values or eosinophilia, and value to initiate empiric treatment, without confirmatory diagnosis.

KEY WORDS

Parasites, eosinophilia, IgE.

Correspondencia: Ruth Romero Gil
Hospital Santa Bárbara
Paseo de Santa Bárbara, s/n. 42005 Soria
rromerog@saludcastillayleon.es
Recibido: diciembre 2017. Aceptado: diciembre 2017

INTRODUCCIÓN

La IgE es una inmunoglobulina que está implicada en los procesos alérgicos (especialmente en la respuesta inmune tipo I de hipersensibilidad) y en la respuesta inmune contra diversos agentes patógenos, especialmente parásitos. Sus niveles suelen estar elevados en pacientes alérgicos, pero también en personas con otras patologías: infecciones por parásitos, inmunodeficiencias, enfermedades reumatológicas, patología tumoral... No siempre indica patología: pueden existir niveles elevados en personas sanas^(1,2,3).

La eosinofilia es un dato que aparece de forma relativamente frecuente en la práctica clínica. Las cifras son variables dependiendo de la edad, sexo, hora del día, ejercicio, exposición a alérgenos^(4,5). Su detección sugiere la presencia de diversas entidades (enfermedades alérgicas, fármacos, parasitosis, neoplasias...)⁽⁴⁾.

En la edad pediátrica la causa más frecuente es la parasitosis por helmintos; otras causas frecuentes son la ingesta de algunos fármacos y las enfermedades alérgicas⁽⁵⁾.

CASO CLÍNICO

Varón de 11 años, dermatitis atópica grave de varios años de evolución, ingresado por sobreinfección de lesiones cutáneas. Asma bronquial persistente, con regular control. Había recibido tratamiento con antihistamínicos orales, antileucotrienos, broncodilatadores de acción corta a demanda. No exposición a humo de tabaco, Vivienda rural, No convivencia con animales. No patología respiratoria previa salvo sibilantes recurrentes a los 3-4 años, con desaparición posterior. Adenoamigdalectomizado. No afectación rioconjuntival, no síntomas con ejercicio.

A la exploración presentaba peso y talla acorde edad. Dermatitis generalizada, extensas áreas de xerosis con descamación y lesiones exudativas, liquenificadas, con erosiones pliegues.

Auscultación cardiopulmonar sin alternaciones en ese momento, normal. Abdomen: blando, depresible, no visceromegalias. Sistema ganglionar: adenopatías inguinales bilaterales pequeñas, no adheridas y rodaderas, alguna más pequeña en zona cervical.

Se realizan pruebas de alérgenos ambientales y alimentos, resultando positivos ácaros, y en menor relevancia gramíneas, caseína y leche entera.

En analítica sanguínea destaca cifra de IgE total de 35.400 KU/L (CAP ácaros >100 KU/L, Leche de vaca 25,6 KU/L, Caseína 40,80 kUA/L, Ovomucoide 18,10

kUA/L, Clara de huevo 9,77 kUA/L, Anisakis 5,28 KU/L. Hemograma: Hemoglobina 13,5 g/dl, Hematocrito 42,2%, Leucocitos 8,390, Segmentados 23%, Linfocitos 58%, Monocitos 8%, Eosinófilos 11%, Basófilos 0%, Plaquetas 369.000.

Retirados sucesivamente lácteos y proteínas de huevo de la dieta, no mejora la dermatitis. Come de todo sin presentar clínica, por lo que se mantiene alimentación sin restricciones. Se recoge coprocultivo con parásitos y Graham, tratamiento empírico con Mebendazol e inicio inmunoterapia frente a ácaros por clínica perenne y necesidad importante de medicación para controlar la sintomatología.

Seis meses después la mejoría es espectacular, tanto el aspecto cutáneo como del control del asma (necesidad de medicación de rescate esporádica). Se realiza analítica de control: IgE total 11.700 UI/ml (Leche de vaca 30,4 kUA/L, Caseína 42,2 kUA/L, Ascaris 39 kUA/L, Anisakis 21,5 kUA/L). Ante la sospecha de persistencia de parasitación se añadió Pamoato de Pirantel.

En el último control persiste el buen control de la dermatitis, con empeoramiento de la clínica respiratoria. En entrevista clínica se objetiva que no cumplimenta bien normas de evitación pólenes ni tratamientos. Se repasa técnica y se insiste en cumplimentación.

Últimos valores de analítica (tablas I y II): Hemoglobina 12 g/dl, Hematocrito 38,3%, Leucocitos 6.960, Segmentados 33,5%, Linfocitos 43%, Monocitos 8,8%, Eosinófilos 13,1%, Triptasa 4,08 ug/L.

IgE total 7.500 UI/ml. Ascaris (p1) 20,3 kUA/L, Anisakis (p4) 12,8 kUA/L.

Así pues, nuestro diagnóstico de presunción fue:

- Dermatitis atópica en paciente sensibilizado, fundamentalmente, a ácaros y polen de gramíneas.
- Sensibilización a anisakis. Sensibilización subclínica alimentaria.
- Sospecha de parasitación por helmintos.
- Asma bronquial persistente, Inmunoterapia subcutánea específica frente ácaros.

CONCLUSIONES

Debemos recordar que en la edad pediátrica la parasitosis por helmintos es causa frecuente tanto de hallazgo de eosinofilia como de elevación de IgE, por lo que siempre debemos realizar la búsqueda de los mismos, e incluso valorar el tratamiento empírico en casos de alta sospecha.

Tabla I. Evolución valores IgE total.

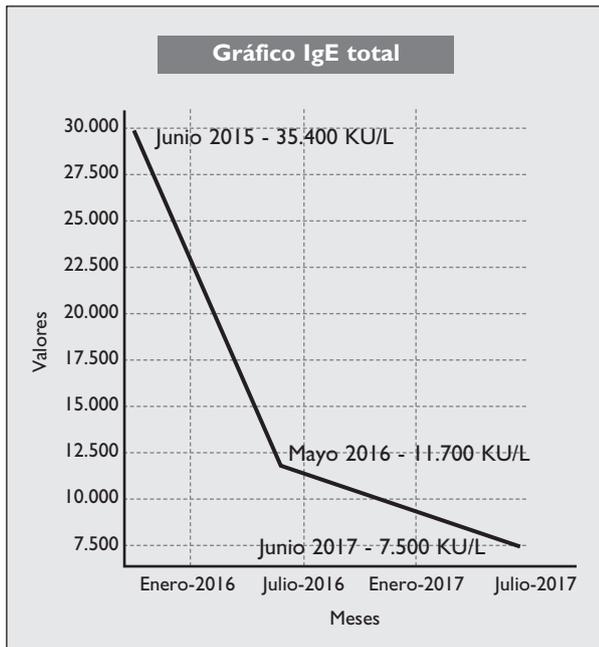
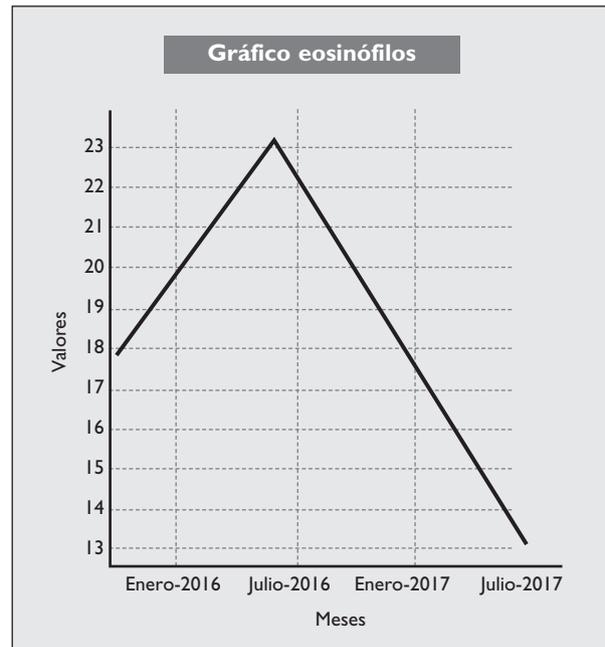


Tabla II. Evolución cifras eosinófilos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gould H et al. The biology of IGE and the basis of allergic disease. *Annu Rev Immunol* 2003; 21: 579-62.
2. Winter WE, Hardt NS, Fuhrman S. Immunoglobulin E: importance in parasitic infections and hypersensitivity responses. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124 (9): 1382-5.
3. Erb KJ. Helminths, allergic disorders and IgE-mediated immune responses: where do we stand? *Eur J Immunol* 2007; 37 (5): 1170-1173.
4. Pérez-Arellano JL, Pardo J, Hernández-Cabrera M, Carranza C, Ángel-Moreno A, Muro A. Manejo práctico de una eosinofilia. *An MedInterna (Madrid)* 2004; 21: 244-252.
5. Uribe Posada A, Sánchez Calderón M. Enfoque diagnóstico y terapéutico de la eosinofilia. A propósito de un caso. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014; 16:39-43.