

Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas

Volumen 14
Volume

Número 3
Number

Septiembre-Diciembre 2005
September-December

Artículo:

Rinitis alérgica

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



medigraphic.com

Rinitis alérgica

Dr. José G. Huerta López,* Dr. Gerardo López Pérez,** Dra. Tamara Staines Boone***

*En ocasiones, si el tiempo transcurrido entre la reacción y la realización del estudio es muy largo (más de 6 meses), hay que repetirlo a las 3-4 semanas: reactivación de la memoria inmunológica.

Desensibilización: Permite la administración de un antibiótico o cualquier otro medicamento a un paciente alérgico al mismo. Consiste en administrar dosis progresivas en un periodo de horas o días hasta alcanzar dosis terapéuticas y puede realizarse vía oral o parenteral. Se practica con el fármaco que va a usarse para

tratamiento (independientemente del fármaco causal). Tras ella la sensibilización permanece, por lo que una vez desensibilizado y terminado el tratamiento, si el paciente requiere nuevos tratamientos con ese fármaco, es necesario repetir el proceso. Indicaciones: Cuando no existe otra alternativa terapéutica eficaz.

Factores de riesgo

- Edad media 20-49 años
- Administración intravenosa
- Exposición previa

Alergia a AINES

Reacciones selectivas provocadas por un único grupo de AINES, con buena tolerancia al resto

Probable mecanismo inmunológico
IgE- mediado

La mayoría por pirazonas, aunque también puede ocurrir con otros AINES (diclofenaco e ibuprofeno)

Pueden existir test cutáneos positivos

Clínica: urticaria/angioedema y anafilaxia, que puede ser indistinguibles de los intolerantes

Intolerancia a AINES

Las reacciones aparecen por AINES de familias estructuralmente diferentes

Probable mecanismo farmacológico:
inhibición de la COX

Test cutáneos negativos o no útiles

Clínica respiratoria: la mayoría son pacientes con el síndrome Asa-Tríada (asma intrínseca, rinitis con/sin poliposis e intolerancia a AINES, que se manifiesta como broncoespasmo y/o clínica nasconjuntival). Un 10-20% de adultos asmáticos son intolerantes a ácido acetilsalicílico, aumentando la incidencia a 30-40% si también tienen rinosinusitis y/o poliposis.

Cutánea: urticaria-angioedema, en pacientes con urticaria de base (20-30% de éstas se reactivan por AINES).

Mixta (Síntomas cutáneos y respiratorios de forma concomitante).

Puede ser similar a una reacción anafiláctica (mediadas por IgE).

* Jefe Servicio de Alergia INP. Profesor del Curso de Alergia e Inmunología Pediátrica, UNAM.

** Médico Adscrito Servicio de Alergia INP.

*** RV Curso de Posgrado de Alergia e Inmunología Pediátrica, UNAM.

- Historia de reacción previa (riesgo x 6)
- No relación con atopia
- No relación con hipersensibilidad a hongo *penicillium*

Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

Es la segunda causa de reacción adversa tras los β -lactámicos. Los AINES disminuyen la síntesis de prostaglandinas por inhibición de la enzima ciclooxigenasa (COX). Existen, al menos, dos isoformas para la COX:

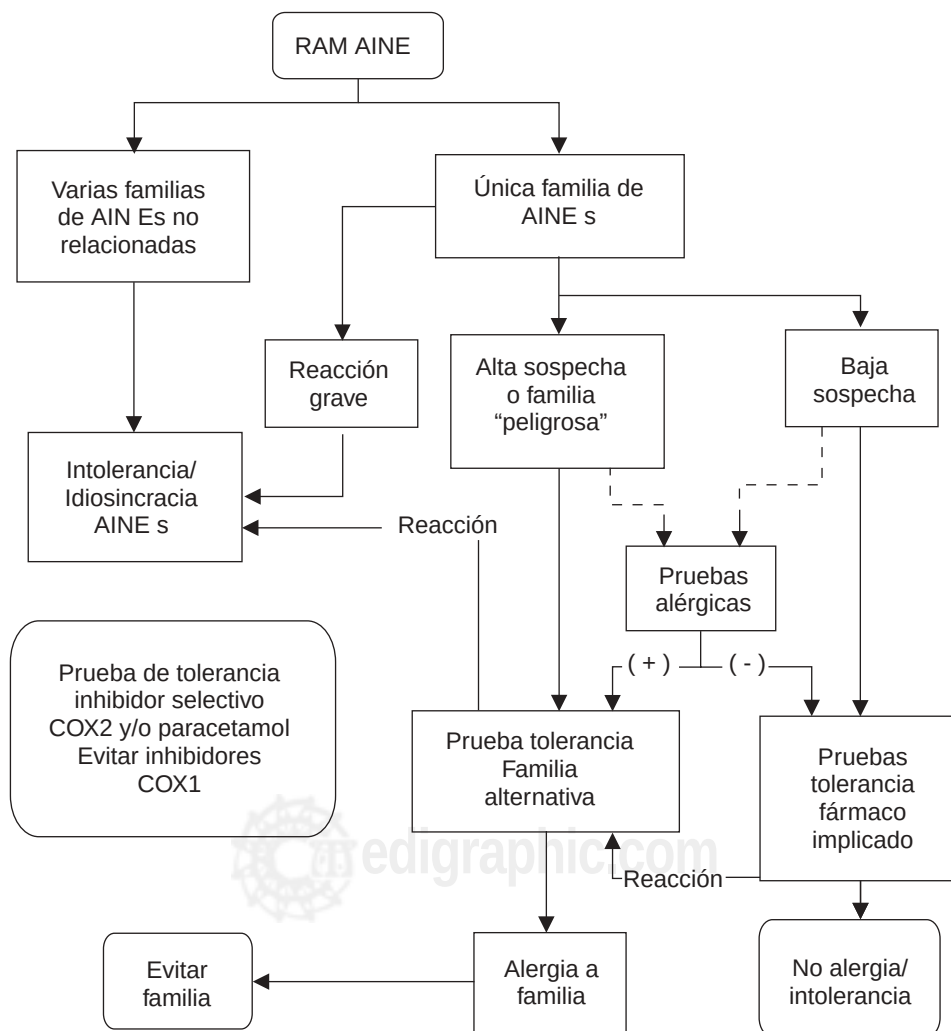
- COX 1 (constitutiva): mediadora de las funciones fisiológicas de las prostaglandinas. Su inhibición mediaría los riesgos gastroerosivos y/o una posible intolerancia a AINES.

- COX 2 (inducida): sólo se activa por efecto de determinados estados patológicos, supuestamente mediadora de los fenómenos inflamatorios de las prostaglandinas.

La mayoría de AINES inhiben ambos tipos, aunque algunos presentan una selectividad total (rofecoxib y celecoxib) o parcial (nimesulide) para COX 2, que les permite mantener su eficacia antiinflamatoria y una posible tolerancia en intolerantes.

Clasificación de los AINES

- Salicilatos: Ácido acetilsalicílico, acetilsalicilato de lisina, salicilato sódico, salicilamida, diflunisal, salsalato, aloxiprina, benorilato, etersalato, fosfosal, sulfasalazina, olsalazina.





- Ácidos indolacéticos: Indometacina, sulindaco, tolmetina, glucametacina, oxametacina, acetametacina, proglumetacina.
- Ácidos arilacéticos: Aceclofenaco, diclofenaco, fentiazaco, namubetona.
- Ácidos arilpropiónicos: Fenbufeno, ibuprofeno, indoprofeno, naproxeno, benoxaprofeno, fenoprofeno, flubiprofeno, ketoprofeno, ácido tirofénico, butibufeno, ibuproxan, suprofeno.
- Ácidos fenámicos: Flufenámico, mefenámico, niflúmico, tolfenámico, etofenámico, meclofenámico, floctafenina.
- Pirazolonas y pirazolidindionas: Antipirina, amido-pirina, dipirona, apazona, fenilbutazona, feprazona, oxifenbutazona, propifenazona, suxibuzona, piracinobutazona, azapropazona, benzipiperilona.
- Oxicams: Isoxicam, piroxicam, sudoxicam, droxicam, tenoxicam, meloxicam.
- Otros: Isonixina, tetridamina, nefopam.

Diferencia entre dos tipos de reacciones:

Algoritmo diagnóstico

La información de este sitio está dirigida a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe

usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adkinson F. Drug allergy. En: Middleton E. *Allergy Principles and Practice*. St. Louis: Mosby 1998: 1212-1224.
2. Mellon MH, Schatz M, Patterson R. Drug allergy. En: *Manual of Allergy and Immunology*. 1994: 262-289.
3. Basomba RA, Planells HC. Alergia medicamentosa. Introducción y delimitación del concepto: En: *Tratado de Alergología e Inmunología Clínica*. Madrid: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. 1987-1995; 7: 21-34.
4. Carrillo DT, Álvarez CE. Los medicamentos como antígenos. En: *Tratado de Alergología e Inmunología Clínica*. Madrid: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica 1987-1995; 7: 37-47.
5. Prieto AJL. Diagnóstico de la alergia a fármacos. En: *Tratado de Alergología e Inmunología Clínica*. Madrid: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica 1987-1995; 7: 144-170.
6. Prieto AJL. Alergia a la penicilina y otros betalactámicos. En: *Tratado de Alergología e Inmunología Clínica*. Madrid: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica 1987-1995; 7: 211-230.
7. Prieto AJL. Alergia a analgésicos. En: *Tratado de Alergología e Inmunología Clínica*. Madrid: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica 1987-1995; 7(10): 265-284.