

Síndrome urticariforme en lactante postingesta de pescado de mar: a propósito de un caso

Urticarial syndrome in an infant post-ingestion of sea fish: a report on a case

Halmar E. Morales¹, Halmar J. Morales²,

José G. Morales³, Ziulmar J. Mejías^{4*}

Resumen

Los alérgenos son antígenos que pueden desencadenar una respuesta inmunológica exagerada en individuos sensibles, dentro de ellos los más frecuentes están representados por alimentos del mar, particularmente pescado, que contiene proteínas causantes de las reacciones inmunológicas-vasculares que conllevan a la aparición de los característicos habones y, ocasionalmente, episodio de anafilaxia. Se presenta el caso de un lactante mayor masculino de 12 meses de edad, quien presentó inicio de enfermedad actual hora y media postingesta de pescado de mar, caracterizada por lesiones eritematosas y pruriginosas extendidas. En el examen físico se evidenciaron habones de múltiples tamaños, confluentes, en cuello, tronco y extremidades, sin compromiso de otro órgano. Se indicó hidrocortisona por vía intravenosa, cediendo el cuadro a los 30 minutos después de su administración. En el presente trabajo se enfatiza la importancia del reconocimiento de los posibles alérgenos causales, así como del diagnóstico temprano y manejo terapéutico preciso, con el fin de evitar complicaciones en el paciente.

Palabras clave: Síndrome urticariforme; alergias alimentarias; alergias por pescado; IgE.

Abstract

Allergens are antigens that can trigger an exaggerated immune response in sensitive individuals, among them the most frequent are represented by seafood, particularly fish, which contains proteins that cause immunological-vascular reactions that lead to the appearance of the characteristic hives and occasionally an episode of anaphylaxis. It is presented the case of a 12-month-old male infant, who presented onset of current illness an hour and a half post-ingestion of sea fish, characterized by widespread erythematous and pruritic lesions. In the physical examination, wheals of multiple sizes, confluent, were evidenced on the neck, trunk and extremities, without compromising another organ. Hydrocortisone was indicated intravenously was indicated, disappearing the condition 30 minutes after its administration. The present work emphasizes the importance of recognizing possible causal allergens, as well as early diagnosis and precise therapeutic management, in order to avoid complications in the patient.

Keywords: Urticariiform syndrome; food allergy; fish allergy; IgE.

*Dirección para correspondencia: mejiasziulmar.opsu@gmail.com

Artículo recibido el 19-01-2021 Artículo aceptado el 13-05-2021 Artículo publicado el 15-09-2021

Fundada 2016 Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, Ecuador.

Introducción

El síndrome urticariforme, también conocido como erupción de ortiga, por la procedencia de la palabra 'urticaria' del latín *urtica* que significa ortiga; es un síndrome reactivo en la piel y mucosas, donde se presentan placas eritematosas (habones y ronchas), con frecuencia pruriginosas y generalmente sin manifestaciones sistémicas, salvo en ocasiones, que pueden progresar a anafilaxis, pudiendo afectar al 20-25 % de la población en general, con una incidencia mayor en adultos entre 30 y 40 años de edad y con mayor afectación en el sexo femenino¹.

¹ Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Táchira, Venezuela, h.eduardomorales@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9246-0394>

² Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Táchira, Venezuela, halmarjmorales@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0213-0477>

³ Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Táchira, Venezuela, lgregorio2796@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3274-8534>

⁴ Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Táchira, Venezuela. Asociación Científica Universitaria de Estudiantes de Medicina de la Universidad de los Andes, extensión Táchira, mejiasziulmar.opsu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3497-5618>

Los primeros registros del síndrome urticariforme datan de China en el siglo X a.C. según *The yellow emperor's inner classic* de Huang Di Nei Jing, donde se define a la urticaria como *fen yin zheng*, que significa eritema oculto serpenteante², siendo conocido hasta el día de hoy de la misma manera en China. A lo largo de la historia se han utilizado diferentes denominaciones; en el siglo IV a.C., Hipócrates observó la similitud de las urticarias y las lesiones causadas por el contacto con la ortiga, denominándolas '*cnidosis*', además de mencionar que solían aparecer en pacientes con enfermedades gastrointestinales³.

La clasificación de la urticaria es variable; según la evolución de la misma se puede clasificar en urticaria aguda, urticaria crónica y urticaria episódica o intermitente. También se puede categorizar según el estímulo desencadenante en mecánicas, térmicas, entre otros. Por último, se puede agrupar según su agente etiológico causal⁴. El mecanismo subyacente en la génesis de las lesiones cutáneas presentes en la urticaria, como el habón, radica en la liberación de mediadores vasoactivos preformados, teniendo como causa principal a la histamina liberada por los mastocitos localizados en la dermis superficial⁵.

Las lesiones urticariformes por reacción adversa a los alimentos pueden deberse a mecanismos inmunológicos o no, siendo los primeros producidos por reacciones de hipersensibilidad de tipo I según la clasificación de Gell y Coombs de 1963⁶, la cual está mediada por el complejo inmune dado por la unión de IgE y antígeno, produciendo así, la estimulación y posterior degranulación de mastocitos, basófilos y demás células granulares, desencadenando la liberación de citosinas y otros mediadores que intervienen en la expresión cutánea de dicha enfermedad⁴. La histamina liberada produce aumento en la permeabilidad y dilatación vascular con la subsecuente extravasación de líquido plasmático y produciendo la lesión característica y el prurito concomitante. Además, se liberan otros mediadores como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), serotonina, leucotrienos y prostaglandinas, favoreciendo el desarrollo de forma directa o indirecta del habón².

Los problemas de salud asociados a alergias alimentarias se atienden con frecuencia en las consultas de pediatría y de prevención primaria; estos afectan a alrededor del 4-8 % de la población infantil y, en los menores de 14 años de edad, la alergia por algún tipo de alimento, ocupa el tercer lugar de los trastornos alérgicos diagnosticados en las consultas de alergia⁷; por ende, es de vital importancia conocer la variedad de estímulos que puede ocasionar un proceso urticariforme, así como las lesiones cutáneas características del mismo, para un diagnóstico certero, puesto que dicha reacción, aunque es benigna, puede conllevar a alteraciones sistémicas y potencialmente mortales si no se manejan de forma correcta y oportuna.

Presentación del caso

Se analizó el caso de un paciente lactante mayor masculino de 12 meses de edad, quien fue llevado por su madre a la consulta del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (Mérida, Venezuela), quien refirió el inicio de la enfermedad, una hora y media posterior a la ingesta de pescado de mar, observándose al momento del examen físico, condiciones clínicas estables, activo, afebril, eupneico e hidratado. A nivel de piel se evidenciaron lesiones máculo-papulares eritematosas, pruriginosas, de aparición progresiva y distribución generalizada en mejillas, pabellones auriculares, cuello, axilas, tórax, abdomen, ingle y miembros inferiores (Figura 1), algunas de las cuales confluyeron formando habones de grandes dimensiones (8-10 cm de diámetro). El resto del examen físico no evidenció alteraciones.

Se indicó tratamiento intravenoso con hidrocortisona mediante la administración de 1 mg/kg de peso corporal, considerando que el peso del lactante era 9,5 kg. Paulatinamente, comenzaron a desaparecer las lesiones en la piel y transcurridos 30 minutos, el paciente se encontró completamente asintomático (Figura 2). Se indicó un tratamiento ambulatorio con loratadina/betametasona (5 mg/0,25 mg/5 mL) por vía oral cada 12 horas durante 5 días y se le recomendó a la madre una dieta hipoalérgica por una semana, es decir, sin colorantes, conservantes químicos, cítricos, huevo, productos de cerdo y charcutería, así como productos del mar.

Se obtuvo la autorización de la madre para tomar las fotografías y se mantuvo la confidencialidad del paciente.

Discusión

Actualmente las reacciones alérgicas debidas al consumo de alimentos y aditivos contenidos en los mismos, es una patología muy frecuente en pacientes pediátricos. Los productos alimenticios implicados en las reacciones alérgicas son variados y suelen formar parte de la dieta de los pacientes,

como lo es el pescado, el cual contiene distintas proteínas que al ser ingeridas o incluso al inhalar los vapores desprendidos durante su cocción, desencadenan el proceso alérgico y subsecuentemente, las manifestaciones clínicas características. Es importante destacar que la alergia al pescado es independiente de la alergia al marisco y, aunque puede existir pacientes que presenten ambas a la vez, esto no es lo habitual⁸. Dentro de la gran variedad de pescados, existen proteínas diversas capaces de suscitar tales reacciones, siendo una de las más importantes la parvalbúmina⁹ localizada en las células musculares; esta proteína es resistente a la acción del calor y digestión enzimática, por lo cual persiste posterior a la cocción¹⁰.



Figura 1. Paciente al momento del ingreso con: a) presencia de habones en la región axilar, cuello y areolar; y b) con lesiones urticariformes en región axilar bilateral, inguinal y abdominal. Fuente: Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (Mérica, Venezuela).

Los primeros casos descritos que referencia al pescado como alérgeno alimentario datan del año 1937 por el noruego De Besche, quien además lo asoció con posibles manifestaciones asmáticas y presentó estudios donde demostró la diferencia entre distintas especies de pescados sensibilizantes, reportando casos de sensibilización selectiva. Posteriormente, los estudios y el conocimiento sobre las alergias alimentarias por pescado de mar aumentaron. Durante 1990 se llevó a cabo una investigación en Madrid para estudiar un grupo de niños con alergia a pescado ya diagnosticada, destacando aspectos importantes como que alrededor del 90 % de los niños presentó sensibilizaciones concomitantes, los cuadros clínicos con más frecuencia fueron los cutáneos agudos (signos de urticaria y angioedema), y finalmente, en cuanto a la edad de la primera manifestación clínica, en la mayoría se presentó durante el segundo semestre de vida, coincidiendo con la introducción del pescado en la dieta del niño, por lo tanto, se visualizó que la sensibilización se produce principalmente en los primeros contactos con el alérgeno¹¹.



Figura 3. Paciente posterior al tratamiento sin la presencia de ninguna lesión urticariforme. Fuente: Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (Mérica, Venezuela).

Los agentes alérgenos se unen por medio de enlaces cruzados con receptores de alta afinidad para IgE (FcεRI) localizados en la superficie de las células cebadas y basófilo, activándolos y desencadenando una serie de señales moleculares que dan por resultado la degranulación de las células implicadas, con liberación de mediadores vasoactivos preformados y, además, favorecen la producción de citoquinas que participan en el proceso alérgico¹².

Las manifestaciones clínicas se presentan a nivel cutáneo con la aparición súbita y progresiva de lesiones maculopapulares eritematosas y pruriginosas localizadas en mejillas, pabellones auriculares, tronco, así como en miembros superiores e inferiores, confluyendo algunas de estas y formando grandes habones. Es menester la realización de una anamnesis sistemática y detallada, tanto del paciente como de la madre con el propósito de recabar información acerca de antecedentes de eventos pasados, el contexto en el que se presentó el cuadro alérgico, indagar acerca del posible elemento causal, la cantidad de alimento ingerido y el tiempo transcurrido desde su ingesta hasta la presentación de la sintomatología en el paciente, aunada de una exploración física exhaustiva, con la finalidad de establecer el diagnóstico entre la diversidad de procesos dermatológicos con un componente urticariforme, como las picaduras de insectos, dermatitis por contacto o mastocitosis⁴. La literatura recomienda evitar el alimento causal y sus derivados para así prevenir reacciones posteriores¹³.

Conclusiones

La alergia a los alimentos es una patología que ha ido en aumento y que condiciona la calidad de vida del niño y sus familiares, ya que significa la eliminación de este de la dieta, cumplir con la revisión de las etiquetas de comidas preparadas, e incluso el temor al consumir comidas preparadas por terceros. Por ello, el personal de salud debe estar capacitado para realizar un diagnóstico correcto que justifique adoptar todas las medidas mencionadas anteriormente, con el fin de evitar futuras reacciones alérgicas al alimento, ya que podrían ser más severas que la primera vez. Por otra parte, se debe conocer el protocolo a seguir para el correcto manejo de un paciente pediátrico con síndrome urticariforme, pues la rápida consulta por la madre y el inmediato tratamiento en el centro médico asistencial, el paciente presentó una evolución y resolución satisfactoria de su sintomatología, evitando un probable cuadro de anafilaxia, que puede presentarse en estos casos.

Agradecimientos

A la Dra. Carolina Madriz, quien fue nuestra tutora guiándonos y apoyándonos a lo largo del desarrollo del presente caso clínico.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. Méndez P, Rodríguez P, Ibáñez MD. Urticaria y angioedema. *Pediatría Integral* [Internet]. 2018;XXII(3):125-37. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-05/urticaria-y-angioedema-2/>
2. Sánchez-Saldaña L. Urticaria crónica. *Dermatol Perú* [Internet]. 2012;23(2):78-97. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v23_n2/pdf/a03v23n2.pdf
3. Sierra C, Zaragoza V, Alamar R. Aproximación a la clínica: diagnóstico y manejo de la urticaria. *Enferm Dermatol* [Internet]. 2017;11(32):10-23. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6327407>
4. Tincopa-Wong ÓW. Urticaria y angioedema: una visión general. *Acta Med Per* [Internet]. 2014;31(2):111-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v31n2/a08v31n2.pdf>
5. Sánchez-Saldaña L, Ponce-Rodríguez M, Cabanillas-Becerra J. Urticaria aguda. *Dermatol Perú* [Internet]. 2012;22(1):54-65. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v22_n1/pdf/a11v22n1.pdf
6. González LM. Alergias y el sistema inmune: Una revisión desde el aula. *Rev Fac Cienc Salud UDES*. [Internet]. 2014;1:43-51. Disponible en: <https://journalhealthsciences.com/index.php/UDES/article/view/7/RA.Gonzalez>
7. Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica. Alergia a alimentos. El pescado es la tercera causa de alergia alimentaria en niños [Internet]. 2019. Consultado 20 septiembre de 2020. Disponible en: http://www.seicap.es/es/el-pescado-es-la-tercera-causa-de-alergia-alimentaria-en-ni%C3%B1os_78371

8. Zubeldia JM, Baeza ML, Jáuregui I, Senent CJ. Libro de las enfermedades alérgicas de la fundación BBVA. España: Fundación BBVA, 1ra Ed.; Editorial Nerea, S.A. 2012. Disponible en: https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2012_enfermedades_alergicas.pdf
9. Valdesoiro L, Vila L. Alergia a alimentos mediada por IgE. *Protoc Diagn Ter Pediatr* [Internet]. 2019;2:185-94. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13_alergia_ige_mediada.pdf
10. Torres J, Martínez JF, Tejero J. Reactividad cruzada entre pescados y mariscos. *Allergol Immunopathol* [Internet]. 2003;31:146-51. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-allergologia-et-immunopathologia-105-articulo-reactividad-cruzada-entre-pescados-mariscos-13047825>
11. Pascual C, Fiandor A, Hernando C, Martín M. Alergia a pescados en el niño: aspectos clínicos y respuestas de anticuerpos IgE. *Rev Esp Alergol Inmunol Clín* [Internet]. 1990;5(1):41-6. Disponible en: <https://shortest.link/Xhu>
12. Ortiz-Meza I, Pérez-Armendáriz LA, Amador-Robles M, Rosales-González M, Espinosa-Padilla S, Meza-Velázquez R. Polimorfismos del receptor FcεRI y su relación con enfermedades alérgicas. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas* [Internet]. 2018;27:4-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2018/al181b.pdf>
13. Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K. Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*. 8ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A. 2014. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/fitzpatrick-dermatologia-en-medicina-general-2-tomos>