

Caso Clínico: AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO DE LA ALERGIA: DIAGNÓSTICO MOLECULAR

Motivo de consulta

Sospecha de rinoconjuntivitis alérgica.

Antecedentes

Familiares: Sin interés alergológico.

Personales: No enfermedad de base. No intervenciones quirúrgicas. No medicación habitual.

Enfermedad actual

Paciente de 26 años, de profesión hostelería, que en agosto de 2015 presentó episodios de edema labial y palpebral, junto con erupción eritematomacular pruriginosa, en tronco y axilas. Sin otros síntomas. Acudió a urgencias donde pautaron metilprednisolona intramuscular con mejoría. No medicación oral.

Duración de los síntomas durante 2-3 horas sin relación con alimentos ni medicamentos. No ha observado agente desencadenante.

Tres episodios previos en agosto 2012, mayo y julio del 2014. Estos tres episodios se asociaron a un cofactor: el ejercicio físico.

Refiere que cuando come frutos secos, presenta prurito faríngeo. Los episodios antes referidos podrían estar en relación con ingesta de frutos secos. Desde la infancia presenta prurito palatino en relación con la ingesta de zumo de melocotón.

Sin síntomas de rinoconjuntivitis ni de asma durante este último año.

Fumador 3 cigarrillos/día. Contacto con perros en domicilio.

Pruebas Complementarias

Se realizan pruebas cutáneas intraepidérmicas con batería de aeroalérgenos, alimentos y desglose de frutos secos que son positivas para semilla de girasol, almendra, avellana, cacahuete y piel de melocotón. Negativas para el resto de alérgenos probados.

Juicio Clínico

Angioedema y eritema de repetición. Desde el punto de vista alergológico se ha hallado sensibilización a frutos secos. Probable sensibilización a proteínas de transferencia de lípidos (LTP).

Tratamiento

Evitar la ingesta de frutos secos y frutas rosáceas, especialmente en asociación con ejercicio físico, alcohol y antiinflamatorios no esteroideos.

En caso de nuevo episodio iniciar tratamiento con cetirizina 10 mg un comprimido al día hasta cese de síntomas. En caso de síntomas intensos añadir prednisona 30 mg dos y medio comprimidos juntos.

Abandono del tabaco.

En analítica solicitada posteriormente destaca:

Alérgeno	Cuantificación (UIa/mL)
Manzana, Ac(IgE; f49)	4,63
Melocotón (Pru p 3; LTP), Ac(IgE; f420)	6,40
Almendra, Ac(IgE; f20)	1,51
Avellana (Cor a 8; LTP), Ac(IgE; f425)	1,97
Cacahuete (Ara h 2), Ac(IgE; f423)	< 0,35
Cacahuete (Ara h 9; LTP), Ac(IgE; f427)	5,01
Nuez, Ac(IgE; f256)	3,75
Tomate, Ac(IgE; f25)	1,48

Por lo que al presentar concentraciones relativamente elevadas de LTP el paciente es finalmente diagnosticado de síndrome LTP.

Síndrome LTP

La alergia a las rosáceas en el área mediterránea presenta frecuente afectación sistémica del tipo urticaria o anafilaxia. La urticaria de contacto es una manifestación muy frecuente y a menudo la inicial en los alérgicos al melocotón. La fruta más frecuentemente inductora de reacciones es el melocotón, seguida de la manzana.

Los alérgenos mayoritarios de las rosáceas en España e Italia son las proteínas de transferencia de lípidos (LTP) que son proteínas de 90-95 aminoácidos y 9 kDa de MM que presentan una estructura muy compacta. Se comportan como alérgenos alimentarios capaces de inducir sensibilizaciones por exposición por vía digestiva.

Los pacientes alérgicos a las LTP de rosáceas presentan diferentes perfiles de sensibilización a este grupo de alérgenos. Algunos están sensibilizados sólo a las LTP de rosáceas e, incluso, algunos exclusivamente a la de melocotón. Sin embargo, otros pacientes presentan patrones de reconocimiento más amplios que incluyen las LTP de rosáceas y de otros alimentos taxonómicamente no relacionados, e incluso de pólenes, habiéndose demostrado reactividad cruzada entre ellas.