



IX Congreso Nacional de Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas

SÍNDROME DE GRISCELLI: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

García-Cruz ML,* Aguirre-Ramírez D,* Blancas-Galicia L,* Zavela-Martínez O,* Ortega-Martell JA,** Berrón-Pérez R,*** Espinosa-Rosales F,** Hernández-Bautista V,** Rojas-Garrido A*

*Residentes de Inmunología y Alergia del Instituto Nacional de Pediatría. **Médico Adscrito del Servicio de Inmunología Instituto Nacional de Pediatría. ***Jefe del Servicio de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría

El síndrome de Griscelli es una enfermedad rara autosómica recesiva caracterizada por una dilución del pigmento, inmunodeficiencia variable celular y una fase aguda de una activación incontrolada de linfocitos y macrófagos. Las características incluyen cabello plateado, prominente melosomas maduros en los melanocitos cutáneos con pigmentación incluyen anomalías inmunológicas que incluyen mal funcionamiento de la actividad de las células NK, ausencia de hipersensibilidad tardía y una mala respuesta a mitógenos. Daño a la función celular e hipogammaglobulinemia ha sido reportada.

Se muestra el daño en el locus 15q21 y muestra que el Miosina-Va gene cuenta con defecto en el síndrome de Griscelli. Se reporta una segunda mutación en el MyoVa en un paciente de síndrome de Griscelli.

Nuestro reporte del caso es de un paciente masculino 8 meses de edad quien cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: Producto de la G6 obtenido por cesárea por baja reserva fetal con meconio espeso, se realizó laringoscopia obteniéndose 0.5 mL de meconio, se da PPI por 15 seg, cuenta con Apgar 3/8. Se refiere 2 muertes neonatales (G1 y G5) y 2 óbitos (G3 y G5). Solo un hermano vivo actualmente sin patología aparente. A los 21 días se refiere Petequias generalizadas, con cabello plateado, hepatomegalia 4cm por debajo del reborde costal, pancitopenia (Hemoglobina 7.6, leucocitos 3400, plaquetas 6000) CD4 956 (2100-4900), CD8 293 (300-1700), CD3 1309 (2800-6500). Relación CD4/CD8 3.2. Biopsia de piel con epidermis con espongiosis focal, la presencia de 1 melanocito por cada 8-10 queratinocitos. El pigmento es granular y está uniformemente distribuido. Dermis sin alteraciones. Se interna en dos ocasiones por encontrarse en fase acelerada de la enfermedad revirtiendo ésta con uso de gammaglobulina y prednisona. Actualmente se encuentra en espera de realización de trasplante de médula ósea.

Se describe un caso con síndrome de Griscelli que presenta hepatoesplenomegalia, hepatitis, pancitopenia y cabello plateado, así como alteraciones en la inmunidad humoral y celular, el cual cursó con fase acelerada de la enfermedad la cual respondió favorablemente a la fase acelerada con tratamiento con gammaglobulina y prednisona, aunque se sabe que el tratamiento ideal es el trasplante de médula ósea. Mientras más temprano sea realizado el diagnóstico, se puede ofrecer un tratamiento oportuno.

REPORTE DE UN CASO DE HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS CON LESIONES EN UÑAS Y PIEL QUE SIMULAN CANDIDIASIS MUCOCUTÁNEA CRÓNICA

Blancas-Galicia L,* García-Cruz ML,* Ortega-Martell JA,** Berrón-Pérez R,*** Leal-Leal,****, Zapata-Tarres M,****, Duran M,****, Maldonado-Ruiz,****, Espinosa-Rosales F,** Hernández-Bautista V,** Rojas-Garrido A*

*Residentes de Inmunología y Alergia del Instituto Nacional de Pediatría. **Médico Adscrito del Servicio de Inmunología, Instituto Nacional de Pediatría. ***Jefe del Servicio de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría. ****Médico Adscrito al Servicio de Oncología, Instituto Nacional de Pediatría. *****Residente de Oncología, Instituto Nacional de Pediatría. *****Médico Adscrito del Servicio de Dermatología, INP

El término de histiocitosis identifica a un grupo de enfermedades que tienen en común la proliferación y acumulación de macrófagos y células dendríticas. Aunque la etiología de la histiocitosis de células de langerhans no ha sido definido su postula que hay un defecto en el sistema inmune. Estos defectos incluyen disminución de la actividad supresora de las células T, incremento en la síntesis de inmunoglobulinas, disminución en la función tímica y disminución de las células CD4. Mateos y cols., realizaron una correlación entre los estadios clínicos de Greenberger y la inmunidad humoral encontrando en el estadio IV disminución de IgG, IgA e IgM e incremento de IgE asociado a mal pronóstico.

Nuestro reporte de caso es de un masculino de 3 años de edad con retraso psicomotor moderado, resto de antecedentes negativos. Inicia padecimiento a los 6 meses de edad con lesiones dérmicas hipocrómicas, verrugosas, supurativas en tórax, se extienden a cabeza, cuello y extremidades. Posteriormente se agrega absceso en cuello, alopecia de cuero cabelludo, uñas de pies y manos con engrosamiento, además de anorexia. A su ingreso se encuentra con buen estado general, cráneo con arreas de alopecia, mucosa oral normal, dermatitis generalizada, paroniquia y distrofia ungueal, escamas adherentes en piel cabelluda, verrugosidades planas en cara y manos, úlceras en glúteos, abdomen y cuello. El diagnóstico presuntivo inicial fue de candidiasis mucocutánea crónica. Los estudios inmunológicos anormales fueron CD4 468 (500-2400) e IgE 1417(16-55).

Evolucionó con dificultad respiratoria, campos pulmonares con hipoventilación y sibilancias, radiografía de tórax con sobredistensión pulmonar bilateral e infiltrado intersticial de predominio apical, iniciando tratamiento antibiótico, fluconazol, factor de transferencia específico, obtenido del padre e Hidrocortisona con mejoría parcial del problema respiratorio. No se encontró lesiones líticas, ni hepatoesplenomegalia. Reporte de biopsia de piel con Hipodermis con denso infiltrado linfocitos, macrófagos y células histiocíticas con inmunofenotipo S100 CD1+, Gamagrama pulmonar con hipoperfusión bilateral en su borde externo, TAC pulmonar con lesión bilateral del parénquima pulmonar, di-

fusa, quística y destructiva. Se agrega al tratamiento talidomina y quimioterapia (Etopósido, vinblastina, GMP).

La histiocitosis de Langerhans con afección a piel afecta a más del 50% de los pacientes. Las lesiones inician como pápulas eritematosas que progresan a úlceras o áreas despigmentadas en zonas intertriginosas y lumbosacras, siendo la afección a uñas infrecuente. Sin embargo la piel puede ser el único órgano afectado de forma inicial en el 10% de los pacientes pediátricos y esto hace que el diagnóstico sea difícil. No es infrecuente que se diagnostique de forma errónea como dermatitis seborreica y con esto retarde el diagnóstico. La afección a uñas es muy rara. Este caso ilustra que las manifestaciones cutáneas de la histiocitosis de células de Langerhans pueden ser de forma inicial únicas y simular candidiasis mucocutánea crónica por lo que debe ser incluido como diagnóstico diferencial en esta entidad.

Las alteraciones inmunológicas de nuestros pacientes, IgE sérica elevada y CD4 disminuido concuerda con los hallazgos de Mateo y cols. Describe que de acuerdo a los estadios clínicos de Greenberg se encontraron alteraciones inmunológicas que se asocia al pronóstico. De esta manera la evaluación inmunológica celular y humoral al momento del diagnóstico puede ser utilizada como factor pronóstico en los pacientes con histiocitosis de células de Langerhans.

REGISTRO DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIAS EN PACIENTES MEXICANOS EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL: EXPERIENCIA DE 30 AÑOS

García-Cruz ML,* Zavaleta-Martínez O,* Camacho-Moreno R,* Ortega-Martell JA,** Espinosa-Rosales F, ** Berrón-Pérez R,*** Ridaura C,**** Hernández-Bautista V,** Rojas-Garrido A*

*Residentes de Inmunología y Alergia del Instituto Nacional de Pediatría. **Médico Adscrito del Servicio de Inmunología, Instituto Nacional de Pediatría. ***Jefe del Servicio de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría. ****Jefe del Servicio de Patología del Instituto Nacional de Pediatría

Las inmunodeficiencias primarias (IDP) son un grupo de enfermedades consideradas como poco frecuentes, pero gracias a que las características clínicas y paraclínicas de estas cada vez se conocen más así como el avance de los estudios de escrutinio diagnóstico, esta incidencia va en ascenso. Son más frecuentes en el sexo masculino, probablemente porque la mayoría de estos padecimientos se heredan ligados al cromosoma X. La mayoría comienza en edades tempranas. Se ha estimado que el 40% de los casos son diagnosticados en el primer año de vida, otro 40% antes de los 5 años, un 15% a los 16 años y solamente 5% en la etapa del adulto. La frecuencia relativa observada por el Grupo Latinoamericano de Inmunodeficiencias Primarias (LAGID) en 1428 pacientes estudiados en 8 países, indica que el 58% de los casos corresponde a defectos predominantes de anticuerpos. Le sigue en frecuencia, las deficiencias celulares y de anticuerpos asociados con otras anormalidades en el 18%, síndromes asociados con disfunción de granulocitos 8%, trastornos de la fagocitosis 9%, inmunodeficiencias combinadas 5% y deficiencias del complemento en 2%.

Objetivo: Realización de un registro de las inmunodeficiencias primarias en un centro nacional de referencia, el cual es una herramienta de vital importancia para promover el conocimiento de estas entidades.

Material y método: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se investigó los diagnósticos confirmatorios en los registros del servicio de Inmunología y el Servicio de Patología, una vez captados los pacientes con diagnóstico confirmatorio se llenó el formato realizado por LAGID el cual contemplan diversas variables epidemiológicas, clínicas, de laboratorio y tratamiento de cada uno de

los pacientes, agregándose en cada caso los hallazgos histopatológicos en caso de autopsia.

Resultados: Se encontraron 171 pacientes con diagnóstico confirmatorio, 26 presentaban deficiencias combinadas, 43 con déficit predominante de anticuerpos, 62 combinadas, 23 con defecto en la fagocitosis y 2 con defecto congénito del complemento. Con respecto al grupo de inmunodeficiencias combinadas, la inmunodeficiencia combinada fue la más frecuente con 15 pacientes, seguida de la combinada severa con 5, Nezelof con 5 y Disgenesia reticular con 1. En el grupo de las deficiencias predominantes de anticuerpos la Agammaglobulinemia ligada al X fue la más frecuente con 19 pacientes, seguida de la deficiencia de IgA con 7, síndrome de hiperIgM con 7, común variable con 6, deficiencia de subclases de IgG2 con 2 y agammaglobulinemia autosómica recesiva y transitoria con 1 paciente en cada entidad. A cerca de las deficiencias asociadas la ataxia telangiectasias encabeza el grupo con 42 pacientes, seguida de candidiasis mucocutánea crónica con 9, Wiskott Aldrich con 7, anomalía de Di George y síndrome proliferativo ligado al sexo con 2 cada uno. En el grupo de las de defecto en la fagocitosis predominó la enfermedad granulomatosa crónica con 12 pacientes, seguida de neutropenia continua con 6, neutropenia cíclica con 4 y defecto de G6PDH con 1.

En las inmunodeficiencias asociadas con defectos de fagocitosis predominó la enfermedad granulomatosa crónica con 12 pacientes seguida de neutropenia continua con 6, neutropenia cíclica con 4 y defecto de G6PDH con 1. En las inmunodeficiencias asociadas con defectos de fagocitosis el síndrome de Chediak Higashi fue el más frecuente con 7 pacientes, seguida de hiperinmunoglobulinemia E con 6 y 2 con síndrome de Griscelli. Con respecto a los defectos congénitos del complemento solo se encontraron 2 casos con deficiencia de C4.

Conclusiones: Se observa que la incidencia de las IDP va en aumento, debido a los avances de escrutinio diagnóstico y a la sensibilización del personal médico ante estas entidades. En nuestra experiencia la IDP más frecuente son las asociadas debido a que contamos con 42 pacientes con diagnóstico de ataxia telangiectasias, en comparación con lo reportado en la literatura.

EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA Y COMPARACIÓN CON LA LITERATURA

Dr. Luis Enrique Chávez G, Dra. Arsheli Rojas, Dr. Víctor Hernández, Dr. Renato Berrón

Instituto Nacional de Pediatría, México D.F.

La enfermedad de Behçet es una vasculitis sistémica recurrente de curso crónico con múltiples manifestaciones y causa desconocida que afecta a órganos y sistemas cuyo pronóstico depende de los órganos afectados, su prevalencia varía a nivel mundial afectando principalmente a los Iraníes y Japoneses, con predominio del sexo masculino, y una relación familiar hasta del 11%, además se ha encontrado predisposición genética (HLA-B5101), factores infecciosos y ambientales.

En el INP en los últimos 10 años se han diagnosticado 11 nuevos casos de los cuales 4 son del sexo masculino y 7 femeninos, con una edad mínima de instalación de 1 año 3 meses, los 11 presentaron úlceras orales, 9 de estas úlceras genitales, 2 de ellos con artralgias, 1 se relacionó con LES, 1 con espondilitis y 1 de estos 11 con alteraciones neurológicas. Estos pacientes fueron tratados con corticosteroides, talidomida, factor de transferencia y AINES.

Conclusión: En nuestro medio no existe mucha experiencia con esta patología, se encontró que a diferencia de la literatura es más frecuente en el sexo femenino y puede presentarse a una edad tan temprana de 1 año 3 meses, con el uso de factor



de transferencia se obtuvo excelentes resultados constituyendo una innovación al tratamiento que refieren en la literatura.

EFFECTO DE LAS TERAPIAS CON "SALMETEROL" Y "SALMETEROL CON BECLOMETASONA" SOBRE EL VOLUMEN DEL FLUJO SALIVAL Y LA CANTIDAD DE INMUNOGLOBULINA A EN SALIVA (IGAS) EN PACIENTES CON ASMA CRÓNICA MODERADA PERSISTENTE ACMP

Del Rio-Navarro B, Corona HL, Fragoso Ríos R, Torres Alcántara S, Sienra-Monge JLL, Berber A

Se ha reportado disminución del flujo salival y de IgAs con los beta dos de acción corta, desafortunadamente no existen reportes de este efecto con el manejo de los beta dos de acción prolongada. Por esta razón el **objetivo** de este estudio fue determinar el flujo salival, proteínas salivales e IgAs en pacientes asmáticos crónicos moderados con terapias de "salmeterol" solo (Sal) y en combinación con "beclometasona" (BSal).

Materiales y métodos: Ensayo clínico, paralelo, aleatorio, prospectivo, longitudinal, ciego simple, cruzado con terapias de "Beclometasona con Salmeterol" vs "Salmeterol" solo (400 µg/día y 100 µg/día) durante seis semanas cada una con una semana de lavado entre cada tratamiento, en 30 niños de 6 a 15 años de edad con (ACMP) estable que acudieron a la consulta externa del servicio de Alergia. Se determinó antes y después de cada tratamiento el flujo salival, proteínas en saliva e IgAs así como las características de la mucosa oral. La IgAs fue valorada por nefelometría y las proteínas por el método de Nowry, el flujo salival por la técnica de Cevallos. Se eligieron aleatoriamente los tratamientos iniciales 16 pacientes con "BSal" y 14 con "Sal" sólo (en IDM con espaciador). Al finalizar los dos grupos de tratamiento se realizó un lavado de 1 semana reiniciando cada grupo con el siguiente tratamiento, así el grupo que inició con BSal continuó con Sal y el que inició con Sal siguió con BSal durante seis semanas más. Análisis estadístico se obtuvieron medidas de tendencia central con dispersión y análisis de varianza univariada, considerando como factores el tipo y orden de tratamiento y pruebas Post Hoc de Tukey y Bonferroni.

Resultados: Se eliminaron 2 pacientes (por cambio de domicilio), de los 28 niños; 11 fueron niñas y 17 niños con una media de 10.3 ± 1.9 . 13 niños para BSal y 15 para el grupo de "Sal". Considerando que todos los pacientes tuvieron los mismos tratamientos, se analizaron los resultados en conjunto. El flujo salival basal tuvo una media de 16.28 ± 7.04 mm/min. (IC95%13.64-18.89), posterior a BSal fue de 16.57 ± 5.54 mm/min. (IC95%14.51-18.62), y el posterior al Sal fue de 13.53 ± 5.93 mm/min (IC95%11.33-15.73). Sin diferencia en valores basales con los posteriores a los tratamientos ($p > 0.05$). El valor medio de la IgA basal fue de 4.99 ± 1.96 mg/dl (IC95%4.26-5.71). Posterior a BSal de 4.82 ± 1.98 mg/dl (IC95%4.08-5.56), y PostSal de 6.53 ± 3.02 mg/dl (IC95%5.41-7.65). Sin diferencia ($p > 0.05$) en valores de IgA basal vs PostBSal, no así en la comparación de IgA basal con IgA PostSal al igual que IgA PostBeclSal con IgA PostSal ($p < 0.05$).

Conclusión: La administración de 100 µg/d de Sal o la combinación de este con beclometasona este a esa dosis con 400 µg/d de beclometasona (BSal) en IDM. Por 6 semanas en niños con AMCP no tiene efectos sobre el flujo salival ni disminuye la IgAs.

AMOXICLAV-RIBOVAC VS RIBOVAC-INMUNOGLOBULINA EN NIÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA ALTA RECURRENTE

Dr. Alain R Rodríguez Orozco

Centro de Investigación en Ciencia Aplicada y Tecnología Avanzada del Instituto Politécnico Nacional

El tratamiento de infecciones recurrentes de las vías respiratorias en edades pediátricas continúa siendo un reto que excede el simple uso de antimicrobianos, de forma que en la última década se ha propiciado el uso de inmunomoduladores con efecto potenciador de las respuestas de mucosa, es éste un estudio aleatorizado en el que se comparan los efectos clínicos y de laboratorio de dos combinaciones Ribovac y Amoxiclav vs Ribovac e Inmunoglobulina humana, en el tratamiento de infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas, en niños en los que se descartó la existencia de inmunodeficiencias primarias.

Se trataron 30 niños con diagnóstico de infecciones recurrentes de vías respiratorias altas (X 7.4 años), que fueron asignados aleatoriamente a dos grupos Ribovac-Amoxiclav y Ribovac-Inmunoglobulina humana, durante la crisis por la que acuden a consulta se aislaron similares patógenos en individuos de ambos grupos, la combinación Ribovac-Amoxiclav fue más eficaz para la negativización de cultivos a las dos semanas de tratamiento (85%), y necesitaron de otros antibióticos con menos frecuencia en los siguientes tres meses. (5%) Las concentraciones de IgG fueron mayores en individuos del grupo Ribovac-Inmunoglobulina humana $>10\%$, a las dos semanas de iniciado el tratamiento, no hubo diferencia significativa en cuanto a las concentraciones de IgA e IgM entre los dos grupos a las dos y seis semanas de iniciado el tratamiento. El porcentaje de sepsis causadas por microorganismos cuyas fracciones ribosomales están contenidas en Ribovac fue menor en individuos del grupo Ribovac-Inmunoglobulina.

ESTUDIOS PRELIMINARES DE LA FRECUENCIA DE SENSIBILIZACIÓN A ALERGENOS TOTALES, PURIFICADOS Y MODIFICADOS DEL LÁTEX DE HEVEA BRASILIENSIS

Reyes-López CA, Orozco-Martínez S,** García-Cruz M de la L,** H., Ramos-López JD,** Espinosa-Padilla S,** Huerta-López JG,** Mendoza-González F,** Plaza-González A,** Barbosa-López C,** Rodríguez-Romero A**

*Instituto de Química, Departamento de Bioquímica, UNAM,

**Instituto Nacional de Pediatría, México, D.F.

La hipersensibilidad al látex es un problema de salud que en los últimos años ha adquirido gran importancia. Se ha estimado que hasta un 20% de los trabajadores del área de la salud y un 30% de los niños que son sometidos a varias intervenciones quirúrgicas están sensibilizados contra las proteínas del látex. Por esta razón, son de gran importancia los estudios de incidencia a la sensibilización al látex, así como los que tienen por objetivo la identificación y caracterización de las proteínas alergénicas. El conocimiento de las características generales de estos alérgenos permitirá diseñar métodos de diagnóstico que sean confiables y seguros, además de que se permitirá la obtención de proteínas hipoalergénicas que se puedan emplear en la inmunoterapia específica para el látex.

Nuestro grupo de trabajo ha iniciado un estudio de la frecuencia de sensibilización a alérgenos del látex en el personal de alto riesgo que labora en el Instituto Nacional de Pediatría. Con este fin se realizan pruebas cutáneas para identificar cuantos individuos producen inmunoglobulinas E (IgE) contra las proteínas totales del látex. Al mismo tiempo se están probando tres alérgenos purificados del látex, el Hev b6.02, una isoforma del mismo y la pseudoheveína. Así mismo del primero se realizó una modificación química, en una región que consideramos importante para su unión con las IgE's, y evaluar cómo afecta esta modificación en la alergenidad de esta proteína.

Hasta el momento se han realizado 21 pruebas cutáneas de las cuales 7 han sido positivas, seis de ellas para los alérgenos puros y ninguna para el alérgeno modificado. Estos resultados preliminares muestran que en el INP existe una alta incidencia de

individuos sensibilizados al látex. Además, estos resultados muestran que la modificación realizada al Hev b6.02 inhibe la reacción alérgica en los individuos sensibles a este alérgeno.

Agradecimientos.

DGAPA Proyecto 201997

PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA EN UN GRUPO DE NIÑOS MEXICANOS DEL SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Morfín MB, López PG, Hernández T

La dermatitis atópica (DA) es una de las principales causas de morbilidad pediátrica. Su prevalencia en niños mexicanos no se conoce.

Objetivo: Determinar la prevalencia de DA en un grupo de niños mexicanos; la posible influencia de factores hereditarios y ambientales en el desarrollo de la enfermedad; la presencia con que se presentan los criterios diagnósticos; así como las áreas afectadas con mayor frecuencia por grupos de edad.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, transversal realizado en la población de 3 escuelas. Primero se recabó la historia clínica a través de cuestionarios buscando criterios de DA y antecedentes heredo-familiares y personales de alergia. La definición de DA se basó en los criterios de Hanifin y Rajka. En un segundo tiempo se realizaron pruebas cutáneas e IgE a niños con DA. La información se analizó utilizando la prueba exacta de Fisher y la chi-cuadrada.

Resultados: Se incluyeron 998 niños (edad: 1 mes a 16 años); encontrando una prevalencia global de 15.7%; 43.3% hombres y 56.7% mujeres. Los preescolares constituyeron el grupo afectado con mayor frecuencia. La historia familiar de atopia en 1o. y 2o. grado se encontró en el 59.2% y 45.2%. La alimentación al seno materno, ablactación temprana, tabaquismo pasivo, asistencia a guarderías y convivencia con animales no tuvieron ninguna relación con el desarrollo de DA, a diferencia de la falta de baño diario y el habitar en viviendas construidas con desperdicios de madera y láminas de cartón. El tipo de lesión más frecuente fue la resequedad, y el área más frecuentemente afectada, la cara. Las pruebas cutáneas se realizaron en 135 niños con DA, previo consentimiento de los padres, resultando el 30.4% positivas, con una IgE elevada en el 41.5%.

Conclusiones: La prevalencia de DA en niños mexicanos, es similar a la encontrada en otros países. La historia personal y familiar de atopia, la falta de baño diario y las viviendas que albergan polvo y humedad, parecen favorecer su desarrollo.

SÍNDROME ANTISINTETASA (ANTI-JO1) PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ramos-López JD, Alvarado N, Tello VAE, Hernández VM, Berrón R
Instituto Nacional de Pediatría

Justificación: La fibrosis pulmonar idiopática es una forma de enfermedad pulmonar intersticial cuya etiología hasta ahora no es bien comprendida. Los anticuerpos anti-Jo1 dirigidos contra una histidil tRNA sintetasa, comúnmente observados en pacientes con dermatomiositis-polimiositis en adultos, pueden estar asociados con la fibrosis pulmonar idiopática como posible participación o explicación de ese fenómeno autoinmune subyacente en esta patología.

Caso clínico: Aquí presentamos el caso de una paciente adolescente femenina de 13 años, con padecimiento de 16 meses con fatiga progresiva hasta disnea de mínimos esfuerzos, manteniéndola postrada a su ingreso, dependiente de oxígeno, con ataque al estado general importante que la llevó a una desnutrición de 3er grado, siendo manejada de forma ambulatoria y en una hospitalización como bronquitis crónica leve con metaplasia escamosa (por broncoscopia) con múltiples esque-

mas antimicrobianos. Se hospitaliza en este Centro de Atención de tercer nivel, como neumopata crónica en estudio, con dificultad respiratoria moderada, taquicárdica, hipoventilación y crepitantes basales bilaterales, con PFR con patrón mixto severo, EKG con hipertrofia y sobrecarga de cavidades derechas, la RX de tórax con infiltrado intersticial y parenquimatoso de predominio izquierdo con zonas de consolidación e infiltrados micronodulares, la TAC pulmonar con fibrosis inespecífica y condensación basal izquierda. Laboratorio con poliglobulia, linfopenia relativa, inmunológicos ENA-6 (+) 16OU/mL ($r < 20$), ANA++ patrón moteado, anti-Jo1 $> 160 \mu\text{g/mL}$ ($\text{nL} < 20$), broncoscopias negativas para cultivo de bacterias, hongos, Zihel Nielsen y hemodisiderofagos (-). Además de biopsia pulmonar por toracoscopia con Dx de neumonía lipoídica, colapso y fibrosis alveolar periférica, con engrosamiento pleural por fibrosis. La paciente con Dx de fibrosis pulmonar idiopática y anticuerpos anti-Jo1 sensiblemente positivos, se clasifica como S de anti-Jo sin dermato-polimiositis, ya que sus enzimas musculares, electromiografía negativas para miositis y sin evidencia de lesiones cutáneas características. Se manejó con prednisona a 1 mg/kg/día y ciclofosfamida a 2.58 mg/kg/d con dieta hipercalórica e hiperproteica, terapia de rehabilitación pulmonar, observando mejoría clínica significativa a los 15 días de iniciado el manejo, la evolución de la paciente fue hacia la mejoría de forma progresiva, y la evolución espirométrica con mejoría leve gradual principalmente del flujo espiratorio forzado con mejoría de un 18% del predicho a su ingreso a un 34% a la última evaluación 45 días después de iniciado el manejo inmunosupresor, sin embargo, clínicamente la paciente tolera ejercicio leve, rehabilitación, con solo oxígeno a 1 Lt/min intermitente con saturación de $> 90\%$ y 65% con oxígeno ambiental.

Conclusión: El presente es uno de los primeros casos descritos en la literatura de S de antisintetasa o anti-Jo en un paciente pediátrico con fibrosis pulmonar idiopática como diagnóstico de base, cuya asociación y ausencia con dermatomiositis y polimiositis se ha llegado a observar, sin embargo, la paciente no reunió criterios para estas patologías. No es raro encontrar en la literatura fibrosis pulmonar idiopática cuyo origen pueda ser explicado por fenómenos inmunológicos, en este caso por la presencia de anticuerpos dirigidos contra una histidil tRNA sintetasa, sin hasta el momento evidencia fisiopatológica de los mismos. Por lo anterior la búsqueda del padecimiento y la terapéutica inmunosupresora deben realizarse en los pacientes que cumplan las características de la entidad nosológica comentada.

LA PROTOXINA CRY1AC DE *BACILLUS THURINGIENSIS* DESENCADENA EN MONOCITOS UN POTENTE EFECTO FAGOCÍTICO IN VITRO SOBRE *S. PYOGENES* Y *E. COLI*

Alain R Rodríguez Orozco,* Pilar Herrera Sosa,** Pedro Sánchez,** Angélica Tellez,*** Renato Berrón***

*Centro de Investigación en Ciencia Aplicada y Tecnología Avanzada del Instituto Politécnico Nacional. **Centro Cultural Universitario Justo Sierra. ***Servicio de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría

Es conocido que muchos patógenos usan las mucosas como puerta de entrada y que el uso de adyuvantes de mucosa es una alternativa para la obtención de respuestas inmunogénicas que ayuden a eliminar a estos gérmenes, el objetivo de este trabajo es evaluar el efecto de un nuevo adyuvante, la protoxina Cry1Ac de *Bacillus thuringiensis* (Scand. J. Immunol. 49, 578 584, 1999), en el tratamiento *in vitro* de *S. pyogenes* y *E. coli*. El sobrenadante de cultivo de mononucleares humanos estimulados con Cry1Ac inhibió el crecimiento de colonias de *S. pyogenes* y *E. coli* en placas de Agar. Cry1Ac también aumentó la ingestión *S. pyogenes* y de *E. coli* por monocitos humanos, po-



tenci6 en 6stos la expresi6n de ant6genos MHC II y la capacidad de 6stos para liberar especies reactivas del ox6geno, tambi6n indujo la presencia de inmunocomplejos fijadores de complemento. Concluimos que Cry1Ac potencia la fagocitosis y la presentaci6n de ant6genos bacterianos de *S. pyogenes* y *E. coli* por lo que se comporta como un buen adyuvante.

WISKOTT-ALDRICH: REVISI6N DE LA LITERATURA Y PRESENTACI6N DE UN CASO CL6NICO

G6mez-Aguilar D,* Garc6a-Cruz ML,* Ortega-Martell JA,** Berr6n-P6rez R,*** Espinosa-Rosales F,** Hern6ndez-Bautista V,** Rojas-Garrido A*

* Residentes de inmunolog6a y alergia del Instituto Nacional de Pediatr6a. ** M6dico adscrito del Servicio de Inmunolog6a, Instituto Nacional de Pediatr6a. *** Jefe del Servicio de Inmunolog6a del Instituto Nacional de Pediatr6a****

El s6ndrome de Wiskott-Aldrich (W-A) se caracteriza por trombocitopenia cong6nita, diarrea sanguinolenta, eczema e infecciones recurrentes, con una herencia ligada al X. Se han encontrado algunos defectos inmunes caracter6sticos del s6ndrome entre los que se incluyen la linfopenia, depleci6n linfoc6tica del timo y de las 6reas paracorticales dependientes de linfocitos T de los ganglios linf6ticos, la hipersensibilidad retardada deficiente y una falla en la producci6n de anticuerpos contra polisac6ridos y una variedad de ant6genos bacterianos, prote6nicos y virales. Cuentan con IgM baja, IgG normal e IgA, IgE elevada. El gen se ha mapeado en el cromosoma Xp11.2 que codifica una prote6na denominada WASP (Prote6na del s6ndrome de W-A). La causa primaria de la trombocitopenia profunda parece ser una destrucci6n acelerada de las plaquetas. Se puede presentar al nacimiento petequias, equimosis y diarrea sanguinolenta. El eczema que puede ser desde leve hasta severo as6 como localizado o generalizado, se desarrolla durante el primer mes del nacimiento, el cual es un hallazgo constante en el s6ndrome de WA cl6sico. Las infecciones del tracto respiratorio superior se presentan en un 70% de los casos. El tratamiento es el trasplante de MO, en el cual se logra con una sobrevida a 5 a6os del 80%.

El presente caso se trata de un paciente de 1 a6o 7 meses de edad quien tiene los siguientes antecedentes de importancia: Hermano el cual presenta trombocitopenia desde los 4 meses de edad, con sangrados profusos de localizaci6n digestiva, falleciendo a un a6o de edad sec a sepsis. Dos primas con Lupus eritematoso sist6mico. Inicia su padecimiento actual desde el nacimiento presentando ictericia y trombocitopenia tratado con helioterapia. Al mes de edad presenta plaquetopenia (110 mil), evacuaciones sanguinolentas, explosivas, acude a facultativo diagnosticando probable alergia a las prote6nas de la leche, trat6ndose con leche de soya. A los 5 meses se refiere persistencia de evacuaciones sanguinolentas, c6licos abdominales, irritabilidad, plaquetopenia (26 mil), valorado por hematolog6a con diagn6stico de bicitopenia en estudio (Hb 9.8, plaquetas 26 mil). A los 9 meses de edad es valorado por inmunolog6a, encontr6ndose trombocitopenia, con plaquetas peque6as, isoaglutininas anti A y anti-B ausentes, RAST positivo para lactoalb6mina, lesiones eczematosas en cara, cuello y zonas flexoras, IgE, IgG 648 (165-781), IgM 138 (31-102), IgA 76 (8-83), CD3 1647 (2800-6500), CD4 1409 (2100-4900), CD8 253 (500-1600). Se diagnostica s6ndrome de WA trat6ndose con factor de transferencia. Se solicita diagn6stico gen6tico a Argentina con la Dra. Zelazko encontr6ndose mutaci6n en Ex6n 8 del gen WASP en posici6n 811 del cDNA por substituci6n puntual. No se encontr6 mutaci6n en c6lulas som6ticas de la madre, lo que sugiere una mutaci6n de c6lulas germinales. Actualmente con excelente evoluci6n en espera que se pueda realizar un trasplante de m6dula 6sea.

El s6ndrome de WA es una inmunodeficiencia primaria con herencia ligada al cromosoma X en la que en muchas ocasiones no se diagnostica de manera oportuna para poder dar un tratamiento adecuado presentando complicaciones evidentes. Este es un caso en el que se demuestra que si se conocen las caracter6sticas del s6ndrome y los m6dicos est6n sensibilizados hacia estas enfermedades el diagn6stico puede hacerse en forma temprana y as6 panear un tratamiento adecuado.

POLIARTERITIS NODOSA SIST6MICA DEL LACTANTE. REPORTE DE UN CASO Y REVISI6N DE LA LITERATURA

G6mez-Aguilar D,* Blancas-Galicia L,* Garc6a-Cruz ML,* Hern6ndez-Bautista V,** Aguirre-Ram6rez D,* Zavaleta-Mart6nez O,* Penagos-Paniagua MJ,* Rojas-Garrido A,* Ortega-Martell JA,** Espinosa-Rosales F,** Berr6n-P6rez R***

* Residente de inmunolog6a y alergia del Instituto Nacional de Pediatr6a. ** M6dico adscrito del Servicio de Inmunolog6a del Instituto Nacional de Pediatr6a. *** Jefe del Servicio de Inmunolog6a del Instituto Nacional de Pediatr6a

La poliarteritis nodosa (PAN) del lactante es una vasculitis necrosante sist6mica aguda que afecta arterias de mediano y peque6o calibre. Su cuadro cl6nico es pleom6rfico, con s6ntomas debidos a oclusi6n vascular de diferentes 6rganos: ri66n, sistema nervioso central y perif6rico, aparato digestivo y miocardio, m6sculo, v6sceras y piel. La PAN es uno de los primeros s6ndromes vascul6ticos estudiados con detalle, predomina en el sexo masculino 2: 1, en los ni6os ocurre en todas las razas y la incidencia anual es de 2.4: 1,000,000 habitantes. La manifestaci6n inicial m6s frecuente es la hipertensi6n arterial.

La mononeuropat6a m6ltiple es el s6ntoma m6s frecuente en el 70% de los casos y es a veces la primera manifestaci6n, los s6gnos sensoriales son hipostesia, hiperestesia y dolor en el 6rea del d6ficit motor, puede haber par6lisis de los nervios craneales 2% de los pacientes com6nmente se afectan los pares: II, IV, VI, VII y VIII.

Las lesiones de la piel ocurren en el 25 a 60% de los casos. Las m6s comunes son p6rpura vascular, n6dulos subcut6neos, livedo reticularis y gangrena distal causada por isquemia.

El 60 a 80% de los pacientes tienen afecci6n renal y algunos pacientes pueden presentar insuficiencia renal, cuando evoluciona r6pidamente se debe a infartos renales m6ltiples.

La afecci6n de tubo digestivo es una de las manifestaciones m6s severas. El dolor abdominal ocurre en el 34%, es dif6cil establecer su causa exacta. Su presencia puede ser el primer s6ntoma de vasculitis gastrointestinal. En la mayor6a de los pacientes aparece isquemia en el intestino delgado y con menor frecuencia en colon y est6mago, puede existir sangrado de tubo digestivo y perforaci6n intestinal.

A continuaci6n se presenta el caso de un paciente del sexo masculino de 2 a6os 3 meses de edad el cual acude al INP con historia de fiebre intermitente de 4 meses de evoluci6n, la cual se acompa6a de exantema maculopapular difuso en tronco y extremidades inferiores, el cual desaparece al remitir la fiebre, se agrega 3 meses posteriores dolor abdominal difuso de moderada intensidad, mialgias, artralgias de mu6ecas y tobillos con incapacidad para la movilidad con limitaci6n funcional. A la EF se encuentra febril, hipertensi6n arterial TA120/90 con exantema maculopapular en tronco y extremidades inferiores, con rigidez de nuca, presenta en 6rea card6aca frote peric6rdico, campos pulmonares sin alteraciones, abdomen blando, depresible, con dolor abdominal a la palpaci6n media y profunda, sin irritaci6n peritoneal, con dolor a la palpaci6n en articulaciones carpianas y rodillas con limitaci6n de los arcos de movimiento, neurol6gicamente con presencia de irritabilidad e hiperreflexia y disminuci6n de la fuerza muscular en extremidades inferiores 3/5.

BH Hb 11.1 Leucocitos 38,400 linfocitos 14% segmentados 82%, bandas 2%, monocitos 20%, plaquetas 476,000. EGO PH 5 Leucocitos 25xc, resto normal. PFH: DHL 425 albúmina 1.8, ALT 93, AST 92, GGT 171.

Inmunológicos: IgG 1277 (402-1008) IgM 199 (45-159) IgA 187 (21-157) ANCA+. PCR 21 CH50 76. **Arteriografía hepática:** Con presencia de imágenes compatibles con microaneurismas en ramas principales hepática y esplénica, con tortuosidades e irregularidades de las ramas distales intrarrenales y yeyunales compatible con PANS. **Ecocardiografía:** Pericarditis con mínimo derrame no restrictivo. **Potenciales somatosensoriales:** Datos compatibles con neuropatía del nervio tibial bilateral.

De acuerdo a los criterios de la Academia Americana de Reumatología para PANS el paciente cumple con 4 de estos: hipertensión arterial (TA diastólica mayor de 90 mmHg), la presencia de microaneurismas hepáticos, polineuropatía, mialgias y debilidad muscular.

Se inició tratamiento con esteroide, metilprednisolona con evolución satisfactoria. Se iniciará tratamiento con inmunosupresor.

Conclusiones: Se presenta el caso de un paciente con hipertensión arterial, daño hepático y renal así como rash que acompaña a episodios febriles lo cual hace sospechar de una poliarteritis nodosa sistémica del lactante, se realizó arteriografía hepática con datos compatibles, con el diagnóstico mencionado. Se decidió la administración de 3 bolos de metilprednisolona ante la persistencia del dolor abdominal, con remisión clínica de éste y de la fiebre así como de las condiciones generales del paciente. Es importante mencionar que en un paciente con fiebre de larga evolución asociada a rash cutáneo e hipertensión del diagnóstico de poliarteritis nodosa sistémica debe descartarse incluso antes de recibir esquemas terapéuticos empíricos, en este caso nunca se tuvo la sospecha diagnóstica teniendo en cuenta qué diagnóstico oportuno implica un mejor pronóstico.

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. REPORTE DE UN CASO

Dr. Chávez G, Luis E, Dra. Rojas Arsheli, Dr. Hernández Víctor, Dr. Renato Berrón Pérez

Instituto Nacional de Pediatría. México, D.F.

La enfermedad de Behçet se caracteriza por ser una vasculitis sistémica de curso crónico, con múltiples manifestaciones y causa desconocida que afecta a órganos o sistemas y cuyo pronóstico depende de la afección, se caracteriza por ser más frecuente en el sexo masculino, con una predisposición genética, además influyen factores ambientales e infecciosos más frecuente entre los 20-30 años y una relación familiar hasta del 11% y su mecanismo inmunológico es poco conocido.

Reporte de caso: Se trata de masculino de 16 años, originario del D.F. sin antecedentes perinatales familiares de importancia, con buen desarrollo psicomotor, quien consultó en 1999 con dos años de evolución de episodios de úlceras orales y genitales, además fiebre de moderada intensidad, al examen físico al momento de la consulta normal, inmunológicos normales, es manejado con corticosteroides y talidomida, a los tres meses de tratamiento presenta cuadro de debilidad en miembros inferiores importante, flacidez, parálisis facial derecha, hemiparesia. Se pensó en daño neurológico, se envía resonancia magnética reportando datos de vasculitis cerebral, tratándosele, recuperando marcadamente afección neurológica, posteriormente presentó alteraciones gastrointestinales encontrándose también datos de vasculitis a ese nivel, la cual fue tratada, además últimamente con cambios de descalcificación en discos vertebrales y articulación coxofemoral, actualmente aún se trata con inmunosupresores y corticosteroides, recientemente con buena evolución.

Conclusión: La enfermedad de Behçet afecta hasta un 10% el SNC, y cuando lo hace se relaciona con mal pronóstico como se demuestra en el presente caso, por lo que cuando se presenta son un reto en busca de nuevas alternativas terapéuticas.

INFECCIONES EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

Zavaleta-Martínez O,* García-Cruz ML,* Espinosa-Rosales F,** Ortega-Martell JA,** Berrón-Pérez R,*** Camacho-Moreno R,* Hernández-Bautista V,** Rojas-Garrido A*

* Residente de inmunología y alergia del Instituto Nacional de Pediatría. ** Médico adscrito del Servicio de Inmunología Instituto Nacional de Pediatría. *** Jefe del Servicio de inmunología del Instituto Nacional de Pediatría

Las inmunodeficiencias primarias (IDP) son un grupo de enfermedades que se producen por la ausencia o funcionamiento anormal de uno o más elementos del sistema inmune. Son derivadas de defectos congénitos y sus principales manifestaciones clínicas son las infecciones recurrentes bacterianas, virales, fúngicas y/o parasitarias. La frecuencia observada por el LAGID (grupo latinoamericano de inmunodeficiencias primarias) indica que el 58% de los casos corresponde a defectos predominantes de anticuerpos, posteriormente las deficiencias celulares y de anticuerpos asociadas con otras anomalías 18%, trastornos de la fagocitosis 9%, inmunodeficiencias combinadas 5% y deficiencias del complemento 2%. La patogénesis de las inmunodeficiencias primarias depende del defecto genético que afecta la capacidad de desarrollo y función de cada sistema individual. Un dato clave en las inmunodeficiencias primarias es el aumento en la susceptibilidad a infecciones. Los pacientes con defectos puros de células B, frecuentemente experimentan infecciones en vías respiratorias altas por organismos encapsulados como *H. influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus*. Los pacientes con defecto en las células T presentan infecciones desde el periodo neonatal por bacterias Gram positivas y negativas, micobacterias, hongos (*Candida albicans*, *Aspergillus*), protozoarios (*Giardia lamblia*) y algunos virus. En los pacientes con defecto de la fagocitosis, de la generación de superóxido son frecuentes las infecciones por catalasa positivos. En los déficit de complemento predisponen a infecciones causadas por *Neisseria gonorrhoeae* y *meningitis*.

Objetivo: Describir las enfermedades infecciosas y gérmenes más frecuentes en pacientes con IDP.

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional de pacientes con IDP desde 1970 hasta enero 2000, investigándose principalmente tipo de infección por gérmenes aislados.

Resultados: Se diagnosticaron 170 pacientes, 43 con déficit predominante de anticuerpos, 25 pacientes con inmunodeficiencia combinada grave, 62 con inmunodeficiencia asociada con otras anomalías, 23 pacientes presentaron defecto de células fagocíticas, 15 con disfunción de fagocitos y sólo 2 con defectos del complemento. En los pacientes con ID predominio humoral predominaron las infecciones de vías aéreas superiores (sinusitis, otitis media, IRAS's) seguido por neumonías y diarreas. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron *Giardia lamblia* en 30.5%, *E. coli* 11.1%, *S. aureus* 8.3%, *Pseudomonas aeruginosa* 8.3% y varicela 8.3%. Los gérmenes encapsulados fueron obtenidos de cultivos de secreción purulenta, líquido cefalorraquídeo y hemocultivos.

Con respecto a las IDP combinadas se aisló algún germen en 22 ocasiones, las infecciones más frecuentes fueron las enterales, seguidas por la URA's e infecciones cutáneas, los gérmenes que más frecuentemente se aislaron fueron Gram negativos (*E. coli*, *Proteus*, *Salmonella sp*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseu-*



domona sp) en el 43.2%, *Candida* en el 30.4% y Gram positivos en el 12.9%.

Las infecciones cutáneas predominaron en los niños con ID asociadas a otras anomalías y en orden de frecuente le siguieron las IRA's, diarreas infecciosas, neumonías y candidiasis. Los microorganismos más frecuentemente identificados fueron virus en 38.2% y bacterias Gram negativas en el 32%. En los pacientes con defecto de fagocitosis las infecciones cutáneas fueron las más comunes, seguidas en forma decente por diarreas, IRA's, neumonías y otras. El germen que más se aisló fue el *Staphylococcus aureus* en 25% de los casos. En los pacientes con disfunción de granulocitos predominaron las infecciones por *Staphylococcus aureus* en un 20% de los casos.

Discusión: Como era de esperarse, en los pacientes con inmunodeficiencias de predominio humoral, las infecciones más frecuentemente reportadas fueron del tracto respiratorio superior e inferior y gastrointestinales. No se hallaron diferencias significativas en el tipo de infección y gérmenes aislados en pacientes con IDP reportados por otros autores.

Conclusión: El pronóstico de las IDP depende de un reconocimiento temprano, así como un tratamiento oportuno y dirigido. Debemos estar alerta sobre el tipo de infecciones, frecuencia y gérmenes aislados, así como el conocimiento de estas enfermedades para realizar un diagnóstico oportuno y por ende un tratamiento temprano y dirigido.

ALERGIA A ALIMENTOS EN PACIENTES ATÓPICOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"

Dra. Ávila Castañón, Dr. Jaime Pérez, Dra. Blanca del Río, Dr. Sierra Monje

Antecedentes: La prevalencia a alimentos en individuos claramente varía con las prácticas alimenticias de diferentes poblaciones. Los cacahuates y nueces causan la mayor parte de alergia en EU; en España y Portugal son comunes al pescado, la leche y los mariscos son comunes en Italia y la mostaza, en Francia. En México nosotros desconocemos cuál es la frecuencia para alimentos específicos.

Objetivo: El objetivo principal del estudio fue determinar la frecuencia de hipersensibilidad inmediata a alimentos en niños alérgicos del Hospital Infantil de México.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal de una serie de revisión de enero de 1993 a diciembre de 1999. Las pruebas cutáneas a alimentos revisadas se realizaron por el método de Prick y la evaluación se hace de acuerdo a la clasificación de Aas. Se incluyeron en el estudio pacientes tanto masculinos como femeninos entre los 12 meses a 18 años de edad.

Resultados: Nosotros documentamos 1419 pacientes con alergia. De los cuales 442 (31%) presentaron uno o más resultados positivos a las pruebas de Prick a algunos de los 33 alimentos probados, con un promedio de edad de 12.8 años (1 a 17 años). El grupo más afectado fue el de 4 a 7 años (49%), el segundo grupo fue el de 1 a 3 años (24%), y el tercero fue el de 12 a 17 años (13.5%). Los siguientes 13 alimentos; frijol, soya, jitomate, cebolla, lechuga, nuez, fresa, naranja, lácteos, pollo, cerdo, pescados y mariscos, fueron responsables del 42% del total de las reacciones alérgicas. Con predominio del frijol, soya, naranja y mariscos (24%). La hipersensibilidad a varios alimentos es baja, encontrando que a un alimento es del 50%, dos alimentos 25%, a tres 9%, cuatro 7%, cinco 5% y de 6 a 10 alimentos distintos sólo el 3% de los casos.

Conclusiones: Nosotros concluimos que la población Mexicana cuenta con una gran variedad de costumbres alimenticias, por lo que los alimentos involucrados son variados. Estos resultados pueden incrementar a causa de que sólo se probaron en el estudio 33 alimentos.

REACCIONES SISTÉMICAS NO FATALES POR INMUNOTERAPIA Y PRUEBAS CUTÁNEAS CON ALERGENOS EN NIÑOS MEXICANOS MENORES DE 5 AÑOS

Dra. María de Jesús Ambríz Moreno, Dr. Noel Rodríguez Pérez***

* Médico adscrito al Servicio de Pediatría, Hospital General de Matamoros. ** Profesor del Curso de especialización en Pediatría, Hospital General de Matamoros/Universidad Autónoma de Tamaulipas

Antecedentes: La prevalencia de las enfermedades alérgicas en la población pediátrica ha incrementado rápidamente en países desarrollados; ha sido demostrado en varios estudios que la inmunoterapia específica (ITE) con alérgenos es efectiva aunque para ello deban alcanzarse dosis relativamente altas (6-15mcg de proteína principal) para inducir el control de los síntomas, aunque aumenta el potencial de producir reacciones alérgicas que ponen en peligro la vida del paciente. La recomendación de la Academia Europea de Alergia, Asma e Inmunología (EAACI), y sus homólogas en Estados Unidos y Gran Bretaña han emitido su postura ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableciendo como contraindicación los extremos de la vida (menor de 5 y mayor de 60 años) por el riesgo de reacción sistémica (RS). Hasta el momento no se han realizado estudios de seguridad y eficacia en este grupo de edad.

Con el propósito de conocer la frecuencia y severidad de las RS en niños menores de 5 años, se realizó un estudio retrospectivo en la Clínica de Alergia de Matamoros de enero 1996 a mayo, 2001.

Metodología: Se revisaron los expedientes de 109 pacientes menores de 5 años (8-59 meses) al momento de la realización de las pruebas cutáneas (PC) e inicio de la ITE. Se registraron los síntomas con respecto al tiempo de inicio, involucro del tracto respiratorio o la piel y la presencia de hipotensión; así como tratamiento y evolución de las diversas reacciones.

Resultados: Se aplicaron 3,051 inyecciones a 109 pacientes menores de 5 años. Hubo 2 reacciones locales severas (RLS) (2:3,051 o 2:109 pacientes), el tiempo de inicio fue entre 10 y 20 minutos. Ambas reacciones se presentaron en la fase de incremento y con extractos estandarizados (dermatofagoides). No hubo diferencia en cuanto al género, y el predominio fue en el grupo etario de 55 a 60 meses.

De los 109 pacientes incluidos ninguno presentó RLS o RS en PC (por escarificación e intradérmicas).

Conclusiones: No se presentaron RS en el grupo estudiado aunque la frecuencia de RS en pacientes mayores de 5 años no se modificó, por lo que consideramos que los niños menores de 5 años no están en mayor riesgo de RLS y/o RS. La ITE sigue siendo un procedimiento terapéutico seguro en manos de expertos.

DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A PROTEÍNAS DE LA LECHE POR WESTERN-BLOT Y DOT-BLOT

Espinosa-Padilla SE, Rojas-Garrido A, Orozco-Martínez S, Mendoza-González F, Cancino-Díaz ME, Huerta-López JG
Instituto Nacional de Pediatría, México, D.F.

Se reportan 4 casos de pacientes con sospecha de alergia a las proteínas de la leche en el Instituto Nacional de Pediatría. Todos presentaron manifestaciones gastrointestinales. Dos de ellos con sintomatología caracterizada por vómito, distensión abdominal e irritabilidad; el tercer caso cursó con cuadros diarréicos de repetición, infecciones de vías respiratorias superiores e inferiores de repetición, retraso estatural y ponderal, con desarrollo posterior de sepsis y desenlace fatal. El cuarto caso se caracterizó por estreñimiento crónico severo asociado a sintomatología clínica de asma, rinitis y conjuntivitis alérgicas.

Se realizaron estudios de laboratorio para llegar al diagnóstico. En todos los pacientes se realizó Western-Blot: se efectuó elec-

troforesis de leche total y se transfirió a membrana de VPdf (difluoruro de polivinilideno), se hicieron tiras de 0.5 mm y se bloquearon con gelatina. Las tiras se incubaron con suero de los pacientes, se revelaron con el sistema peroxidasa de rábano por quimioluminiscencia.

Para Dot-Blot, las proteínas se absorbieron en papel de nitrocelulosa y se siguieron los pasos anteriores. Las proteínas utilizadas fueron:

- a) Proteínas de leche entera
- b) Caseína
- c) Soya
- d) B-lactoglobulina
- e) A-lactoalbúmina

El objetivo de este trabajo fue iniciar estos métodos diagnósticos como herramienta útil para el diagnóstico de alergia a las proteínas de la leche, y posteriormente incrementar la población de estudio para determinar la sensibilidad, especificidad y valor predictivo (positivo y negativo) de dichos métodos.

ESTREÑIMIENTO COMO MANIFESTACIÓN GASTROINTESTINAL DE ALERGIA A ALIMENTOS

Rojas-Garrido A, Chávez-Gómez LE, Penagos-Paniagua M, Gómez-Aguilar D, García-Cruz M, Orozco-Martínez S, López-Pérez G, Huerta-López JG

Instituto Nacional de Pediatría

Presentamos el caso de Aarón, un paciente masculino de 8 años de edad, con padecimiento actual de 2 años de evolución caracterizado por evacuaciones coprolíticas, gruesas, dolorosas, con sangrado escaso en cada evacuación, frecuencia de una evacuación cada 8 a 10 días, el cuadro se asoció a distensión abdominal. Fue multitratado con dieta laxante, antiparasitarios, *psillium plantago*, senósidos A y B, enemas y supositorios de glicerina; algunas ocasiones ameritó de tacto rectal y evacuación manual del ampulla rectal con laceraciones de este órgano. Evolucionó con mala respuesta a los tratamientos instituidos, motivo por el cual fue referido al Instituto Nacional de Pediatría. Se ingresó para descartar displasia intestinal vs enfermedad de Hirschsprung. Al tacto rectal con abundante materia fecal en ampulla rectal y con disposición anatómica del esfínter normal. CPS negativos, colon por enema en el que se observó dilataciones de varios segmentos del intestino grueso, con pérdida de austras. Manometría con reflejo rectoanal inhibitorio positivo. Se inició manejo con dieta líquida, lactulosa y senósidos con respuesta parcial, motivo por el cual es enviado al servicio de alergia.

En el servicio de alergia se investigaron los siguientes antecedentes de importancia: fue producto de un embarazo normo-evolutivo, sin antecedentes de exposición a tabaquismo *in útero*. La madre consumió alimentos sin ninguna restricción durante el embarazo y la lactancia. Obtenido por parto eutócico a las 36 SDG, Apgar: 8/9 y peso de 2.625. Alimentado al seno materno en forma exclusiva durante los primeros 4 meses de vida. Inició con leche entera a los 4 meses de edad, misma que alternaba con leche materna. Ablactación a los 4 meses con jugo de cítricos (naranja, guayaba), pan de trigo: 5/12, huevo: 6/12, chocolate: 8/12, pescados y mariscos: 12/12, fresa: 18/12, nuez y cacahuate: 36/12. No convive con animales y las condiciones de vivienda se refieren sin factores de riesgo significativos para sensibilización alérgica. La madre actualmente fuma. Atopia familiar por rama materna. Hermano mayor portador de asma, con pruebas cutáneas positivas a chocolate, huevo, naranja y aeroalergenos, recibió inmunoterapia específica, la cual abandonó en forma precoz. Como antecedentes personales de nuestro pa-

ciente se refirieron cuadros de infección de vías aéreas superiores de repetición, asma y rinoconjuntivitis, sintomatología que se exacerbaba cuando se exponía al polvo o cuando estaba en contacto con perros y gatos. Hospitalización por crisis asmática en 6 ocasiones. Dentro del abordaje de este paciente solicitamos, entre otros estudios, biometría hemática, IgE total, pruebas cutáneas, MAST para aeroalergenos y alimentos, Western-Blot y Dot-blot para proteínas de la leche. Corroboramos alergia a alimentos. Se observó mejoría significativa del patrón intestinal al iniciar con dieta de exclusión, y controlar la sintomatología alérgica de vías respiratorias mediante inmunoterapia específica para los aeroalergenos identificados.

RESPUESTA A LA TERAPIA CON CITOCINAS, EN UNA PACIENTE PORTADORA DE SÍNDROME DE NEZELOF, ASOCIADO A MALA ABSORCIÓN, HIPERPROLACTINEMIA E INMUNODEFICIENCIA SEVERA DE MUCOSAS

Alain R Rodríguez Orozco

Centro de Investigación en Ciencia Aplicada y Tecnología Avanzada del Instituto Politécnico Nacional, México, D.F.

Paciente de 16 años de edad, que ha tenido desde el primer año de vida infecciones recurrentes en vagina, vías respiratorias altas e intestino que no mejoraban con terapia antimicrobiana, algunas causadas por microorganismos oportunistas, presenta un síndrome de mala absorción intestinal de siete años de evolución tórpida, a partir de su menarquia a los 13 años se incrementan las infecciones vaginales, acude a Ginecología por cervicitis y vulvovaginitis monilíase recurrente, condilomatosis e infección recidivante por herpes virus en vagina y aparece secreción láctea por ambos pezones que se relacionó con hiperprolactinemia, hace tres años se constata leucopenia 2550 células/mL asociada a trastornos en la síntesis de inmunoglobulinas expresada por disminución de IgA <65% e IgG <57%, pobre respuesta a mitógenos policlonales en cultivo de linfocitos (<50% respuesta a PHA, <45% respuesta a ConA y se concluye que la paciente es portadora de un síndrome de Nezelof con compromiso moderado.

POTENCIACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNE CELULAR EN COMPARTIMIENTOS SISTÉMICOS Y DE MUCOSA, PRODUCIDO POR LA PROTOXINA CRY1AC DE *BACILLUS THURINGIENSIS*, UN NUEVO ADYUVANTE

Alain R Rodríguez Orozco,* Guadalupe Rico,** Daniel Carrasco,*** Pedro Sánchez,**** Rubén López Revilla*****

* Centro de Investigación de Ciencia Aplicada y Tecnología Avanzada del IPN. ** Laboratorio de Investigación de Inmunología, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI. *** Departamento de Patología del Instituto Nacional de Pediatría. **** Centro Cultural Universitario Justo Sierra. ***** Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN

Recientemente en uno de nuestros laboratorios se demostró que la protoxina Cry1Ac de *Bacillus thuringiensis* es un adyuvante sistémico y de mucosas tan potente como la toxina del cólera (Scand J Immunol 49, 578-584, 1999). Este estudio fue llevado a cabo con el objetivo de conocer los efectos de Cry1Ac sobre la respuesta inmune celular tanto en compartimientos sistémicos como de mucosa a fin de entender los blancos celulares de sus efectos y algunos de los mecanismos moleculares que los explican.

Cry1Ac estimuló la proliferación de células linfoides en ganglio linfático, bazo y tejido linfoide, asociado a mucosas en cortes histológicos tenidos con hematoxilina y eosina provenientes de ratones Balb c tratados con 100 µg de Cry1Ac por vía intraperitoneal y en experimentos de incorporación de timidina tritiada



por células mononucleares provenientes de estos órganos, el máximo efecto mitogénico se obtuvo sobre monocitos murinos de la línea P388D1 (23X) sobre controles no tratados con la protoxina. Por otro lado CrylAc estimuló la expresión de moléculas de MHC I en neutrófilos y de MHC II en monocitos tratados con la protoxina (p 0.045) y estimuló la actividad fagocítica de estas células, el estallido respiratorio resultó 40 veces más potente en monocitos que en neutrófilos tratados con 7.8 mg/mL de CrylAc. La intensa actividad estimuladora de la proliferación *in vivo* e *in vitro*, la sobreexpresión de MHC y la potenciación de la fagocitosis.

ATAXIA TELANGIECTASIA E HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN HERMANOS. REPORTE DE CASOS

Chong-Quero LE,* Rojas-Garrido A,* Alvarado-Ninotchka,* Hernández-Bautista V,** Ortega-Martell JA,** Berrón-Pérez R***

* Residente de Alergia e Inmunología. ** Médico Adscrito de Inmunología. *** Jefe de Servicio de Inmunología
Instituto Nacional de Pediatría, México, D.F.

La ataxia telangiectasia es una enfermedad rara, autosómica recesiva, neurodegenerativa, en la cual el diagnóstico es obvio cuando ataxia y telangiectasia están ambas presentes. Sin embargo, el diagnóstico puede ser realizado antes del inicio de la ataxia y antes de la aparición de la telangiectasia si se confirma por pruebas de laboratorio. El síndrome completo consiste de ataxia telangiectasia e infección senopulmonar recidivante, existe deficiencia selectiva de IgA, anergia cutánea y disminución en la función de células T en la mayoría de los pacientes. Hay hipersensibilidad a la radiación ionizante con rotura cromosómica, así como predisposición a malignidades que incluyen linfomas, leucemia linfóide, leucemia de células T y malignidades de células epiteliales. Es autosómica recesiva con el gen mutado anormal de ataxia telangiectasia.

El inicio de la ataxia puede presentarse de 9 meses a un año de edad, o bien puede retrasarse hasta los 4 a 6 años. La telangiectasia por lo general está presente a los 2 años de edad, pero se ha presentado hasta los 8 a 9 años de edad. Conforme crecen los pacientes, se desarrollan síntomas neurológicos adicionales, que consisten en movimientos coreoatetoides, mirada estrábica y signos extrapiramidales. La telangiectasia se puede desarrollar primero en la conjuntiva bulbar y después aparece en puente de la nariz, orejas o fosa antecubital. Existe incremento en la susceptibilidad a infecciones virales y bacterianas, puede en la mayoría de los casos desarrollar retraso mental, con el tiempo.

Diagnóstico inmunitario: En el 40% de los enfermos hay deficiencia selectiva de IgA2, IgG2 o IgG4. También se puede encontrar deficiencia de IgE y diversas deficiencias de otras inmunoglobulinas, se observan diversos grados de deficiencia de células T.

Femenina de 3 años de edad que tiene como antecedente de importancia un hermano fallecido a la edad de 4 años, con el diagnóstico de ataxia telangiectasia, con hipogamaglobulinemia e hiper IgM, el cual inicia su padecimiento a los 9 meses de edad, con un cuadro de hepatitis viral. En diciembre del 96 presentó un cuadro de mononucleosis infecciosa por virus de E. Barr; en octubre del 95 estuvo hospitalizado por un cuadro de GEPI; en mayo del 96, le realizaron drenaje de absceso retroauricular; en junio del 96 estuvo hospitalizado por presentar bronconeumonía; a fines del 96 presenta un cuadro de otitis media izquierda hospitalizado en clínica particular. En ese año se le diagnostica ataxia telangiectasia, con hipogamaglobulinemia e hiper IgM, con deficiencia de CD40 ligando, su última hospitalización fue en el 97 en el Hospital del IMSS, por hemorragia de tubo digestivo, donde fallece.

A su hermana de 3 años de edad también se le diagnostica ataxia telangiectasia con hipogamaglobulinemia e hiper IgM. Inicia su padecimiento en abril de 2000 con la presencia de infecciones de vías respiratorias superiores con duración de 2 a 3 días cada 3 a 4 meses, se le realizan inmunoglobulinas, reportando IgA e IgG baja e IgM elevada. A la exploración física se encuentra inquieta, con atención disminuida, ataxia troncal, hipotonía axial, telangiectasias en conjuntiva bulbar, con leve marcha atáxica, resto normal. Recibe tratamiento con gammaglobulina IV cada 28 días.

Laboratorio: BH con HIB 14, HT 43.5, leucocitos 5,700, linfocitos 39.3%, monocitos 15%, neutrófilos 55%, eosinófilos 0.7%, plaquetas 282,000.

IgG= 8 (n= 402-1008), IgM= 214 (n= 45-159), IgA= 1 (n= 13-121). CD3/CD4= 1212 cels/mL (n= 700-2000). CD3/CD8 = 331 cels/mL (n= 500-1400).

Relación CD4/CD8 = 3.6 Alfafetoproteína = 14.7 ng/mL (n= 5-8).

Comentario: Es rara la asociación entre ataxia telangiectasia, con un patrón de deficiencia humoral con hiper IgM, por lo que se presentan estos casos.

MIELITIS TRANSVERSA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Rojas-Garrido A, Chávez-Gómez L, Chong-Quero LE, Blancas-Galicia L, García-Cruz M, Ortega-Martell JA, Espinosa-Rosales F, Hernández-Bautista V, Berrón-Pérez R

Instituto Nacional de Pediatría

La mielitis transversa es una rara y seria complicación del lupus. Se presenta en 1 a 2% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), y se considera una entidad poco entendida. Existe una asociación entre mielitis transversa y anticuerpos antifosfolípido en lupus. La mielitis transversa secundaria a un síndrome antifosfolípido primario es extremadamente rara. La trombosis, la trombocitopenia, pérdidas fetales recurrentes y una variedad de manifestaciones neurológicas no trombóticas se han asociado con anticuerpos antifosfolípidos (aPL). La isquemia cerebral asociada con aPL es la manifestación más común de trombosis arterial. La depresión, psicosis y disfunción cognoscitiva se han asociado con aPL. En algunos casos estas manifestaciones son por isquemia, pero no en todos los casos, tal es el caso de las crisis convulsivas, la corea y la mielitis transversa, donde el mecanismo parece depender de una interacción entre aPL y elementos celulares del sistema nervioso central, más que por trombosis asociada a aPL. El retraso en el diagnóstico y tratamiento está asociado con un incremento en la morbilidad y mortalidad. Entre los métodos de gabinete que apoyan el diagnóstico se encuentra la IRM, sin embargo, no tiene valor para definir la etiología. El tratamiento de la mielitis transversa asociada a LES permanece controversial. El uso exclusivo de esteroides puede resultar en una recuperación incompleta.

Presentamos el caso de Yesenia, de 16 años de edad, con cuadro clínico de un año de evolución caracterizado por dolor articular de hombro derecho relacionado a caída y contusión, continuó con flogosis y fiebre, la cual inicialmente era intermitente y posteriormente elevada y persistente, cefalea temporal bilateral, disminución generalizada y progresiva de la fuerza muscular, dolor incapacitante y retención urinaria. Postrada en cama. A la exploración física se encontró con palidez generalizada, candidiasis oral, verrugas planas en cara, hipoventilación basal bilateral, flogosis de las articulaciones de codos y rodillas, fuerza muscular 3/5 en extremidades superiores y 1/5 en extremidades inferiores, reflejos ausentes en extremidades inferiores, pérdida de cutaneoabdominales, hipotonía del esfínter anal, vejiga neurológica y úlcera sacra. Se decidió iniciar manejo con bolos de metilprednisolona ante la gravedad del cuadro y por completar-

se criterios para LES. IRM con imagen hipointensa a nivel de L2. PESS: dermatomas L5 y S1 con prolongación de la respuesta tálamo cortical bilateral con disminución de la amplitud. ANA fuertemente positivos, α -CLP y α -b2GP1 positivos. La paciente continuó manejo con prednisona (1 mgKd), ciclofosfamida (2.5 mgKd) y dipiridamol. Se encuentra actualmente sin actividad de la enfermedad.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI Y ANEURISMA DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA

Cortes GR, Hernández BV, Berrón R, Covarrubias RM, Ruiz PM
Instituto Nacional de Pediatría

Justificación: Corroborar la eficacia del ASA y Gammaglobulina I.V. en los aneurismas de las arterias coronarias secundarias a la enfermedad de Kawasaki.

Reporte de caso: Se revisó el caso de un paciente masculino de 5 años de edad. El cual inicia su padecimiento con la presencia de cuadro gripal y 8 días después presenta fiebre no cuantificada de predominio nocturno, dolor en cuello, cefalea frontal, manejado como faringoamigdalitis con ampicilina, y gentamicina presentando mejoría, dos días después presenta exantema súbito de inicio en pies, posteriormente en tórax anterior y posterior, cianosis en manos, dificultad para respirar, prurito y ataque al estado general. Presentando nuevamente fiebre persistente, cefalea frontal y dolor en cuello, manejado con dicloxacilina por 10 días con diagnósticos de faringoamigdalitis se detecta la presencia de crecimiento de cuello con varias nodulaciones, así como rigidez de nuca, iniciando manejo con cefepime, se toman muestras de LCR, ingresó a los 13 días después del inicio de su padecimiento. A su ingreso con peso de 18,200 (P59), talla 111 cms (P50), PC 52 cms (PC 50), T/A 100/60 mmHg, FR 18x', fiebre de 38°C. Presenta descamación de la piel, queilosis, hidratado con buena coloración, conjuntivas hiperémicas, labios con presencia de costras hemáticas, faringe hiperémica adenomegalias cervicales y submaxilares dolorosas a la palpación de 0.5 mm de diámetro, móviles de consistencia blanda, ingurgitación yugular, pulsos carotídeos presentes sin soplos, cardiopulmonar sin complicaciones, presenta hepatomegalia de 2x4x4 ligeramente doloroso a la palpación, de consistencia blanda, bordes regulares, articulaciones con artralgias, neurológicamente con babinsky bilateral. Laboratorialmente leucocitosis 15,300, linfocitos 24%, segmentados 70%, plaquetas 800,000, TP 75%, TPT 29 seg, HB 12.2, Htco 36, LCR glucosa 42, proteínas 60, color agua de roca, 8 células. Se diagnostica enfermedad de Kawasaki, iniciando manejo con gammaglobulina a 2 gr/kg DU y ASA 100 mg/kg/día por el servicio de inmunología. La valoración cardiológica 5 días posteriores a su ingreso reportan la presencia de zumbido aórtico y sólo en FA grado I/VI, se palpa borde hepático, pulsos presentes, tele de tórax con cardiomegalia grado I, flujo pulmonar normal, ECG, con taquicardia sinusal con tendencia a P acuminada y fuerzas izquierdas no significativa, se reporta por ECO la presencia de aneurisma de la arteria coronaria derecha de 6 mm de diámetro, se continúa el manejo con aspirina a 100 mg/kg/día. Los estudios inmunológicos PCR 3, FR neg, CH50 203, antiCLP neg, anti-beta2glicoproteína neg, anti-ENA 6 neg, β 2GPI M= 43, G= 7, Látex neg, MPO neg, PR neg, ANCA neg, ANA+ moteado, CIC 2, HB 12.7, Plaquetas 450 mil. Control posterior de ECO reportándose aun el aneurisma de mismas características y encontrándose aneurisma de la coronaria izquierda de 4 mm, último control de ECO a los tres meses sin presencia de aneurismas.

Conclusión: La enfermedad de Kawasaki es un padecimiento de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de fiebre persistente por más de 5 días, hiperemia conjuntival no supratativa, lengua de fresa, labios fisurados con costras hemáti-

cas, adenopatías cervicales, exantema periférico, descamación periungueal. La presencia de aneurismas es una de las complicaciones más frecuentes. El manejo es con gammaglobulina y ASA a dosis altas.

ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA: UN CASO CON PRESENTACIÓN INUSUAL

Rojas-Garrido A, Espinosa-Rosales F, Ortega-Martell JA, Berrón-Pérez R, Chávez-Gómez LE, García M
Instituto Nacional de Pediatría

Se trata de Brenda, de 6 años de edad, hija de padres consanguíneos, la cual inició su padecimiento actual a los 2 años y 6 meses vida con fiebre elevada, no cuantificada, persistente hasta por periodos de 3 meses, atribuida a procesos infecciosos de vías respiratorias superiores e inferiores, y de vías urinarias, multitratada con antimicrobianos en forma ambulatoria con respuesta parcial. Además, tos seca de predominio nocturno, intermitente, exacerbada por el frío y durante el ejercicio, sibilancias ocasionales, roncus nocturno y respiración oral. Dada la evolución de su padecimiento actual se refirió al Departamento de Neumología y Cirugía de Tórax del Instituto Nacional de Pediatría. Se abordó como neumópata crónica, descartándose en su primer internamiento las posibilidades de malformación congénita de la vía aérea, aspiración de cuerpo extraño y tuberculosis pulmonar. Se practicaron pruebas cutáneas (alergia), las cuales resultaron positivas a *Dermatophagoides farinae* y *alternaria*. Se egresó con manejo médico para asma y rinitis alérgica, y con programación para inicio de inmunoterapia específica, para continuar estudio por consulta externa. Se agregó al manejo vacuna bacteriana antiestafilocócica. Evolucionó con recurrencia de la fiebre registrándose en 39-40°C. Multitratada en su localidad con mala evolución. Ingresa por segunda ocasión al INP. Se encontró con palidez generalizada, con datos clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva, tiroides aumentada de volumen 2 1/2 veces lo normal, principalmente a expensas del lóbulo derecho, consistencia blanda, sin nódulos. Sibilancias espiratorias e hipoventilación basal bilateral, hepatomegalia de 5-5-6 cm en líneas convencionales, esplenomegalia de 3 cm por debajo del borde costal izquierdo. Piel con telangiectasias faciales. Biometría hemática con Hb de 8.0, leucocitosis de 23,500 con neutrofilia de 92%, linfocitos atípicos y trombocitosis de 732,000. Rx de tórax con infiltrado micronodular difuso y cardiomegalia. Se ingresó con los diagnósticos de BNM intrahospitalaria. Evolucionó con sepsis y meningoencefalitis. Pruebas de función tiroidea con hipertiroidismo. USG tiroideo con datos compatibles con proceso mixto con bocio multinodular. BAAF en 3 ocasiones con exudado inflamatorio agudo y crónico no específico con colonias bacterianas, pero cultivos negativos. Se consideró el diagnóstico de bocio tóxico multinodular. Exámenes inmunológicos: Látex AR: positivo: 1:40, CH50: 188 (VR:150-250 U/mL), C3: 220 (VR:89-172 ng/dL), C4: 39 (VR:17-41 ng/dL), ANA: Negativos, CIC:1.0 (VR:0.5-1.5), Ab α células parietales: Negativos, Ab α músculo liso: (+), ANCA: (+), Ab α MPO: Negativos, Ab α PR3: Negativos. Valorada por el Servicio de Inmunología, se consideró necesario valorar una etiología autoinmune por la presencia de bocio tóxico en preescolar sin evidencia de nódulo hiperfuncionante, la presencia de telangiectasias faciales múltiples y probable neumopatía crónica autoinmune con hipergammaglobulinemia. Se descartó la posibilidad de una enfermedad poliglandular autoinmune.

Continuó abordaje integral por parte de inmunología. Se solicitaron los siguientes exámenes de laboratorio y valoraciones, entre otras:

- USG de tiroides: zonas hipoeicóicas en ambos lóbulos que sugieren necrosis.



- Dermatología: biopsia de nódulos subcutáneos en extremidades, se reportó inflamación crónica granulomatosa en dermis y tejido subcutáneo.
- Reducción de NBT: 0 y 5%.

Se efectuó el diagnóstico de enfermedad granulomatosa crónica. Se envió DNA para estudio molecular a Medellín Colombia, documentándose mutación en exón 2 para proteína P47-phox. Los padres recibieron asesoramiento genético para herencia autosómica recesiva. Actualmente recibe manejo con TMP + SMX e itraconazol en forma profiláctica, factor de transferencia, inmunoterapia específica asociada a vacuna bacteriana, T4L y polivitamínicos con excelente evolución. Asintomática desde hace 5 meses, a partir del diagnóstico no ha cursado con procesos infecciosos, hay incremento ponderal, encontrándose el peso en la percentila 3. Está por iniciar tratamiento con interferón gamma (IFN- γ).

ARTRITIS CRICOARITENOIDEA EN ARTRITIS CRÓNICA JUVENIL. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Dra. Begonia Casas Becerra, Dr. Miguel Ángel Rosas Vargas
Hospital Infantil de México Federico Gómez

La afección de la articulación cricoaritenoides en artritis reumatoide ha sido reconocida y puede estar presente como ronquera, dolor laríngeo, disnea o sensación de cuerpo extraño en garganta. La prevalencia involucrada es 26-69% en grupos relativamente pequeños. No existe relación entre la edad, duración de la enfermedad o severidad. El diagnóstico se hace tanto por clínica así como por exploración directa de la articulación a través de endoscopia. En algunos casos existe estridor crónico y en casos más graves obstrucción súbita de la vía aérea superior.

Caso clínico: Masculino de 4 años de edad quien cuenta con diagnóstico de artritis crónica juvenil sistémica poliarticular seronegativa desde 1999. El cual inició su cuadro respiratorio en la misma fecha, presentan cuadros frecuentes de laringotraqueobronquitis manejándose en urgencias con más de 15 eventos al año aproximadamente. Acompañado la mayoría de los episodios por dificultad respiratoria, taquipnea, respiración ruidosa, estridor crónico bifásico inspiratorio y espiratorio, el cual se exacerbaba al dormir, se maneja con epinefrina racémica, salbutamol, dexametasona IM. El tratamiento de base con prednisona además de metotrexate para su artritis y por parte de alergias.

Discusión: La afección de la articulación cricoaritenoides puede ser crónica y presentarse por muchos años. Las causas de disnea en este tipo de pacientes pueden ser muy variadas desde complicaciones tales como pericarditis, fibrosis pulmonar por uso de altas dosis de metotrexate, asma inducida por AINES, hipertensión pulmonar etc. Nosotros concluimos que el involucro de la articulación cricoaritenoides debe ser considerado en pacientes con artritis reumatoide con signos de obstrucción de la vía respiratoria superior.

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN NECROPSIAS DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. EXPERIENCIA DE 30 AÑOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

Ana Isabel Jiménez Romero, Francisco Espinosa Rosales, Yolanda de León Bojorge
Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES), es la enfermedad autoinmune sistémica más frecuente. La nefritis lúpica es la principal causa de morbi-mortalidad en pacientes con LES y representa el factor más frecuente de admisiones hospitalarias. El LES en niños es una enfermedad compleja y

con un curso dinámico; la identificación temprana de la enfermedad, su curso y agresividad, así como el tratamiento apropiado permiten mejorar el pronóstico. Actualmente, la supervivencia a cinco años es del 95% y a diez años del 90%. Se ha encontrado que la causa más frecuente de defunción en LES es sepsis en el 54% y en el 32% actividad de la misma enfermedad. Se han considerado como factores de riesgo de muerte las alteraciones cardíacas, hiperlipidemias, daño renal, infección, afección pulmonar y miositis. También es importante considerar la participación de eventos secundarios a síndrome antifosfolípidos (SAF).

Hipótesis: Los pacientes con LES tienen mayor riesgo de morir tanto por procesos infecciosos, como por la misma actividad de la enfermedad. La severidad de la nefritis, es un factor que impacta en forma significativa en la mortalidad del paciente con LES.

Material y método: Se incluyeron todas las necropsias con diagnóstico de LES que se realizaron en el Instituto Nacional de Pediatría desde 1971 y hasta el año 2000, con los siguientes requisitos: pacientes de ambos géneros con edad menor de 18 años, diagnóstico de LES (4 o más criterios del CAR) y con el reporte de autopsia disponible en el servicio de patología. Se excluyeron aquellos casos con expedientes que contenían información incompleta. Se evaluaron las siguientes variables: registro hospitalario, edad, género, tiempo de evolución de la enfermedad, proteinuria, cuenta minutada, anticuerpos anti-DNA nativo, creatinina sérica, tipo y tiempo de tratamiento, causa de muerte y servicio tratante. Los pacientes se clasificaron de acuerdo a la alteración presentada en pruebas de función renal y se consignó de acuerdo al grado de lesión que hayan presentado en leve, moderada o severa.

Resultados: Se incluyeron 34 necropsias realizadas de 1971 al 2000 con diagnóstico de LES; de las cuales el 93% correspondieron al sexo femenino y 7% al sexo masculino. La edad media de los pacientes en el momento de la definición fue de 14.3 años. Las causas de muerte en orden de frecuencia fueron sepsis, actividad de la enfermedad, infección + actividad de LES, evento vascular cerebral y un caso de traumatismo craneo-encefálico. Veintiocho pacientes cursaron con datos histopatológicos de daño renal y se clasificaron de acuerdo a los criterios de la OMS. No se encontraron casos con lesión grado I, con grado II fueron 4 casos, grado III 5 casos, grado IV 7 casos y 12 casos del grado V. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con la intensidad de afección clínica en leve, moderada y severa. Se correlacionó dicha alteración con la presencia o ausencia de anti-DNA nativo, tipo de tratamiento y tiempo en el que se administró, grado de lesión histopatológica de acuerdo a la OMS, así como la causa de la muerte. Sepsis como causa de muerte, se encontró en 16 de los 30 pacientes (53%), siendo lo más frecuente la presencia de bacterias desencadenantes del proceso infeccioso. Los servicios tratantes de estos pacientes fueron inmunología, nefrología, medicina interna, consulta externa de pediatría, urgencias, unidad de terapia intensiva (UTI) e infectología.

Discusión: Las causas de muerte en los pacientes estudiados fueron similares a las encontradas en otros estudios ya que se presentó una fuerte relación con procesos sépticos como principal causa de mortalidad, además de la actividad del propio LES. En los pacientes que fallecieron con actividad de la enfermedad, se encontró de manera constante la presencia de nefritis lúpica. Se pudo observar que mientras mayor lesión renal clínica se encontró, también se presentaba mayor positividad de antiDNA nativo, lo cual repercutió claramente en la causa de muerte. En dos casos se encontraron datos de eventos vasculares descritos en SAF. El tratamiento fue el uso de esteroide con un inmunosupresor. El servicio con más autopsias fue el de inmunología.

SUPLEMENTACIÓN CON ANTIOXIDANTES Y SALUD RESPIRATORIA EN NIÑOS ASMÁTICOS EXPUESTOS A ALTOS NIVELES DE FOTO-CONTAMINANTES: UN ESTUDIO ALEATORIZADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Romieu I, Sierra Monge JLL, Ramírez M, Téllez Rojo M, Del Río Navarro B, Ruíz Navarro X, Reyes Ruíz NI

Hospital Infantil de México "Federico Gómez" Servicio de Alergia

La exposición a oxidantes provenientes de diferentes fuentes, humo de tabaco, contaminantes del aire y fuentes endógenas se ha relacionado con la incidencia del asma así como su severidad. Estudios experimentales y epidemiológicos han sugerido que la suplementación con antioxidantes (vitamina C y vitamina E) podría modular los cambios en la función pulmonar observados entre personas expuestas a foto-contaminantes.

Con el fin de evaluar si los efectos agudos ocasionados por el ozono y el material particulado (PM_{10}) pueden ser atenuados mediante la suplementación con vitaminas antioxidantes, se realizó un ensayo aleatorizado, doble ciego. Seleccionando 158 niños asmáticos -asma leve persistente y moderada persistente de acuerdo a la clasificación del GINA-, residentes de la ciudad de México tomados de la consulta externa del Servicio de Alergia del Hospital Infantil de México y asignados aleatoriamente para tomar diariamente un suplemento (50 mg/día de vitamina E y 250 mg/día de vitamina C) o un placebo, y se les dio seguimiento desde octubre de 1998 hasta abril de 2000. Se realizaron pruebas de función pulmonar dos veces por semana en la mañana y a un tiempo similar por la misma persona. Se utilizaron mediciones realizadas por la Red Automática de Monitoreo Ambiental (RAMA) de la ciudad de México. Durante el seguimiento, el promedio del nivel horario máximo de ozono fue de 108.8 ppb ($DE=37.8$), y el promedio del máximo de las medias móviles de ocho horas de PM_{10} fue de 80.6 $\mu g/m^3$ ($DE=32.8$). Se evaluó el efecto de la exposición de ozono y partículas libres de los dos días previos a las espirometrías. Se utilizó análisis de regresión demostrando que los niveles de ozono se asociaron negativamente con los parámetros de función pulmonar (FEF_{25-75} , CVF y VEF_1) en el grupo placebo y los decrementos resultaron estadísticamente significativos, observando un efecto mayor entre los niños con asma moderada o severa (contra asmáticos leves). Para el PM_{10} no se observó una relación clara con los parámetros de función pulmonar.

De acuerdo a los resultados concluimos que la suplementación con la vitamina C y E tienen un efecto protector pudiendo atenuar el efecto adverso de la exposición a ozono en niños asmáticos.

ALACRANISMO CAUSA DE BRONCOESPASMO Y LARINGOESPASMO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Dr. Augusto Monge, Dra. Neydi Osnaya Romero

Departamento de Urgencias del Hospital del Niño Morelense

Introducción: La intoxicación por picadura de alacrán en algunas regiones del mundo incluidas México sigue siendo un problema serio de salud pública y una de las causas más frecuentes de atención por envenenamiento por toxinas de artrópodos en los servicios de urgencias. Entre las más de 1000 familias y sus especies a nivel mundial los centruroides se encuentran entre los más tóxicos y se localiza en México, causando más de 800 muertes anualmente por 200,000 individuos intoxicados.

El veneno tienen efectos a nivel metabólico, neurológico y el cuadro clínico varía de individuo a individuo dependiendo de la especie del artrópodo, edad del paciente, cantidad de veneno inoculado y tiempo transcurrido entre el accidente y el manejo inicial en una sala de urgencias. En nuestra experiencia sigue siendo un gran reto para controlar la sintomatología tan variable en algunos casos de intoxicación severa.

El veneno del alacrán contiene mucopolisacáridos, fosfolipasas, hialuronidasas, moléculas histamino y serotonino liberadoras, inhibidores de proteasas, neurotoxinas, etc. Por lo que no es difícil imaginar la variedad de presentaciones clínicas y más en una población pediátrica en que está en juego la dificultad en el interrogatorio y semiología del padecimiento.

Es por esta razón en que presentamos a la comunidad de alergia-inmunólogos-pediatras un caso clínico de intoxicación severa por alacranismo en que una de sus manifestaciones principales de ingreso en la sala de urgencias era laringoespasma y dificultad respiratoria por broncoespasmo.

Caso clínico: Signos vitales: FC: 180x', FR: 60x', TA: 130/90, Temp: 38°C, Sat: 80%.

Se presenta a sala de urgencias pre-escolar de sexo masculino de 6 años con irritabilidad extrema, nistagmus, hipertonia, somnoliento, diaforético, sialorrea profusa, hiperexcitabilidad generalizada, estridor laríngeo y sibilancias audibles a distancia y polipnéico.

Desentendido de medio, hiperreflexia generalizada, agresividad extrema.

Pupilas: midriasis bilateral, sialorrea profusa, estridor laríngeo ++, ACV: taquicárdico.

ACP: Polipnéico, sibilancias diseminadas audibles a la auscultación, no cianosis, SA de tres, abdomen: distensión abdominal, peristaltismo disminuido.

Tratamiento: Se hace la sospecha diagnóstica de intoxicación severa por alacrán con componente de laringoespasma y broncoespasmo por lo que se inicia: suero antialacrán, hidrocortisona, clorofeniramina, midazolam y terapia inhalatoria a base de budesonida, salbutamol y oxigenoterapia.

El paciente 2 horas posterior a su ingreso en estado crítico recupera la conciencia, disminuye el componente de broncoespasmo y laringoespasma y 8 horas después se egresa a su domicilio sin ningún tratamiento.

Discusión: Se reporta este caso a la comunidad de alergólogos e inmunólogos y pediatras que estén en contacto con pacientes que sufren de alacranismo según la región que laboren en la República Mexicana de la posibilidad de presentar un componente de broncostricción, insuficiencia respiratoria secundaria y edema laríngeo agregado, que obliguen a su tratamiento con las mismas modalidades farmacológicas que en un paciente atópico con asma o croup espasmódico con excelentes resultados inmediatos.

PIODERMA GANGRENOSO TRATADO CON GAMMAGLOBULINA, ESTEROIDES Y TALIDOMIDA. REPORTE DE DOS CASOS

Dr. Tello-Villalaz, Dr. Hernández-Bautista, Dra. Duran, Dr. Xochiua, Dr. Berrón, Dr. Ramos-López, Dra. Covarrubias-Carrillo

Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El pioderma gangrenoso se describe como una enfermedad cutánea ulcerativa necrotizante, de etiología desconocida; afecta frecuentemente más a hombres, puede ocurrir en cualquier edad, pero es más común en adultos jóvenes.

Casos clínicos: Caso 1: Femenina de 5 años de edad, con antecedentes de traumatismo en región glútea derecha, desarrollando úlceras con borde bien definido y secreción serosa en ala de la nariz, glúteo, codo, rodilla, con crecimiento rápido alcanzando en 48 horas, diámetros de 0.5 cm en nariz, 2.5 cm en codo y 15 cm en glúteo. Con BHC leucocitosis de 4200, 90% de neutrófilos, 5% de linfocitos, plaquetas de 200,000. Se diagnosticó hipoderma gangrenoso y se inició tratamiento con Ig IV 400 mg/kg dosis única, prednisona 1 mg/kg/día, talidomida 100 mg/día. Presentando mejoría rápida. La biopsia de piel reportó infiltrado de neutrófilos, bulas subepidérmicas compatibles con PG. Las pruebas inmunológicas fueron normales.



Caso 2: Femenina de 5 meses de edad, con antecedente de presentar lesiones eritematosas, induradas en borde anterior de las axilas, no pruriginosas, dolorosas a la palpación de 4 cm desde los 2 meses de vida, las cuales fue aumentando su tamaño progresivamente, posteriormente las lesiones se presentan en región inguinal y 15 días después se ulceran, se dio tratamiento casero y sulfadiazina, 4 días previos al ingreso presenta fiebre no cuantificada. EF: en cuello presenta una lesión con necrosis central, eritema perilesional, en tórax con lesiones necróticas, eritema perilesional e induración y ulceración en región axilar derecha, con salida de material purulento, en la lesión axilar izquierda, lesión eritematosa en fase de cicatrización de tipo queloide, lesiones necróticas y úlceras con secreción purulenta y borde indurado, Dx de ingreso, lesiones necróticas en estudio, probable enfermedad granulomatosa crónica, probable pioderma gangrenoso, se inicia tratamiento con dicloxacilina 100 mg/kg/d, y ceftazidima 150 mg/kg/d, doxiciclina 10 mg/kg/dosis, PRN. Exámenes de ingreso: ES, QS y gasometría normales, BH: Hb 9.2 g/dL, Hto. 29%, leucocitosis de 23,000, linfocitos 13, Bandas 7, segmentados 73, linfocitos atípicos 7, anisocitosis +++, macrocitosis +++, hipocromía +++, plaquetas 606,000. Los cultivos de los abscesos de axilas e ingles se reportaron con *Klebsiella pneumoniae* multirresistente y *Morganella morganii*, hemocultivo negativo. Se tomaron inmunológicos NBT 80% de reducción, CD 11 64.2, CD18 88.1%, complemento sérico 234 UH/mL, ANCA (+), PR3 10.2 U/mL, MP6 20.2 U/mL VR (<20 U/mL); PCR 1 mg/dL, tiempos de coagulación normales, VSG 43 mm/horas. Se toma biopsia de piel de axila derecha con reporte histopatológico, paniculitis necrobiótica sin vasculitis con daño de interfase. Se da tratamiento inmunomodulador para el pioderma infeccioso con gammaglobulina 400 mg/kg/dosis en 3 ocasiones, hidrocortisona 2 mg/kg/d, talidomida 25 mg cada 24 horas. BH de control. Egresándose por buena evolución.

Discusión: El PG no es una enfermedad frecuente, su etiología es desconocida, pero consideramos que pueden existir factores inmunológicos de fondo. Nosotros observamos mejoría rápida de las lesiones posterior a la administración de Ig IV, junto con prednisona y talidomida.

Conclusiones: La mejoría rápida de las lesiones con detención del crecimiento y aparición de nuevas lesiones se observaron posterior al inicio con Ig IV, prednisona y talidomida.

RESPUESTA TERAPÉUTICA AL FACTOR DE TRANSFERENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA ALÉRGICA

Espinosa Padilla SE, Orozco Martínez S, Estrada García I, Espinosa Rosales FJ, Berrón Pérez R, Huerta López JG, Estrada Parra S, García M, Plaza Gonzáles A, Barbosa López C
Instituto Nacional de Pediatría

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y experimental en el Instituto Nacional de Pediatría en un doble ciego placebo controlado para investigar la eficacia terapéutica al factor de transferencia en pacientes pediátricos con asma moderada persistente. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de 6-18 años con asma moderada persistente, con IgE total elevada y/o eosinofilia (más de 500 eosinófilos totales), y pruebas cutáneas positivas a DPT, DF o a alguno de éstos, más otro alérgeno, con positividad de 3 a 4 +. Se administró factor de transferencia o placebo como sigue: 1 unidad por día por 5 días, 1 unidad por semana por 5 semanas y 1 unidad por c/15 días por 9 quincenas (6 meses de tratamiento). Además se administró a todos los pacientes B-2 de acción prolongada (formoterol) y esteroide inhalado: budesonide a dosis media (400 µg por día). Se realizaron en cada paciente pruebas de laboratorio (BHC, IgE total) y pruebas de función pulmonar: espirometría antes, al mes, a los 3 meses y a

los 6 meses. Se está tratando actualmente de determinar citocinas: IL-2, IL-4, INFγ por técnica de RT-PCR (reacción en cadena de polimerasa por transcriptasa reversa). Los 2 grupos mostraron disminución del grado de severidad pero los pacientes con FT tuvieron menor grado de severidad al final del estudio. No se apreciaron cambios significativos en la cuenta de eosinófilos, la IgE total mostró más variación en el grupo de los pacientes tratados con Ft, y finalmente los pacientes con factor de transferencia requirieron (estadísticamente significativo) menor uso de esteroides que los pacientes con placebo.

REPORTE DE UN CASO CON NEUTROPENIA SEVERA Y BCGITIS

Dra. Albina Martínez Pérez, M. Martínez Torres, E. Novoa Becerra, O. Abad Bárcena

Hospital General de México, SSA. Unidad de Pediatría Alergia e Inmunología

Lactante de 11 meses de edad, originaria y residente del Valle de Chalco, proviene de medio socioeconómico bajo, habita en casa propia, cuenta con todos los servicios, convive con 4 personas, tabaquismo 4.

Antecedentes heredofamiliares sin importancia para el padecimiento actual.

Antecedentes prenatales y perinatales: producto de la segunda gesta, control prenatal regular. Madre cursó con cervicovaginitis al tercer mes, tratada sin medicamento especificado. Producto de término se obtuvo por vía abdominal por ciclar de cordón, lloró y respiró al nacer, se desconoce APGAR, peso 3.600 kg, se egresa al tercer día con la madre. Fue alimentado al seno materno hasta la edad de dos meses y posteriormente con NAN 1 hasta los 6 meses de edad y posteriormente Promil. Ablactación a los 6 meses de edad con frutas y verduras.

Inmunizaciones: BCG y Polio (SABIN).

Desarrollo psicomotriz normal.

Antecedentes personales patológicos: Posterior a la aplicación de BCGE presenta máculas, pápulas y pústulas que en un lapso de un mes presenta abscesos principalmente en cuello, región axilar, por lo que acude a médico particular quien prescribe dicloxacilina con ligera mejoría. Además cursó con otitis recurrentes.

Padecimiento actual; lo inicia a la edad de 5 meses al presentar abscesos de aproximadamente 5x5 cm en región axilar bilateral con salida de material purulento, zona eritematosa, duro, doloroso a la palpación, así como abscesos distribuidos en cuello, tórax, cara posterior y anterior, abdomen y extremidades de varios tamaños y zona eritematosa en región perianal. Se solicita biometría de radiografía de tórax: leucocitos 7,500, Hto 30, Hb 10, neutrófilos 300, linfocitos 4,000, monocitos 3,000, eosinófilos 100, plaquetas 486,000, IgG 10.3 gr/dL, IgA 3.4 gr/dL, IgM 1.4 g/L, cultivo de secreción ótica enterobacter cloacae, hemocultivo negativo, aspirado de médula ósea con celularidad nL megacariocitos disminuidos, eritroblastos 21, juveniles 5, adultos 1, mieloblastos 2, linfocitos 62, células plasmáticas 2. Su tratamiento con trimetoprim con sulfametoxazol, así como tratamiento antifímico o inmunomodulación con evolución satisfactoria hasta el momento actual sin ninguna lesión, con conducto auditivo externo de características normales. Actualmente se encuentra bajo tratamiento con factor de transferencia.

RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DE ASMA Y MARCADORES ANTROPOMÉTRICOS DE SOBREPESO EN UNA POBLACIÓN HISPANA

Del Río-Navarro, Estrada RE, Berber A, Fanghanel G, Sánchez L, Sierra Monge JLL.

Departamento de Alergia e Inmunología Clínica, Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

Resumen: La relación entre asma y sobrepeso, evaluado como índice de masa corporal (IMC), ha sido previamente establecido, pero la relación de otros marcadores antropométricos de sobrepeso no han sido evaluados. **Objetivo:** Establecer la relación entre síntomas de asma con índices antropométricos simples (IMC), circunferencia de cintura (WC), y relación cintura-cadera, (WHR) como marcadores de sobrepeso en adultos de una población hispana. **Material y métodos:** Es un estudio observacional, descriptivo y transversal. Los datos fueron obtenidos del PRIT (Prevalencia de riesgo cardiovascular en trabajadores del Hospital General de México) encuesta 2001. **Sujetos:** Trabajadores del Hospital General de México en la Ciudad de México, 135 hombres y 398 mujeres de edades de 43.8 ± 11.9 y 43.0 ± 10.5 , respectivamente. **Metodología:** Se calculó el riesgo relativo para síntomas de asma con diferentes puntos de corte de IMC, WC, WHR asociados con sobrepeso. La relación de la probabilidad para tener asma en sujetos con diferentes valores de corte de IMC, WHR y WC también fueron calculados. Análisis de regresión logística fue usado para examinar la relación independiente entre índices antropométricos, edad, tabaquismo, actividad física, y condiciones crónicas y el predominio de la relación de presentar síntomas de asma. **Resultados:** Los síntomas de asma no se relacionaron con ningún marcador antropométrico en hombres obesos, los resultados en las mujeres se asociaron con los puntos de corte de circunferencia abdominal WC de 80 y 85 cm y un IMC de 25 y 27 kg/m². Ninguna determinación de WHR se relacionó con asma en mujeres. En mujeres, el riesgo de la relación de probabilidad para síntomas de asma se incrementaron proporcionalmente de los niveles de WC de 73.5 cm hasta 86 cm, cuando este riesgo se incrementa significativamente de los niveles de IMC de 22 hasta 29 kg/m². Relaciones similares no se encontraron en los hombres. Análisis de regresión logística revela que el IMC y dislipidemia fueron los únicos factores independientes que contaron para síntomas de asma en mujeres. **Conclusión:** La evaluación de sobrepeso por IMC y WC (pero no WHR) estuvo relacionado a los síntomas de asma en mujeres en la población estudiada.

COMPARACIÓN DE 4 EXTRACTOS ALERGÉNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE HIPERSENSIBILIDAD TIPO I EN NIÑOS CON RINITIS ALÉRGICA EN EL HIM FG

Paez Barcasnegras Y, Del Río Navarro B, Lerma Ortiz L, Castillo Melchor A, Sienna Monge JLL.
Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

Introducción: La rinitis alérgica es una enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa nasal cuya prevalencia mundial es elevada existiendo reportes de que ha incrementado en las últimas décadas. Si bien no es una enfermedad mortal, sí produce un deterioro importante en la calidad de vida del niño, por lo que el diagnóstico clínico y etiológico se hace necesario para proporcionar un tratamiento eficaz, que haga al individuo tolerante a su medio ambiente. Por ello la calidad del extracto alérgico es una herramienta fundamental para el alergólogo clínico. En México existen diferentes extractos alérgicos, por lo que consideramos importante determinar la hipersensibilidad tipo I de 4 de ellos en 4 marcas disponibles en nuestro mercado, en niños con diagnóstico de rinitis alérgica sin asma. **Métodos:** Estudio transversal, comparativo y doble ciego. Se tomaron 62 niños con diagnóstico de rinitis alérgica que acuden a la consulta de nuestro hospital. Se realizó pruebas a: ácaro, cucaracha, fraxinus y gato; haciendo medición exacta del tamaño de la roncha. Para saber cual de las marcas es la mejor se realizaron prueba de positividad, confiabilidad. **Resultados:** Análisis descriptivo. Es una población de 62 niños, cuyas edades oscilan entre 6 y 16 años con una media de 9.25

años y una desviación estándar de 2.50. El 69.35% son de género masculino y el 30.65% son de género femenino. Respecto a los alérgenos:

1. El ácaro tuvo reacción positiva: del 41.93% en el laboratorio A, del 20.97% con el laboratorio B, del 14.52% con el laboratorio C y del 17.75% con el laboratorio D.
2. Cucaracha tuvo reacción positiva: del 22.58% en el laboratorio A, del 14.51% con el laboratorio B, del 4.84% con el laboratorio C y del 3.23% con el laboratorio D.
3. Fraximis tuvo reacción positiva: del 16.13% en el laboratorio A, del 9.68% con el laboratorio B, del 0.0% con el laboratorio C y del 3.23% con el laboratorio D.
4. Gato tuvo reacción positiva: del 11.29% en el laboratorio A, del 14.52% con el laboratorio B, del 0.0% con el Laboratorio C y del 4.84% con el laboratorio D.

Conclusiones: 1. Los valores de la prueba Kappa fueron todos menores de 0.50 lo que significa que son valores inadecuados, es decir, la concordancia entre los laboratorios es debida al azar. 2. Respecto a la prueba de positividad se concluye que el laboratorio A es el mejor.

ALTERACIONES OROFACIALES EN PACIENTES ALÉRGICOS EN EDAD PEDIÁTRICA

Torres-Altamirano M,* López-Pérez G,** Argüello-Hernández Y.*

* Estomatología Pediátrica: Atención Pediátrica Integral (API)

** Alergología Pediátrica: API

Introducción: Los pacientes alérgicos tienen mayor posibilidad de presentar afecciones en dientes como: caries, placa dentobacteriana y gingivitis (enfermedad periodontal). Debido al tipo de respiración anómala (respiración oral), también puede desarrollarse una inadecuada postura de los músculos buccinadores y de la lengua, provocando estrechez de los arcos dentales evidenciando una falta de espacio (malposición dental), así como un exceso en el crecimiento y desarrollo del maxilar superior y/o una deficiencia del crecimiento de la mandíbula. **Objetivo:** Este estudio fue realizado para determinar la prevalencia de enfermedades dentales y alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los maxilares en pacientes alérgicos atendidos en el centro de Atención Pediátrica Integral (API) ubicado en la Ciudad de México. **Material y métodos:** Se diseñó un estudio prospectivo, comparativo y transversal en donde se incluyeron pacientes en edad pediátrica, de ambos sexos, con o sin enfermedad alérgica atendidos en API conformando dos grupos: el grupo A de pacientes alérgicos y el grupo B de pacientes no alérgicos. Se excluyeron aquellos que presentaron malformaciones orofaciales congénitas o con síndromes genéticos, con intervenciones craneofaciales o que hubiesen recibido tratamiento antialérgico previo. Se efectuó historia clínica pediátrica y se investigó su proceso alérgico por pruebas cutáneas mediante la técnica de Prick y se determinaron las siguientes alteraciones orofaciales: halitosis, caries, enfermedad periodontal, malposición dental y maloclusión (Clase II de Angle), utilizando para ello exploración clínica con espejo explorador y sonda periodontal, iconografías clínicas intra y extraorales, modelos de estudio (análisis de Pont y Moyers), radiografías lateral de cráneo y ortopantomografía. Los resultados se analizaron con medidas de tendencia central y para la comparación de las variables en y entre cada grupo se empleó Chi cuadrada y prueba exacta de Fisher con un nivel de significancia del 95%. **Resultados:** Se incluyeron a 64 niños. El grupo A estuvo conformado por 28, 57% masculinos (16) y 42.8% femeninos (12) con un rango de edad de 4 a 15.5 años y promedio de 8.44. En la evaluación alergológica se observaron:



14 con rinitis (50%), 3 con sinusitis (10.7%), 2 con rinosinusitis (7.1%), 2 con asma (7.1%), 4 con dermatitis atópica (14.2%) y 3 con conjuntivitis (10.7%). 35.7% de ellos tuvieron pruebas cutáneas positivas hacia ácaros del polvo casero y el restante a pólenes de pastos y árboles. En la evaluación del estado bucal se obtuvieron los siguientes resultados: 12 con halitosis (42.8%), 25 con caries (89.2%), 17 con enfermedad periodontal (60.47%), 25 con malposición dental (89.2%) y 24 con maloclusión (85.7%). No existió diferencia entre sexos, edad y diagnóstico alergológico en este grupo. El grupo B estuvo conformado por 36 pacientes, 55.55% masculinos (20) y 44.45% femeninos (16), con rango de edad de 4 a 14.10 años y promedio de 6.55 años. Con evaluación alergológica negativa. En el examen bucal se presentaron los siguientes resultados: 4 con halitosis (11.11%), 34 con caries (94.44%), 17 con enfermedad periodontal (47.22%), 19 con malposición dental (52.77%) y 21

con maloclusión (58.33%). El análisis entre el grupo A y B demostró diferencia significativa en: halitosis con $p = 0.0036$, malposición dental con $p = 0.001$ y maloclusión dental con $p = 0.017$. No existió diferencia significativa en sexos y edades, así como para caries ni gingivitis en donde se encontró $p = 0.38$ y $p = 0.28$ respectivamente. **Conclusiones:** Se puede observar que existe mayor prevalencia de halitosis, malposición dental y de maloclusión dental en niños con enfermedad alérgica que en los niños no alérgicos. Sin embargo, las caries y la enfermedad periodontal se mantuvieron sin diferencia significativa entre ambos grupos, esto es explicable ya que existen otros factores no alérgicos que generan estos procesos. Finalmente, el presente estudio pretende sensibilizar al médico, que atiende a niños con enfermedades alérgicas, en evaluar integralmente e interconsultar las complicaciones orales y faciales detectadas con los especialistas correspondientes.