

Hipersensibilidad al látex, comunicación de un caso

Dra. Lourdes Alonzo Romero P,* Dr. Héctor Espinosa M**

RESUMEN

Las reacciones alérgicas a las proteínas del látex, del caucho natural se reconocen como un problema de salud pública, que afecta tanto a adultos como a niños, en diversos países del mundo. En México se desconoce la magnitud del problema. Debido a la gravedad que pueden asumir las reacciones anafilácticas por estos productos, consideramos importante promover el conocimiento de este tipo de cuadros. Se insiste sobre los lineamientos de prevención y manejo de los pacientes alérgicos a látex. Se presenta el caso de una paciente escolar alérgica a látex, con manifestaciones cutáneas y digestivas.

Palabras clave: Hipersensibilidad inmediata, alergia al látex, urticaria de contacto.

ABSTRACT

Allergic reactions to latex proteins of natural rubber are recognized as a problem of public health in children and adults, in different countries of the world. In Mexico, is unknown the magnitude of the problem. Because of the gravity of the anaphylactic reactions caused by these products, we consider that is important to promote the knowledge of this kind of events. We insist upon the guidelines to prevent and manage the allergic patients to natural rubber. We present a case of an allergic scholar patient with cutaneous and gastrointestinal manifestations.

Key words: *Latex allergy, immediate hypersensitivity, contact urticary.*

INTRODUCCIÓN

Las primeras publicaciones acerca de anafilaxia por guantes quirúrgicos de látex apareció en 1984, y en 1991 se publicó por primera vez la existencia de reacción anafiláctica letal al látex; de 1989 a 1992 se habían documentado 1,100 reacciones y 15 muertes relacionadas con este tipo de hipersensibilidad.^{1,2}

Pese a que se considera que la hipersensibilidad al látex en población general representa menos del 1%, se sabe que en los últimos años se ha presentado un incremento progresivo, sobre todo en sujetos con exposición frecuente al látex, la alergia a frutas y el antecedente de dermatitis atópica.^{2,3} El antecedente de cual-

quier cirugía previa incrementa 13 veces el riesgo de presentar sensibilización al látex.⁴

El látex natural está constituido por el fluido lácteo obtenido por sangría del árbol de caucho cultivado, *Hevea brasiliensis*. El látex es una mezcla biológica compleja de partículas de caucho en una envoltura fosfolipoproteica y un suero que contiene carbohidratos, lípidos, ácidos nucleicos, minerales y varias proteínas que constituyen del 3 al 4% de su peso total; se atribuye a estas últimas las propiedades alergénicas del látex.¹

Las reacciones alérgicas a las proteínas del látex del caucho natural se reconocen como un problema de salud pública, que afecta tanto a adultos como a niños, en Estados Unidos y Europa; en México se desconoce la magnitud del problema. En el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón, Estado de México, el Dr. Chavarría y cols., al realizar el estudio urodinámico en niños con mielomeningocele, identificaron a través de encuesta a los padres de 112 pacientes, a 14 niños con antecedentes

* Jefe del Servicio de Dermatosis Reaccionales del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Pediatra adscrito al Hospital "Dr. Fernando Quiroz" ISSSTE.

de sintomatología al contacto con productos de látex o alergia cruzada con algunos alimentos; de estos 14 niños, tres (2.68%) presentaron un cuadro anafiláctico durante la realización del estudio.⁵

La exposición al antígeno del látex puede ocurrir por vía cutánea, percutánea, parenteral y por contacto con mucosas y puede llevarse a cabo por contacto directo y transmisión aérea.⁶ Los productos de látex más comunes incluyen artículos médicos como: guantes, émbolos de jeringas, catéteres, cánulas, tubos endotraqueales y sondas gástricas entre otros. Muchos productos utilizados en la vida cotidiana, como mamilas, chupones, globos, borradores, pinturas, utensilios de cocina y cepillo dental, también están fabricados con látex, y debido a que este alergeno es una proteína vegetal, puede presentar reacción cruzada con kiwi, plátano, aguacate y otros productos vegetales.⁷

La reacción de hipersensibilidad inmediata tipo I al látex está mediada por anticuerpos IgE específicos. Tras la primera exposición a los productos del látex, se presenta sensibilización con producción de anticuerpos IgE o IgG4 (anticuerpos homocitotrópicos) específicos, al haber una reexposición se desencadena la reacción alérgica cuando los anticuerpos se unen al antígeno del látex de caucho natural, liberándose mediadores como la histamina y metabolitos del ácido araquidónico, con manifestaciones clínicas que dependen de la vía de exposición.

Las manifestaciones cutáneas son las más frecuentes, cuando se trata de la piel íntegra, se presenta urticaria de contacto; en segundo lugar encontramos síntomas nasales (rinorrea, congestión y prurito en mucosas) y oculares (hiperemia conjuntival, epifora y edema), la exposición aérea se manifiesta por broncoespasmo y edema angioneurótico. También se han observado, aunque en menor proporción, síntomas gastrointestinales (diarrea, dolor cólico, náusea y vómito) y cardiovasculares con hipotensión y taquicardia⁸ el contacto de productos de látex con las cavidades de sujetos sensibilizados, desencadena choque anafiláctico.^{2,3}

Según la intensidad, las reacciones clínicas son clasificadas en diversos estadios: Estadio I. urticaria localizada en la zona de contacto, II. urticaria localizada y lesiones generalizadas, III. urticaria generalizada y aparición de signos de asma, conjuntivitis, síntomas intestinales; IV. urticaria generalizada y reacción anafiláctica.

Para confirmar el diagnóstico de sensibilización al látex tipo I, contamos con la prueba de Prick test (prueba de punta), la cual consiste en aplicar en el antebrazo una gota de solución salina como testigo negativo, una gota de histamina como testigo positivo y una gota del



Figura 1. Prick test positivo.



Figura 2. Baumanómetro libre de látex.



Figura 3. Mamila libre de látex.

antígeno purificado (alergeno del látex); posteriormente se aplica presión con una lanceta romana, sin atravesar la piel. La prueba se considera positiva cuando aparece una roncha superior a 3 mm de diámetro, respecto al control negativo, en el sitio de aplicación del alergeno.

El Prick test detecta la presencia de anticuerpos IgE específicos contra látex en los mastocitos cutáneos; se trata de una prueba rápida, de bajo costo con sensibilidad cercana al 100% y especificidad del 99%.¹ Se considera un procedimiento seguro que rara vez se ha asociado a reacciones adversas o de anafilaxia.⁹

En pacientes de alto riesgo, puede recurrirse también a pruebas “*in vitro*”; por medio de la determinación de IgE específica, mediante técnica de RAST, CAP, AlaSTAT o con diferentes tipos de ELISA que se consideran especialmente útiles en niños, pacientes atópicos y alérgicos a frutas.^{8,10,11}

Es indispensable establecer medidas de prevención en los pacientes con prick test positivo, estas medidas incluyen proporcionar al paciente instructivos acerca de los productos prohibidos, y aquellos que es conveniente evitar. Los sujetos sensibilizados deben recibir información acerca de los productos libres de látex, y en qué lugares puede encontrarlos. Estos pacientes deben portar una placa de identificación como “alérgico a látex” y se debe informar a sus médicos acerca del problema, de manera que cuando sean necesarias maniobras médicas de alto riesgo para reacciones anafilácticas, como tacto vaginal, rectal, tratamientos dentales, intervenciones quirúrgicas, parto, sondeo urinario, intubación, enema, cateterización venosa, administración parenteral de medicamentos, etc., sean practicadas con productos libres de látex.⁸

En caso de intervención quirúrgica, el quirófano debe ser libre de látex, así como el equipo de reanimación. Los grupos de alto riesgo deben tener acceso a educación continua acerca de este problema.¹²

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 8 años de edad, originaria y residente de México D.F. portadora de dermatitis atópica desde el primer año de vida, quien es enviada al Servicio de Dermatosis Reaccionales con dermatosis planter juvenil. Al interrogatorio la madre refiere el antecedente de alergia al látex, diagnosticada a los 3 años de edad, posterior a cuadro de urticaria y angioedema, al estar en contacto con globos. El diagnóstico fue únicamente clínico.

Dentro de los antecedentes personales patológicos de importancia encontramos que desde los 2 meses de edad, la paciente presentaba despeñé diarreico, con

“calambre” abdominal, posterior a la ingesta de fórmula láctea administrada con mamila, por lo que se hace diagnóstico de intolerancia a la lactosa; se inicia la administración de fórmula no láctea (soya), con persistencia del cuadro enteral, hasta los 10 meses de edad, en que la paciente empezó a utilizar vaso para su alimentación, momento en que desaparece la sintomatología digestiva, aun cuando la paciente ingiere lácteos.

Con el fin de corroborar el diagnóstico de alergia a látex, se realiza prick test con alérgeno purificado, con la aparición de una roncha de 10 mm (*Figura 1*). Durante el desarrollo de la prueba la paciente presentó prurito nasal y lagrimo.

DISCUSIÓN

Las manifestaciones de hipersensibilidad inmediata al látex, se caracterizan por una evolución progresiva que se puede resumir en un cuadro clínico que comienza sólo con prurito, posteriormente aparece en la zona de contacto: eritema, edema o ronchas, posteriormente urticaria generalizada, síntomas respiratorios y oculares hasta llegar al choque anafiláctico que puede llevar a la muerte. La gravedad del cuadro depende en gran parte de la vía de exposición, siendo la vía de menor riesgo la cutánea y la de mayor riesgo vísceras y cavidades, debido a la fácil penetración del antígeno por estas últimas; se han descrito casos de choque anafiláctico tras la realización de tacto vaginal con guantes de látex.

Las reacciones más intensas generalmente ocurren poco después de la exposición parenteral o al entrar en contacto con membranas mucosas, e incluyen: eritema, edema, urticaria, broncoespasmo, broncoconstricción, hipotensión, colapso cardiovascular.

A reserva de que las manifestaciones cutáneas son la causa de que el paciente consulte con el dermatólogo, el aspecto más importante es la exposición a proteínas de látex en un acto quirúrgico. Se estima que las reacciones de anafilaxia se presentan en 1 de cada 1,500 a 5,000 cirugías, provocando la muerte en un 5 a 10% de los casos; la alergia al látex es responsable de al menos el 10% de las reacciones transoperatorias anafilácticas.^{13,14}

Las manifestaciones de anafilaxia durante los procedimientos quirúrgicos son variables, los síntomas cardiovasculares se presentan en un 73.6%, los cutáneos en el 69.6% y el broncoespasmo en el 44.2%. La hipotensión y la broncoconstricción son manifestaciones difíciles de reconocer, ya que pueden simular reacciones fisiológicas que ocurren durante la anestesia; por tanto el único signo de anafilaxia puede ser un colapso car-

diovascular, por lo que el anestesiólogo debe estar alerta acerca de esta posibilidad, para establecer un manejo adecuado.¹⁵ La hipersensibilidad inmediata al látex debe considerarse ante cualquier episodio de anafilaxia durante el procedimiento quirúrgico, sin embargo la anafilaxia causada por alergia a anestésicos, relajantes musculares y opioides como el fentanyl, pueden ocasionar manifestaciones indistinguibles de la alergia a látex.¹⁶

Existen numerosas publicaciones acerca de reacciones de anafilaxia durante procedimientos médicos y en la exposición cotidiana a productos como globos y mamilas, en niños; en estos casos las manifestaciones pueden ser poco específicas, lo que hace el diagnóstico difícil.¹⁷

En el caso que nos ocupa, la paciente recibió el diagnóstico de alergia a látex, hasta la edad escolar, sin embargo, el análisis retrospectivo del cuadro enteral y de edema peribucal, presentado en la época de lactante, con remisión de la sintomatología al descontinuar el uso de mamilas de látex, nos hace pensar que la sensibilización tuvo como origen el uso de la mamilas, como se ha descrito en casos de alergia digestiva.

El aspecto más importante en este caso es establecer una orientación adecuada a los padres, en relación a la conducta adecuada a largo plazo, ya que no basta con emitir el diagnóstico, sin ofrecer alternativas dirigidas a evitar los contactos de mayor riesgo.

En el momento actual existe a disposición una extensa gama de productos elaborados con materiales libres de látex, incluyendo todo tipo de material médico, anestésico y objetos de uso común, como son las mamilas y juguetes libres de látex (*Figuras 2 y 3*).^{12,18,19}

BIBLIOGRAFÍA

1. Landwehr L, Boguniewicz M. Current perspectives on latex allergy. *J Pediatrics* 1996; 128: 305-311.
2. Thomas P, Sobaszek A. Latex allergy. *Rev Prat* 2002; 52: 1420-3.
3. Sussman G, Beezhold D, Kurup V. Allergens and natural rubber proteins. *J of Allergy and Clin Immunol* 2002; 110: 507-13.
4. Hourihane JO, Allard JM, Wade AM. Impact of repeated surgical procedures on the incidence and prevalence of latex allergy: a prospective study of 1,263 children. *J Pediatrics* 2002; 140: 479-82.
5. Chavarría MJ, Serratos CT, Vázquez RE, Parodi CA, Villalpando CJ, Conejero SJ. *Alergia al látex durante el estudio urodinámico en niños con mielomeningocele*. Área de Neurología, anestesiología y rehabilitación. Teletón Edo. de México, Servicio de Urodinamia.
6. Slater JE. Latex allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1994; 94: 139-49.
7. Randolph C. Latex allergy in pediatrics. *Curr Prob Pediatr* 2001; 31: 135-53.
8. Conde-Salazar L. Urticaria alérgica de contacto al látex. *Dermatología Peruana* 2000; 10: 104-114.
9. Turkeltaub PC, Gergen PJ. The risk of adverse reactions from percutaneous prick-puncture allergen skin testing. *J Allergy Clin Immunol* 1989; 84: 886-90.
10. Quirce-Gancedo S. Alergia al látex. *Rev Esp Alergol Immunol Clin* 2000; 15: 89-96.
11. Alenius H, Reunala T, Turjanmaa K. Detection of IgG and IgE antibodies to rubber proteins by immunoblotting in latex allergy. *Allergy Proc* 1992; 13: 75-7.
12. Kwitten PL. Latex hypersensitivity reactions despite prophylaxis. *Allergy Proc* 1992; 13: 123-27.
13. Hepner D, Castells M. Latex allergy: An update. *Anesth Analg* 2003; 96: 1219-29.
14. Warshaw ME. Latex allergy. *JAAD* 1998; 39: 1-24.
15. Laxenaire MC, Mertes PM, Benabes B. Anaphylaxis during anaesthesia: results of a two-year survey in France. *Br J Anaesth* 2001; 87: 549-58.
16. Zucker-Pinchoff B, Chandler MJ. Latex anaphylaxis masquerading as fentanyl anaphylaxis: retraction of a case report. *Anesthesiology* 1993; 79: 115-23.
17. Pecquet C, Leynadier F, Dry J. Contact urticaria and anaphylaxis to natural latex. *JAAD* 1990; 22: 631-33.
18. Prevalence of food allergy in 137 latex-allergic patients. Kim KT, Hussain H. *Allergy Asthma Proc* 1999; 20(2): 95-7.
19. Jackson EM, Arnette JA, Martín ML. A global inventory of hospitals using power free-gloves a search for principled medical leadership. *J Emerg Med* 2000; 18: 241-6.