I CONGRESO DIGITAL
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA
5, 6 Y 7 DE NOVIEMBRE DE 2020

CASO CLÍNICO DE ANAFILAXIA INDUCIDA POR EJERCICIO MEDIADO POR ALIMENTOS

***Autores**: María de la Hoz Riol, Pelayo León Jiménez, Marta Torrejón López, Soledad García- Prieto Sánchez, Aranzazu Recio Linares, Almudena Martinez Alemán*

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La anafilaxia es grave, de instauración rápida, potencialmente mortal y relativamente frecuente de consulta en Urgencias. una reacción alérgica. Las causas más frecuentes son alimentarias, fármacos y picaduras de himenópteros y viene desencadenada por mecanismos inmunitarios o no, con afectación cutánea y en otros órganos.

La anafilaxia inducida por ejercicio (prevalencia de aprox .0.03 %) se caracteriza por la aparición de síntomas y signos en relación con el mismo. Un subtipo aún más infrecuente, es la anafilaxia inducida por el ejercicio y dependiente de alimentos en la cual solo aparecen síntomas tras el ejercicio efectuado pocas horas después de la ingesta de un determinado alimento.

RESUMEN DEL CASO

AP: Adolescente de 15 años con asma inducida por el ejercicio (en tratamiento con budesonida y montelukast), rinoconjuntivitis alérgica y sensibilización a neumoalergenos y sésamo. 2 consultas previas por anafilaxia y seguimiento por alergología.

Acude a Urgencias por dolor abdominalintenso, brusco , tras 10 min de ejercicio, asociando vómitos, deposición líquida, hormigueo labial, disfagia y exantema urticariforme.
No ingesta de fármacos, picaduras o proceso infeccioso intercurrente. Refiere ingesta de “fingers” de pollo 3 h antes, (coincidente con episodio similar previo).

Manejo: a su llegada, mantiene constantes estables, presenta exantema de predominio facial y torácico, sin signos de distrés ni angioedema, con ligero dolor abdominal. Se le adminsitra adrenalina im, metilprednisolona iv y antihistamínico iv, y por persistencia de dolor abdominal, ranitidina, ondansetron y analgesia.

Durante la observación mantiene constantes adecuadas, cesando la clínica digestiva, mejoría del exantema y aparición de edema palpebral que e**voluciona** favorablemente. Es valorada por alergología y dada de alta con **diagnóstico de** anafilaxia inducida por el ejercicio, con posible desencadenante alimentario (sésamo), y t**ratamiento** sintomático con prednisona y antihistamínico.

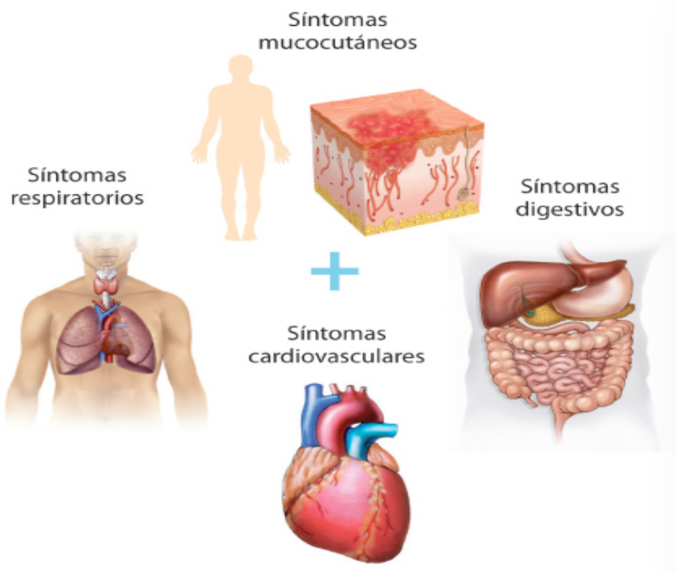


Tabla 1. Criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia

La anafilaxia es muy probable cuando se cumple uno de los tres criterios siguientes:
1. Inicio agudo de síndrome de piel y/o mucosas (urticaria generalizada, prurito, eritema, sofoco, edema labios, úvula o lengua), más como mínimo uno de los siguientes: a. Compromiso respiratorio o, (disnea, sibilancias, estridor, hipoxemia) b. Disminución de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica (hipotonía, incontinencia)
2. Aparición rápida de dos o más de los siguientes síntomas tras la exposición a un alérgeno potencial: a. Afectación de piel y/o mucosas b. Compromiso respiratorio c. Disminución de la presión arterial o síntomas asociados d. Síntomas gastrointestinales persistentes
3. Disminución de la presión arterial en minutos o algunas horas tras la exposición a un alérgeno conocido para ese paciente: a. Lactantes y niños: descenso superior al 30% TAS* según edades b. Adultos: TAS inferior a 90 mmHg o < 30% de la basal

*Tensión arterial sistólica baja en la infancia: menor de 70 mmHg de un mes a un año, menor de 70 mmHg + (2 × edad) de 1 a 10 años y menor de 90 mmHg de 11 a 17 años.

Conclusiones / Comentarios

La anafilaxia inducida por ejercicio es una reacción potencialmente mortal, por lo que es importante hacer una anamnesis completa y realizar el diagnóstico diferencial con patologías como urticaria colinérgica, mastocitosis, reflujo gastreoesofágico o asma inducida por el ejercicio.

1. La derivación a un especialista es necesaria para confirmar diagnóstico y etiología, cofactores o susceptibilidad a inmunoterapia.
2. Evitar la ingesta del alimento implicado y realizar ejercicio en las 4h posteriores
3. El cromoglicato sódico podría ser un fármaco preventivo.
4. Es indispensable educar sobre un correcto tratamiento y abordaje de episodios posteriores