

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

SECRETARIA DE SALUD

RINITIS ALERGICA Y PRUEBAS CUTANEAS POSITIVAS,
CARACTERISTICAS CLINICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO.

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN
PEDIATRIA MEDICA

PRESENTA
DR. J. JESUS SOLANO SOTO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11237
191
29



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1. PRESENTACION.	1
2. APROBACION DE TESIS.	II
3. AUTORES	III
4. INDICE	IV
5. RESUMEN	1
6. INTRODUCCION	2-3
7. MATERIAL Y METODOS	4-5
8. RESULTADOS	6-7
9. DISCUSION	8-9
10. BIBLIOGRAFIA	10-11
11. GRAFICAS	12-16

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo para evaluar las características clínicas de 50 pacientes con diagnóstico de Rinitis Alérgica y Pruebas Cutáneas positivas por el método de punción (Prick), registrados de primera vez en el Servicio de Alergia Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría; en el período comprendido entre mayo de 1988 a diciembre de 1990. La edad varió entre 2 y 17 años. Los síntomas más frecuentes fueron rинorrea, prurito nasal, estornudos y obstrucción nasal. Los alérgenos más frecuentemente encontrados fueron el *Dermatophagoides pteronyssinus* y el *Dermatophagoides farinae* (40 y 29 pacientes respectivamente)

INTRODUCCION

La rinitis alérgica es una inflamación de la mucosa nasal por una reacción de hipersensibilidad tipo I (Gell y Coombs), mediada por IgE e IgG4, al interactuar con el alérgeno en la superficie de los mastocitos y las células cebadas (1,2).

La rinitis alérgica puede ocurrir en cualquier edad incluyendo la etapa de lactancia. La mayoría de los autores informan que de un 10% al 20% de la población general padece de rinitis alérgica. La mayoría de los pacientes desarrollan sus síntomas antes de los 20 años (3,4,5).

La complejidad de la respuesta alérgica cada vez se conoce más. Después de una carga antigénica se presenta: 1) fase temprana, 2) fase tardía, 3) fase de recarga antigénica o reexposición (1,4,5,6,7,8,9).

El cuadro clínico puede ser indistinguible de otras formas de rinitis crónica en los niños (10). En cuanto a la frecuencia de los síntomas puede ser estacional o perenne (4,5,10,11).

En la mayoría de los pacientes el diagnóstico de rinitis alergia se obtiene mediante una historia clínica cuidadosa, examen físico con un espéculo nasal, citología nasal y pruebas cutáneas positivas; pudiendo ser confirmado con respuesta a medicamentos (2,4,11,12,13).

La terapéutica de la rinitis alérgica se realiza mediante un adecuado control del medio ambiente (3,4,11). Para la terapia sintomática se emplean de primera línea a los antihistamínicos H1, en ocasiones asociados a vasoconstrictores para el control de la obstrucción nasal; otros fármacos empleados son el cromoglicato de sodio y los esteroides tópicos. En pocas ocasiones está justificado la administración de esteroides sistémicos, en caso de utilizarlos es suficiente por corto tiempo (3,4,5,6,7,11,14,15,16,17). Finalmente la administración de inmunoterapia ha mostrado beneficio en estos pacientes (4,11,18).

La sinusitis es una complicación frecuente de la rinitis alérgica (19). Entre otras complicaciones se menciona desviaciones en el crecimiento facial y la presencia de otitis media serosa y/o purulenta (20,21).

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de 50 pacientes que acudieron al servicio de alergia durante el período comprendido de mayo de 1988 a diciembre de 1990, a consulta de primera vez, con diagnóstico clínico de rinitis alérgica, sin diferencia de sexo, todos contaban con historia clínica de alergia y pruebas cutáneas por punción (Prick) positivas de 3 a cuatro cruces a uno o más alérgenos.

El método de Prick consiste en la aplicación de una gota del antígeno sobre la piel del paciente, posteriormente se punciona la epidermis con una lanceta sobre la gota y se mide la reactividad cutánea 15 minutos después; se considera positiva de tres cruces cuando la respuesta cutánea al antígeno es igual al control positivo y cuatro cruces cuando es mayor que el mismo control.

En cada uno de los pacientes se efectuaron las pruebas con los siguientes grupos de antígenos (proveídos por los Laboratorios Freeman a una dilución de 1:20): Grupo 1: *Dermatophagoides pteronyssinus* y *farinae*; Grupo 2 (Pólenes): *Amarantus palmeri*, *Ambrosia elatior*, *Artemisa tridentata*, *Atriplex bracteosa*, *Alamo*, *Cósmos*, *Capriola*, *Chenopodium*, *Encino*, *Fraxinus*, *Franseria*, *Heliantus*, *Holcus halepensis*, *Ligustrum*, *Lolium perenne*, *Plántago major*, *Prosopis*, *Rumex crispus*,

**Schinus molle, Salsola pestifer y Timothy; Grupo 3 (Hongos):
Aspergillus fumigatus, Alternaria, Cándida, Hormodendrum, Mu-
cor, Penicillium, Rizopus y Streptomises. Se utilizó un con-
trol positivo (Histamina) y negativo (Glicerina).**

RESULTADOS

La gráfica 1 y 2 muestra la distribución por sexo y edad de los pacientes. En la gráfica 3 muestra la reactividad cutánea a los diferentes grupos de alérgenos en donde se puede ver un claro predominio del *Dermatophagoides pteronyssinus* y *farinae* en forma única (27), o combinada con otro grupo de alérgenos (13) (total 40 pacientes = 80%); y que los hongos fueron raramente encontrados positivos en la reactividad cutánea (4 pacientes).

La mayoría de los pacientes presentaron cuatro síntomas principalmente: Rinorrea 40/50 (80%), Estornudos 38/50 (72%), Prurito 38/50 (72%) y Obstrucción nasal 35/50 (70%). (Gráfica 4).

El 50% de los pacientes tenían antecedentes familiares de atopia; 15/50 (30%) en un familiar de primera generación (padre, madre o hermanos), 6/50 (12%) en un familiar de segunda generación (abuelos, tíos, primos) y en 4 (8%) pacientes tenían en familiares de primera y segunda generación.

El tiempo de evolución varió entre 2 y 98 meses. con una media de 42.7 meses.

La presencia de tabaquismo pasivo fue negativo en el 54% (n=27). En la mitad de los pacientes tenían el antecedente de

haber recibido 6 meses o más de alimentación al seno materno.

En 23 pacientes se contaba con el reporte de estudio radiológico de senos paranasales al momento de su primera entrevista en el servicio de alergia; 16/23 (69%) tenían diagnóstico radiológico de sinusitis de uno o más antros paranasales, siendo los senos maxilares más frecuentemente afectados (13/16) 87%.

Treinta y cinco pacientes tenían más de un año de evolución; 22 (62%) con sintomatología estacional y 13 (32%) con sintomatología perenne. El 45% (10/22) de los pacientes con sintomatología estacional tenían reactividad cutánea únicamente al grupo de alergenios del grupo I (Dermatophagoides pteronyssinus y/o farinae).

La citología nasal fue analizada en 10 pacientes de los 13 que presentaron sintomatología perenne y en 5 de ellos tenían un grado de eosinofilia de 2+ o más.

Los factores relacionados con los síntomas se muestran en la Gráfica 5.

DISCUSION

La rinitis es una de las enfermedades crónicas en niños. Los mecanismos alérgicos son los que más frecuentemente la causan (10) y su diagnóstico se basa en aspectos clínicos apoyados en citología nasal y pruebas cutáneas para determinar la etiología.

Puede presentarse desde edades muy tempranas de la vida al estar expuestos a factores alérgicos derivados de animales en casa, polvo casero, y en niños muy pequeños relacionados a alimentos (3,4). Nosotros vimos una edad mínima de 2 y máxima de 17 años, aunque la gran mayoría se concentró en la edad escolar. Encontramos un predominio del sexo femenino, con una relación 2:1; sin embargo, en la literatura revisada no encontramos mencionada la diferencia de sexo.

Los hábitos de la madre son importantes factores que influyen en la edad pediátrica para la presentación de la enfermedad (5). De estos como el antecedente de haber recibido seno materno por menos de 6 meses o la exposición a humo de tabaco fue encontrado en 25 y 23 pacientes respectivamente.

En nuestros pacientes se encontró el antecedente familiar de atopia en el 50%; otros estudios han reportado hasta en el 80%(1).

La sintomatología más frecuente en estos pacientes son: rino-
rrea, la cual puede ser hialina o mucóide como resultado de
la obstrucción nasal o infección; estornudos en salva con ho-
rario (matutinos, vespertinos, etc.) o sin él; obstrucción y
prurito nasal. Aunque se describe una amplia variedad de sín-
tomos y signos (estigmas alérgicos) agregados como la presen-
cia de congestión palpebral, surco nasal, lengua geográfica,
tos, escurrimiento retranasal, cefalea y la presencia de oti-
tis media serosa y/o purulenta (4,5,10,11,12). La gráfica No.
4 muestra los signos y síntomas más frecuentemente
encontrados en nuestro estudio, parecido a lo reportado por
otros autores.

Shapiro (10) dice que casi el 70% de los niños con rinitis
alérgica tienen alteraciones en la radiografía de senos para-
nasales; y que la sintomatología en los niños es diferente a
la manifestada por los adultos. Los síntomas más frecuentes
en niños son: rinorrea crónica, tos persistente y enfermedad
del oído medio. Nuestros hallazgos en el presente estudio son
similares a lo anterior.

Finalmente, algunos autores mencionan una clara distinción
entre pacientes con rinitis sintomática y controles por medio
de la citología nasal (4). Mygind y colaboradores encontraron
en 71% de los pacientes con rinitis alérgica perenne la pre-
sencia de más del 10% de eosinófilos en la cuenta total o más
del 50% en una sola parte del frotis. No podemos comparar
nuestros hallazgos de la citología nasal por lo reducido de
la muestra en el presente estudio.

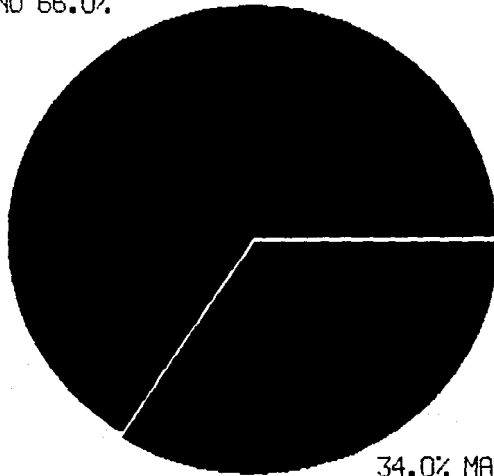
BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cardona M, Zamacona RG: Conceptos actuales en fisiopatología de la rinitis alérgica. Rev Alergia Mex. 1989;36(5): 217-219.
- 2.- Mullarkey MF. Eosinophilic Nonallergic Rhinitis. J Allergy Clin Immunol 1988;82:941-949.
- 3.- Berman B: Allergic Rhinitis. Mechanisms and Management J. Allergy Clin Immunol 1988;81(5pt1):980-984.
- 4.- Middleton E, Ellis E: Allergy, Principles and Practice. The C.V Mosby Company, Third Edition, St Louis Toronto 1988, Pags 1253-1289.
- 5.- Howard PH.: Allergic Rhinitis: a rational choice of treatment. Resp. Med. 1989;83:179-188.
- 6.- Nacleiro R: The patophysiology of allergic rhinitis. Impact of therapeutic intervention. J Allergy Clin Immunol 1988;82(5pt2):927-935.
- 7.- Togias A, Nacleiro R, Proud D, Pipkorn V y Col.: Studies on The Allergic and nonallergic nasal inflammation. J Allergy Clin Immunol 1988;81(5pt1):782-790.
- 8.- Okuda M, Watase T, Mesawa A, Liu ChM.: The Role of Leukotriene D4 in Allergic Rhinitis. Ann Allergy 1988;60:537-540.
- 9.- Walden S, Proud D, Bascom R. Experimentally induced nasal allergic responses. J Allergy Clin Immunol 1988;81(5pt2) 940-949.
- 10.- Pearlman DS. Chronic Rhinitis in Children. J Allergy Clin Immunol 1988;81(5):962-966.
- 11.- Druce HM, Kaliner MA.: Allergic Rhinitis: JAMA 1987;259(2) 260-263.
- 12.- Garcia CR, López JG, Solano SJ. Rinitis Alérgica en niños. Alergia Pediátrica 1990;1(1):40-42.
- 13.- Shumacher M. Fiberoptic nasopharyngolaryngoscopy: A procedure for Allergist. J Allergy Clin Immunol 1988;81(5pt2):960-962.

- 14.- Simons F, Simons K. H1 receptor antagonist treatment of chronic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1988;81(5pt2): 975-980.
- 15.- Maddox D, Reed E. Clinical Pharmacodynamics of Antihistamines. *Ann Allergy* 1987;59:43-48.
- 16.- Kasem N, Roman I, Gural R. Effects of loratadine in suppression of histamine induced skin wheals. *Ann Allergy* 1988;60:505-507.
- 17.- Tanay A, Neuman I. Astemizole in perennial allergic rhinitis with seasonal exacerbations: a placebo-controlled double-blind study. *Ann Allergy* 1989;63: 493-494.
- 18.- Norman P. Immunotherapy for nasal allergy. *J. Allergy Clin Immunol* 1988;81(5pt2):992-996.
- 19.- Shapiro G. The role of nasal airway obstruction in sinus disease and facial development. *J Allergy Clin Immunol* 1988;82(5pt):935-940.
- 20.- Fireman P. Otitis media and nasal disease: A role for Allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1988;82:917-924.
- 21.- Bernstein J. Recent advances in immunologic reactivity in otitis media. *J. Allergy Clin Immunol* 1988;81(5pt2): 1004-1007.

DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS PACIENTES
CON RINITIS ALERGICA Y PRUEBAS CUTANEAS
POSITIVAS.

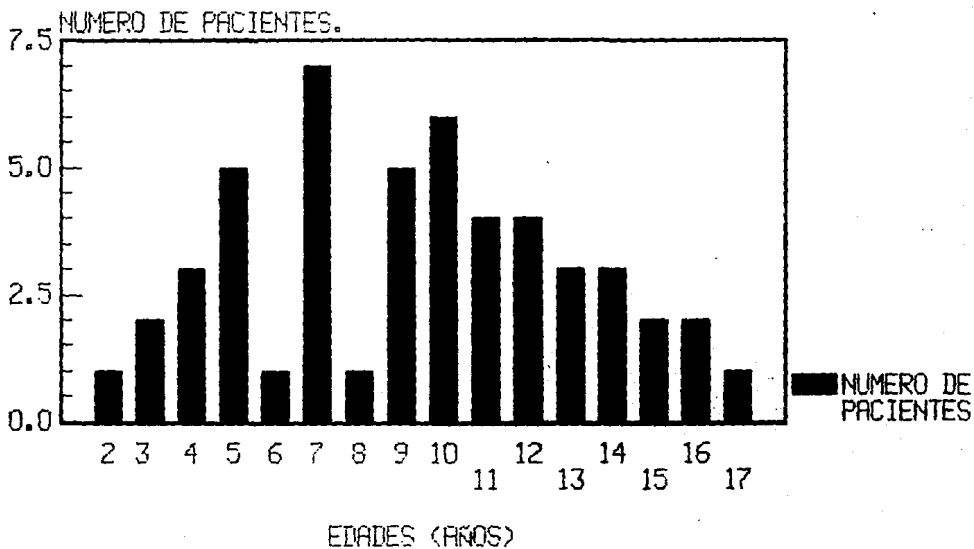
FEMENINO 66.0%



34.0% MASCULINO

GRAFICA NUM. 1

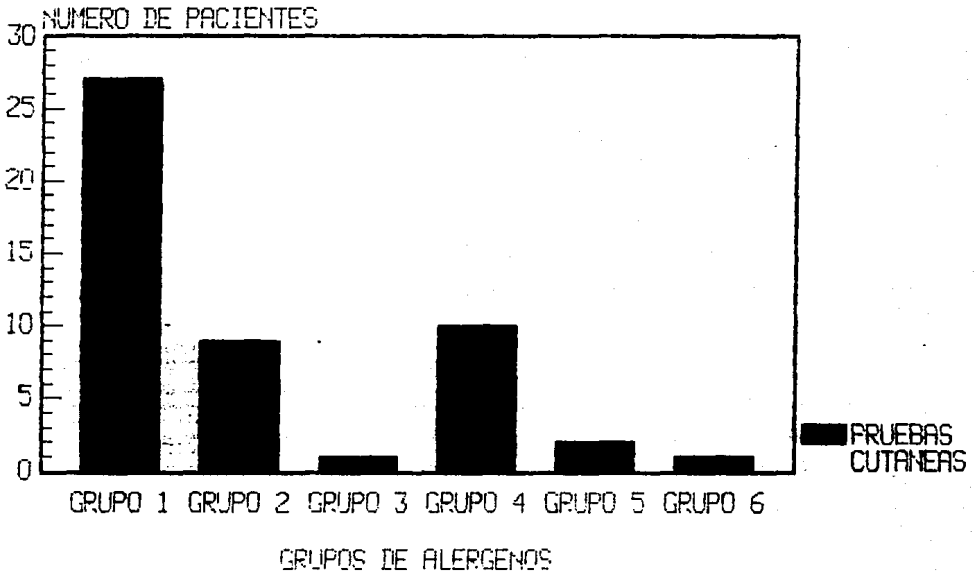
DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS PACIENTES
CON RINITIS ALERGICA Y PRUEBAS CUTANEAS
POSITIVAS.



GRAFICA NUM. 2

GRAFICA NUM. 3

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CUTANEAS POR
GRUPOS DE ALERGENOS.



GRUPO 1: Dermatophagoides pt. y fr.

GRUPO 2: Pólenes.

GRUPO 3: Hongos.

GRUPO 4: Combinación de Grupo 1 y 2.

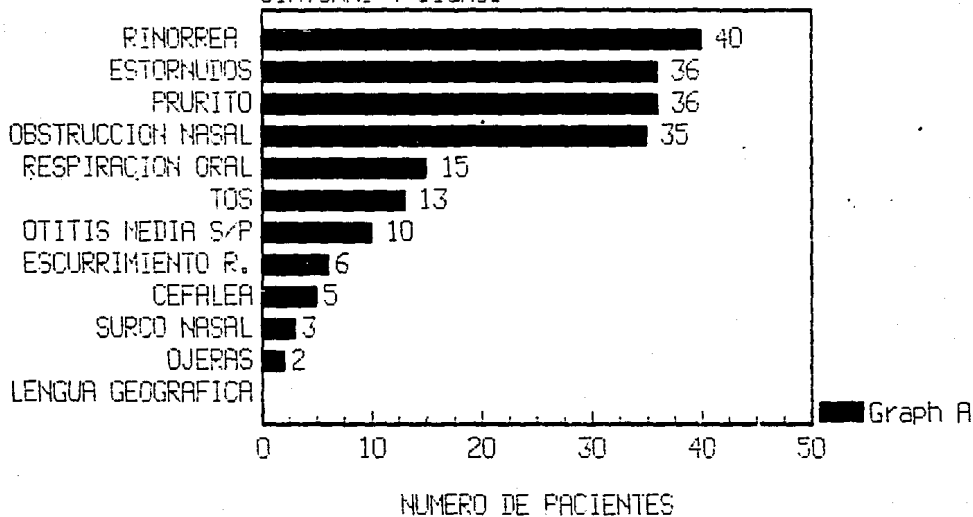
GRUPO 5: Combinación de Grupo 1 y 3.

GRUPO 6: Combinación de Grupo 1,2 y 3.

GRAFICA NUM. 4

FRECUENCIA DE SINTOMAS Y SIGNOS EN LOS
PACIENTES CON RINITIS ALERGICA Y PRUEBAS
CUTANEAS POSITIVAS.

SINTOMAS Y SIGNOS



GRAFICA NUM. 5

FACTORES RELACIONADOS CON LOS SINTOMAS
EN LOS PACIENTES CON RINITIS ALERGICA
Y PRUEBAS CUTANEAS POSITIVAS.

