

Anafilaxia inducida por el ejercicio

Shock anafilaktikoa, ariketa fisikoak sortua

L.V. Rodríguez Bartolomé, M.^a J. Martínez González, M.A. Fernández Cuesta, A. Bilbao Aburto, J.M. García Martínez

Departamento de Pediatría. Sección de Alergia-Inmunología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Correspondencia: Luis Vicente Rodríguez Bartolomé, Avenida General Sanjurjo 34, escalera 3ª, 2º B, 09004 Burgos.

INTRODUCCIÓN

El término anafilaxia describe una reacción capaz de poner en peligro la vida del paciente, que se debe a la rápida liberación de mediadores por parte de mastocitos y basófilos secundaria a la interacción del alérgeno con la inmunoglobulina (IgE) específica unida a células⁽¹⁾. Este concepto implica una afectación sistémica; es decir, al menos dos o más aparatos implicados, sea o no la piel uno de ellos. Entre las múltiples causas de anafilaxia Yocum y Khan⁽²⁾ de la Clínica Mayo atribuyeron al ejercicio el 8,4% de sus 142 casos, cifra cercana al 7% que otorgan a esta causa Kemp y cols.⁽³⁾ sobre 266 pacientes.

Esta anafilaxia es inducida por ejercicio intenso y sólo en determinadas ocasiones es reproducible en clínica, lo que dificulta su diagnóstico. El mecanismo es desconocido, si bien está claro su predominio en individuos atópicos y la existencia de elevación sérica de la histamina.

A veces, la anafilaxia inducida por ejercicio se asocia en el tiempo a la ingesta, en general previa, de determinados alimentos, frente a los que se puede demostrar una sensibilización IgE mediada.

Presentamos dos casos sugestivos de encuadrarse en esta entidad, describiendo después los problemas prácticos que el manejo de esta patología implica.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Niño de 8 años, con antecedentes de dermatitis atópica, que refiere episodio de urticaria habonosa diseminada, afonía progresiva y sensación de disfagia a los 15 minutos de jugar durante dos horas al frontón. Tiene además, dolor abdominal con despeño diarreico.

Acude a un servicio local de urgencias donde se administra corticoide i.m. y anti-

H1 precisando una hora más tarde acudir a nuestro hospital por persistir la clínica que cede tras adrenalina subcutánea.

En nuestra consulta no se demuestra sensibilización a ninguno de los alimentos que ingirió en las horas previas al episodio referido. No ha repetido posteriormente cuadro similar.

Caso 2. Niño de 12 años, asmático, que consulta por varios episodios de urticaria, angioedema facial, tos y disnea. Dicho cuadro recurrente le ocurría tras la realización de ejercicio físico (clase de gimnasia en el colegio) coincidiendo con ingesta previa a la hora de comer (dos o tres horas antes) de pasta y otros derivados de trigo.

En nuestra consulta se realiza RAST a cereales (trigo, centeno y avena) positivo, clase 2, sin que la ingesta de estos productos (salvo los episodios mencionados en que concurren con ejercicio) le provoque problema alguno aparente.

Intentamos reproducción controlada del cuadro en medio hospitalario haciendo correr al paciente después de comer derivados de trigo sin conseguir desencadenar el cuadro.

En la actualidad tras evitar la práctica de ejercicio en las horas siguientes a tomar estos alimentos, no ha vuelto a repetir la sintomatología.

DISCUSIÓN

En el primer caso no hay ningún desencadenante aparente del episodio de anafilaxia, salvo el ejercicio. No hay ingesta de fármacos ni sensibilizaciones a alimentos o a aeroalérgenos estudiados. El cuadro urticarial nada tiene que ver con la urticaria colinérgica caracterizada por habones pequeños, y que es reproducible por el calor ambiental. La urticaria colinérgica no se asocia a reacciones anafilácticas.

El segundo, es un caso de anafilaxia de

ejercicio dependiente de la ingestión de alimentos. En esta entidad, una variedad muy grande de alimentos han sido implicados (frutos secos, trigo, manzanas, calamar,...) y es característico que la reacción aparece solamente con la asociación de ingesta de alimento (normalmente precedente) y la realización del ejercicio, pero no si inciden ambos por separado.

El intervalo entre la ingesta de alimento y la anafilaxia no suele exceder de las 6-8 horas. En un estudio de frecuencia⁽⁴⁾ se vio sobre 11.647 niños una prevalencia de la anafilaxia por ejercicio dependiente de la ingestión de alimentos, progresiva con la edad (0% en guardería, 0,06% en la escuela elemental y 0,21 % en la escuela secundaria).

El tipo de ejercicio que se relaciona con este cuadro no es siempre igual en el mismo paciente⁽⁵⁾ y no es de extrañar la negatividad lograda en la provocación controlada realizada en el caso 2, como ha ocurrido con otras series⁽⁶⁾. De ello se deriva que el diagnóstico es difícil, pero la sospecha de

cualquier causa inductora de anafilaxia lleva implícita unas medidas de prudencia (evitar desencadenantes conocidos, no dejar al niño hacer deporte solo, si es mayor enseñarle la clínica de comienzo para que sea capaz de detenerse y pedir ayuda) y poner los medios adecuados para enfrentarse a su aparición.

En este sentido, es fundamental enseñar al paciente y a sus padres el manejo de la adrenalina (dosis de 0,01 cc/kg de la dilución 1:1.000, hasta un máximo en niños de 0,3 cc) que a veces, por desgracia, no encuentran en los centros sanitarios de primera consulta. El concepto de anafilaxia, ya definido como una reacción sistémica, no implica siempre unas consecuencias graves (hipotensión, parada cardiorrespiratoria...), pero en estos niños la adrenalina puede ser un medicamento salvador.

El propósito de esta nota clínica es recordar un cuadro poco conocido y poco descrito en la literatura pediátrica que hay que considerar como diagnóstico diferencial ante síncope o broncoespasmos bruscos de

aparición con el ejercicio. Ante esta sospecha, habrá que insistir en la anamnesis sobre la ingesta previa de alimentos y remitir al niño para estudio alergológico adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Michael Sly R. Anafilaxia. En: Berhman R, Kliegman R, Nelson W (eds). *Tratado de Pediatría*. Edit. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1997; 809-811.
2. Yocum MW, Khan DA. Assessment of patients who have experienced anaphylaxis: a 3-year survey. *Mayo Clin Proc*1994; **69**: 16-23.
3. Kemp SF, Lockey RF, Wolf BL, Lieberman P. Anaphylaxis. A review of 266 cases. *Arch Intern Med*1995; **11**: 1749-1754.
4. Tanaka S. An epidemiological survey on food-dependent exercise induced. *Asia Pac J Public Health* 1994; **7**: 26-30.
5. Sheffer AL, Auster KF. Exercise-induced anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol*1980; **66**: 106-111.
6. Hernández J, Negro JM, Sellés JG. Urticaria y angioedema por ejercicio, dependientes de la ingestión de alimentos. *Rev Esp Alergol Inmunol Clin*1992; **7**: 9-17.