Journal of

# Investigational Allergology and Clinical Immunology

ISSN 1018-9068 Volume 36, Supplement 1, 2026



Official Organ of Spanish Society of Allergology and Clinical Immunology

www.jiaci.org

Patrocinado por:

MENARINI ESPAÑA

## SIMPOSIO INTERNACIONAL

## NUEVOS RETOS Y OPORTUNIDADES EN ALERGIA ALIMENTARIA

Gran Canaria, 28-31 de Octubre de 2026





# ABRIENDO VÍAS

*Respiramos juntos, Avanzamos juntos.*



ÁREA
**RESPIRATORIO**

## ABRIENDO VÍAS

a su permanente actualización médica. Ponemos a disposición de la comunidad médica un portal con programas formativos de alto valor, guías actualizadas y herramientas clínicas en el área respiratoria.

**Sume valor a su consulta en**

MENARINI
ESPAÑA

ESENZ26031 Oct'26

Journal of

# Investigational Allergology and Clinical Immunology

Volume 36, Supplement 1, 2026

seaic

Official Organ of Spanish Society
of Allergology and Clinical Immunology

Clínica Universidad de Navarra

**Editors in Chief**

A.G. Oehling, Centro de Alergia y Asma, Clínica Salvà, Camí de Son Rapinya 1, E-07013 Palma de Mallorca, Spain (E-mail alberto@oehling.net)

J.M. Olaguibel, Unidad de Asma Grave, Servicio de Alergología, Complejo Hospitalario de Navarra, C/Irunlarrea s/n, E-31008 Pamplona, Spain (Tel. +34 948 255-400, Fax +34 948 296-500, E-mail jiaci@unav.es)

**Associate Editors**

I. Dávila, Hospital Clínico Universitario, Paseo San Vicente s/n, E-37007 Salamanca, Spain

M. Fernández Rivas, Servicio de Alergia, Hospital Clínico San Carlos, C/ Prof. Martín Lagos s/n, 28040 Madrid, Spain

P.M. Gamboa, Servicio de Alergología, Hospital de Cruces, Plaza de Cruces, s/n, E-48903 Baracaldo, Bizkaia, Spain

M. Labrador, Sección de Alergología, Hospital Universitari Vall d´Hebron, Passeig de la Vall d'Hebron 119, 08035 Barcelona, Spain

R. Lockey, University of South Florida College of Medicine, Division of Allergy and Immunology, VA Medical Center, 13000 North 30th Street, Tampa, FL 33612, USA

V. del Pozo, Senior Research, Immunology IIS-FJD, Avda. Reyes Católicos 2, E-28040 Madrid, Spain

J. Sastre, Servicio de Alergia, Fundación Jiménez Díaz, Avda. Reyes Católicos 2, E-28040 Madrid, Spain

**Founding Editor**

A.K. Oehling †, Department of Allergology and Clinical Immunology, Clínica Universidad de Navarra, Apartado 4209, E-31008 Pamplona, Spain

**Editorial Assistant**

G. Betelu, Department of Allergology and Clinical Immunology, Clínica Universidad de Navarra, Apartado 4209, E-31008 Pamplona, Spain (Tel. +34 948 255-400, Fax +34 948 296-500, E-mail jiaci@unav.es

**Editorial Board**

CA Akdis, Davos, Switzerland
A Álvarez Perea, Madrid, Spain
D Antolín Amérigo, Madrid, Spain
LK Arruda, Sao Paulo, Brazil
D Barber, Madrid, Spain
N Blanca López, Madrid, Spain
C Blanco Guerra, Madrid, Spain
MT Caballero, Madrid, Spain
M AZ Calderón, London, UK
B Cárdaba, Madrid, Spain
V Cardona, Barcelona, Spain
T Carrillo, Las Palmas de GC, Spain
M Castells, Boston, USA
T Chivato, Madrid, Spain
C Colás, Zaragoza, Spain
G D'Amato, Naples, Italy
B de la Hoz, Madrid, Spain
J Delgado, Sevilla, Spain
L Delgado, Porto, Portugal
P Demoly, Montpellier, France
SR Durham, London, UK
D Ebo, Antwerpen, Belgium
I Eguíluz, Spain
V Esteban Vázquez, Madrid, Spain
J Fernández Crespo, Madrid, Spain
E Fernández Ibáñez, Vitoria, Spain
M Ferrer, Pamplona, Spain
TA Fleisher, Bethesda, USA
JA Fonseca, Porto, Portugal
A Fox, London, UK
B García, Pamplona, Spain
L García Marcos, Murcia, Spain
G Gastaminza, Pamplona, Spain
D González de Olano, Madrid, Spain
MDP Ibáñez Sandín, Madrid, Spain
R Jiménez Saez, Spain
AP Kaplan, Charleston, USA
S Lau, Berlin, Germany
R Madrigal-Burgaleta, London, UK
F Martínez, Tucson, USA
P Matricardi, Berlin, Germany
J Mohaapatra, Tampa, USA
R Muñoz, Barcelona, Spain
P Nair, Canada
A Nowak-Wegrzyn, New York, USA
O Palomares, Madrid, Spain
N Papadopoulos, Athens, Greece
TAE Platts-Mills, Charlottesville, USA
S Quirce, Madrid, Spain
JR Regueiro, Madrid, Spain
S Roa, Pamplona, Spain
A Romano, Rome, Italy
A Santos, UK
C Sanz, Salamanca, Spain
E. Seoane, Madrid, Spain
A Tabar, Pamplona, Spain
R Valenta, Vienna, Austria
AL Valero, Barcelona, Spain
A Vega Castro, Guadalajara, Spain
C Vidal, La Coruña, Spain
L Vila, La Coruña, Spain

The Editors and the Editorial Board of this Journal are respectful of all scientific criteria; however, they do not necessarily subscribe to the views expressed in all the articles published.

**Publisher**

ESMON PUBLICIDAD, S.A., Balmes, 209, 3º 2ª, 08006 Barcelona, Spain.
Tel. +34 932 159 034 – E-mail esmon@esmon.es

Department of Allergy, Clínica Universidad de Navarra, Pío XII, 36, 31008 Pamplona, Spain.

**Subscriptions**

ESMON PUBLICIDAD, S.A., Balmes, 209, 3º 2ª, 08006 Barcelona, Spain.
Tel. +34 932 159 034 – E-mail esmon@esmon.es

**Advertising/Inserts**

ESMON PUBLICIDAD, S.A., Balmes, 209, 3º 2ª, 08006 Barcelona, Spain.
Tel. +34 932 159 034 – E-mail esmon@esmon.es

**ISSN/DL**

ISSN (Print): 1018-9068 – ISSN (Online): 1698-0808 – DL: B 12845-1991

**Copyright Information**

©2026 Esmon Publicidad, S.A. The journal, as well as the individual contributions to it, are protected under international copyright law. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, digital, mechanical, photocopying, microfilming, or otherwise, without prior written permission from the publisher.
All rights, including translation rights, are reserved.

**Copyright Policy**

This is an open-access journal distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International Licence (CC BY-NC 4.0), which permits non-commercial use, sharing, adaptation, distribution, and reproduction in any medium or format, provided that appropriate credit is given to the original author(s) and the source, a link to the licence is provided, and any changes made are indicated.

**Publication**

Published in six issues per annual volume.

**Subscription Prices**

Annual subscription: €250.00 / US$320.00. Postage and handling (Spain only): €25.00. Postage and handling (outside Spain): €45.00 / US$55.00. Single issue price: €70.00 / US$85.00

**Payment**

Payment may be made by check or international money order to Esmon Publicidad, S.A., Balmes 209, 3º 2ª, 08006 Barcelona, Spain

**Abstracting Services**

Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology is indexed/abstracted in Chemical Abstracts, Current Biology, Current Contents – Clinical Medicine, Database Subidase, Excerpta Medica – Immunology, Serology and Transplantation EMBASE, Index Medicus – Medline/Medlars, Pascal INIST, Science Citation Index Expanded

© 2026 Esmon Publicidad

# COMITÉS SEAIC 2026

## JUNTA DIRECTIVA

| | |
|---|---|
| Presidente: | Prof. Ignacio Jesús Dávila González |
| Presidenta electa: | Dra. Arantza Vega Castro |
| Vicepresidente primero: | Dr. Darío Antolín Amérigo |
| Vicepresidente segundo: | Dr. José Antonio Navarro Echeverría |
| Secretaria: | Profª. Carmen Andreu Balaguer |
| Vicesecretario - Tesorero: | Prof. Moisés Labrador Horrillo |
| Vocales: | Dra. Beatriz Fernández Parra<br>Dra. Beatriz Pola Bibián<br>Dra. Beatriz Veleiro Pérez<br>Dra. Inmaculada Sánchez Machín<br>Dra. Mónica Venturini Díaz<br>Dra. Nagore Bernedo Belar<br>Dra. Rosa Miriam Blanco Pérez<br>Dr. Antonio Letrán Camacho<br>Dr. David González de Olano |

## COMISIÓN TÉCNICA DE CONGRESOS

| | |
|---|---|
| Coordinadora: | Dra. Nancy Ortega Rodríguez |
| Miembros: | Prof. Moisés Labrador Horrillo<br>Dr. Lluis Marqués Amat<br>Dr. José Antonio Navarro Echeverría |

© 2026 Esmon Publicidad

## COMITÉ CIENTÍFICO

Coordinadoras:
Dra. Beatriz Veleiro Pérez
Dra. Beatriz Pola Bibián

Miembros:
Dr. Paloma Poza Guedes
Dra. Sonsoles Infante Herrero
Dra. Paula Cabrera Freitag
Dra. Mª del Carmen Diéguez Pastor
Dra. María José Goikoetxea Lapresa
Dra. Sonia Vázquez Cortés

## COMITÉ ORGANIZADOR

Coordinadores:
Dra. Nancy Ortega Rodríguez
Dra. Paloma Poza Guedes

Miembros:
Dr. Javier Figueroa Rivero
Dr. Antonio M. García Dumpiérrez
Dr. Ruperto González Pérez
Dra. Dara Martínez Beltrán
Dra. Inmaculada Sánchez Machín

© 2026 Esmon Publicidad

# Sumario


## Sesión Plenaria I

**Hacia la medicina de precisión en la alergia a los alimentos: la importancia del umbral**

Trazas en la alergia a los alimentos
*Lancharro Fernández Á*..... 1

## Sesión Plenaria II

**ITO (inmunoterapia oral): diseñando un traje a medida**

ITO con dosis mínima
*Escudero Díez C*..... 3

Edad para la ITO
*Vázquez Cortés S*..... 5

## Sesión Plenaria III

**Esofagitis eosinofílica: el gran reto**

Diagnóstico y seguimiento no invasivo de la esofagitis eosinofílica
*Dávila González I*..... 6

Nuevas dianas terapéuticas en la EoE
*Lucendo AF*..... 8

## Taller I

**Estado actual y futuro de las pruebas cutáneas con alimentos**

Estado actual y futuro de las pruebas cutáneas con alimentos
*Argiz Álvarez L*..... 9

Estado actual y futuro de las pruebas cutáneas con alimentos
*Zavala Segovia MJ*..... 10

## Taller II

**ITO: ¿cuándo, cómo y dónde?**

ITO: ¿cuándo, cómo y dónde?
*Poza Guedes P*..... 11

## Taller III

**De la consulta al supermercado: el día a día de nuestros pacientes**

De la consulta al supermercado: el día a día de nuestros pacientes
*Diéguez Pastor MC*..... 12

## Taller IV

**El reto del enmascaramiento en las provocaciones con alimentos**

El reto del enmascaramiento en las provocaciones con alimentos
*González Mancebo E, Alonso Díaz de Durana MD*..... 13

## Taller VI

**Manejo de la EoE a largo plazo**

Manejo de la EoE a largo plazo
*González Mendiola R, Tomás Pérez M*..... 14

## Mesa Redonda I

**Impacto psicológico de la alergia a los alimentos**

Impacto personal y familiar
*Gago Velasco B*..... 15

Impacto psicológico de la alergia a alimentos. Manejo de adolescentes: retos clínicos y oportunidades de intervención
*Garriga Baraut T*..... 16

## Mesa Redonda II

**Microbiota y alergia a los alimentos**

Terapias microbianas en la prevención y el tratamiento de la alergia alimentaria: estado actual y perspectivas clínicas
*Cabrera Freitag P*..... 18


© 2026 Esmon Publicidad

Microbiota intestinal y alergia alimentaria. Diagnóstico
*Pérez Gordo M*..... 19

## Mesa Redonda III

**Escaleras de alimentos (efecto matriz alimentaria)**

El papel inmunológico de la matriz alimentaria en alergia y tolerancia
*Díaz Perales A*..... 20

## Mesa Redonda IV

**Patología funcional digestiva y alergia a los alimentos**

Dietas de eliminación en los trastornos funcionales digestivos
*Yárnoz Esquíroz P*..... 21

## Mesa Redonda V

**Medicina de precisión en la alergia a los alimentos: fin del manejo por grupos**

Medicina de precisión en la alergia a los alimentos: fin del manejo por grupos en alergia al pescado
*Vera Berrios RN*..... 22

Alergia a los mariscos
*García Figueroa BE*..... 24

Medicina de precisión en la alergia a los alimentos: fin del manejo por grupos: alergia a frutos secos
*Valbuena Garrido T*..... 25

## Seminario I

**Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de la dieta (FPIES)**

FPIES en adultos
*González-Delgado P*..... 26

## Seminario III

**Tratamiento de precisión en alergia a alimentos**

Inmunología de la alergia a alimentos
*Rodríguez Pérez MR*..... 28

## Seminario IV

**Perfiles de sensibilización en pacientes con alergia alimentaria (AALim) a distintas edades**

Perfiles de sensibilización en pacientes con alergia alimentaria (AALim) a distintas edades
*Andreu Balaguer C*..... 29

Perfiles de sensibilización molecular en alimentos a distintas edades
*Goikoetxea Lapresa MJ*..... 31

## Seminario V

**Nuevas tecnologías de aplicación en alergología**

Apps para pacientes alérgicos
*Letrán Camacho A*..... 32

## CAJMIR

Proyectos, despedidas y bienvenidas: bienvenidas
*Mariño Fernández AG*..... 33

Proyectos, despedidas y bienvenidas: despedidas
*Fernández de Alba I*..... 34

Proyectos, despedidas y bienvenidas: proyectos
*García-Gutiérrez I*..... 35

## Sesión especial

**Alfa-gal**

Sesión especial sobre alfa-gal
*Venturini Díaz M*..... 36

## Encuentro con los Expertos

Novedades en el diagnóstico de la alergia alimentaria basadas en microarrays de péptidos
*de la Hoz Caballer B*..... 38

## Comunicaciones Orales

**Alergia a alimentos I**

Patrones de sensibilización molecular al cacahuete en una cohorte pediátrica
*Carbonell Hurtado E, Colomer García MC, Cabrera Freitag P, Entrala Bueso A, Infante S, Álvarez- Perea A*..... 40


© 2026 Esmon Publicidad

Inmunoterapia oral con frutos en niños: evolución clínica e inmunológica en una serie de casos
*Letón Cabanillas P, San José Regidor C, Merino García S, Alonso Gómez A* ..... *41*

Resultados clínicos de nuevos protocolos de inmunoterapia oral con frutos secos y sésamo en pacientes pediátricos y adolescentes
*Pinto Fernández C, Cortés Marina RB, Castilla Díaz R, León Cuesta A, García Huete L, Boné Calvo J* ..... *41*

Eficacia y seguridad de remibrutinib, un inhibidor de la tirosina cinasa de Bruton, en individuos con alergia al cacahuete mediada por IgE
*Rojo Laguna JI, Wood RA, Tan R, Shah R, Soteres DF* ..... *42*

Perfiles de sensibilización a LTP: analogías *in vitro* e *in silico*
*López Salgueiro R, Sebastia Fernández L* ..... *43*

Huella a nivel intestinal de la alergia a la proteína de transferencia de lípidos
*Vicens Novell G, Ruano Zaragoza M, Muñoz Cano RM, Araujo Acuña IK, Archilla Sanz I, Bartra Tomás J* ..... *44*

Tolerancia sostenida en síndrome LTP: resultados a largo plazo de la inmunoterapia oral con zumo de melocotón comercial
*Vila Rabell A, Salvany Pijuan A, Labrador Horrillo M, Luengo Sánchez O, Guilarte Clavero M, Galván Blasco P* ..... *44*

Sensibilización y relevancia clínica de YGP40, una proteína de la yema de huevo
*González Labrador MDLA, Garrido Arandia M, Díaz Perales A, Huete Herrera M, Pérez Fernández E, Alonso Díaz de Durana MD* ..... *45*

Nuevo alérgeno en anafilaxia por dátil: identificación de una gliceraldehído-3-fosfato deshidrogenasa
*Galán Márquez B, Betancor Pérez D, O'Sullivan Guiijarro A, Pastor Vargas C, Parrón Ballesteros J, Cuesta Herranz J* ..... *46*

**Alergia a alimentos II**

Estudio observacional de la alergia a alimentos de origen vegetal con sensibilización a proteínas de transferencia de lípidos a lo largo del tiempo en el norte de España: ¿progresión o regresión?
*González Romero LJ, García González F, Fernández Parra B, Quiñones Estévez MD, Lizarza Mendizabal S, Saso Jiménez L* ..... *47*

Evaluación del efecto cofactor mediante pruebas de exposición controlada en alergia alimentaria por proteínas de transporte de lípidos
*Mir Ihara P, Carreras Kàtcheff S, Araujo Sánchez G, Gelis Caparrós S, Bartra Tomas J, Muñoz Cano RM* ..... *48*

SLIT Melocotón®: seguridad de una pauta de inicio ultrarrápida 373
*Cerrada Uribesalgo E, Saso Jiménez L, Taberna Ibáñez P, Egea García ME, Toscano de las Heras T, Argiz Álvarez L* ..... *50*

Reacciones adversas durante inducción de tolerancia oral (ITO) pauta *rush* en menores de dos años con alergia a proteínas de leche de vaca (PLV)
*García Brito RDP, Martorell Calatayud C, Aleixos Zuriaga M, Félix Toledo R, Alvariño Martín M, Cerdá Mir JC* ..... *50*

Estudio prospectivo, abierto para analizar la seguridad de la retirada de omalizumab en niños con alergia grave a leche de vaca en tratamiento combinado con inmunoterapia oral a dosis bajas. Resultados intermedios. Estudio ILO
*Eusebio Cartagena I, Escudero Díez C, Moya Camacho B, Domínguez Romero IM, Rodríguez del Río P, Ibáñez Sandín MD* ..... *51*

Eficacia y seguridad de la inmunoterapia oral (ITO) con leche en adultos: protocolo por niveles de gravedad
*Sanmartín Pastor C, Rodríguez Álvarez M, Tomás Pérez M* ..... *52*

Caracterización clínica y evolución de la calidad de vida en adultos con alergia alimentaria grave tratados con omalizumab: experiencia en nuestro centro
*Morales Gutiérrez L, Altuve-Giannini F, Noguerales Fuertes L, Palomino Lozano L, Rodríguez Mazariego ME, Zambrano Ibarra G* ..... *53*

Modulación de la microbiota intestinal con probióticos: potencial estrategia para el manejo de las alergias alimentarias en población pediátrica
*Bermúdez Bejarano M, Ruiz González CM, de Manueles Tabliega P, Jiménez López FJ, Alcántara Villar M* ..... *54*

Perfil clínico, endoscópico y respuesta terapéutica en esofagitis eosinofílica: estudio observacional en práctica clínica real
*Otal Cabrera J, Picos Baliña R, Ríos Márquez C, Espín Jaime B, Garzón Benavides M, Ávila Castellano R* ..... *55*

© 2026 Esmon Publicidad

28
31 octubre

# Simposio internacional

## Nuevos retos y oportunidades en alergia alimentaria

## 2026

## Gran Canaria

Expomeloneras
MASPALOMAS

sociedad española de alergología e inmunología clínica
www.seaic.org

seaic fundación
www.seaic.org

**Alergia a alimentos III**

Del síntoma a la proteína: alergia al huevo en adultos, a propósito de 3 casos
*Toapanta Rea EZ, Vázquez Fuertes L, Vera Flores AL, Flores Infante C, Aldama Marin IM, Martínez Martínez MJ* ..... *57*

Mejorando la predicción de la alergia persistente al huevo mediante modelos de *machine learning* con variables clínicas y epítopos de la cohorte australiana HealthNuts
*Padilla Parras L, Baselga Segimon L, Díaz Montalvo L, Peña González NC, Diéguez Pastor MC, Martínez Botas J* ..... *58*

Inducción de tolerancia oral en niños con alergia a huevo persistente. ¿Clara normal o hidrolizada?
*Pérez Arqueros MDM, Reche Frutos M, Thuissard Vasallo I, Sanuy Garabatos M, Molina Hernández E, Valbuena Garrido T* ..... *60*

Desensibilización oral con huevo deshidratado y leche en una cohorte pediátrica: resultados de eficacia y seguridad
*Colomer García MC, Alvarado Izquierdo MI, Navarro Salgado SC, Librada Prieto M* ..... *60*

Identificación de la LTP de pistacho (*Pistacia vera*): caracterización de un nuevo alérgeno implicado en anafilaxia en el síndrome LTP
*Haroun Díaz E, Díaz Perales A, Somoza Álvarez ML, Blanca López N, Ruano Pérez FJ, Cuesta Herranz J* ..... *61*

Desafío diagnóstico en la anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de trigo (WDEIA)
*De Pablo Cortés F, Díaz Montalvo L, Martínez-Botas Mateo J, Alcázar González A, de la Hoz Caballer B, Carpio Escalona LV* ..... *61*

Anafilaxia durante *prick-prick* con frutos secos y detección de un potencial nuevo panalérgeno en paciente con polisensibilización alimentaria
*Navarro Salgado SC, Alvarado Izquierdo MI, Sanz Gómez N, Gutiérrez Hernández M, Colomer García MC, Prieto Martínez ML* ..... *62*

Relevancia clínica de la sensibilización frente a *Anisakis simplex* en una población adulta de Barcelona
*Varela Ávila E, Loli Araujo D, Lasa M, Bartra Tomás J, Pascal Capdevila M, Muñoz Cano RM* ..... *62*

¿Quién atiende las reacciones alérgicas a alimentos en los centros escolares de España? Resultados de una encuesta nacional del Comité de Alergia Infantil
*Reche Frutos M, Arroabarren Alemán E, Zheleva Baynova K, Álvarez García O, Candón Morillo R, de Vicente Jimenez T* ..... *63*

**Alergia cutánea I**

Caracterización y manejo en práctica clínica habitual de los pacientes con angioedema hereditario (AEH) en España
*Prieto García A, Marcos Bravo MC, Guilarte Clavero M, Cimbollek S, Zamora Ruiz V, Díaz Cuervo H* ..... *64*

Proceso asistencial integrado nacional del angioedema hereditario en España
*Caballero Molina MT, Cimbollek S, Guilarte Clavero M, Pla Martí MJ, Jurado Palomo J* ..... *65*

Consenso para la elaboración de una guía de recomendaciones de seguimiento del angioedema hereditario
*Prieto García A, Zheleva Baynova K, Caballero Molina MT, Ibáñez Echevarria E, Pla Martí MJ, Guilarte Clavero M* ..... *66*

Evidencia de vida real sobre las características clínicas y necesidades no cubiertas de pacientes con angioedema hereditario tratados con profilaxis a largo plazo en España
*Guilarte Clavero M, Moreno Jiménez MJ, Luppino G, Connolly H, Zheleva Baynova K* ..... *67*

Características clínicas, demográficas y fenotípicas del angioedema hereditario por déficit de C1-inhibidor (AEH-C1INH) en una cohorte del sur de España. Propuesta de escala de valoración de la gravedad AEH-C1INH
*Zheleva Baynova K, de Aramburu Mera T, Picos Baliña R, Quiralte Enríquez J, Cimbollek S* ..... *68*

Deucrictibant oral en cápsula de liberación de liberación inmediata para el tratamiento a demanda de los ataques de angioedema hereditario: resultados del ensayo clínico de fase III RAPIDe-3
*Lleonart R, Riedl MA, Li PH, Magerl M, Lu P, Cohn DM* ..... *69*

© 2026 Esmon Publicidad

**Alergia cutánea II**

Ronquido primario como desencadenante de angioedema vibratorio: resolución tras dispositivo de avance mandibular
*Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I* ..... 70

Omlyclo® en vida real: resultados de efectividad y seguridad en práctica clínica
*Gómez Fariñas C, Fernández Rodríguez M, Tejero Alcalde M, Morales Acevedo LA, Barbazán Vázquez FJ, Marcos Bravo MC* ..... 70

Evaluación de respuesta a tezepelumab en urticaria crónica refractaria a omalizumab: estudio en vida real
*Bueno Balboa A, Altuve-Giannini F, Morales Gutiérrez L, Entrala Bueso A* ..... 71

Más opciones para el tratamiento de urticaria crónica espontánea: tezepelumab
*Domínguez Estirado A, Chamorro Gómez M, Sánchez Moreno GV, Blanco Sánchez G, Elices Apellániz A* ..... 72

Eficacia a largo plazo de remibrutinib en pacientes con urticaria crónica espontánea de la región europea: resultados de los estudios REMIX-1/-2
*Ferrer M, Brockow K, Weyergraf A, Khemis A, Ortmann C, Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2* ..... 73

Eficacia de remibrutinib en pacientes con urticaria crónica espontánea según características demográficas y basales: análisis agrupado de los estudios REMIX-1/-2
*Labrador Horrillo M, Saini S, Fukunaga A, Yang B, Haemmerle S, Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2* ..... 74

**Alergia cutánea y alergia a medicamentos**

Remodelación multinivel inducida por dupilumab en Netherton con variantes combinadas SPINK5-FLG: integración genómica, funcional y transcriptómica pre-post tratamiento
*Bajo Santos C, Martín García C, Bueno Fortes S, Lázaro Sastre M, Gacia Berrocal MB, Dávila González I* ..... 75

¿Puede el TARC desempeñar un papel como potencial predictor para prolongar el intervalo de administración de dupilumab en la dermatitis atópica?
*Pepino Vassalo AF, Brás Marqués R, Feliciano Dos Santos D, Sousa Antunes M, Lopes Da Silva S, Fernandes Lopes A* ..... 76

Relevancia clínica de los hidroperóxidos de limoneno y linalool en la batería estándar española de la GEIDAC 2022: ¿es necesaria su reevaluación? Estudio en 207 pacientes de un hospital terciario
*Méndez Monge M, Sousa Pérez MV, Enjuto Guisado S, Amadoz Iñarrairaegui LF, Danz Luque ZE, Lizarza Mendizabal S* ..... 76

Pruebas epicutáneas en pacientes con queilitis: perfil de sensibilización en una cohorte hospitalaria en Barcelona
*Varela Ávila E, Orduy AM, Solis K, Riquelme Mc Loughlin C, Amat Samaranch V* ..... 77

Seguridad y efectividad de la prueba de exposición oral directa a penicilinas en Atención Primaria pediátrica
*Letona Luqui M, Lasa Luaces EM, Maiz Uranga I, Vela Fernández A, Amadoz Iñarrairaegui LF, Vela Fernández A* ..... 77

Diagnóstico de alergia a penicilinas en pediatría: del hospital a la atención primaria. Comparativa con a práctica hospitalaria previa
*Letona Luqui M, Lasa Luaces EM, Méndez Monge M, Vela Fernández A, Martínez Molina S, Vela Fernandez A* ..... 78

**Alergia a alimentos y medicamentos**

Anafilaxia en la escuela: ¿están preparados los centros educativos en España? Resultados de una encuesta nacional del Comité de Alergia Infantil
*Arroabarren Alemán E, de Vicente Jiménez T, Reche Frutos M, Zheleva Baynova K, Candón Morillo R, Álvarez García O* ..... 79

Alérgenos sin declaración obligatoria como causa relevante de reacciones alérgicas en población española: resultados de Biogrial
*Henao Escobar S, Gonzalo Fernández A, Vera Berrios RN, Fernández Parra B, Casas Saucedo R, Fernández Rivas M* ..... 80

Retirada de omalizumab en inmunoterapia oral a leche y huevo en población pediátrica: experiencia en vida real
*Bedmar Gómez I, Carreras Kàtcheff S, Gómez Duque M, Larrosa García M, García Esquerda C, Garriga Baraut T* ..... 82

Perfil proteico de bebidas vegetales de frutos secos: implicaciones para la inmunoterapia oral basada en productos comerciales
*Malgorzata Niegowska A, Ruiz Carrasco A, Bruch Tarrega A, Guilarte Clavero M, Viñas Giménez L* ..... 82


© 2026 Esmon Publicidad

Seguridad y rendimiento diagnóstico de un protocolo rápido bifásico de provocación con medios de contraste iodados (MCI) en pacientes con reacción de hipersensibilidad (RHS)
*Tello Montúfar DM, Vargas Días MDLA, Pérez Quintero OD, Yeregui Euba M, Vidal Pan C*..... 84

Análisis descriptivo del estudio alergológico en pacientes con reacciones tardías a amoxicilina confirmadas por provocación oral
*Huete Herrera M, Rosado Ingelmo A, Pérez Fernández E, Tejedor Alonso MA, Andrade Garbán PA*..... 86

**Alergia a medicamentos I**

Síndrome de DRESS en embarazo: utilidad de TTL y ELISPOT en la identificación del agente causal
*González Romero LJ, de la Rocha Ortiz I, Bellón Heredia T, de Agrela Mendes I, de las Vecillas Sánchez L, Cabañas Moreno R*..... 87

DRESS recurrente por alopurinol asociado a HLA-B*58:01 tratado eficazmente con mepolizumab
*Salvany Pijuan A, Peña Peloche M, Garnica Velandia D, Alcoceba Borras E, Corrales Vargas S, Lara Alcón S*..... 88

Síndrome de enterocolitis inducida por fármacos (DIES): serie de casos pediátricos
*Noguerales Fuertes L, Letón-Cabanillas P, Cabrera Freitag P, Álvarez-Perea A, Entrala Bueso A, Infante S* ..... 89

DIES, una enfermedad no tan infrecuente. Nuestra experiencia
*Esperesate Arenaza A, Gutiérrez Suazo E, García Figueroa BE, Arroabarren Alemán E, Anda Apiñániz M, Lizaso Bacaicoa MT*..... 90

Desensibilización al rituximab en pacientes alérgicos: alta seguridad clínica y desafíos en la predicción de la tolerancia
*Herrero Galván M, Reyes Chinea L, Pesántez Cedeño DE, Noblejas Rodríguez A, Carrasco Gómez L, Berges Gimeno P*..... 91

Reclasificación y desetiquetado en pacientes con exantema medicamentoso en urgencias tras estudio alergológico
*Altuve-Giannini F, Arquero Urbanos G, Garate Rodríguez E, Bueno Balboa A, Zambrano Ibarra G, Rodríguez Mazariego ME*..... 92

¿Reiniciar o no reiniciar? Experiencia de 10 años con el reinicio en el mismo día tras reacciones a fármacos oncohematológicos
*Bodero Sánchez J, Quan López PL, Sánchez Fernández S, Calvo Alonso A, Cerrada Uribesalgo E, Gastaminza Lasarte G*..... 93

**Enfermedades respiratorias I**

Riesgo poligénico y epigenético en asma: susceptibilidad genética y remodelado epigenético asociado al tratamiento biológico
*Martín Almeida M, Pérez García J, Martín González E, Poza Guedes P, González Pérez R, Pino Yanes M*..... 94

Estudio CAT
*Colomer García MC, Habernau Mena A, Serrano Rebollo JC, Vega Dombidau N, Blanco Pérez RM, Valle Cerrato LI*..... 95

Diferencias de respuesta a tezepelumab en vida real en asma grave T2: fenotipos alérgico vs. eosinofílico
*Letón Cabanillas P, Harguindeguy Blanco D, Hannaoui Anaaoui A, García Rivero JL, Méndez Alcalde J, Fernández Cortés S*..... 96

Impacto de la carga de comorbilidad basal en la remisión clínica a 12 meses tras inicio de tezepelumab en adultos con asma grave
*Rubio Pérez M, Núñez Acevedo B, Gandolfo Cano M, Robledo Echarren T, Martín-Arriscado Arroba C, García Moguel I*..... 97

Seguridad a largo plazo de omalizumab en pacientes con asma grave en España: estudio SOLPAGE
*Soto Retes L, Cárdenas Contreras R, Rosado Ingelmo A, García Moguel I, Moro Moro MDM, Domínguez Ortega J*..... 98

Mejora de los resultados clínicos con dupilumab frente a omalizumab en pacientes con rinosinusitis crónica grave con pólipos nasales, asma coexistente y anosmia: el estudio EVEREST
*Ibáñez Lamas C, Heffler E, Canonica GW, Gall R, Moraco AH, Oppenheimer JJ* ..... 99

Perfil y evolución de los pacientes con asma grave eosinofílica y benralizumab según ajuste sostenido o no de los corticoides inhalados en práctica clínica habitual. Estudio GALERNA
*Valverde Monge M, Romero Ribate D, Arnao Morales L, Gutiérrez Martín MÁ, Sánchez-Trincado López JL, García Moguel I*..... 100

© 2026 Esmon Publicidad

JIACI Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology

# PREMIO PROFESOR ALBERTO OEHLING

La SEAIC, en agradecimiento a la labor desarrollada por el Profesor Alberto Oehling, uno de los pioneros de la Alergología en España y fundador de la revista *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, ha decidido convocar bianualmente los premios "Profesor Alberto Oehling".

## BASES DE LA CONVOCATORIA

1. Este premio tiene por objetivo incentivar la publicación de artículos originales de calidad en el Journal of *Investigational Allergology and Clinical Immunology*, órgano oficial de la SEAIC.
2. Se concederá un primer premio de 5.000 euros y un accésit de 2.000 euros.
3. Optarán a los premios todos los artículos originales publicados en el JIACI a partir del volumen del año en que se celebra el último congreso de la SEAIC y hasta el volumen anterior al congreso siguiente, correspondiente al periodo comprendido entre dos congresos consecutivos de la SEAIC (aproximadamente dos años), en los que al menos un firmante sea Socio de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, salvo deseo expreso de los autores de no optar al mismo.
4. No podrán optar a estos premios los artículos publicados en forma de casos clínicos o comunicaciones cortas (Practitioner's Corner), editoriales, cartas o revisiones.
5. El jurado que realizará la selección de los dos trabajos premiados estará presidido por el Presidente de la SEAIC y constituido, además, por los Editores Jefe y los Editores Asociados del JIACI. Su decisión será inapelable.
6. El premio podrá quedar desierto si así lo considera el jurado.
7. La entrega de los premios se realizará en un acto que se celebrará durante el Congreso de la SEAIC. Los autores designarán a la persona del equipo que recogerá el premio y que deberá ser un miembro numerario de la SEAIC.

Estudio de las modificaciones epigenéticas asociadas con el tratamiento con mepolizumab en pacientes con asma eosinofílica
*González García D, Martín Almeida M, Pérez García J, Poza Guedes P, González Pérez R, Pino Yanes M..... 103*

Efectividad de dupilumab en asma grave en vida real: resultados a 12 meses del registro RE-ASGRAMUR
*Cortés Collado JJ, Pajarón Fernández MJ, Miralles López JC, Valverde Molina J, Navarro Zaragoza J, Grupo RE-ASGRAMUR..... 104*

**Enfermedades respiratorias II**

Asociación de asma ocupacional y alergia alimentaria IgE mediados por exposición a trigo sarraceno
*González Jáimez A, García del Potro M, Aguado Wakui E, Galán Márquez B, Sastre Domínguez J ..... 104*

Características clínicas y funcionales de pacientes con sospecha de asma ocupacional relacionada con resinas epoxi
*Aparicio Armengol L, Galán Márquez B, Valverde Monge M, de Valdés Cavanilles BC, Sastre Domínguez J ..... 105*

Impacto del diagnóstico molecular en la estratificación de la crisis asmática estacional por polen de olivo y gramíneas
*Tovar Escolar A, Martín Casañez AE, Oviedo Pérez GP, Correa-Estañ Cachorro J, de Dulanto García L, Rojas Vílchez MJ..... 106*

La fuerza muscular se asocia con variables clínicas del asma independientemente de la composición corporal
*López Duque L, Betancor Pérez D, de las Vecillas Sánchez L, Lluch Bernal MM, Quirce Gancedo S, Domínguez Ortega J ..... 107*

Integración multi-ómica en cámara de exposición ambiental identifica fenotipos inflamatorios en alergia a gramíneas
*Solórzano Zepeda C, Garcés Rigol S, García Cívico AJ, de la Hoz Caballer B, Escribese Alonso M, Antolín Amérigo D..... 107*

Función olfatoria evaluada mediante olfatometría BOT-8 en pacientes con asma grave sin poliposis nasosinusal
*Almeida Arteaga CG, Cansino Bascón R, Domínguez Cereijo L, Cuevas Cantero B, Navarro Pulido AM, de Luque Piñana V..... 108*

**Anafilaxia, enfermedades del mastocito y del eosinófilo**

Efectividad y seguridad de dupilumab en esofagitis eosinofílica en práctica clínica real
*Castro Vega G, Tomás Pérez M ..... 109*

Respuesta al dupilumab en la esofagitis eosinofílica refractaria en situación de práctica clínica habitual
*Mazoteras Martínez E, de Felipe Galán G, Muñoz Díaz EE, Piñero Pérez C, Macías Iglesias E, Dávila González I..... 110*

Manifestaciones gastrointestinales y anafilaxia por alimentos en pacientes con alfatriptasemia hereditaria: estudio descriptivo en una cohorte hospitalaria de Cáceres (2022-2025)
*Navarro Salgado SC, Alvarado Arenas M, Colomer García MC, Prieto Martínez ML, Hernández Romero I, Porcel Carreño SL.....111*

¿Es la alfa-triptasemia hereditaria un factor de riesgo para la anafilaxia?
*Ramírez Mateo E, Carrasco Gómez L, Carpio Escalona LV, Piris Villaespesa M, Santón Roldán A, González de Olano D.....111*

Caracterización clínico-molecular de la mastocitosis sistémica
*Muñoz Bolaños S, Ventosa López A, Camacho Arregui C, Santacreu Cabeza L, Peñuelas Menéndez E, Ruiz León M ..... 112*

Triptasa sérica basal en anafilaxia pediátrica
*Cubillo Heras P, Arana-Arce JS, Noguerales Fuertes L, Mateo Francés V, Prieto García A, Álvarez-Perea A ..... 113*

Triptasa sérica en urgencias: rendimiento diagnóstico y pérdida de oportunidades en práctica clínica real
*Altuve-Giannini F, Morales Gutiérrez L, Benitez-del-Castillo Mateos M, Arana-Arce JS, Álvarez-Perea A, Prieto García A ..... 114*

Anafilaxia en urgencias: manejo agudo, precisión diagnóstica y derivación a alergología
*Benitez-del-Castillo Mateos M, Morales Gutiérrez L, Altuve-Giannini F, Bueno Balboa A, Álvarez-Perea A, Prieto García A..... 115*

Reacciones de hipersensibilidad inmediatas no IgE mediadas por paclitaxel: abordaje diagnóstico y terapéutico
*Ollo Morales P, de Peña Ávila C, Melgar Reyes CS, Bernedo Belar N, Girao Popolizio IN, Arruti Oyarzabal N..... 116*

© 2026 Esmon Publicidad

Respuesta al tratamiento de la esofagitis eosinofílica en pacientes atópicos y no atópicos
*Alonso Llamazares A, Arrien de Lecea Á, Antepara Ercoreca I, Segurola Azkarate A, Seras Miera Y, Martínez Antón MD* ..... *116*

## Comunicaciones E-Pósters

**Aerobiología, contaminación y cambio climático**

Correlación entre asistencia a urgencias y niveles de *Platanus* ssp en una población adulta
*García Núñez I, Gómez Ortiz R, Algaba Mármol MÁ, Amo Vázquez de la Torre Á, de Castro Gómez C, Zapata Yébenes JJ* ..... *117*

Desarrollo e implementación de un modelo predictivo de la concentración de polen de *Quercus* en Madrid, España
*Caballero Pérez L, Tapia Galisteo J, Hernando Pérez ME, Cho Park H, Antolín Amérigo D, de la Hoz Caballer B* ..... *118*

Del origen al destino: cuantificación del polen de olivo en Alicante mediante el análisis de masas de aire y niveles de emisión remotos
*Varea Morcillo M, Martínez Mayoral MA, Morales Socuéllamos J, Fernández Barragán A, Contreras García MB, Martínez Jiménez L* ..... *118*

**Alergia a alimentos**

Alergia a manzana asociada a proteínas reguladas por giberelinas: un reto diagnóstico
*Arrien de Lecea Á, Escudero Díez C, Goikoetxea Lapresa MJ, Galán Díez T, Martínez Martínez MJ, Toscano de las Heras T* ..... *120*

Angioedema labial y palpebral por sensibilización a salmón y trucha
*Rodríguez Paredes A, Pérez Herrero MC, Blanco Reinosa MB, Camazón Izquierdo B, Santos Vicente F* ..... *121*

Anafilaxia por sensibilización al champiñón
*Rodríguez Paredes A, Pérez Herrero MC, Camazón Izquierdo B, Blanco Reinosa MB, Santos Vicente F* ..... *122*

Actuación de enfermería en el estudio y diagnóstico de una posible sensibilización a frutos secos en una consulta de alergología
*García Álvarez MP, Herrero Crespo AM, Arenillas Villacorta RA* ..... *122*

Cuidados de enfermería en pacientes con alergia alimentaria (enfoque NANDA)
*Arenillas Villacorta RA, Herrero Crespo AM, García Álvarez MP* ..... *123*

FPIES atípica por lenteja en una paciente de edad avanzada: presentación clínica y diagnóstico
*Rodríguez Jiménez B, Muñoz García E, Veza Perdomo S, Flores Infante C, Morales Castillo ML, Martín Rincón P* ..... *123*

Caracterización molecular de alérgenos alimentarios en un caso de sospecha de alergia a la miel y la mostaza
*Quiñones Obando ML, Ruiz Valero M, Tsopana Granatello A, Moreno Fernández A, Fernández Fernández AE, Pineda de la Losa F* ..... *124*

Alergia a chía (*Salvia hispanica*): implicación de proteínas de almacenamiento y reactividad cruzada con otras semillas
*Vatnani Moolchandani V, Hernández Suárez HR, Sanz Gómez N, Gutiérrez Hernández M, Ortega Rodríguez NR* ..... *125*

Angioedema y urticaria inducidos por contacto e ingesta de quesos: un reto diagnóstico poco común
*Méndez Infante RJ, Prat Vergés L, Escobar Bolaños C* ..... *126*

¿En qué te puede ayudar tu enfermera si tienes alergia alimentaria?
*Gómez García M* ..... *128*

Caracterización y perfil etiológico de las pruebas de provocación oral con alimentos en el área de salud de Plasencia
*Reyero Hernández MDM, Nieto Reyero JA, San Martín García L, Boza Cabrera AM, Domínguez Domínguez E, Blanco Pérez RM* ..... *128*

Anafilaxia por semillas de lino: caracterización clínica y molecular
*Tsopana Granatello A, Ruiz Valero M, Quiñones Obando ML, Moreno Fernández A, Galán Díez T, Pineda de la Losa F* ..... *129*

Entre alergia y tóxico: desenmascarando una reacción tras congrio
*López Abad R, Fernández Fernández AE, Pineda de la Losa F, Martín Lázaro J, García Paz V* ..... *129*

Anafilaxia recurrente por alergia a especias: el comino como alérgeno emergente
*Planas Vinós M, Ribó González P, Giménez Licitra NM, Martínez Lezcano P, Monge González N, Casas Saucedo R* ..... *130*


© 2026 Esmon Publicidad

Semillas de lino como alérgeno emergente: estudio de un caso clínico
*Domingo González C, Acero Sainz S, Jiménez Blanco MA, García Grande Á, Martínez Martínez MJ, Pineda de la Losa F..... 131*

Alergia selectiva a proteínas de leche de cabra y oveja con tolerancia a leche de vaca
*Martín Fernández E, Cabrera Hernández V, Peña Acevedo Y, López Fernández C, Galán Díez T, Pineda de la Losa F..... 132*

Urticaria tras ingesta de queso de cabra en paciente adulto con reciente diagnóstico de esofagitis eosinofílica
*Santos Larrubia C, Vázquez Fuertes L, Aldama Marín IM, Toapanta Rea EZ, Bernaola Abraira M, Sanz Gómez N..... 132*

Del síndrome de alergia oral a la reacción sistémica: caso de alergia al caqui
*Giraldo Tugores MS, Macías Murelaga TL, Sanz Gómez N, Gutiérrez Hernández M, Sousa Pérez MV, Prieto Rodríguez MB..... 133*

Diagnóstico y manejo de la esofagitis eosinofílica en Canarias (CAN-EoE). Encuesta sobre práctica clínica de profesionales sanitarios en esofagitis eosinofílica
*Hernández Suárez HR, Vatnani Moolchandani V, Fernández Cabrera I, González Almeida A, San Juan Acosta M, Poza Guedes P, Grupo de trabajo multidisciplinar de esofagitis eosinofílica en Canarias..... 134*

Proteínas ocultas, riesgo real: anafilaxia por concentrado de suero de leche en paciente adulto
*León Hervias P, Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, Palazuelos Cayón N, Duque Rodríguez MS, García Gutiérrez I..... 135*

Más allá del alérgeno: la importancia de los cofactores
*León Hervias P, Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, Palazuelos Cayón N, López Gutiérrez J, García Gutiérrez I..... 135*

Recuperando alimentos, recuperando calidad de vida: evaluación en alergia alimentaria múltiple
*León Hervias P, Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, Palazuelos Cayón N, López Gutiérrez J, García Gutiérrez I..... 136*

Alergia ocupacional al pulpo en manipuladora de alimentos
*Rodríguez Jiménez B, Fernández Fernández AE, Pineda de la Losa F, Flores Infante C, Muñoz García E, Veza Perdomo S..... 137*

Prueba de provocación oral en niños con alergia a pescado: nuestra experiencia
*Moreno Lotero C, de los Ríos Ospina LM, González Rausell MA, de la Borbolla Morán JM, Birolo Ávila F, Ferré Ybarz L..... 138*

Intolerancia a la histamina en pacientes adultos con sospecha de alergia alimentaria: entidad heterogénea y potencial simulador clínico
*Correas del Prado T, Guerra Auyanet CM, Pérez Arqueros MDM, Ouda Yousef M, Valbuena Garrido T, Reche Frutos M..... 139*

Alergia a huevo de inicio en el adulto
*Brito Negrín C, Rodríguez Siverio P, Armas Sosa E, Piñero Cáceres T, Martínez Tadeo JA, Pérez Rodríguez EM..... 139*

Anafilaxia por manzana con estudio alergológico convencional negativo: papel de las proteínas reguladas por giberelina (Pru p 7)
*Morales Hidalgo A, Mur Gimeno MP, Joyanes Romo JB, Famoso Rivallo A, Fernández Fernández AE, Pineda de la Losa F..... 140*

Anafilaxia alimentaria por proteínas de almacenamiento: caracterización clínica e inmunológica mediante SDS-PAGE y Western blot
*Elices Apellániz A, Fernández Fernández AE, Domínguez Estirado A, Chamorro Gómez M, Sánchez Moreno GV, Pineda de la Losa F..... 141*

Banda proteica de 41-42 kDa en plátano: ¿un nuevo alérgeno por caracterizar?
*Vatnani Moolchandani V, Cuesta Apausa MMP, Sanz Gómez N, Gutiérrez Hernández M, González Cuervo H, Ortega Rodríguez NR..... 142*

Sensibilización a chufa en el área de Valencia: ¿hallazgo incidental o relevancia clínica?
*Bosch Requena A, Mencía Sánchez G, Llusar Gay R, Piña Yungasaca R, García Prado E, Burches Baixauli E..... 143*

Anafilaxia por ingestión de hongos de maduración: el *Penicillium* como alérgeno oculto en quesos y embutidos
*Fluxa Rechach ML, Pérez Escalera LM, Sánchez de Vicente J, Arrien de Lecea Á, Galán Gimeno C, Martínez Antón MD..... 143*

Anafilaxia por suplemento de proteínas de leche de vaca tras cirugía bariátrica en adulto con tolerancia previa a leche fresca
*Bas Bellver L, Bracamonte Odreman S, Iniesta Tejera E, Serrano de Pablo S, Gómez Torrijos E..... 144*

© 2026 Esmon Publicidad

Inmunoterapia con leche de cabra y oveja en paciente previamente tratado con inmunoterapia oral con leche de vaca
*Bas Bellver L, Bracamonte Odreman S, Iniesta Tejera E, Serrano de Pablo S, Borja Segade J* ..... *145*

Anafilaxia por infusiones: cuando el etiquetado no explica la reacción
*Guerrero Huertas N, Sánchez Méndez LC, Carrón Herrero A, Barranco Jiménez R* ..... *145*

Anafilaxia por ingestión de fuet*: Penicillium chrysogenum* como alérgeno alimentario emergente
*Salvany Pijuan A, Pineda de la Losa F, Martínez Martínez MJ, Marquès Amat L, Lara Alcón S, Garnica Velandia D* ..... *146*

Perfil de sensibilización a albúmina 2S en la práctica clínica: estudio transversal descriptivo en Cáceres (2020-2025)
*Prieto Martínez ML, Alvarado Izquierdo MI, Colomer García MC, Navarro Salgado SC, Hernández Romero I, Porcel Carreño SL* ..... *148*

Anafilaxias de repetición por alimento dependientes de ejercicio: no siempre son los cereales
*Millaruelo Rami P, Ahenke Francisco C, Vera Berrios RN, Marco Martín G, Freundt Serpa N, Férnandez Rivas M* ..... *149*

Más allá del diagnóstico convencional en alergia al trigo
*Peña Acevedo Y, Martel Martín C, López Fernández C, Cabrera Hernández V, Martínez Martínez MJ, Pineda de la Losa F* ..... *150*

Embutidos y preparados cárnicos: un nuevo desafío en la seguridad alimentaria de pacientes alérgicos a leguminosas
*Ahenke Francisco C, Millaruelo Rami P, Henao Escobar S, Marco Martín G, Vera Berrios RN, Fernández Rivas M* ..... *151*

De la infancia a la edad adulta: resolución de alergia a proteínas de leche de vaca tras más de dos décadas de evitación
*Harguindeguy Blanco D, Letón Cabanillas P, Sanchís Merino ME, Gutiérrez Matos G, Méndez Alcalde J, Mejías Affinito RP* ..... *152*

Anafilaxia por sésamo y el valor de las fracciones liposolubles
*Albarracín Contreras Á, Galán Díez T, Pineda de la Losa F, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, García Gutiérrez I* ..... *153*

Síndrome gato-cerdo: evaluación de un caso
*Armas Sosa E, Piñero Cáceres T, Brito Negrín C, Hernández Santana GL, Pérez Rodríguez EM* ..... *154*

Al margen del patrón clásico: FPIES atípico inducido por huevo
*García Canuto E, Márquez Hernández DM, de León Castillo MC, Rodríguez Calderón L, Uchupaille Torres PY, Rodríguez Trabado A* ..... *154*

Anafilaxia múltiple por frutas con perfil molecular atípico: estudio proteómico
*Martínez Sendino M, Moreira García MG, Frías López A, Romero Sánchez-Brunete M, Alcover Díaz J, Moro Moro MDM* ..... *155*

Primer caso descrito de alergia IgE mediada a açaí (*Euterpe oleracea*): anafilaxia tras exposición cosmética
*Campagner C, Haroun Díaz E, Pérez Alzate DV, Sanz Gómez N, Ruano Pérez FJ, Prieto-Moreno Pfeifer A* ..... *155*

Alergia a vino y cerveza con sensibilización no atribuible a levaduras
*González Bravo L, Sánchez González MJ, Barbarroja Escudero J, Monjo Paz J, Pineda de la Losa F, Fernández Fernández AE* ..... *156*

¿Garantiza la inmunoterapia con pistacho la tolerancia al anacardo?
*Ojeda Fernández P, Galán Díez T, Ojeda Fernández I, Pesántez Méndez C, Pineda de la Losa F* ..... *156*

Alergia al plátano en paciente con prueba cutánea e IgE específica negativas
*Figueroa Rivero J, López Matas MÁ, Caballero Naranjo E, Cabrera Hernández RM, Gallego Segovia MD, Martínez Beltrán D* ..... *157*

Reactividad cruzada entre *Anacardiaceae* y *Juglandaceae*: un caso de anafilaxia infantil
*Ojeda Fernández I, Galán Díez T, Rubio Olmeda G, Ochando Díez-Canseco M, Pineda de la Losa F* ..... *158*

Desetiquetando la anafilaxia idiopática: a propósito de un caso
*Monje Tejedor S, Trondina A, Herráez Herrera L, Enríquez Matas A* ..... *158*

Angioedema por *Hypsizygus marmoreus* y *Pleurotus eryngii*: ¿un nuevo patrón de reactividad selectiva en el área mediterránea?
*Cortés Bonilla I, Blanco Mota CA, Cabanillas Martín B, Carrón Herrero A, Skrabski Skalba F, Barranco Jiménez R* ..... *159*


© 2026 Esmon Publicidad

Evaluación del impacto de la inmunoterapia sublingual con Pru p 3 sobre la calidad de vida de pacientes con alergia a LTP tras 1 año de tratamiento
*Bernal Rubio L, Peña González NC, Padilla Parras L, Arévalo Machuca NM, Mora Gálvez-Cañero B, González de Olano D..... 159*

Anafilaxia selectiva a espinaca de huerto: identificación de un nuevo alérgeno
*González Guzmán LA, Núñez Orjales RR, Martínez Martínez MJ, Pineda de la Losa F, Carballada González F ..... 160*

Estudio observacional retrospectivo de desarrollo de esofagitis eosinofílica en pacientes sometidos a inducción tolerancia oral (ITO) al huevo en los años 2019-2025
*González López P, Moncada Salinero A, Gajate Fernández P, Micozzi S, Bastidas Parlanti JA..... 161*

Sensibilización independiente a aves de corral y pescado en un adulto joven
*Martínez Martínez MJ, Saura Foix MDP, Pineda de la Losa F, Castillo Marchuet MJ, Domínguez Izquierdo A, Viñas Domingo M ..... 162*

Anafilaxia tras el consumo de cangrejo de río con fuerte sensibilización a *Anisakis simplex*
*Galán Díez T, San Román Sirvent S, Pineda de la Losa F..... 163*

Alérgenos termoestables del huevo en una paciente con reacciones graves a huevo crudo y cocinado
*Rodríguez Cabreros MI, Martínez Martínez MJ, Pineda de la Losa F, Plaza Díaz A, Aznar Cubillo M ..... 163*

Identificación de un alérgeno de 25 kDa en la sandía
*Martínez Martínez MJ, Raducan I, Pineda de la Losa F, Llano Ceballos N, Collado Arocha MA, Enrique Miranda E..... 164*

Anafilaxia bifásica por alergia a *psyllium* (*Plantago ovata*), componente principal de una salchicha vegetal
*Barreto-Puebla M, Zambrano Ibarra G, Berzal Plaza L, Morales Gutiérrez L, Martínez Martínez MJ, Palomino Lozano L..... 164*

Pruebas *prick-prick* con alimentos naturales realizadas durante 2025 en el Complejo Asistencial Universitario de León: experiencia desde enfermería
*García Álvarez MP, Herrero Crespo AM, Arenillas Villacorta RA..... 165*

Urticaria por cafeína: una entidad poco conocida
*López Camba P..... 165*

Anafilaxia bifásica tras ingesta de anacardo
*Moncada Salinero A, Gajate Fernández P, Micozzi S, Bastidas Parlanti JA, González López P ..... 166*

Anafilaxia tardía en pediatría: síndrome alfa-gal como causa emergente
*Albarracín Contreras Á, Andrea Aljaro P, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I, Ruiz de Galarreta Beristain M ..... 167*

Alergia alimentaria en adultos: un caso de discriminación laboral
*García-Iturri Gallego S, Cesar Burgoa PI, Langara Gallastegui O, de Miguel Landabaso A, López Alonso MT, Soriano Galarraga AM..... 167*

Cuando el ALEX no cuenta toda la historia: discordancia clínico-molecular en alergia alimentaria mediada por LTP
*Aleixos Zuriaga M, Alvariño Martín M, Martorell Calatayud C, de las Marinas Álvarez MD, Félix Toledo R, Cerdá Mir JC ..... 168*

Inmunoterapia oral con huevo. Experiencia en la práctica clínica
*Iniesta Tejera E, Bracamonte Odreman S, Bas Bellver L, Serrano de Pablo S, García Rodríguez C..... 169*

Anafilaxia por trigo en paciente con enfermedad celíaca: un reto en el manejo de la dieta de exclusión. A propósito de un caso
*Palomino Lozano L, Arana-Arce S, Morales Gutiérrez L, Rodríguez Mazariego ME, Seoane Reula ME, Zambrano Ibarra G ..... 169*

Anafilaxia nocturna de repetición: alérgeno oculto con sinergia de cofactores
*Resano Redín LR, Núñez Samayoa AS, González Romero LJ, Esperesate Arenaza A, Palomo Álvarez S, Garrido Fernández S ..... 170*

Sensibilización selectiva a la gamba con ausencia de reactividad cruzada con pescado
*Acuña Vila G, Fernández Fernández AE, Pineda de la Losa F..... 170*

¿Chufa o susto? El lado amargo de la bebida más dulce: un caso de alergia a horchata
*Frías López A, Martínez Sendino M, Ruiz Valero M, Guzmán Rodríguez R, Moral de Gregorio Á, Senent Sánchez CJ..... 172*

© 2026 Esmon Publicidad

Anafilaxia por ingestión de especias y caracoles en paciente con polisensibilización a pólenes: identificación de un nuevo alérgeno en comino
*Ventosa López A, Rodríguez Cano S, Alba Rull JL, Camacho Arregui C, Peñuelas Menéndez E, Ruiz León B*..... *172*

Alergia a navajuelas con tolerancia a otros moluscos
*Fernández Bolívar AA, Gómez Nieves ME, Rodríguez Martín E, Córdova Calderón WO, Gutiérrez Hernández M, Sanz Gómez N*..... *173*

Alergia selectiva a *Pleoticus muelleri* (gambón) con tolerancia a otros crustáceos: projectina como posible nuevo alérgeno
*Morales Hidalgo A, Rodríguez de Guzmán J, Joyanes Romo JB, Pineda de la Losa F, Fernández Fernández AE, Mur Gimeno MP*..... *174*

Tolerancia al huevo a los 5 años de haber finalizado un protocolo de inducción de tolerancia oral con huevo
*Ouda Yousef M, Reche Frutos M, Pérez Arqueros MDM, Correas del Prado T, de Vicente Jiménez T, Valbuena Garrido T*..... *175*

Anafilaxia por leche de soja en paciente inicialmente diagnosticada de alergia a proteínas PR-10 y profilina
*González Jáimez A, Baptista Serna L, Fernández Fernández AE, Pineda de la Losa F, Cuesta Herranz J*..... *175*

Anafilaxia por alimentos dependiente del cofactor AINE: distintos perfiles moleculares en un único paciente
*Rodríguez Calderón L, Márquez Hernández DM, Bastidas Parlati JA, Moreno Ancillo Á, Peñalver Mellado M, Vicente López JJ*..... *176*

Anafilaxia por semillas de cáñamo en contexto ocupacional
*Andreu Costa D, Pérez Calderón R, Astrain Sánchez B, Sánchez Piñero I, Peñalver Mellado M, Vicente López JJ*..... *176*

Identificadas proteínas de unión a IgE de 70 y 100 kDa en anafilaxia por centeno: ¿un nuevo fenotipo de alergia a cereales?
*Mora Gálvez-Cañero B, de la Calzada Bustingorri MP, Díaz Montalvo L, Martínez-Botas Mateo J, Machuca Arévalo NM, Peña González NC*..... *178*

Más allá de las pruebas convencionales: anafilaxia por sésamo mediada por oleosinas
*Rubio Olmeda G, Galán Díez T, Pesántez Méndez C, Pineda de la Losa F, Ojeda Fernández I, Ojeda Fernández P*..... *179*

¿Es la alergia a las proteínas PR-10 una alergia leve en el área mediterránea?
*Niegowska MA, Galván Blasco P, Labrador Horrillo M, Guilarte Calvero M, Vila Rabell A, Cardona Dahl V*..... *180*

Desafíos en el manejo de alergia alimentaria en la Patagonia chilena: una mirada desde la ruralidad y el acceso sanitario
*Oakley Inzunza DF*..... *180*

Alergia a avena con IgE específica sérica negativa: del diagnóstico clínico a la caracterización alergénica
*Rosmaninho I, Pinhal Pinhal AL, Galán Díez T, Pineda de la Losa F, Coimbra Coimbra A*..... *181*

FPIES grave con secuelas neurológicas isquémicas: más allá de la afectación intestinal
*Rodríguez Calderón L, Garbán Camero AA, Bastidas Parlati JA, García Canuto E, Uchupaille Torres PY, Rodríguez Trabado A*..... *182*

**Alergia a himenópteros**

Reacciones alérgicas por picaduras de *Vespa crabro* en el Área de Salud de Plasencia
*Reyero Hernández MDM, Nieto Reyero JA, San Martín García L, Boza Cabrera AM, Díaz Sánchez LD, Domínguez Domínguez E*..... *183*

Utilidad del diagnóstico por componentes en alergia a himenópteros: ¿cuál es el responsable?
*Sánchez López P, Rico Collado P, Juárez Rodríguez C, Monsalve Clemente R*..... *184*

Evaluación de pruebas intradérmicas con veneno de himenópteros con dispositivo Nexkin DSPT®: prueba piloto
*González López C, Martínez Marín N, Grau Vergés M, Henríquez Falcón D, Álvarez-Sala Caballero P, Dordal Culla MT*..... *185*

Reacción local tardía por picadura de *Apis mellifera* con sensibilización subclínica a véspidos
*Palomino Lozano L, Rodríguez Mazariego ME, Arquero Urbanos G, Zambrano Ibarra G*..... *185*


© 2026 Esmon Publicidad

Alergia a himenópteros y gammapatía monoclonal de significado incierto
*Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I* ..... *186*

Del tratamiento a la vida real: persistencia de la protección tras inmunoterapia con veneno de himenópteros
*Camacho Arregui C, Muñoz Bolaños S, Alba Rull JL, Serrano Delgado MDP, Ruiz León B*..... *186*

Cumplimiento de la inmunoterapia con veneno de himenópteros (ITVH)
*Morales Sánchez P, Huete Herrera M, Gutiérrez Posso JM, Matta Pérez JI, Pérez Fernández E, Alfaya Arias T*..... *187*

Eficacia a corto-medio plazo de la inmunoterapia con venenos evaluada mediante test de repicadura
*Rodríguez Cano S, Alba Rull JL, Ventosa López A, Santacreu Cabeza L, Serrano Delgado MDP, Ruiz León B*..... *188*

Inmunoterapia con veneno de himenópteros en Cádiz: análisis retrospectivo de un registro en práctica clínica real
*Sáez Salas BI, Tejido Suárez MP, Gutiérrez Fernández D*..... *188*

**Alergia a medicamentos**

Cuando la lactancia materna se convierte en riesgo de anafilaxia
*Domínguez Estirado A, Chamorro Gómez M, Sánchez Moreno GV, Elices Apellániz A*..... *189*

Reacciones adversas a medios de contraste yodados: estudio descriptivo y prospectivo
*Pichardo Santos MA, Garcés Sotillos MDM, Zambrano Cedeño KJ, Amaya Molina AJ, Wilson Salazar E, Fraj Lázaro J*..... *190*

Seguridad y eficacia de la inmunoterapia subcutánea administrada en pauta clúster en pacientes con rinoconjuntivitis y/o asma sensibilizados al polen de olivo con o sin sensibilización a gramíneas
*Sanchidrián Aguilar IM, Rodríguez de Guzmán J, Velasco Henao N, Núñez R, Torres Jaén MJ, Labella Álvarez M*..... *190*

El colirio traidor: cuando tu tratamiento se vuelve contra ti
*Frías López A, Martínez Sendino M, Moreira García MG, Guzmán Rodríguez R, Moral de Gregorio Á, Senent Sánchez CJ*..... *191*

Alergia a clorhexidina tras sondaje uretral
*Goñi Yeste MDM, Yago Meniz A, Juárez Guerrero A, Bueso Fernández A* ..... *191*

Alergia al ácido fólico: un diagnóstico poco común
*Goñi Yeste MDM, Yago Meniz A, Juárez Guerrero A, Bueso Fernández A* ..... *193*

Exantema fijo por naproxeno
*Goñi Yeste MDM, Yago Meniz A, Juárez Guerrero A, Bueso Fernández A* ..... *194*

Reacciones adversas al contraste yodado: ¿se siguen las recomendaciones?
*Henríquez Falcón D, Rodas Robayo R, Martí Garrido J, Vázquez Revuelta P, Álvarez-Sala P, Dordal Culla MT*..... *195*

Exantema fijo medicamentoso por contrastes yodados con reactividad cruzada parcial y tolerancia a iopramida
*Vargas Días MDLA, Tello Montúfar DM, Méndez Brea P, Rodríguez Vázquez V* ..... *195*

Superando la hipersensibilidad múltiple a AINE
*Albarracín Prados S, Sosa Domínguez P, González Cuervo H, Vatnani Moolchandani V, Parra Rojas S, Ortega Rodríguez NR*..... *196*

Anafilaxia perioperatoria IgE mediada por rocuronio: a propósito de un caso
*Planas Vinós M, González Jiménez OM, Lázaro López L, Suárez Lorenzo I*..... *197*

Síndrome DRESS secundario a cefuroxima: a propósito de un caso
*Bermúdez Bejarano M, Jiménez López FJ, Ruiz González CM, Fernández de Alba I, Alcántara Villar M*..... *198*

Desensibilización a natalizumab con omalizumab como adyuvante
*Torres Rojas I, Guerra Auyanet CM, Núñez Acevedo B, Rubio Pérez M, Padial Vílchez MA, Valbuena Garrido T*..... *199*

© 2026 Esmon Publicidad

Hipersensibilidad a subcitrato de bismuto con fenómeno de *flare-up*
*Laiseca García J, Beitia Mazuecos JM, Villalobos Violán V, Mohedano Vicente E, Trujillo Trujillo MJ, González Mancebo E* ..... 200

En busca del contraste
*García Villamuza Y, Sobrino García M, Garcimartín Galicia MI* ..... 201

Implementación de un protocolo de seguridad (*check-list*) de enfermería en la administración de medios de contraste radiológicos: sinergia entre radiodiagnóstico y alergología
*Martín Rincón P, Hernández Gutiérrez I, Morales Castillo ML, Flores Infante C, Muñoz García E, Veza Perdomo S* ..... 202

Hipersensibilidad al ácido zoledrónico en mieloma múltiple: desensibilización rápida con protocolo en una sola bolsa
*Gassol Puigjaner J, Villamor Martín T, Dalmau Duch G, Valor Llácer B, Perdomo Sterling PC, Gázquez García V* ..... 202

Pustulosis exantemática generalizada aguda por benznidazol con uso seguro de nifurtimox en paciente pediátrico
*Morejón Núñez LE, Fernández Izquierdo M, Bellon Heredia T, Gandolfo Cano M, Gómez Traseira C* ..... 203

Pérdida de tolerancia tras desensibilización exitosa con fármaco antituberculoso
*Múgica García MV, Alberdi Callejo A, Ruiz Calatayud M, Monllau Colomer S, Buxens Jares R, Blanco Guerra C* ..... 204

Posible síndrome de enterocolitis inducida por fármacos (DIES, *Drug-Induced Enterocolitis Syndrome*) con amoxicilina: reporte de un caso
*Tello Montúfar DM, Vargas Días MDLA, López Freire S, Cadavid Moreno S, Armisén Gil M* ..... 205

Hipersensibilidad a IBP: más allá de los patrones clásicos
*Rozo Acevedo M, de Agrela Mendes I, Cabañas Moreno R, Heredia Revuelto R, Rodríguez Pérez R, de las Vecillas Sánchez L* ..... 206

Más allá de los relajantes neuromusculares: anafilaxia por sugammadex
*Calvo Delgado MJ, Algarra García E, Mira Fayos R, Prieto Montaño P, Torrecillas Toro M* ..... 207

Alergia a ácido poli-L-láctico (Sculptra®)
*Hernández Uceda S, Hernández Arauzo N, Izquierdo Domínguez A, Schayman Dopico W, Garuz Piqué M, Viñas Domingo M* ..... 208

¿DRESS o exantema simple? Claves clínicas y analíticas en pacientes con eosinofilia
*Cuevas Bravo C, Cubillo Heras P, Morales Janke A, Tornero Molina P, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado Mellado B* ..... 208

Mucositis grave con afectación cutánea mínima tras eslicarbazepina: no todo es alergia medicamentosa
*Ramírez Cortés J, Rodríguez Cabreros MI, Paucar Vidal KC, Turrión Delgado C, Olano López B, Iglesias Cadarso A* ..... 209

Anafilaxia severa por iopramida e iodixanol con reacción local ocular tras utilización de povidona yodada
*García Menaya JM, Astrain Sánchez B, Rodríguez San Blas A, Pérez Rangel I, Sánchez Piñero I, Cordobés Durán C* ..... 209

Dermatitis de contacto alérgica por pomada rectal de diltiazem: reporte de un caso y confirmación diagnóstica mediante pruebas epicutáneas
*González Tapias A, Moreno Lotero C, de los Ríos Ospina LM, González Rausell MA, de la Borbolla Morán JM, Ferré Ybarz L* ..... 210

Reacción de hipersensibilidad retardada grave a paclitaxel confirmada mediante ELISpot (ensayo de puntos por inmunoadsorción ligado a enzimas) y prueba cutánea en lectura tardía
*De Agrela Mendes I, de las Vecillas Sánchez L, Heredia Revuelto R, Cabañas Moreno R, Bellon Heredia T* ..... 211

Desensibilización a inmunoglobulinas en una paciente con reacciones anafilácticas
*Germán Sánchez A, Viedma Ayllón P, Llano Ceballos N, Antolí Martínez H, Enrique Miranda E* ..... 212

De la reacción tardía a la inmediata: anafilaxia por ID tras clínica leve por amoxicilina
*Plaza Díaz A, Sierra Maestro E, Novalbos Wischer A, Pérez González L, Pérez Montero A* ..... 212

Hipersensibilidad tipo IVc a pseudoefedrina: caso de exantema fijo medicamentoso y revisión de la literatura
*Plaza Díaz A, Sierra Maestro E, Novalbos Wischer A, Pérez González L, Pérez Montero A* ..... 213


© 2026 Esmon Publicidad

Hipersensibilidad retardada a heparinas de bajo peso molecular: un clásico que no pasa de moda
*Mejías Affinito RP, Álvarez García O, Puerto del Olmo C, Moro Villar MDC, Díaz Donado C, Quiñones Estévez MD* ..... *214*

Exantema fijo medicamentoso inducido por trimetoprim-sulfametoxazol en una localización atípica
*Juárez Rodríguez C, Rico Collado P, Sánchez López P, Escalada Oliva J* ..... *215*

*Flushing* no siempre es alergia: omeprazol como causa de falso síndrome carcinoide
*Pineda Girón AJ, Melgar Reyes CS, Muñoz Pérez de Lazarraga M, Velasco Azagra M, Uriel Villate O, Vaca Balarezo BI* ..... *216*

Hipersensibilidad múltiple a fármacos tras síndrome de DRESS: sensibilización progresiva a compuestos no relacionados
*Solá Fernández M, García Brito RDP, Lucena Torres MV, López Calatayud V, Pérez Francés C* ..... *216*

Reacción cutánea tardía por iodixanol (Visipaque®) con reactividad cruzada a iohexol (Omnipaque®)
*Vatnani Moolchandani V, González Cuervo H, Albarracín Prados S, Mariño Fernández AG, Parra Rojas S, Ortega Rodríguez NR* ..... *217*

Protocolo de desensibilización rápida con lenalidomida
*Joyanes Romo JB, Morales Hidalgo A, Mur Gimeno MP, Fernández Montesinos Y, Pizarro Núñez de Arenas G, Martínez Velandia A* ..... *217*

Enteropatía grave por olmesartán: la sospecha clínica es fundamental
*Muñoz Díaz EE, Otero Fernández MN, Mazoteras Martínez E, Laffond Yges E, Dávila González I* ..... *218*

Pustulosis exantemática generalizada aguda inducida por inhibidores de la bomba de protones
*De Peña Ávila C, Ollo Morales P, Goikoetxea Lapresa MJ, Sabaté Brescó M, de la Viuda Camino E, Ruiz de Galarreta Beristain M* ..... *219*

Reacción de hipersensibilidad retardada por heparinas de bajo peso molecular: a propósito de un caso
*Pichardo Santos MA, Fraj Lázaro J, Amaya Molina AJ, Zambrano Cedeño KJ, Wilson Salazar E, Arias Pérez J* ..... *220*

Estudio alergológico en pacientes con sospecha de hipersensibilidad a betalactámicos: experiencia de dos años en un servicio de alergología
*Cros Alsina A, Hernández Arauzo N, Saura Foix MDP, Castillo Marchuet MJ, Barrena Crespo J, Viñas Domingo M* ..... *220*

Síndrome de enterocolitis inducido por fármacos (DIES) asociado a cefuroxima en paciente adulta
*Harguindeguy Blanco D, Letón Cabanillas P, Sánchez Alonso A, Mejías Affinito RP, Fernández Cortés S, Méndez Alcalde J* ..... *221*

Síndrome de DRESS inducido por dapagliflozina confirmado mediante test de transformación linfocitaria: a propósito de un caso
*Proaño Mosquera SM, de las Vecillas Sánchez L, Cabañas Moreno R, Lluch Bernal MM* ..... *221*

Reacciones adversas a excipientes en pacientes pediátricos: a propósito de un caso
*Mariño Fernández AG, Parra Rojas S, Vatnani Moolchandani V, Sosa Domínguez P, Albarracín Prados S, Ortega Rodríguez NR* ..... *222*

Reacción adversa tardía a inmunoglobulinas: a propósito de un caso
*Escudero Apesteguía R, Pinto Capote EC, Bosepa Torao MW, Gutiérrez Suazo E, Gaston Lorente M, Arroabarren Alemán E* ..... *222*

Síndrome DRESS secundario a disulfiram
*Sánchez González MJ, Barbarroja Escudero J, Matas Domínguez T, Monjo Paz J, Bellón Heredia T, González Bravo L* ..... *223*

Anafilaxia por celecoxib: a propósito de un caso
*De Manueles Tabliega P, Cañada Peña CL, Ruiz González CM, Navarrete del Pino MA, Jiménez López FJ* ..... *224*

Toxicodermia por cinacalcet
*Gutiérrez Fajar E, Ortiz de Frutos J, Mielgo Ballesteros R, Tous Romero F* ..... *225*

Exantema fijo medicamentoso extenso por levofloxacino: diagnóstico mediante test de provocación oral
*Serrano de Pablo S, Bas Bellver L, Iniesta Tejera E, Bracamonte Odreman S, Gómez Torrijos E, Martín Iglesias MA* ..... *226*

Exantema fijo medicamentoso inducido por piperacilina/tazobactam: a propósito de un caso
*Gutiérrez Posso JM, Matta Pérez JI, Huete Herrera M, Morales Sánchez P, Espejo García MV* ..... *227*

© 2026 Esmon Publicidad

Desensibilización a cefiderocol en bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente: una estrategia terapéutica en un paciente alérgico a betalactámicos
*Martínez Jiménez L, Jiménez Rodríguez TW, Contreras García MB, Fernández Barragán A, Martos Bianqui N* ..... *228*

Protocolo de desensibilización a deferasirox en una paciente adolescente con reacción alérgica previa
*Panique Lazcano LE, de la Rocha Ortiz I, de las Vecillas Sánchez L, Gómez Traseira C* ..... *229*

Reacción cutánea grave por apalutamida confirmada mediante TTL: a propósito de un caso
*Correas del Prado T, Sáez Vicente A, Martínez Feito A, Ruiz-Bravo Burguillos E, Valbuena Garrido T, Núñez Acevedo B* ..... *230*

Alergia a midazolam como causa de hipotensión perianestésica severa
*Kuljuh Causevic A, Muñoz Ramírez M, Lemes Mendoza C, Boulaich Ouazzani-Hassani M, Sánchez-Guerrero Villajos I* ..... *230*

Alergia a tocilizumab (y otros anticuerpos monoclonales) por sensibilización a dominios estructurales de la inmunoglobulina G
*González Bravo L, Sánchez González MJ, Barbarroja Escudero J, Matas Domínguez T, Pineda de la Losa F, Galán Díez T* ..... *231*

*Shock* anafilácticos tras cistoscopias: cuando lo evidente no es la causa
*Ojeda Fernández I, Ojeda Fernández P, Rubio Olmeda G, Ochando Díez-Canseco M, Pesántez Méndez C* ..... *232*

Síndrome de DRESS por lenalidomida: un caso clínico
*Rodríguez Siverio P, Cuesta Apausa MP, González Cuervo H, Domínguez Calero P, Pérez Rodríguez EM* ..... *233*

Esofagitis eosinofílica asociada a sensibilización a LTP inducida por fitoterapia
*Ranea Arroyo S, López Los Santos P, Martínez Martínez MJ, Pineda de la Losa F* ..... *233*

Alergia a medios de contrastes infrecuentes: urticaria por alergia a fluoresceína intravenosa
*Domínguez Estirado A, Chamorro Gómez M, Sánchez Moreno GV, Elices Apellániz A* ..... *234*

Cuando el desencadenante pasa desapercibido: anafilaxia por clorhexidina en un paciente pediátrico con múltiples exposiciones
*Contreras García MB, Martos Bianqui N, Martínez Jiménez L, Fernández Barragán A, Delgado González P* ..... *235*

Pruebas de provocación a medicamentos y alimentos: experiencia en un centro privado
*Carvallo Michelena A, Correa Borit JM* ..... *235*

Reacción selectiva inmediata a paracetamol: limitaciones de las pruebas cutáneas y papel de la provocación
*De Manueles Tabliega P, Cañada Peña CL, López Pascual ME, Ruiz González CM, Jiménez López FJ* ..... *236*

SDRIFE (*Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema*): serie de 3 casos
*Morales Acevedo LA, Roibas Veiga I, Marcos Bravo MC* ..... *236*

Pustulosis exantemática aguda generalizada por hipersensibilidad tipo IV a prednisona
*De la Parte de la Fuente B, Zamora Verduga M, Moreno Mata E, Burgos Montero A, Jaqueti Moreno P, González Sánchez LA* ..... *237*

Exantema por hipersensibilidad tardía a adalimumab confirmada mediante pruebas cutáneas y estudio histopatológico
*Arana-Arce JS, Altuve-Giannini F, Mateo Francés V, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado-Mellado B* ..... *238*

Estudio de alergia a betalactámicos en población pediátrica: características clínicas y rendimiento diagnóstico en una cohorte hospitalaria
*Ortiz Aljaro PA, Mariño Fernández AG, Albarracín Contreras Á, León Hervias P, García Gutiérrez I, Duque Gómez MS* ..... *239*

Erupción fija medicamentosa por cetirizina
*Liñares Mata T, Escudero Arias E, Fernández Franco I, Pérez Carral C, Soto Mera T* ..... *240*

Alergia a la abaloparatida: a propósito de un caso
*Toapanta Rea EZ, Vázquez Fuertes L, Umpiérrez Rodríguez AM, Santos Larrubia C, Bernaola Abraira M, Bernaola Abraira J* ..... *241*


© 2026 Esmon Publicidad

Reacción sistémica tardía tras realización de pruebas cutáneas con contrastes yodados
*Guerra Auyanet CM, Correas del Prado T, Pérez Arqueros MDM, Torres Rojas I, Rubio Pérez M, Núñez Acevedo B* ..... *242*

Reto diagnóstico en un cuadro de reacción cutánea grave
*Cuevas Bravo C, Cubillo Heras P, Mateo Francés V, Morales Janke A, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado Mellado B* ..... *243*

Hepatitis inmunomediada por elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor confirmada por TTL: desensibilización exitosa y optimización individualizada
*Proaño Mosquera SM, de Agrela Mendes I, Lluch Bernal MM, Ramírez E, de las Vecillas Sánchez L, Cabañas Moreno R*..... *244*

Pauta corta de desensibilización a isavuconazol
*Iniesta Tejera E, Palacios Cañas A, Bracamonte Odreman S, Bas Bellver L, Serrano de Pablo S*..... *245*

Desensibilización a quimioterápicos y nuevos protocolos: nuestra experiencia
*Micozzi S, González López P, Moncada Salinero A, Bastidas Parlanti JA, Gajate Fernández P* ..... *245*

Eritema nodoso durante la terapia con dupilumab. ¿Es siempre necesaria la suspensión del fármaco?
*Aparicio Armengol L, Galán Márquez B, Valverde Monge M, Sastre Domínguez J, Betancor Pérez D*..... *246*

Anafilaxias por coxibs
*Ojeda Fernández P, Ochando Díez-Canseco M, Ojeda Fernández I, Rubio Olmeda G, Pesántez Méndez C*..... *247*

Exantema fijo medicamentoso en paciente con artritis polimedicada
*Arévalo Machuca NM, Cho Park H, Peña González NC, Mora Gálvez-Cañero B, Barra Castro A, Berges Gimeno P* ..... *248*

DRESS inducido por bendamustina: abordaje diagnóstico y estudio alergológico
*Rodríguez San Blas A, González Mateos G, Estepa Alonso MJ, Pascal Capdevila M, Astrain Sánchez B, Jiménez Ferrera G*..... *248*

Alergia cutánea grave vs. raro efecto secundario tras tratamiento inmunológico oncológico
*González López P, Gajate Fernández P, Moncada Salinero A, Micozzi S, Bastidas Parlanti JA*..... *250*

Tolerancia intravenosa tras reacción cutánea retardada por trastuzumab subcutáneo: a propósito de un caso
*Sánchez Méndez LC, Guerrero Huertas N, Mielgo Ballesteros R, Barranco Jiménez R*..... *251*

PEGA por contrastes yodados y utilidad del test de transformación linfocitaria
*Peña González NC, Díaz Montalvo L, Padilla Parras L, Arévalo Machuca NM, Villanueva Blanco T*..... *251*

Algoritmo clínico propuesto por la EAACI para la estratificación del riesgo en la provocación de reacciones de hipersensibilidad por quimioterápicos
*Rodríguez Ferrera IJ, Sáenz de Santa María García R, Peña Pérez I, Carrasco Hernández I, Torres Jaén MJ, Bogas Herrera G* ..... *252*

Hipersensibilidad a medios de contraste basados en gadolinio
*Zambrano Cedeño KJ, Monzón Ballarín S, Amaya Molina AJ, Pichardo Santos MA, Wilson Salazar E, Fraj Lázaro J*..... *252*

Anafilaxia grave recurrente por cefuroxima como manifestación de un síndrome de activación mastocitaria
*Vega de la Osada F, Ruiz Calatayud M, Alberdi Callejo A, Monllau Colomer S, Buxens Jares R, Blanco Guerra C*..... *253*

Cuando las SCAR se solapan: DRESS/SSJ/NET en un paciente crítico
*Morales Janke A, Cubillo Heras P, Mateo Francés V, Tornero Molina P, Palomino Lozano L, Cuevas Bravo C*..... *253*

Desensibilización exitosa a doxorrubicina liposomal pegilada con cromoglicato sódico: cuando la premedicación estándar no es suficiente
*Morales Janke A, Cuevas Bravo C, Infante S, Noguerales Fuertes L, Noguerado Mellado B, Tornero Molina P*..... *254*

Hipersensibilidad a terapias biológicas y desensibilización
*Sánchez González MJ, González Bravo L, Barbarroja Escudero J, Laiseca Antón A, Pineda de la Losa F, Galán Díez T*..... *255*

Exantema fijo pigmentario por Frenadol® en adolescente
*Muñoz García E, Mateos Benito A, Veza Perdomo S, Flores Infante C, Rodríguez Jiménez B*..... *257*

© 2026 Esmon Publicidad

Abordaje alergológico del síndrome de hipersensibilidad a múltiples fármacos
*Noguerales Fuertes L, Morales Gutiérrez L, Morales Janke A, Cuevas-Bravo C, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado-Mellado B* ..... *258*

Optimización de tolerancia en un síndrome de enterocolitis inducido por fármacos (DIES) tras administración de inmunoglobulinas intravenosas
*Alberdi Callejo A, Vega de la Osada F, Ruiz Calatayud M, Monllau Colomer S, Buxens Jares R, Blanco Guerra C* ..... *259*

Pérdida rápida de sensibilización a betalactámicos
*Fernández Barragán A, Soriano Gomis V, Caparrós Cayuela E, Fernández Sánchez FJ* ..... *260*

DIES (síndrome de enterocolitis inducida por fármacos): serie de 2 casos
*Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I, Duque Gómez MS, Fernández Pellón L* ..... *260*

Cuando las pruebas cutáneas son negativas: exantema fijo medicamentoso múltiple ampolloso
*Amadoz Iñarrairaegui LF, Sousa Pérez MV, Enjuto Guisado S, Méndez Monge M, Danz Luque ZE, Aranzabal Soto MA* ..... *261*

Desensibilización a filgrastim en paciente con mieloma múltiple: importancia del abordaje multidisciplinar
*Danz Luque ZE, Arrieta Pey MC, Asensio Bermejo A, Sousa Pérez MV, Méndez Monge M, Enjuto Guisado S* ..... *261*

Propofol: un sospechoso frecuente raramente confirmado
*Cuevas Bravo C, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado Mellado B, Tornero Molina P* ..... *262*

Dermatitis de contacto alérgica por minoxidil y propilenglicol: la importancia del vehículo en la persistencia del cuadro clínico
*Matta Pérez JI, Añibarro Vega JM, Andreu Barasoain M, Huete Herrera M, Gutiérrez Posso JM, Andrade Garbán PA* ..... *263*

**Alergia cutánea y angioedema**

Asociación entre Mala s 6 y alérgenos presentes en el macroarray ALEX$^2$
*Medina Vega L, de Vera González A, Karnani Khemlani S, Sánchez Barrios MDC, Hernández Lutzardo EI, Poza Guedes P* ..... *264*

Angioedema hereditario con C1-inhibidor normal por mutación del factor XII: profilaxis previa a la cirugía y manejo hospitalario
*Tello Montúfar DM, Vargas Días MDLA, Veleiro Pérez B, Rodríguez Vázquez V* ..... *265*

Eccema de contacto por un cosmético facial
*Mur Gimeno MP, Joyanes Romo JB, Morales Hidalgo A, Fernández Montesinos Y, Famoso Rivallo A, Pizarro Núñez de Arenas G* ..... *266*

Pericondritis auricular simulada por dermatitis de contacto por clioquinol ótico
*Paucar Vidal KC, Vásquez Bautista AA, Ramírez Cortés J, Salom Luna C, Gorlat García A, Vásquez Michel JDC* ..... *267*

Dermatitis atópica grave: antes y después de dupilumab
*Cuevas Cantero B, Hernández Sánchez MC, Tabares Gallego M, Cansino Bascón R, Salinas Zaldúa AM, de Luque Piñana V* ..... *268*

Dermatitis de contacto alérgica y angioedema en paciente atópica por uso de cacao labial
*Miguel Polo LDC, Moreno Fernández A, Guerra Vilaplana MD, Ruiz Valero M, Quiñones Obando ML, Martínez de la Torre AC* ..... *269*

Tolerabilidad del lino textil en comparación con otros tejidos en pacientes con dermatitis atópica: estudio simple ciego, controlado intrapaciente y aleatorizado
*Bodero Sánchez JM, Parrado Gil L, Calvo Alonso A, Gastaminza Lasarte G, D'Amelio Garófalo C* ..... *269*

Impacto de la implementación de una consulta monográfica de angioedema en hospital terciario: experiencia inicial
*Martínez Guerra ME, Landaveri Sánchez L, Di Bernardo Delgado FT, Frattini Llorens L, Marín Justo A, Díaz Palacios MÁ* ..... *270*

Eficacia de omalizumab en un caso de urticaria colinérgica refractaria con anafilaxia
*Harguindeguy Blanco D, Rodríguez Pérez M, Villafafila Domínguez MDC, Gutiérrez Matos G, Méndez Alcalde J, León Cabanillas P* ..... *270*

Lo que parece angioedema y no lo es: claves para el diagnóstico diferencial en alergología
*Puerto del Olmo C, Mejías Affinito RP, Fernández López S, Fernández Madera JJ, Beristain Urquiza AM, Cueva Oliver B* ..... *271*


© 2026 Esmon Publicidad

El angioedema que no fue: edema facial persistente como presentación inicial de esclerosis sistémica difusa
*De las Marinas Álvarez MD, Aleixos Zuriaga M, Martorell Calatayud C, Alvariño Martín M, Cerdá Mir JC, Félix Toledo R* ..... *272*

Vitamina C bajo sospecha: dermatitis de contacto alérgica por un antioxidante emergente
*Martínez Jiménez L, Silvestre Salvador JF, Contreras García MB, Fernández Barragán A, Martos Bianqui N* ..... *272*

Escalar sin perder el foco: manejo de la urticaria compleja en trastorno del espectro autista
*Palazuelos Cayón N, León Hervias P, Ortiz Aljaro PA, Albarracín Contreras Á, Illaro Uranga A, García Gutiérrez I*..... *273*

Del herpes sospechado al alérgeno inesperado: el diagnóstico final estaba en el contacto
*Resano Redín LR, Zavala Segovia MJ, González Romero LJ, Esperesate Arenaza A, Núñez Samayoa AS, Garrido Fernández S*..... *273*

Eficacia temprana y sostenida de remibrutinib en pacientes adultos con urticaria crónica espontánea: análisis agrupado de los estudios REMIX-1/-2
*D'Amelio Garófalo C, Gogate S, Palumbo M, Giménez-Arnau AM, Hide M, Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2* ..... *274*

Cuando el anclaje falla: dermatitis de contacto alérgica por níquel asociada a sistemas de fijación sin sutura
*Pinto Capote EC, Bosepa Torao MW, Escudero Apesteguía R, González Romero LJ, Rodrigo Lucas I, Martínez Domínguez L* ..... *275*

Estomatitis por acrilatos: una forma inusual de dermatitis alérgica de contacto
*Jiménez López FJ, Fernández de Alba I, Bermúdez Bejarano M, Ruiz González CM, de Manueles Tabliega P*..... *276*

La mayoría de los pacientes con urticaria crónica espontánea tratados con remibrutinib alcanzan un buen control de la actividad de la enfermedad en la semana 3: resultados de los estudios REMIX-1/-2
*Guilarte Clavero M, Metz M, Hide M, Lai W, Haemmerle S, Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2* ..... *277*

Más allá del AEH: amiloidosis AL intestinal mimetizando una crisis de angioedema hereditario
*Ruiz del Barrio L, Picos Baliña R, Ríos Márquez C, Otal Cabrera J, Cimbollek S* ..... *278*

Urticaria *a frigore*: características clínicas y uso de adrenalina autoinyectable en población pediátrica
*Arrieta Pey MC, Maiz Uranga I, Méndez Monge M, Sousa Pérez MV, Enjuto Guisado S, Lasa Luaces EM* ..... *278*

Más allá del diagnóstico: impacto en la calidad de vida de los pacientes con sospecha de dermatitis de contacto
*Clar Castelló M, Palacios Cañas A, Iniesta Tejera E, Bas Bellver L, Serrano de Pablo S, Gómez Torrijos E*..... *279*

Atopia e ictiosis ligada a X
*Rico Collado P, Juárez Rodríguez C, Sánchez López P, Rajado Carrasco M*..... *280*

Cuando la dermatitis atópica va mal: buscando desencadenantes ocultos
*Lucena Torres MV, García Brito RDP, Solá Fernández M, Sánchez Motilla JM, López Calatayud V, Pérez Francés C* ..... *281*

Causa infrecuente de prurito en paciente adulto: diagnóstico clínico de entidad poco habitual
*Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Ruiz de Galarreta Beristain M, Martos Bianqui N* ..... *282*

Dermatitis alérgica de contacto en paciente con psoriasis palmoplantar refractaria en tratamiento biológico
*Pintado Vic FM, Vañó Rizo AM, Jiménez Valero E, Vivas Moreno R, Ricart Hernández M, Flores González MP* ..... *283*

Dermatitis de contacto alérgica por Linitul® secundaria a sensibilización a bálsamo del Perú
*Flores Infante C, Veza Perdomo S, Muñoz García E, Hernández Gutiérrez I, Martín Rincón P, Rodríguez Jiménez B* ..... *284*

Una úlcera que no cura: el papel de la dermatitis alérgica de contacto
*Alba Rull JL, Camacho Arregui C, Rodríguez Cano S, Ventosa López A, Peñuelas Menéndez E, Ruiz León B* ..... *285*

© 2026 Esmon Publicidad

Sífilis y VIH: una "gran imitación" de urticaria
*Andrade Geraldes R, Mesquita Guedes C, Almeida Ribeiro C, Cunha Tavares F, Todo Bom A* ..... 285

Percepción y experiencia del paciente tras el cambio al biosimilar de omalizumab en práctica clínica habitual
*Aguirre Echeverry AM, Pantoja Acosta ML, Miquel Marcó S, Pelizzo S, Roger Reig A, Basagaña Torrentó M* ..... 286

Foliculitis pustulosa eosinofílica localizada inducida por clorhexidina tópica en una paciente pediátrica
*Fernández Izquierdo M, Gandolfo Cano M, Rodríguez Álvarez M* ..... 287

Una urticaria poco habitual en relación a un "interruptor" inesperado
*Medina Quintero MF, Sánchez Dorrego C, Parra Arrondo A, Veleiro Pérez B* ..... 288

Una otitis muy persistente, con antecedentes sospechosos
*Ruiz Valero M, Tsopana Granatello A, Quiñones Obando ML, Miguel Polo LDC, Guerra Vilaplana MD, Moreno Fernández A* ..... 289

Manejo por parte de enfermería ante reacciones sistémicas por pruebas cutáneas
*Nieto Ruiz A, Mesones Garrido M* ..... 290

No todo edema facial es angioedema
*Salvatierra Izaguirre A, Maiese Hernández JG, Mujika Ruiz de Aguirre N, Guerrero Sotelo ÁL, Matala Ahmed B, García González F* ..... 290

Prurito neuropático braquiorradial: una causa infradiagnosticada de prurito crónico en la consulta de alergología
*Fernández López S, Puerto del Olmo C, Álvarez García O, Beristain Urquiza AM, Fernández Madera JJ, Mejías Affinito RP* ..... 291

Asma ocupacional y urticaria crónica: impacto emocional en la evolución clínica: a propósito de un caso
*Mugno Saba AM, Fiol Alonso L, Steixner Zevallos S, D'Elia Torrence D, Pérez Giménez MR, Reinares Ten MC* ..... 292

Antagonistas del GLP-1 en urticaria crónica
*Mora Gálvez-Cañero B, Carpio Escalona LV, Vidal Albareda C* ..... 293

**Anafilaxia**

Anafilaxia por ingestión de hongos de maduración: *Penicillium* como alérgeno oculto en quesos y embutidos
*Fluxa Rechach ML, Pérez Escalera LM, Martínez Antón MD, Sánchez Vicente J, Arrien de Lecea Á, Galán Gimeno C* ..... 293

ALLER-SAFE: impacto de una intervención enfermera basada en simulación en el uso del autoinyector de adrenalina en pacientes con riesgo de anafilaxia
*Galán Jiménez V, Ortega Rodríguez S* ..... 294

Percepción de riesgos y preparación en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alergología
*González Romero LJ, Arroabarren Alemán E, Resano Redín LR, Palomo Álvarez S, Portal Mañeru M, Anda Apiñániz M* ..... 295

Cuando un antiséptico común se convierte en el verdadero culpable: *shock* anafiláctico inducido por clorhexidina: a propósito de un caso
*Gutiérrez Posso JM, Huete Herrera M, Morales Sánchez P, Matta Pérez JI, Rosado Ingelmo A, Andrade Garbán PA* ..... 297

Alerta triptasa: una serie de casos de alfa-triptasemia hereditaria
*Correa-Estañ Cachorro J, de Dulanto García L, Tovar Escolar A, Oviedo Pérez GP, Lara Jiménez MÁ, Rojas Vílchez MJ* ..... 298

Más allá de la anafilaxia idiopática
*Ridruejo Flórez M, Blanco-López M, Barreto-Puebla M, Morales Cabeza C, Fernández-González A, Infante S* ..... 299

Análisis de reacciones sistémicas inmediatas en un servicio de alergología: experiencia 2025
*Garrido Fernández S, Anda Apiñániz M, García Figueroa BE, Aldunate Muruzábal MT, Lizaso Bacaicoa MT, Álvarez Puebla M* ..... 300

Anafilaxia inducida por pitahaya: descripción de un caso con reactividad cruzada
*López Matas MÁ, Ferrer Clavería L, Perciun V, Sobrevía Elfau MT, Rojas Hijazo B, Cubero Saldaña JL* ..... 300


© 2026 Esmon Publicidad

¿Están preparados los nuevos residentes para reconocer y tratar urgencias alergológicas? Impacto de una intervención docente precoz
*Resano Redín LR, González Romero LJ, Esperesate Arenaza A, Núñez Samayoa AS, Lizaso Bacaicoa MT, Arroabarren Alemán E..... 301*

Anafilaxia por mordedura de *Vipera seoanei*: caracterización alergénica de un caso ocupacional
*García Paz V, Martín Lázaro J, López Abad R, Sánchez Sánchez C, Fernández Fernández AE, Pineda de la Losa F..... 303*

Anafilaxia dependiente de cofactores a rosáceas y cítricos: la caracterización molecular revela alérgenos de alto peso molecular más allá de los panalérgenos clásicos
*Subiza Garrido-Lestache JL, de Noia A, Martínez Martínez MJ, Pineda de la Losa F..... 303*

Triglicéridos como posibles biomarcadores predictivos de anafilaxia. Estudio BANA
*De María Camacho I, Bazire Bátiz R, García Cívico AJ, Rodríguez del Río P, Villaseñor Solís AC, Esteban Vázquez V ..... 304*

Anafilaxia, reacción *breakthrough* y reactividad cruzada por contrastes yodados. Utilidad de las pruebas cutáneas y del manejo basado en grupos de reactividad cruzada
*Mejías Affinito RP, Álvarez García O, Fernández Madera JJ, Beristain Urquiza AM, Cueva Oliver B, Quiñones Estévez MD..... 305*

**Enfermedades mastocitarias y eosinofílicas**

Dupilumab como tratamiento de mantenimiento en la enteritis eosinofílica dependiente de corticoides
*Pérez Escalera LM, Fluxa Rechach ML, Sánchez de Vicente J, Galán Gimeno C, Arrien de Lecea Á, Segurola Azkarate A ..... 306*

Hallazgo inusual en esofagitis eosinofílica
*Salvatierra Izaguirre A, Maiese Hernández JG, Mujika Ruiz de Aguirre N, Giménez Revilla MJ, Martínez Molina S, Guerrero Sotelo ÁL..... 306*

Evolución clínica y manejo de la esofagitis eosinofílica (EoE) en mujeres gestantes
*Tomás Pérez M, de la Rocha Ortiz I, Fernández Izquierdo M..... 307*

Mastocitosis sistémica indolente con expresión cutánea infrecuente
*Ruiz Calatayud M, Vega de la Osada F, Alberdi Callejo A, Monllau Colomer S, Buxens Jares R, Blanco Guerra C..... 309*

Menor expresión de HRH4 en sangre periférica en pacientes con urticaria crónica
*Estravís Sastre M, Basurco Planes CH, Otero Fernández MN, Martín García C, Dávila González I, Muñoz Bellido FJ ..... 309*

Estudio sistemático del perfil de sensibilización IgE a aeroalérgenos y alimentos en esofagitis eosinofílica en el área mediterránea
*González Jiménez OM, Pascal Capdevila M, Araujo Acuña IK, Elizalde I, Muñoz Cano RM, Bartra Tomás J ..... 310*

Estudio sistemático del perfil de sensibilización a Pru p 3 en pacientes con esofagitis eosinofílica del área mediterránea
*González Jiménez OM, Pascal M, Araujo IK, Elizalde I, Muñoz Cano RM, Bartra J..... 310*

Más allá de la picadura: anafilaxia por himenópteros en pacientes con mastocitosis
*Muñoz Bolaños S, Ventosa López A, Camacho Arregui C, Santacreu Cabeza L, Serrano Delgado MDP, Ruiz León B..... 311*

Uso de dupilumab en esofagitis eosinofílica refractaria: una serie de casos en la práctica clínica
*Parra Rojas S, Vatnani Moolchandani V, Hernández Suárez HR, González Cuervo H, Ortega Rodríguez NR ..... 311*

Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) de presentación inicial como urticaria refractaria
*Álava Cruz C, Izaguirre Flores HK, Sánchez Pérez H, Hernández Díaz M, Quetglas Valenzuela M, Sánchez Báez D ..... 312*

Identificación de alfa-triptasemia hereditaria (3α/4β) mediante PCR digital: un diagnóstico clave
*Calvo Delgado MJ, Mira Fayos R, Algarra García E, Prieto Montaño P, Torrecillas Toro M ..... 313*

Mepolizumab como tratamiento eficaz en el asma eosinofílica grave con poliposis nasal y enfermedad mediada por mastocitos: a propósito de un caso
*Olano López B, Gorlat García A, Reaño Martos MDM, González de Olano D, Trisán Alonso A, Rodríguez Cortés J..... 313*

© 2026 Esmon Publicidad

Lo que se esconde detrás de una reacción a AINE: mastocitosis sistémica indolente
*Peñalver de la Puente E, Victorio Puche L, Mora Gómez A, Martínez Navarro A, Pajarón Fernández MJ, Belchí Hernández J ..... 314*

Hipereosinofilia extrema con afectación multiorgánica: reto diagnóstico
*Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I ..... 314*

Anafilaxia como forma de presentación de mastocitosis: serie de casos de una unidad de alergología
*Gómez Garrido A, Sánchez Hernández MC, Sobrino García de Zúñiga M, Moreno López C, Cuevas Cantero B, de Luque Piñana V ..... 315*

**Enfermedades respiratorias (asma, rinoconjuntivitis y poliposis)**

Evaluación de la relevancia clínica de *Quercus* spp. a través de la prueba de provocación nasal específica
*Hernando Sáez C, Fernández Izquierdo M, Morejón Núñez LE, Losantos García I, Lluch Bernal MM, Rodríguez Pérez MR ..... 316*

Cambios longitudinales en la expresión de CD124 en células inmunitarias circulantes durante el tratamiento con dupilumab: estudio conceptual
*Moreno Jiménez E, Pérez Pons A, Gómez García M, García Moguel I, Orfao A, Dávila González I ..... 317*

Prevalencia de asma diagnosticada en Atención Primaria en España: evolución temporal (2014-2024) y diferencias por sexo y edad
*San Román Sirvent S, Matala Ahmed B, Ramos Lima F, Sánchez Tena J, de las Heras Gaite A, Garriga Companys S..... 318*

Implementación de un programa de transición en alergología: creación de una subcomisión e indicadores iniciales
*Rodríguez Jiménez B, Veza Perdomo S, Muñoz García E, Flores Infante C, Ruiz Jiménez M, Mateos Benito A ..... 319*

Mejoras clínicas tempranas con tezepelumab en rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) grave: datos de la cohorte española del estudio WAYPOINT
*Del Cuvillo Bernal A, Martínez Capoccioni G, Foster A, Marchese C, Chon Y, Santillán J ..... 320*

Asma ocupacional del panadero
*Aldama Marín IM, Bernaola Abraira M, Toapanta Rea EZ, Santos Larrubia C, Bernaola Abraira J, Vázquez Fuertes L ..... 322*

Hospitalizaciones y mortalidad por asma en 2023 por sexo en España
*Betancor Pérez D, López Gutiérrez J, Ramos Lima F, González Sierra M, Roncero Martín A, Galván Blasco P ..... 323*

Identificación de endofenotipos de sensibilización en pacientes con rinitis alérgica por ácaros
*Bermúdez Martínez M, Chugo Gordillo S, Brigido Paredes C, Hervás Masip D..... 324*

Caracterización de los pacientes con RSCcPN en la era de los biológicos en España: estudio POLARIS
*Mullol i Miret J, Colás Sanz C, Alegría Llorente M, Ramos Lima F, Monteagudo Ruiz G, Quirce Gancedo S..... 325*

Evolución de los biomarcadores inflamatorios tras tratamiento con biológicos en asma grave: análisis intragrupo en vida real
*Campagner C, Gómez-Chaparro Sopelana C, Loza Flores K, Acampora E, Vázquez de la Torre Gaspar M, Ruano Pérez FJ ..... 328*

Evolución de los biomarcadores inflamatorios en pacientes con asma grave en tratamiento con biológicos: análisis comparativo en vida real
*Campagner C, Gómez-Chaparro Sopelana C, Loza Flores K, Acampora E, López-González P, Ruano Pérez FJ..... 329*

Evolución de la IgE total y específica frente a neumoalérgenos tras tratamiento con tezepelumab en pacientes con asma grave fenotipo T2 alérgico: estudio en vida real
*Gómez-Chaparro Sopelana C, Campagner C, Loza Flores K, Acampora E, Vázquez de la Torre Gaspar M, Ruano Pérez FJ ..... 330*

Registro de terapias biológicas en una unidad de alergia
*Habernau Mena A, Redondo Caldera L, Larios Cuenda ÁC, Díaz Suárez L, Caldera Bermejo J, Valle Cerrato LI ..... 330*

Efectividad en vida real de mepolizumab en la rinosinusitis crónica con pólipos nasales en pacientes con asma grave: un análisis del estudio TYREX
*Domínguez Ortega J, Álvarez Gutiérrez FJ, Pérez de Llano LA, Almonacid Sánchez C, Cisneros Serrano C, Dávila González I ..... 331*


© 2026 Esmon Publicidad

Asma grave y mala adherencia: cuando el fracaso terapéutico obliga a replantear las reglas
*Herrero Galván M, Noblejas Rodríguez A, Reyes Chinea L, Pesántez Cedeño DE, Carrasco Gómez L, Antolín Amérigo D* ..... *332*

Identificación de alérgenos de legumbres en un caso de asma laboral
*Camazón Izquierdo B, Ortega Camazón E, Blanco Reinosa MB, Santos Vicente F, Fernández Fernández AE, Pineda de la Losa F*..... *333*

Rinitis ocupacional por alergia a harina de cereales: particularidades de la sensibilización a proteínas LTP
*Piñero Cáceres T, Armas Sosa E, González Afonso M, Rodríguez Plata E, Martínez Tadeo JA, Pérez Rodríguez EM*..... *335*

Respuesta parcial al tratamiento del reflujo gastroesofágico en una paciente con asma grave
*Santaolalla Felices R, Meneses Sotomayor JV, Noriega Herrera MA, Sanjuán Conde M, Alonso Bilbao N, Venturini Díaz M* ..... *335*

Análisis de los patrones de prescripción de benralizumab en la Comunidad Valenciana: estudio transversal (2023-2024)
*Marín Justo A, Di Bernardo Delgado FT, Frattini Llorens L, Martínez Guerra ME, Díaz Palacios MÁ, Landaveri Sánchez L* ..... *336*

Estudio VACASMA, percepción de la vacunación en pacientes con asma grave: resultados de un estudio transversal y descriptivo
*Domínguez Ortega J, Martínez Moragón E, Blanco Aparicio M, Diab Cáceres A* ..... *336*

Asma persistente por monosensibilización a Der p 23: un fenotipo excepcional en alergia a ácaros
*Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I* ..... *337*

Asma pediátrica por monosensibilización a Der p 23: relevancia del diagnóstico molecular
*Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I, Piña Yungasaca R* ..... *337*

Impacto de la educación enfermera especializada en la autoadministración de terapias biológicas en asma
*Pérez Vega E, Cuadrado Martín Y, García Parrales P, Albarrán Chamorro AI, Ávila Miranda S, Caminoa Irisarri M*..... *338*

Asma grave de inicio tardío como forma de presentación de vasculitis eosinofílica
*Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, León Palazuelos N, García Gutiérrez I* ..... *338*

La oscilometría como herramienta que muestra modificaciones en la vía aérea pequeña desde el primer mes tras pauta de tezepelumab antes que la espirometría
*Gallego Segovia MD, García Dumpiérrez AM, Figueroa Rivero J, Díaz Cruz MR, Reinaldo Armas Y, de la Nuez León MJ* ..... *339*

La oscilometría como herramienta de diagnóstico en casos de imposibilidad de realización de otras pruebas funcionales respiratorias
*Gallego Segovia MD, García Dumpiérrez AM, Figueroa Rivero J, Martínez Beltrán D, Caballero Naranjo E, Góngora Martínez MA*..... *340*

Impacto de comorbilidad atópica en el control del asma en población pediátrica: estudio transversal
*Andrade Geraldes R, Mendes Freitas T, Ferreira Alves I, Cunha Tavares F, Todo Bom A, Gaspar Lemos S*..... *341*

Epidemiología de las crisis bronquiales en la infancia. Experiencia en nuestro centro
*Zambrano Cedeño KJ, Sobrevía Elfau MT, Pichardo Santos MA, Colás Sanz C* ..... *342*

Evolución en el asma grave eosinofílico corticodependiente
*Frías Jiménez M, Vegas Sánchez MC, Roncancio Clavijo A, de la Viuda Camino E, Ruiz de Galarreta Beristain M, Uriel Villate O* ..... *342*

Asma ocupacional por sensibilización a enzima derivada de *Rhizomucor miehei* en trabajador del sector lácteo
*Lemes Mendoza C, Cortés Collado JJ, Muñoz Ramírez M, Kuljuh Causevic A, Vicente López JJ, Peñalver Mellado M* ..... *343*

El esputo inducido como herramienta de apoyo al diagnóstico del fenoendotipo del paciente con asma grave no controlada
*Gallego Segovia MD, Sánchez Alonso S, González Martínez G, Rivas García E, García Dumpiérrez AM* ..... *344*

© 2026 Esmon Publicidad

Asma alérgica con monosensibilización a *Blomia tropicalis* como causa infradiagnosticada en el norte de España
*Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I, Ruiz de Galarreta Beristain M* ..... *345*

Rinitis y sibilancias recurrentes en niño migrante: *Blomia tropicalis* como alérgeno poco frecuente en el norte de España
*Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I* ..... *345*

SIGLEC6 como posible marcador tisular en poliposis nasal y asma: estudio piloto
*Morgado Llamazares N, Moreno Jiménez E, Bueno Fortes S, González de Olano D, García Sánchez A, Sanz Lozano C* ..... *346*

Concordancia e impacto clínico y funcional de los criterios de broncodilatación ERS/ATS 2021 en asma
*Sánchez Carrasco P, González Figueroa D, Sastre Domínguez J, Betancor Pérez D*..... *346*

Una sola inflamación, múltiples órganos: respuesta multiorgánica a dupilumab en una paciente con multimorbilidad T2
*Moreira García MG, Abengozar Manzanaque M, Martínez Sendino M, Román Sanabria J, Peña Arellano MI, Moro Moro MDM* ..... *347*

Utilidad de la prueba de provocación nasal con *Quercus* en la optimización de la inmunoterapia: a propósito de un caso
*Uchupaille Torres PY, Sampedro Moreno S, de León Castillo MC, Rodríguez Calderón L, García Canuto E, Rodríguez Trabado A* ..... *349*

Los pacientes españoles con asma y/o rinosinusitis crónica con pólipos nasales y los especialistas que los tratan preferirían un tratamiento biológico con dos dosis anuales frente a otros biológicos con mayor frecuencia de administración
*González Guijarro I, Plaza Moral V, López Ramos C, Oliveras Manubens G, Preib MT, González Pérez R*..... *350*

¿Omalizumab en queratoconjuntivitis vernal grave?
*Maiese Hernández JG, Salvatierra Izaguirre A, Mujika Ruiz de Aguirre N, Martínez Molina S, Guerrero Sotelo AL, Giménez Revilla MJ*..... *351*

Beneficio de depemokimab en pacientes con rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) y asma concomitante que cumplen criterios de elegibilidad para terapia biológica según guía POLINA. Subanálisis de los ensayos ANCHOR 1/2
*Mullol i Miret J, López Ramos C, Moreno Borrallo P, Oliveras Manubens G, Walrave Walrave L, del Cuvillo Bernal A* ..... *352*

Afectación conjuntival en la rinoconjuntivitis alérgica: caracterización clínica y relevancia asistencial
*Salinas Zaldúa AM, Cansino Bascón R, Sánchez Hernández MC, Almeida Arteaga CG, Domínguez Cereijo L, de Luque Piñana V*..... *353*

Fracaso de inmunoterapia y persistencia de inflamación tipo 2 en adolescente con asma alérgica
*Veza Perdomo S, Flores Infante C, Muñoz García E, Rodríguez Jiménez B* ..... *354*

Encuesta a enfermería de las unidades de asma grave acreditadas de SEAIC
*Bellido Linares V, Antolín Amérigo D, López Carrasco V, Miralles López JC*..... *355*

**Inmunoterapia e inmunología**

Dupilumab previo a inicio de inmunoterapia en pacientes con asma estacional grave por alergia a polen de olivo
*Gómez de la Cruz Pérez S, Contreras Gómez N, López Rodríguez JC, Ruiz León B* ..... *356*

Aplicabilidad de una herramienta de móvil para el control de pacientes en tratamiento con inmunoterapia subcutánea
*Miquel Marcó S, Bolós Riu M, Albert Yecora N, Gómez Fernández M, Padró Casas C, Roger Reig A*..... *357*

Perfil molecular de ácaros en pacientes con fracaso a inmunoterapia y su impacto en el diseño de nuevos esquemas de tratamiento
*Pereyra Acha MC, Alvarado Izquierdo MI, Gutiérrez Hernández M, Sanz Gómez N*..... *357*

¿Somos la especialidad más feliz? Estudio comparativo de *burnout* en alergología y medicina interna en residentes y especialistas jóvenes en España
*Navarro Salgado SC, Colomer García MC, Prieto Martínez ML, Hernández Arbeiza FJ, Hernández Romero I*..... *358*


© 2026 Esmon Publicidad

Implementación de una consulta de enfermería especializada para el seguimiento autónomo de la inmunoterapia con alérgenos: protocolo de eficacia y seguridad
*Garrido Fernández S, Manero Olleta A, Zavala Segovia MJ, Ramos Chaparro AB, Portal Mañeru M, García Figueroa BE* ..... *359*

Optimización de la inmunoterapia con extractos despigmentados-polimerizados mediante validación por provocación conjuntival: protocolo GOES (*Grass/Olive Immunotherapy for Rhinitis and Asthma*) para el manejo de la polisensibilización a gramíneas y olivo
*Salamanca Fernández G, Torres Pérez B, Ruiz García M, Gracia Colldeforns J, Marín de Pablo A*..... *360*

Evaluación de la eficacia, seguridad y capacidad inmunomoduladora de dos concentraciones de un extracto despigmentado-polimerizado de polen de gramíneas: protocolo del ensayo clínico GIRA (*Grass Immunotherapy for Rhinitis and Asthma*) en pacientes con rinoconjuntivitis por gramíneas en España y Portugal
*Salamanca Fernández G, Torres Pérez B, Ruiz García M, Gracia Colldeforns J, Marín de Pablo A*..... *361*

Efectividad de una consulta telefónica de enfermería en pacientes tratados con inmunoterapia frente a pólenes: análisis de eficacia, adherencia y gestión asistencial
*Ramos Chaparro AB, Zavala Segovia MJ, Manero Olleta A, Anda Apiñániz M, Goyena Navarro P, Garrido Fernández S*..... *362*

Efectividad de una consulta telefónica de enfermería en pacientes tratados con inmunoterapia frente a ácaros: análisis de eficacia, adherencia y gestión asistencial
*Portal Mañeru M, Goyena Navarro P, García Figueroa BE, Aldunate Muruzábal MT, Lizaso Bacaicoa MT, Garrido Fernández S*..... *362*

Estandarización biológica *in vivo* de extractos alergénicos de *Dermatophagoides pteronyssinus* y *Dermatophagoides farinae*
*Ferrer Torres Á, Enrique Miranda E, Escorial García M, Brotons Silvar B, Hernández Rocamora FT, Hernández Peña J*..... *363*

Registro de inmunoterapia específica con alérgenos en la Unidad de Inmunoterapia del Hospital de Mérida, Badajoz, España
*Habernau Mena A, Redondo Caldera L, Larios Cuenda ÁC, Caldera Bermejo J, Valle Cerrato LI, Carracedo Molina MDM* ..... *364*

Utilidad del bloqueo de determinantes carbohidratados (CCD) en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en alergia a himenópteros e inhalantes: a propósito de un caso
*Viedma Ayllón P, Reverter Morales M, Germán Sánchez A, Palau Canós T, Bueno Vargas A, Enrique Miranda E* ..... *364*

Aplicación de la tecnología Nexkin DSPT® en la estandarización *in vivo* de alérgenos moleculares de *Dermatophagoides pteronyssinus*: correlación con la lectura manual del área de las pápulas
*Azpilicueta Ferrer J, Gutiérrez Suazo E, García-Parrado García G, Rica Reguilón A, Martínez Gomariz M, Tabar Purroy AI*..... *365*

Caracterización clínica y molecular de pacientes sensibilizados a caspa de gato
*Bernal Rubio L, Sola Martínez FJ, Camacho Nieto N, García-Parrado García G, Picos Souto S, Martínez Gomariz M* ..... *366*

Rendimiento diagnóstico de *prick test* en gramíneas: sensibilidad y especificidad en un estudio multicéntrico
*González de Olano D, González Mancebo E, Rosado Ingelmo A, Escorial García M, Hernández Peña J, Brotons Silvar B*..... *367*

Cuantificación del alérgeno natural purificado Cup a 1 mediante el desarrollo de un ELISA indirecto con anticuerpos policlonales
*Camacho Nieto N, García Hernández MDC, Sánchez Martín P, Hernández Ortiz N, Martínez Gomariz M* ..... *368*

Identificación mediante espectrometría de masas de alérgenos de *Blomia tropicalis* y *Dermatophagoides* spp. en extractos nativos, despigmentados y despigmentados polimerizados
*López Matas MÁ, Moya Lobo R, Aranda Cantero T, Carnés Sánchez J*..... *368*

Tolerancia a inmunoterapia sublingual de gato en pacientes adultos con asma grave: serie de casos
*Trondina A, Monje Tejedor S, Enríquez Matas A, García Moguel I, Feliu Vila A, Barranco Jiménez R* ..... *369*

© 2026 Esmon Publicidad

Seguridad y eficacia de un nuevo alergoide molecular (purificado y polimerizado) de Fel d 1 en pacientes alérgicos a epitelio de gato
*Moreno Fernández A, Cava Ruiz N, Corrales García R* ..... *370*

Infecciones respiratorias recurrentes: un diagnóstico inmunológico
*Collado Arocha MA, Bohorquez Cruz VM, Núñez Beltrán M, Carbonell Hurtado E, Coronado Pérez AI, Enrique Miranda E* ..... *371*

Estudio de la eficacia y seguridad de la inmunoterapia (ITA) subcutánea con un alergoide polimerizado (Cup a 1, gramíneas y olivo) en pacientes con rinoconjuntivitis (RA) y/o asma alérgica
*Acuña Vila G, Luna Porta A, Tomás Pérez M* ..... *372*

Resultados clínicos y de seguridad de Pollinex® GO en asma y rinitis alérgica estacional: estudio GOL
*Sola Martínez FJ, Florido López JF, Domínguez Cereijo L, Serrano Delgado MDP, Cases Ortega B, Valverde Monge M*..... *373*

Beneficios de la inmunoterapia con alérgenos en asma grave infantil
*Palomino Lozano L, Altuve-Giannini F, Garate Rodríguez E, Zambrano Ibarra G, Rodríguez Mazariego ME, Entrala Bueso A* ..... *373*

Correlación diagnóstica del SPT molecular y sIgE (ImmunoCAP™) en alergia pediátrica a *Dermatophagoides*
*Moral Jiménez S, Rueda Martín F* ..... *374*

"Mapa nacional" laboratorio de alergología: resultados preliminares encuesta *online* dirigida a los centros
*Sabaté Brescó M, Rodríguez Pérez R, Villaseñor Solís AC, López Salgueiro R, Mayorga Mayorga C, Pascal Capdevila* ..... *374*

Seguridad, adherencia y eficacia de una dosis aumentada de Pollinex Quattro gramíneas y/o olivo en práctica clínica
*O'Sullivan Guijarro A, González Jáimez A, Betancor Pérez D, Domínguez Ferrer P, Berna Rosado L, Sastre Domínguez J* ..... *375*

Modulación de la expresión génica y respuesta a la inmunoterapia en pacientes con cáncer de pulmón: estudio de la interfaz alérgico-oncológica
*García Sánchez A, González Santa Catalina P, Churruca Clemente A, Parejo Díaz A, del Barco Morillo E, Martín García C* ..... *377*

Seguridad y eficacia de la inmunoterapia subcutánea administrada en pauta clúster en pacientes con rinoconjuntivitis y/o asma sensibilizados a polen de olivo con o sin sensibilización a gramíneas
*Cancelliere Fernández N, Alcántara Villar M, Martín Casañez AE, Palomeque Rodríguez MT, Betancor Pérez D, Sola Martínez FJ*..... *378*

Resultados del cribado neonatal para la inmunodeficiencia combinada grave en la comunidad de Madrid tras 2 años de su implementación
*Quijada Morales P, Zambrano Ibarra G, Llorente Martín E, García Martínez E, Gil Herrera J, Seoane Reula ME* ..... *379*

Perfil de seguridad en vida real de la inmunoterapia subcutánea con mezcla de extractos despigmentados polimerizados de *Dermatophagoides pteronyssinus* y epitelio de gato
*Hernández Suárez HR, Rubira García N, Dordal Culla MT, Herrero Lifona L, Rondón Segovia C, Torres Pérez B*..... *380*

Caracterización de la inmunoterapia específica con aeroalérgenos iniciada en la Unidad de Inmunoterapia del Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII en pacientes mayores de 18 años durante el año 2025
*Gassol Puigjaner J, Villamor Martín T, Dalmau Duch G, Perdomo Sterling PC, Martín Just S, Gázquez García V* ..... *381*

Reducción en el uso de recursos sanitarios en pacientes pediátricos tratados con SLIT líquida 300 IR: un subanálisis en vida real de España e Italia
*González Pérez R, Poza Guedes P, Añó García MÁ, Sánchez Morillas L, Yago Meniz A, Bazire Bátiz R* ..... *382*

Capacidad inmunogénica de extractos nativos individuales o combinados de los ácaros de almacenamiento *Acarus siro* y *Tyrophagus putrescentiae*
*Moya Lobo R, Calzada Ricote D, Osuna Miguel C, Aranda Cantero T, Carnés Sánchez J*..... *383*

Omalizumab como uso compasivo en queratoconjuntivitis atópica refractaria: una alternativa eficaz ante el riesgo de secuelas visuales permanentes
*Barreto-Puebla M, Ibares L, Cabrera Freitag P, Álvarez-Perea A, Entrala Bueso A, Infante S*..... *383*


© 2026 Esmon Publicidad

Perfil de seguridad y respuesta clínica de la inmunoterapia subcutánea con extracto polimerizado de *Dermatophagoides* sin efecto dilución en la vida real
*López Cauce B, Ortega Martín L, Reyero González P, Saldaña Martín A, Gómez Cardeñosa A*..... *384*

Eficacia y seguridad en vida real de la inmunoterapia sublingual con polen de olivo en pacientes con alergia respiratoria
*Ruiz González CM, López Guerrero A, Bermúdez Bejarano M, de Manueles Tabliega P, Rosa Garrido C, Alcántara Villar M*..... *385*

**Alergia a alimentos**

IgE específica y expresión clínica en sensibilización a nsLTPs: comparación ImmunoCAP™ ISAC112® y EUROLINE® LTP
*Di Bernardo Delgado FT, Frattini Llorens L, Marín Justo A, Martínez Guerra ME, López Salgueiro R, Díaz Palacios MÁ* ..... *386*

Evaluación dietética estructurada en pacientes con síndrome LTP: experiencia de una consulta especializada
*Murillo Torres A, Carbonel Martínez A, Navarro Garrido C, Torralba Moreno J, Bonilla Pacheco Y, Zamarro Parra S*..... *388*

La inmunoterapia oral a dosis bajas (ITOdb) como alternativa para pacientes con perfil de alergia alimentaria grave
*Méndez Monge M, Sanjuán Conde M, Lasa Luaces EM, Maiz Uranga I, Enjuto Guisado S, Amadoz Iñarrairaegui LF* ..... *389*

Impacto en la calidad de vida de la alergia alimentaria a LTP con síntomas gastrointestinales
*Vicens Novell G, Ruano Zaragoza M, Muñoz Cano RM, Mir Ihara P, Carreras Kàtcheff S, Bartra Tomás J* ..... *390*

El impacto personal y familiar en la alergia a los alimentos
*Gago Velasco B*..... *390*

**Alergia a himenópteros**

Seguridad y efectividad en inmunoterapia con veneno de *Polistes dominula* en población pediátrica: experiencia clínica
*Blanco Pérez RM, Caminoa Irisarri M, Gómez Nieves ME, Candón Morillo R, Anda Apiñániz M* ..... *391*

Estudio descriptivo de reacciones tras picadura de himenópteros en el Servicio de Alergología del HRJCI de 2024-2025
*Moncada Salinero A, González López P, Micozzi S, Bastidas Parlanti JA, Gajate Fernández P* ..... *391*

Seguridad y valor predictivo de la repicadura intrahospitalaria: ¿influye el tipo de himenóptero?
*Camacho Arregui C, Rodríguez Cano S, Ventosa López A, Serrano Delgado MDP, Ruiz León B*..... *392*

**Alergia a medicamentos**

Estudio descriptivo alergia a contrastes yodados y de gadolinio
*Gajate Fernández P, Moncada Salinero A, Micozzi S, González López P, Bastidas Parlanti JA*..... *393*

Anafilaxia por rocuronio: implicaciones diagnósticas en el estudio alergológico perioperatorio
*Arana-Arce JS, Tornero Molina P, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado-Mellado B, Cuevas Bravo C*..... *393*

Reacción de hipersensibilidad mixta en sitio de inyección por omalizumab
*Álvarez García O, Mejías Affinito RP, Fernández López S, Beristain Urquiza AM, Quiñones Estévez MD, Cueva Oliver B*..... *394*

Estudio descriptivo de exantemas en urgencias de un hospital terciario y su implicación alergológica
*Garate Rodríguez E, Altuve-Giannini F, Arquero Urbanos G, Palomino Lozano L, Zambrano Ibarra G, Rodríguez Mazariego ME*..... *395*

**Alergia cutánea y angioedema**

Urticaria crónica espontánea refractaria: optimización del tratamiento desde el enfoque empírico hacia la medicina personalizada en una serie de 6 casos
*Fiol Alonso L, Mugno Saba AM, Steixner Zevallos S, Manzanedo Ortega L, Perea Lam NS*..... *395*

**Anafilaxia**

Anafilaxia por cártamo como alérgeno oculto en gominolas
*Astrain Sánchez B, Pérez Calderón R, Andreu Costa D, Sánchez Piñero I, Peñalver Mellado M, Vicente López JJ* ..... *396*

© 2026 Esmon Publicidad

Búsqueda de alérgenos ocultos en anafilaxia idiopática: ¿qué es suficiente?
*González Romero LJ, Esperesate Arenaza A, Arroabarren Alemán E, Escudero Apesteguía R, Zavala Segovia MJ, Parrado Gil L* ..... *397*

*Shock* anafiláctico inducido por propofol: a propósito de un caso
*Morales Sánchez P, Huete Herrera M, Gutiérrez Posso JM, Acedo Sanz JM, Alfaya Arias T, Andrade Garbán PA*..... *398*

Perfil de reacciones sistémicas inmediatas en el Hospital de Día del Servicio de Alergología del Hospital Universitario de Navarra
*Zavala Segovia MJ, Parrado Gil L, Gómez Breñosa B, Echechipía Madoz S, Arroabarren Alemán E, Garrido Fernández S*..... *399*

Cistoscopia y anafilaxia
*Bastidas Parlanti JA, Márquez Hernández DM, Micozzi S, González López P, Moncada Salinero A, Gajate Fernández P*..... *399*

**Enfermedades mastocitarias y eosinofílicas**

Artralgia en la esofagitis eosinofílica: relación con dupilumab y trastornos del espectro de hipermovilidad
*Korshunova D, Abonia JP*..... *400*

Perfil de pacientes con esofagitis eosinofílica en el área sanitaria del Hospital General de Castellón
*Coronado Pérez AI, Viedma Ayllón P, Collado Arocha MA, Carbonell Hurtado E, Torres Górriz M, Enrique Miranda E*..... *401*

**Enfermedades respiratorias (asma, rinoconjuntivitis y poliposis)**

Asma grave T2 bajo en paciente geriátrico: respuesta clínica a tezepelumab
*Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I* ..... *402*

Impacto de la consulta de educación en pacientes con asma grave
*Huete Herrera M, Morales Sánchez P, Gutiérrez Posso JM, Matta Pérez JI, Pérez Fernández E, González Moreno A*..... *402*

Perfil de biomarcadores en la vía aérea en niños con asma no controlada
*Habernau Mena A, García Reymundo M, Larios Cuenda ÁC, Fernández García A, Rodríguez Pérez R, Salamanca Fernández G*..... *403*

Rinitis y conjuntivitis, mapeo molecular de las fuentes alergénicas en nuestro medio
*Cansino Bascón R, Salinas Zaldúa AM, Navarro Pulido AM, Domínguez Cereijo L, Pineda de la Losa F, de Luque Piñana V*..... *404*

Marcadores epigenéticos nasales asociados a exacerbaciones del asma y su variación según el sexo biológico en población española
*Martín González E, Martín Almeida M, González Pérez R, Sardón Prado O, Poza Guedes P, Pino Yanes M,* ..... *405*

**Inmunoterapia e inmunología**

Eficacia de la inmunoterapia alérgeno-específica en el tratamiento de rinitis alérgica local
*Martorell Calatayud C, García Brito RDP, Aleixos Zuriaga M, de las Marinas Álvarez MD, Alvariño Martín M, Félix Toledo R* ..... *406*

Efecto adverso cutáneo tras tratamiento con biológico
*Mujika Ruiz de Aguirre N, Maiese Hernández JG, Salvatierra Izaguirre A, Yanes Bonilla AM, Matala Ahmed B, Martínez Molina S*..... *406*

El *patient journey* en alergia: intervenciones estratégicas para optimizar su abordaje
*González Lizarraga V, Torres Pérez B, Salamanca Fernández G, Ruiz García M*..... *407*

Resultados en vida real de la inmunoterapia subcutánea con extracto polimerizado de *Olea europaea* y gramíneas sin efecto dilución
*Ortega Martín L, López Cauce B, Reyero González P, Saldaña Martín A, Gómez Cardeñosa A* ..... *407*

**Miscelánea**

Evaluación del grado de aceptación de los pediatras de Atención Primaria tras la implantación de un protocolo ambulatorio diagnóstico de alergia a penicilinas en pediatría
*Letona Luqui M, Lasa Luaces EM, Maiz Uranga I, Vela Fernández A, Martínez Molina S, Vela Fernández A*..... *408*

Validación clínica de la regla de predicción CEPH-FAST para el desetiquetado de alergia a cefalosporinas en un hospital de tercer nivel
*Mazoteras Martínez E, Otero Fernández MN, Muñoz Díaz EE, Moreno Rodilla EM, Dávila González I*..... *408*


© 2026 Esmon Publicidad

¿Influye la edad en el rendimiento del PEN-FAST? Evaluación en población pediátrica
*Blanco-López M, Morales Janke A, Ridruejo Flórez M, Cabrera Freitag P, Entrala Bueso A, Infante S* ..... *409*

Infusión continua de adrenalina como estrategia de soporte en desensibilizaciones a quimioterapia y biológicos: seguridad y eficacia en práctica clínica
*Álvarez-Sala Caballero P, Vázquez Revuelta P, Molina Molina GJ, Valero Castañer H, González Rodríguez S, Barrera Rubio J*..... *410*

Provocación controlada vs. desensibilización "empírica" en el manejo de las reacciones de hipersensibilidad frente a oxaliplatino en cáncer colorrectal: análisis de costes directos y supervivencia
*Carpio Escalona LV, Longo Muñoz F, de la Hoz Caballer B, González de Olano D*..... *411*

Utilidad clínica del test de activación de basófilos en hipersensibilidad inmediata a fármacos: revisión retrospectiva de una cohorte hospitalaria
*Aguirre Echeverry AM, Depreux Niño N, Padró Casas C, Jurgens Martínez Y, Roger Reig A, Pantoja Acosta ML* ..... *411*

IL-6 en perspectiva: exploración de un marcador inflamatorio en reacciones a fármacos y otras patologías
*Quan López PL, Carabel Lahera M, Sánchez Fernández S, Goikoetxea Lapresa MJ, Gastaminza Lasarte G, Crespo Quirós J*..... *412*

Reacciones perioperatorias: el valor de un estudio negativo
*Cuevas Bravo C, Noguerado Mellado B, Rojas Pérez-Ezquerra P, Tornero Molina P* ..... *413*

El tiempo de instauración del exantema como variable discriminadora en urgencias: caracterización clínico-morfológica y valor de la concordancia diagnóstica con alergología
*Arquero Urbanos G, Garate Rodríguez E, Altuve-Giannini F, Zambrano Ibarra G, Palomino Lozano L, Rodríguez Mazariego ME*..... *414*

Anafilaxia por gadoteridol: descripción de 3 casos y estudio de reactividad cruzada
*Vidal Orive I, Venturini Díaz M, González Mahave I, Meneses Sotomayor JV, Morales Palacios MP, Blasco Sarramián Á*..... *415*

Enterocolitis inducida por amoxicilina: utilidad de una provocación oral fraccionada basada en el modelo FPIES
*Noguerales Fuertes L, Ridruejo Flórez M, Cabrera Freitag P, Álvarez-Perea A, Entrala Bueso A, Infante S* ..... *416*

Historia natural de la tolerancia a AINE en pacientes con hipersensibilidad cruzada y clínica respiratoria
*Durán Lagares M, Gaitán Nievas TI, Sáenz de Santa María García R, Torres Jaén MJ, Doñaz Díaz I, Salas Cassinello M*..... *416*

Exposición ocupacional en pacientes alérgicos a veneno de himenópteros
*Huete Herrera M, Gutiérrez Posso JM, Morales Sánchez P, Matta Pérez JI, Pérez Fernández E, Alfaya Arias T*..... *417*

Perfil de sensibilización al veneno de véspidos: limitaciones en la práctica clínica
*Gutiérrez Posso JM, Huete Herrera M, Morales Sánchez P, Morán Garrido A, Pérez Fernández E, Alfaya Arias T*..... *418*

Correlación entre asistencia a urgencias y niveles de *Platanus* ssp en una población infantil
*García Núñez I, López Salado A, Algaba Mármol MÁ, Amo Vázquez de la Torre Á, de Castro Gómez C, Zapata Yébenes JJ*..... *419*

Eficacia de remibrutinib en pacientes con urticaria crónica espontánea anti-IgE *naïve* sin tratamiento biológico, con tratamiento biológico previo, y refractarios: estudios REMIX-1/-2
*Cardona Dahl V, Saini S, Mosnaim G, Sussman G, Metz M, Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2* ..... *419*

Remibrutinib proporciona un rápido alivio de los síntomas dentro de la primera semana de tratamiento de la urticaria crónica espontánea, medido con la puntuación semanal de actividad urticaria: estudios REMIX-1/-2 agrupados
*Sala Cunill A, Windom H, Machado P, Chapman-Rothe N, Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2* ..... *420*

Omalizumab en urticaria crónica espontánea: ¿es posible retirarlo?
*Tabares Gallego M, Cuevas Cantero B, Sánchez Hernández MC, Gómez Garrido A, Almeida Arteaga CG, de Luque Piñana V*..... *421*

© 2026 Esmon Publicidad

Terapia biosimilar anti-IgE en urticaria crónica: resultados clínicos y gestión de recursos tras la transición a Omlyclo®
*Ríos Márquez C, de Aramburu Mera T, Menéndez Rivero E, Ruiz del Barrio L, Picos Baliña R, Cimbollek S*..... *422*

Urticaria crónica espontánea refractaria con fenotipo *Schnitzler-like*: respuesta a bloqueo de IL-1 en dos casos clínicos
*Shabanova E, Zubiaga Fernández L, Pérez Sánchez N, Andugar Moreno ML, Torres Jaén MJ, Gómez Pérez F*..... *422*

Manejo actual del angioedema hereditario en España: acceso a terapias innovadoras y práctica clínica
*Caballero Molina MT, Smith Foltz S, Ferrón Smith M*..... *423*

Pruebas de enfermería en la urticaria *a frigore*
*Ingelmo Gutiérrez MJ, López Romero MD, Gordo Martín Y, Baeza de Ocaiz ML, Prieto García A*..... *423*

Efectividad y seguridad en vida real de Clustoid® Max *Dermatophagoides/A. alternata* en pacientes con alergia respiratoria
*Poza Guedes P, González Pérez R, Hinojosa Jara B, Mederos Luis E, Sánchez Machín I, Díaz García J*..... *424*

Seguridad del inicio de inmunoterapia subcutánea con alérgenos: análisis por tipo de extracto durante tres años
*Ventosa López A, Rodríguez Cano S, Granja Uceda F, Sánchez Cerezo R, Toledano Blanco N, Ruiz León B*..... *425*

Evaluación *ex vivo* de la alergenicidad de extractos alergénicos individuales y combinados en pacientes pediátricos alérgicos
*Calzada Ricote D, Urios Pastor GE, Ferrer González JP, Parody de la Fuente N, Carnés Sánchez J, Tortajada Girbés M*..... *426*

Respuesta clínica y funcional de pacientes con asma grave tratados con tezepelumab durante 1 año: estudio en condiciones de práctica clínica
*León Zambrana G, de las Vecillas Sánchez L, Ifrim M, Laorden Escudero D, Quirce Gancedo S, Domínguez Ortega J*..... *427*

Papel de la comorbilidad rinosinusal en asma grave tratada con tezepelumab: experiencia en vida real tras 12 meses de seguimiento
*Harguindeguy Blanco D, Letón Cabanillas P, Hannaoui Anaaoui A, García Rivero JL, Méndez Alcalde J, Fernández Cortés S*..... *429*

Relación de la función de la vía aérea pequeña definida por oscilometría con variaciones en los niveles de eosinófilos y fracción de óxido nítrico exhalado durante el tratamiento con dupilumab frente a placebo en el estudio VESTIGE
*Ibáñez Lamas C, Lipworth BJ, Taube C, Gall R, Awad H, Castro M*..... *430*

Asma grave tratada con dupilumab y monoclonal previo: análisis a 12 meses
*Cortés Collado JJ, Pajarón Fernández MJ, Miralles López JC, Valverde Molina J, Navarro Zaragoza J, Grupo RE-ASGRAMUR*..... *431*

Predictores basales de remisión clínica en pacientes con asma grave tratados con biológicos anti-IL-5/anti-IL-5Rα
*Frattini Llorens L, Di Bernardo Delgado FT, Martínez Guerra ME, Marín Justo A, Díaz Palacios MÁ, Ferrer Franco A*..... *432*

Efectividad de mepolizumab en el asma alérgica grave según el uso previo de inmunoterapia: análisis del estudio TYREX
*Domínguez Ortega J, Álvarez Gutiérrez FJ, Pérez de Llano LA, Almonacid Sánchez C, Cisneros Serrano C, Dávila González I*..... *433*

ALERGODATA: resultados del uso de un año de tratamiento con fármacos biológicos en pacientes con asma grave
*Antolín Amérigo D, Dávila González I, Montoro Ferrer A, Quirce Gancedo S, Fraj Lázaro J, Domínguez Ortega J*..... *434*

Características demográficas y clínicas de los pacientes con rinosinusitis crónica con pólipos nasales incluidos en el registro ALERGODATA: factores asociados a la respuesta clínica
*Gil Melcón M, Fraj Lázaro J, Montoro Ferrer A, Quirce Gancedo S, Múgica García MV, del Cuvillo Bernal A*..... *435*


© 2026 Esmon Publicidad

Identificación de proteínas del polen de *Quercus ilex* reactivas frente a IgE: un patrón de reconocimiento heterogéneo en la población española
*Hernández Walias JC, Cantillo Mercado JF, Iborra Martín S, Pineda de la Losa F, Subiza Garrido-Lestache JL* ..... *436*

Identificación de marcadores epigenéticos asociados con asma en mujeres mediante un estudio epigenómico estratificado por sexo
*Martín Almeida M, Pérez García J, Martín González E, Poza Guedes P, González Pérez R, Pino Yanes M* ..... *437*

Ansiedad y depresión en el asma: un impacto silencioso que condiciona el control clínico
*D'Elia Torrence D, Mugno Saba AM, Steixner Zevallos S, Perea Lam NS, Alloza Gómez P, Manzanedo Ortega L* ..... *438*

Beneficios a largo plazo de la inmunoterapia con alérgenos en la rinitis alérgica local: estudio de seguimiento a 10 años
*Moya Seseña B, Sánchez Torralvo D, Testera Montes A, Torres Jaén MJ, Rondón Segovia C, Eguíluz Gracia I* ..... *439*

Alfa triptasemia hereditaria: estudio descriptivo de una cohorte de 71 pacientes
*Cubillo Heras P, Blanco-López M, García Martínez E, Prieto García A* ..... *440*

Experiencia en vida real con dupilumab en esofagitis eosinofílica refractaria
*Picos Baliña R, Otal Cabrera J, Ríos Márquez C, Espín Jaime B, Garzón Benavides M, Ávila Castellano R* ..... *441*

Sensibilización no es alergia: perfiles clínicos y cosensibilización a legumbres en una década de práctica clínica real (2015-2025)
*D'Elia Torrence D, Gutiérrez Álvarez P, Fiol Alonso L, Steixner Zevallos S, del Pozuelo Aparicio S, Benito Martínez P* ..... *442*

Descripción sociodemográfica, clínica y molecular de pacientes con alergia a frutos secos: estudio transversal descriptivo (2020-2025)
*Navarro Salgado SC, Alvarado Izquierdo MI, Colomer García MC* ..... *443*

Alergia a piñones: serie de casos con reacciones sistémicas y sospecha de reactividad cruzada
*Paucar Vidal KC, Gutiérrez Hernández M, Sanz Gómez N, Iglesias Cadarso A, Dávila Terán T, Arenas Colmenares S* ..... *444*

Caracterización de productos procesados de cacahuete: influencia en la composición alergénica
*López Matas MÁ, González Ruiz A, Calzada Ricote D, Aranda Cantero T, Moya Lobo R, Carnés Sánchez J* ..... *445*

¿Se reintroducen los frutos secos tras una prueba de exposición oral controlada negativa? Realidad en la práctica clínica
*Morales Janke A, Ridruejo Flórez M, Bueno Balboa A, Cabrera Freitag P, Álvarez-Perea A, Infante S* ..... *446*

Eficacia y seguridad de la inmunoterapia oral (ITO) con leche: protocolo por niveles de gravedad
*Sanmartín Pastor C, Tomás Pérez M, Gandolfo Cano M, Gómez Traseira C, Rodríguez Álvarez M* ..... *448*

Inmunoterapia oral con leche horneada en APLV: seguridad y experiencia en práctica clínica real
*Arenas Colmenares S, Turrión Delgado C, Salom Luna C, Barrios Albajar M, Reaño Martos MDM* ..... *449*

Manejo de la alergia a proteínas de leche de vaca y huevo en España: similitudes y diferencias entre alergólogos y pediatras alergólogos
*González Labrador MDLA, Gallagher A, Muñoz Archidona C, Protudjer J, Mack D, 450 Trujillo Wurttele J* .....

Determinación de la avidez de IgE a Pru p 3 como posible marcador de reacciones sistémicas a LTP. Experiencia del Hospital Universitari de Bellvitge
*Martí Garrido J, García Serrano L, Salvador Corres I, Grau Vergés M, Dordal Culla MT* ..... *451*

Caracterización clínica, implicación de cofactores y rendimiento de las herramientas diagnósticas en la alergia a ω-5-gliadina
*Carreras Kàtcheff S, Mir Ihara P, Monerris Aguilar C, Gelis Caparrós S, Ruano Zaragoza M, Muñoz Cano RM* ..... *451*

¿Es posible desensibilizar a crustáceos? Resultados preliminares
*Letrán Camacho A, Sáez Salas BI, Ojea Sánchez G* ..... *452*

© 2026 Esmon Publicidad

Dupilumab y alergia alimentaria en niños: discordancia entre respuesta inmunológica y evolución clínica
*Altuve-Giannini F, Berzal Plaza L, Cabrera Freitag P, Entrala Bueso A, Infante S, Álvarez-Perea A* ..... *453*

Biomarcadores derivados del glicocálix endotelial en el paciente con anafilaxia
*Palacio García L, de María Camacho I, Fernández Bravo S, Laguna Martínez JJ, Valverde Monge M, Esteban Vázquez V* ..... *454*

Efecto antiinflamatorio selectivo de sulodexida en un modelo murino de anafilaxia
*Muñoz Callejas A, Palacio García L, Fernández Bravo S, de María Camacho I, Moreno Vidal A, Esteban Vázquez V* ..... *455*

Evolución de la anafilaxia infantil en urgencias de un hospital de tercer nivel
*Mateo Francés V, Noguerales Fuertes L, Arana-Arce JS, Cubillo Heras P, Jover-Walsh A, Álvarez-Perea A* ..... *455*

Caracterización clínica de pacientes con alfa triptasemia hereditaria: variabilidad fenotípica y relación con anafilaxia
*Muñoz Bolaños S, Santacreu Cabeza L, Álvarez Romero P, Rodríguez Cano S, Jurado Roger A, Ruiz León B* ..... *456*


© 2026 Esmon Publicidad

# Sesión Plenaria I
# Hacia la medicina de precisión en la alergia a los alimentos: la importancia del umbral

## Trazas en la alergia a los alimentos

Lancharro Fernández Á

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)

La presencia de alérgenos en los alimentos constituye un elemento esencial de la seguridad alimentaria y de la información facilitada al consumidor, especialmente para las personas con alergias alimentarias, que pueden desarrollar reacciones adversas tras la ingesta de pequeñas cantidades de determinados alimentos o ingredientes.

En los últimos años, el Comité de Expertos FAO/OMS sobre evaluación del riesgo de alérgenos alimentarios [1], en el marco de los trabajos impulsados por el Codex Alimentarius y el Comité del Codex sobre Etiquetado de los Alimentos [2], ha avanzado en la definición de un enfoque basado en umbrales. Este enfoque se apoya en la identificación de dosis de referencia para determinados alérgenos, con el objetivo de valorar cuándo una exposición puede considerarse sin riesgo apreciable para la salud y cuándo, por el contrario, podrían justificarse medidas de gestión adicionales, como el etiquetado precautorio.

El concepto clave es la dosis desencadenante o eliciting dose (ED), que representa la cantidad de proteína total procedente de la fuente alergénica capaz de provocar una reacción objetiva en un determinado porcentaje de la población alérgica. En particular, la ED05 se corresponde con la dosis que podría provocar síntomas objetivos en el 5% de las personas alérgicas a un alimento concreto.

A efectos prácticos, estas dosis de referencia deben transformarse en niveles de acción, teniendo en cuenta la cantidad de alimento que puede consumirse en una única ocasión de ingesta. De este modo, el riesgo no se valora únicamente en función de la concentración del alérgeno presente en el alimento, sino de la dosis total de proteína procedente del alimento alergénico que efectivamente podría ingerir el consumidor.

Teniendo en cuenta estos avances, la reciente nota interpretativa de la AESAN [3] sobre el procedimiento para la gestión del contacto cruzado de alérgenos y el empleo del etiquetado precautorio en alimentos envasados traslada este enfoque a la práctica. Aunque se trata de un procedimiento no obligatorio, establece criterios técnicos para fundamentar la decisión sobre el uso del etiquetado precautorio. En este sentido, la superación de los niveles de acción podría justificar el empleo de menciones como “puede contener”, mientras que no exceder dichos valores, siempre que se apliquen adecuadamente buenas prácticas de fabricación, higiene, segregación, limpieza y procedimientos basados en APPCC, permitiría justificar la ausencia de dicho etiquetado.

En definitiva, estos avances pretenden consolidar una evolución desde un modelo de advertencias precautorias genéricas hacia un sistema más proporcional, transparente y fundamentado científicamente. Este modelo permite reforzar la protección de las personas alérgicas, orientar las decisiones de operadores y autoridades competentes y evitar un uso excesivo del etiquetado precautorio que pueda limitar injustificadamente las opciones alimentarias disponibles para este colectivo de consumidores.

## Bibliografía

1. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Risk assessment of food allergens: Part 1: review and validation of Codex Alimentarius priority allergen list through risk assessment: meeting report.* Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240042391
2. Codex Alimentarius Commission. *General Standard for the Labelling of Prepackaged Foods (CXS 1-1985)* [Internet].

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization; 1985. Disponible en: https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/committees/committee/related-standards/ro/?committee=CCFL

3. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). *Procedimiento para la gestión del contacto cruzado de alérgenos y el empleo del etiquetado precautorio de alérgenos (EPA)* [Internet]. Madrid: AESAN; 2026.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Sesión Plenaria II
# ITO (inmunoterapia oral): diseñando un traje a medida

## ITO con dosis mínima

Escudero Díez C

Servicio de Alergología, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

La inmunoterapia oral (ITO) ha demostrado ser eficaz para inducir desensibilización en alergia alimentaria, pero su incorporación a la práctica clínica continúa lastrada por limitaciones de seguridad, tolerabilidad y adherencia, especialmente en pacientes con fenotipos graves. En este contexto, la estrategia de ITO con dosis mínima emerge como un enfoque alternativo. El objetivo no es tanto el de alcanzar dosis altas de mantenimiento, sino el de incrementar de forma segura el umbral clínico de reactividad para reducir el riesgo de reacciones alérgicas ante exposiciones accidentales y mejorar la calidad de vida.

La evidencia disponible apoya esta estrategia en distintos alimentos. En alergia a cacahuete, un ensayo multicéntrico aleatorizado y controlado con placebo mostró que una dosis de mantenimiento de solo 125-250 mg de proteína permitió que el 74,2% de los niños toleraran al menos 300 mg en la provocación final, frente al 16,1% del grupo placebo, con mejoría de calidad de vida y cambios inmunológicos compatibles con una modulación de la respuesta alérgica. Además, los estudios comparativos entre dosis de mantenimiento de 300 mg y 3000 mg de cacahuete sugieren que dosis más bajas pueden inducir cambios inmunológicos similares, con una reducción de citocinas proalérgicas y de la activación de los basófilos, sin diferencias relevantes entre ambos grupos.

Más recientemente, los protocolos de dosis muy bajas han llevado esta hipótesis un paso más allá. En alergia a cacahuete, una pauta de mantenimiento de 30 mg se ha comparado con 300 mg y evitación, mostrando un aumento significativo del umbral de tolerancia frente a la evitación, eficacia similar entre dosis de 30 mg y 300 mg y cambios de $IgG_4$, que sugieren que incluso cantidades muy pequeñas pueden producir efecto clínico e inmunológico. Este dato es especialmente relevante porque desplaza la pregunta desde "cuánta dosis máxima puede alcanzar el paciente" hacia "cuál es la dosis mínima eficaz para dicho paciente".

El concepto también se está extendiendo a otros alimentos. En preescolares con alergia a sésamo, una dosis de mantenimiento de 200 mg de proteína consiguió que el 85,7% de los pacientes que realizaron la provocación final toleraran al menos 2000 mg tras un año de mantenimiento, con baja necesidad de adrenalina durante el tratamiento. Asimismo, los primeros datos de ITO multi-frutos secos con dosis muy bajas apuntan a que estrategias de 30 mg por fruto seco podrían ser factibles, con la ventaja añadida de abordar varios alérgenos simultáneamente y aprovechar posibles fenómenos de reactividad cruzada entre frutos relacionados.

En cuanto a la exploración de alimentos diferentes al cacahuete y los frutos secos, en un estudio piloto, la administración diaria de pequeñas cantidades de proteína de huevo (79-110 mg/día) durante 3-4 meses permitió reducir la gravedad clínica en una proporción relevante de pacientes. Estos hallazgos fueron posteriormente reforzados en un ensayo doble ciego controlado con placebo, donde la ITO a dosis bajas incrementó el umbral de reactividad y redujo la gravedad de las reacciones, con un perfil de seguridad favorable y ausencia de eventos relevantes.

Más allá del huevo, el concepto se ha ampliado a otras alergias alimentarias mediante protocolos de *slow low-dose OIT* (SLOIT), en los que la dosis inicial y de mantenimiento se ajustan al umbral individual determinado por una prueba de exposición oral. En una cohorte amplia de pacientes con alergia a huevo, leche o trigo, esta estrategia permitió que aproximadamente un 36% de los pacientes superaran la prueba de exposición a baja dosis tras un año de tratamiento, frente a menos del 10% en el grupo control y con una tasa extremadamente baja de reacciones. Incluso en aquellos pacientes que no alcanzaban tolerancia completa, se observaba un incremento significativo del umbral y una reducción de la gravedad de las reacciones.

Desde el punto de vista inmunológico, la ITO a dosis mínima se asocia a cambios detectables, aunque más sutiles que en esquemas intensivos a altas dosis. Se han descrito aumentos en $IgG_4$ específica y en $IgA_2$, así como modificaciones en sus ratios respecto a IgE, lo que apunta a la activación

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

de mecanismos reguladores. Sin embargo, la magnitud y la cinética de estos cambios dependen de la duración del tratamiento y de la dosis acumulada.

En conjunto, la ITO con dosis mínima no debe interpretarse como una ITO menos ambiciosa, sino como una ITO más ajustada al riesgo que redefine el objetivo terapéutico: sin perseguir inicialmente la desensibilización completa, sino logrando un umbral clínicamente protector con el mejor perfil de seguridad posible. Su valor reside en personalizar la dosis de inicio, la dosis de mantenimiento y el objetivo clínico: protección frente a trazas, tolerancia de pequeñas cantidades, reducción de la gravedad por ingestas inadvertidas y progresión posterior a dosis mayores. Este enfoque permite adaptar la intervención al riesgo individual, facilitando una ITO más personalizada. Los retos actuales residen en identificar qué pacientes se beneficiarán más de esta estrategia, cuándo una dosis fija mínima ofrecerá el mejor equilibrio entre eficacia, seguridad y adherencia, cuándo es el momento de escalar y cómo integrar estos protocolos en la práctica clínica habitual.

## Bibliografía recomendada


- Blumchen K, Trendelenburg V, Ahrens F, Gruebl A, Hamelmann E, Hansen G, *et al.* Efficacy, Safety, and Quality of Life in a Multicenter, Randomized, Placebo-Controlled Trial of Low-Dose Peanut Oral Immunotherapy in Children with Peanut Allergy. J Allergy Clin Immunol Pract. 2019;7(2):479-91.e10.
- Chua GT, Soller L, Kapur S, McHenry M, Rex GA, Cook VE, *et al.* Real-world safety and effectiveness analysis of low-dose preschool sesame oral immunotherapy. J Allergy Clin Immunol Glob. 2023;3(1):100171.
- Ishikawa F, Miyaji Y, Yamamoto-Hanada K, Shimada M, Kiguchi T, Hirai S, *et al.* Safer oral immunotherapy with very low-dose introduction for pediatric hen's egg allergy. J Allergy Clin Immunol Glob. 2025 24;4(4):100542.
- Toscano-Rivero D, Kimchi N, Zhao W, Abi-Rafeh J, Ke D, Lejtenyi D, *et al.* Egg desensitization is achieved effectively and safely through a low maintenance dose protocol. J Allergy Clin Immunol Glob. 2025;4(4):100547.
- Upton JEM, Toscano-Rivero D, Ke D, Berenjy A, Lejtenyi D, Beaudette L, *et al.* Peanut Oral Immunotherapy Using 30 and 300 mg Maintenance Doses. J Allergy Clin Immunol Pract. 2026;14(1):223-232.e7.


Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Edad para la ITO

Vázquez Cortés S

Servicio de Alergología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid

La inmunoterapia oral (ITO) se ha centrado históricamente en población pediátrica, aunque su aplicación se está extendiendo tanto hacia edades más precoces como hacia la población adulta.

Desde el punto de vista de la eficacia clínica, múltiples estudios han demostrado tasas de desensibilización elevadas (≈70-80%) en distintos grupos etarios. No obstante, la inducción de tolerancia sostenida, entendida como capacidad de mantener la reactividad clínica tras la suspensión del tratamiento, presenta una variabilidad significativa y parece fuertemente condicionada por la edad de inicio y el fenotipo inmunológico basal. La intervención precoz se asocia a mejores resultados clínicos.

En lactantes, la evidencia disponible, aunque limitada, sugiere que la ITO es factible, con elevadas tasas de eficacia y un perfil de seguridad aceptable, caracterizado por reacciones predominantemente leves. Sin embargo, la interpretación de estos resultados se ve limitada por la elevada tasa de resolución espontánea de determinadas alergias alimentarias.

En niños preescolares, ensayos clínicos aleatorizados han demostrado no solo altas tasas de desensibilización, sino también una mayor probabilidad de alcanzar estados de no respuesta sostenida, particularmente en pacientes con niveles bajos de IgE específica al inicio. Estos hallazgos se correlacionan con modificaciones inmunológicas como la reducción progresiva de IgE específica, el incremento de IgG4 y la modulación de la respuesta efectora, lo que sugiere un verdadero efecto modificador de la enfermedad.

En población adulta, los datos disponibles, aunque más escasos, indican que la ITO permite alcanzar desensibilización completa en aproximadamente el 60% de los pacientes y desensibilización parcial en un 80%. Sin embargo, estos resultados se acompañan de un perfil de seguridad menos favorable, con una mayor incidencia de reacciones sistémicas, particularmente en protocolos de ITO con leche de vaca, donde se observan mayores tasas de reacciones anafilácticas y abandono.

Por todo esto, es muy importante la selección de pacientes, la estratificación del riesgo y la individualización de los protocolos (p. ej., escaladas más lentas o dosis objetivo individualizadas).

En conjunto, la evidencia actual posiciona la ITO como una intervención eficaz a lo largo del espectro de edad, pero su efecto como terapia potencialmente modificadora de la enfermedad parece depender del momento de inicio. La intervención en fases precoces podría interferir en la maduración de la respuesta alérgica, mientras que en edades más avanzadas la ITO actuaría fundamentalmente como estrategia de desensibilización y protección frente a exposiciones accidentales. En este escenario, el principal reto futuro radica en la identificación de biomarcadores clínicos e inmunológicos que permitan seleccionar a los pacientes con mayor probabilidad de beneficio y optimizar el balance riesgo-beneficio de la intervención.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Sesión Plenaria III
# Esofagitis eosinofílica: el gran reto

## Diagnóstico y seguimiento no invasivo de la esofagitis eosinofílica

Dávila González I

Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

El diagnóstico y el seguimiento de la esofagitis eosinofílica (EoE) se basan en la endoscopia digestiva con toma de múltiples biopsias. Este enfoque resulta claramente inadecuado para la monitorización de la enfermedad dada su naturaleza invasiva, el elevado coste asociado y la necesidad de sedación, especialmente en poblaciones pediátricas, a lo que se suma el riesgo inherente al procedimiento. Además, la inflamación parcheada propia de la EoE limita la sensibilidad de las biopsias por pinza, que pueden no captar adecuadamente la heterogeneidad de la enfermedad ni los cambios en la remodelación tisular subepitelial. Por otro lado, existe una notable disociación entre los síntomas y la inflamación esofágica. Por eso, se están investigando nuevos métodos, principalmente de seguimiento. Entre ellos cabe destacar:

- *Herramientas de diagnóstico mínimamente invasivo*, como el dispositivo de recolección de muestras de mucosidad esofágica o el test del hilo (*Esophageal String Test,* EST), que permite capturar secreciones luminales capaces de reflejar la inflamación tisular, o la Cytosponge (citoesponja), dispositivo de malla *expandible* que puede recoger material celular a lo largo de toda la longitud esofágica, mitigando el error de muestreo por inflamación parcheada.
- *La endoscopia transnasal* (TNE), sin sedación, que mejora la monitorización de las terapias dietéticas. Por su parte, la Planimetría de Impedancia Luminal Funcional (FLIP) permite medir la distensibilidad esofágica, que se correlaciona con la duración de la enfermedad no controlada y el riesgo de complicaciones fibroestenóticas.
- *Los avances en las ómicas y en la determinación de biomarcadores.* Los avances en las ciencias ómicas están redefiniendo la endotipificación de la EoE: se ha publicado el panel diagnóstico de la EoE (EDP), basado en la expresión de 96 genes, que permite una clasificación molecular que se correlaciona con la actividad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Por su parte, si bien el recuento absoluto de eosinófilos carece de especificidad, la cuantificación proteómica de CCL26 (eotaxina-3) en plasma se ha vinculado tanto a la inflamación eosinofílica como a la hiperplasia de células basales, un marcador de remodelación crónica que puede persistir incluso tras la resolución de la eosinofilia. Otros marcadores, como la determinación de la neurotoxina derivada de los eosinófilos (ECN) en plasma y de 3-bromotirosina (3-BT) en orina, ofrecen vías adicionales para la evaluación no invasiva de la desgranulación eosinofílica. Igualmente, la IgG4 específica frente a determinados alimentos se está evaluando como posible biomarcador. También se están investigando determinaciones en heces o en aire exhalado. Finalmente, también se está analizando la utilidad de medir citocinas y quimiocinas en distintos medios.

## Bibliografía recomendada


- Eindor-Abarbanel A, Moss-Ophir N, Agajany N, Cohen DL, Richter V, Shirin H, *et al.* Beyond eosinophils: A proteomic dissection of remodeling and inflammation in suspected eosinophilic esophagitis. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2026 Apr;82(4):1078-87.
- Macías E, Menéndez-Ramos A, Velasco-Guardado A, Muñoz-León JA, Rodríguez-González M, Dávila I. Esophageal tissue immunoglobulin G4 in eosinophilic esophagitis and its correlation with serum-specific IgG4 to six foods. Front Allergy. 2026 Jan 26;7:1750690.
- Russin M, Dellon ES. Emerging Tissue and Blood Biomarkers for Eosinophilic Esophagitis. Gastroenterol Clin North Am. 2026 Mar;55(1):39-54.


Volver al índice



© 2026 Esmon Publicidad

– Uchida AM, Peterson K. Unmet Needs in Eosinophilic Esophagitis: Do We Still Have Some? Inflamm Intest Dis. 2026 Feb 19;11(1):123-38.
– Visaggi P, Solinas I, Baiano Svizzero F, Bottari A, Barberio B, Lorenzon G, *et al*. Non-Invasive and Minimally Invasive Biomarkers for the Management of Eosinophilic Esophagitis beyond Peak Eosinophil Counts: Filling the Gap in Clinical Practice. Diagnostics (Basel). 2023 Aug 30;13(17):2806.
– Votto M, De Filippo M, Castagnoli R, Delle Cave F, Giffoni F, Santi V, *et al*. Non-invasive biomarkers of eosinophilic esophagitis. Acta Biomed. 2021 Nov 29;92(S7):e2021530.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Nuevas dianas terapéuticas en la EoE

Lucendo AF

Hospital General de Tomelloso, EMIRIab, CIBERehd, Tomelloso, Ciudad Real

## Introducción

La esofagitis eosinofílica (EoE) ha pasado de ser una enfermedad rara a convertirse en la causa principal de disfagia e impactación alimentaria a nivel mundial. Su tratamiento se ha gestionado tradicionalmente bajo el paradigma de las "3 D" (drogas —IBP y corticoides—, dieta, y dilatación), pero la comprensión actual de su fisiopatología ha impulsado una nueva era de terapias dirigidas.

## Fisiopatología y terapias dirigidas

La EoE es una enfermedad inmunomediada de tipo 2, en la que interactúan una respuesta alérgica con la disfunción de la barrera epitelial, permitiendo la entrada de antígenos, la liberación de alarminas (TSLP, IL-33) y la generación de cascadas inflamatorias que involucran interleucinas clave como IL-13 y la IL-4 (promotoras del remodelado tisular y de la liberación de eotaxinas) e IL-5 (esencial para la biología integral del eosinófilo). Los resultados de ensayos clínicos recientes han subrayado la discordancia entre los síntomas y la histología, pues la depleción casi total de eosinófilos lograda por algunos fármacos (mepolizumab, benralizumab o lirentelimab) no siempre se asociaba con una mejoría sintomática. Esto sugiere que el eosinófilo podría no ser el único motor de la enfermedad e indica la necesidad de buscar dianas terapéuticas "aguas arriba".

## Nuevas fronteras en desarrollo de terapias para la EoE

- *Bloqueo del eje IL-4/IL-13:* dupilumab (anti-IL-4Rα) se ha consolidado como el primer biológico aprobado para la EoE, capaz de revertir tanto las alteraciones histológicas como los síntomas, y aumentar la distensibilidad del órgano. Otros agentes como cendakimab (anti-IL-13) han confirmado el papel central de IL-14 en la inflamación y la fibrosis, pero sus resultados clínicos no han sido tan competitivos.
- *Bloqueo de la liberación de alarminas:* el bloqueo de la linfopoyetina estromal tímica (TSLP) con tezepelumab (fase 3) o solrikitug busca silenciar la respuesta $T_H2$ desde su origen epitelial.
- *Modificación de la acción de los linfocitos:* los efectos de etrasimod (modulador selectivo de receptores S1P) sobre el tráfico de linfocitos han sido evaluados en un ensayo fase 2. La capacidad de inhibidores de JAK para bloquear la señalización y activación de células inflamatorias y el uso de péptidos derivados de *Mycobacterium tuberculosis* (IRL201104) para reprogramar la respuesta inmune hacia fenotipos reguladores están actualmente en investigación.
- *Protección de barrera:* la inhibición de proteasas (como la alfa-1 antitripsina) es una diana emergente para restaurar la integridad de la mucosa y prevenir el daño tisular KLK5-dependiente.
- *Innovación en la liberación de fármacos:* distintos desarrollos dirigidos a mejorar la adherencia y la exposición local de los corticoides tópicos incluyen los comprimidos orodispersables (budesonida, ya aprobada en Europa; fluticasona en desarrollo), películas mucoadhesivas de mometasona (ESO-101) que se desenrollan en el esófago, y suspensiones de fluticasona de acción prolongada mediante inyección intraesofágica.

## Conclusiones

El futuro del tratamiento de la EoE está evolucionando desde la supresión empírica de la inflamación hacia la modificación de la enfermedad basada en mecanismos relevantes. Dado que la EoE a menudo comparte mecanismos inmunológicos comunes con otros trastornos atópicos concomitantes en estos pacientes (como el asma y la dermatitis atópica), las terapias capaces de abordar los síntomas esofágicos y extraesofágicos pueden ofrecer un enfoque holístico con un solo agente, superando múltiples tratamientos localizados.

## Bibliografía recomendada

- Pasta A, Bertin L, Mari A, Calabrese F, Farah A, Navazzotti G, *et al*. The Therapeutic Pipeline for Eosinophilic Esophagitis: Current Landscape and Future Directions. Pharmaceuticals. 2025;18:1882.
- Dellon ES, Rothenberg ME, Collins MH, Hirano I, Chehade M, Bredenoord AJ, *et al*. Dupilumab in Adults and Adolescents with Eosinophilic Esophagitis. N Engl J Med. 2022;387:2317-30.
- Rothenberg ME, Dellon ES, Collins MH, Bredenoord AJ, Hirano I, Peterson KA, *et al*. Eosinophil Depletion with Benralizumab for Eosinophilic Esophagitis. N Engl J Med. 2024;390(24):2252-63.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Taller I
# Estado actual y futuro de las pruebas cutáneas con alimentos

## Estado actual y futuro de las pruebas cutáneas con alimentos

Argiz Álvarez L

Clínica Universitaria de Navarra, Madrid

El diagnóstico de la alergia alimentaria mediada por IgE se basa en dos pilares fundamentales:

- Criterios clínicos: aparición de síntomas típicos (cutáneos, respiratorios, digestivos, cardiovasculares o neurológicos) en las primeras 2 horas tras la ingesta del alimento y reproducibles con la reexposición.
- Evidencia de sensibilización IgE o células efectoras al alérgeno culpable mediante pruebas cutáneas o pruebas *in vitro*.

Para buscar evidencia de IgE específica en pruebas cutáneas se utiliza el *prick test* (SPT) frente a extractos comerciales y el *prick by prick* (SPP) con alimentos frescos.

Las guías europeas (EAACI 2023) [1] respaldan el uso de alimentos frescos para aumentar la sensibilidad de las pruebas, ya que estos contienen alérgenos que pueden destruirse o excluirse durante la preparación de los extractos de alérgenos (p. ej., alérgenos termolábiles o lipofílicos).

Sin embargo, si las pruebas cutáneas son negativas o dudosas, el paciente debe someterse a una provocación oral controlada (POC), con el consiguiente riesgo de sufrir una reacción alérgica. Para orientarnos sobre el valor predictivo positivo de las pruebas cutáneas, se ha realizado una revisión sistemática reciente [2] que ha establecido puntos de corte con alto VPP para algunos alérgenos. En resumen, el SPP es clave para evaluar alérgenos específicos y confirmar o descartar el diagnóstico cuando el extracto comercial es negativo o no está disponible.

La situación regulatoria actual de los extractos alergénicos según la AEMPS se basa en el marco de regularización para los medicamentos a base de alérgenos de uso humano en España del Real Decreto 1157/2021 y la Orden SND/778/2023. Este establece que solo los extractos notificados pueden seguir en el mercado. Están exentos de retirada productos críticos como los controles y el extracto de melocotón (Pru p 3). El plazo para la presentación de expedientes de extractos de alimentos es de 2026 a 2030, salvo para Pru p 3, que finalizó en junio de 2026.

Es importante remarcar que la normativa excluye de la autorización de comercialización a los alimentos frescos o preparados utilizados con el paciente durante el acto médico. La Directiva 2001/83/CE y la Ley de Garantías permiten su uso como preparación extemporánea bajo la responsabilidad clínica del especialista. Como buenas prácticas clínicas, debe solicitarse el consentimiento informado al paciente (advirtiendo de la falta de estandarización en la dosis), utilizar un protocolo adecuado (técnica, lancetas independientes para evitar contaminación cruzada) y controlar los irritantes (falsos positivos con alimentos ácidos). Entre las ventajas clínicas destacan la flexibilidad (permite probar el alimento en el estado exacto en el que el paciente lo ingiere: crudo, cocinado…) y la estabilidad (perfecto para alérgenos termolábiles que se degradan en extractos comerciales). Entre las desventajas figuran el desconocimiento del tipo y la cantidad de proteína, el riesgo de reacciones sistémicas y el tiempo requerido (preparación y disponibilidad del alimento). Para minimizar las desventajas del uso de SPP, en este taller enseñaremos el protocolo a usar, la técnica y cómo conservar los alimentos en frío.

En resumen, ante la retirada progresiva de extractos comerciales no estandarizados, el *prick by prick* se consolida como una herramienta diagnóstica perfectamente legal y útil bajo la responsabilidad directa del especialista.

## Bibliografía

1. Santos AF, Riggioni C, Agache I, Akdis CA, Akdis M, Alvarez-Perea A, *et al.* EAACI guidelines on the diagnosis of IgE-mediated food allergy. Allergy. 2023;78(12):3057-76. doi: 10.1111/all.15902.
2. Riggioni C, Ricci C, Moya B, Wong D, van Goor E, Bartha I, *et al.* Systematic review and meta-analyses on the accuracy of diagnostic tests for IgE-mediated food allergy. Allergy. 2024;79:324-52. doi:10.1111/all.15939

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Estado actual y futuro de las pruebas cutáneas con alimentos

Zavala Segovia MJ

Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Navarra (HUN), Pamplona, Navarra

En los últimos años se ha observado un aumento de la prevalencia de la alergia alimentaria, estimándose entre un 3-10% en niños y hasta un 10% en adultos [1], con la consecuente repercusión no solo a nivel personal debido al riesgo de reacciones futuras, sino también por la angustia que conlleva a nivel familiar. Por ello, es primordial realizar un diagnóstico preciso e identificar aquellas reacciones potencialmente mortales (IgE mediadas), para lo cual nos basaremos en la realización de una historia clínica detallada y nos apoyaremos en pruebas complementarias.

Las pruebas cutáneas intraepidérmicas (SPT) realizadas con extractos alergénicos comerciales, preparados "in the house" o con alimentos frescos (*prick-prick*) son fundamentales, ya que nos permiten identificar sensibilización frente a alérgenos específicos mediante una técnica sencilla, rápida, mínimamente invasiva, con alta sensibilidad y un gran perfil de seguridad.

La AEMPS, de acuerdo con el Real Decreto 1157/2021, ha solicitado regular el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los extractos alergénicos (medicamentos) a base de fuentes alergénicas de uso humano fabricados industrialmente para tratamiento, así como de los extractos alergénicos elaborados con finalidad diagnóstica *in vivo*. Aquellos que no realicen el proceso regulatorio dejarán de comercializarse. El proceso consta de 5 periodos de presentación de solicitudes. En la página web de la AEMPS figura un listado de extractos alergénicos que dejarán de comercializarse, entre los que destacan los extractos de piel de melocotón, de los que nos proveen múltiples fabricantes. El periodo de finalización para el resto de extractos alimentarios finaliza en el 2030.

Si tenemos en cuenta el área geográfica en la que nos encontramos, es frecuente encontrar sensibilización a alimentos de los cuales no disponemos durante todo el año para su realización en *prick-prick*. A ello se suma que no siempre disponemos de extractos comerciales específicos, así como la variabilidad de contenido proteico entre fabricantes. Además, el cambio en la situación regulatoria podría condicionar retrasos en el diagnóstico, repercutiendo directamente en el manejo de los pacientes. Por ello, nos planteamos la elaboración de extractos alergénicos con alimentos vegetales de difícil obtención anual.

Al elaborar un extracto se pretende obtener un alérgeno que simule las condiciones naturales y pueda expresar los epítopos que desencadenaron la situación original. Para ello es imprescindible realizar la selección apropiada de la materia prima, considerando si el producto es natural, transgénico, cocido o crudo, así como su grado de maduración, ya que todo ello puede condicionar la producción del extracto alergénico. La liofilización es el mejor método para mantener la estabilidad del producto. Sin embargo, el proceso puede inactivar algunos alérgenos.

La normativa actual excluye de la autorización de comercialización a los alimentos frescos o preparados para usos médicos especiales en el ámbito sanitario y bajo supervisión directa. Las pruebas cutáneas mediante *prick by prick* pueden permitir el diagnóstico *in vivo* de los pacientes con alergia alimentaria en un escenario de menor disponibilidad de extractos comerciales. Debemos seguir protocolos de seguridad para que los extractos resultantes sean válidos, reproducibles y seguros [3].

Durante el taller explicaremos el protocolo para la elaboración de extractos alimentarios vegetales mediante su liofilización, conservación y reconstitución seguidos en el Hospital Universitario de Navarra.

## Bibliografía

1. Santos AF, Riggioni C, Agache I, Akdis CA, Akdis M, Alvarez-Perea A, *et al.* EAACI guidelines on the diagnosis of IgE-mediated food allergy. Allergy. 2023;78(12):3057-76. doi: 10.1111/all.15902. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/industria-farmaceutica/medicamentos-a-base-de-alergenos/
2. Terlouw S, van Boven FE, Borsboom-van Zonneveld M, de Graaf-In 't Veld C, van Splunter ME, van Daele PLA, *et al.* Homemade Food Allergen Extracts for Use in Skin Prick Tests in the Diagnosis of IgE-Mediated Food Allergy: A Good Alternative in the Absence of Commercially Available Extracts? Nutrients. 2022;14(3):475. doi: 10.3390/nu14030475.
3. Bonertz A, Drai C, Castelnovo T, Hartenstein D, Kaul S, Mitrevski M, *et al.* European Medicines Agency (EMA) commentary on EMA/ CHMP Guideline on allergen products development for immunotherapy and allergy diagnosis in moderate to low-sized study populations. Br J Clin Pharmacol. 2025;91(5):1293-6. doi:10.1002/bcp.70048.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Taller II
# ITO: ¿cuándo, cómo y dónde?

## ITO: ¿cuándo, cómo y dónde?

Poza Guedes P

Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife

La alergia alimentaria es una patología que ha aumentado no solo en prevalencia, sino también en gravedad y persistencia. El único tratamiento disponible para la alergia IgE mediada frente a alimentos ha sido, hasta hace unos años, la dieta de evitación del alimento, pero este manejo supone una afectación en la calidad de vida, el estado psicológico y nutricional del paciente, y es un tratamiento no del todo efectivo, ya que las reacciones accidentales son frecuentes.

Desde hace unos años, como alternativa al tratamiento clásico, se ha establecido la administración progresiva y controlada del alimento: la inmunoterapia oral con alimentos (ITO). Aunque el potencial uso de la ITO está descrito desde hace varias décadas, son cada vez más numerosos los estudios dedicados al análisis de diferentes protocolos que permitan su uso como terapia habitual. De hecho, la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica (SEAIC) en 2017 publicó una guía de recomendaciones para la ITO con leche y huevo. En 2018 la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) publicó una guía basada en una revisión sistemática y metaanálisis que determinó que existe un beneficio sustancial de desensibilización respecto al tratamiento convencional restrictivo y que lograba tolerancia clínica al alimento manteniendo su ingestión regular, aunque no siempre se lograba la adquisición de tolerancia sostenida tras su interrupción prolongada. Parece que factores como una mayor duración de la fase de mantenimiento, una menor edad de inicio e incluso un tratamiento adyuvante con biológicos pueden contribuir a una mayor probabilidad de alcanzarla. Aspectos como la ruta más adecuada, la edad de comienzo, el tipo de protocolo (pautas rápidas o largas), la dosis utilizada o el uso de diferentes formas de presentación del alimento siguen siendo motivo de discusión, pero la gran heterogeneidad de los estudios no permite establecer el modo más idóneo en forma de protocolo estándar recomendado.

En cuanto a los alimentos utilizados, la leche, el huevo y el cacahuete son los que demostraron mayor efectividad, pero también es cierto que eran los alimentos más estudiados. Además de estos, hay publicados protocolos de ITO con diferentes alimentos como melocotón, manzana, gamba y pescado, y en los últimos años con trigo y frutos secos, todos ellos demostrando su efectividad. Las fuentes alergénicas aconsejadas por la EAACI fueron las formas frescas o alimentos nativos. Sin embargo, con el objetivo de mejorar la seguridad, se han realizado protocolos con huevo y leche cocinados, con mejor perfil de seguridad.

El estudio de diferentes vías de administración (oral, sublingual, epicutánea, intradérmica, subcutánea), el uso de fármacos biológicos adyuvantes, el uso de variantes recombinantes e hipoalergénicas de los alimentos o el uso de probióticos son estrategias que buscan lograr la mayor eficacia y seguridad posibles. En el metaanálisis publicado por la EAACI se concluye que la ITO con alimentos no está preparada para su universalización y se reserva para centros de investigación o centros clínicos con amplia experiencia. Son numerosas las publicaciones posteriores a la guía de la EAACI que demuestran la eficacia de la ITO, y son cada vez más los profesionales que utilizan este tratamiento; sin embargo, sigue siendo un aspecto controvertido.

Uno de los aspectos más relevantes que puede influenciar el éxito de la ITO es el desarrollo de protocolos individualizados al perfil clínico del paciente, por lo que debemos analizar diversos factores clínicos e inmunológicos para ajustar la ITO de forma personalizada, así como informar de medidas de control (cofactores, terapias adyuvantes, control de comorbilidades) y protocolos de seguimiento para lograr el objetivo terapéutico de forma eficaz y segura.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Taller III
# De la consulta al supermercado: el día a día de nuestros pacientes

## De la consulta al supermercado: el día a día de nuestros pacientes

Diéguez Pastor MC

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

La alergia a los alimentos es una enfermedad inmunológica en aumento que trasciende el ámbito clínico para convertirse en un desafío constante en la vida diaria. La posibilidad de reacciones que pueden llegar a ser graves, como la anafilaxia, obliga a pacientes y familias a mantener una vigilancia continua y a desarrollar habilidades prácticas que van mucho más allá del manejo farmacológico.

Desde la consulta de alergología, el proceso asistencial incluye no solo el diagnóstico preciso y la indicación terapéutica, sino también la educación en la evitación del alérgeno, el reconocimiento precoz de síntomas y la actuación ante una reacción. Sin embargo, es en el entorno cotidiano donde se pone realmente a prueba esta formación. Actividades aparentemente simples como hacer la compra o elegir un producto en el supermercado requieren una lectura crítica del etiquetado y una toma de decisiones constante.

El etiquetado de los alimentos se convierte así en una herramienta fundamental. La legislación vigente obliga a declarar los principales alérgenos, pero la presencia de advertencias como "puede contener" o la posibilidad de contaminaciones cruzadas genera incertidumbre y dificulta la elección segura. Además, existen fuentes menos evidentes de exposición, tanto en alimentos procesados como en productos no alimentarios, que obligan a extremar las precauciones.

A esta complejidad se suma la necesidad de mantenerse actualizado frente a posibles alertas alimentarias, retiradas de productos o cambios en la composición de estos, lo que añade una carga adicional en la gestión diaria de la enfermedad. El entorno alimentario es dinámico, y la seguridad depende en gran medida de la información disponible y de la capacidad del paciente para interpretarla correctamente.

El impacto psicosocial es otro elemento clave. La necesidad de control constante puede generar ansiedad, limitar la autonomía —especialmente en niños y adolescentes— y condicionar la vida social, incluyendo actividades como comer fuera de casa, viajar o participar en eventos escolares. Por ello, el abordaje debe ser integral, incorporando estrategias que favorezcan la normalización de la vida diaria sin comprometer la seguridad.

En definitiva, el manejo de la alergia alimentaria no termina en la consulta. El verdadero reto comienza al enfrentarse al entorno real, donde cada decisión cotidiana implica una evaluación de riesgos. Acompañar a los pacientes en este proceso, dotándolos de conocimientos prácticos, herramientas de interpretación y confianza, es esencial para mejorar su calidad de vida y avanzar hacia una convivencia más segura con la enfermedad.

Volver al índice



© 2026 Esmon Publicidad

# Taller IV
# El reto del enmascaramiento en las provocaciones con alimentos

## El reto del enmascaramiento en las provocaciones con alimentos

González Mancebo E[1], Alonso Díaz de Durana MD[2]

[1]Hospital Universitario Fuenlabrada, Madrid
[2]Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

La provocación oral con alimentos es una herramienta fundamental en la práctica clínica del alergólogo para confirmar o descartar alergia alimentaria, valorar la adquisición de tolerancia y guiar decisiones clínicas relevantes, como la reintroducción del alimento o la indicación de tratamientos específicos. Las guías de la European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) consideran la provocación doble ciego controlada con placebo (DBPCFC) el procedimiento de mayor validez diagnóstica; sin embargo, su aplicación en la práctica habitual se ve condicionada por la dificultad de lograr un enmascaramiento adecuado del alimento alergénico.

El enmascaramiento eficaz constituye un reto metodológico relevante debido a las propiedades organolépticas inherentes de muchos alimentos (sabor, olor, textura, color), que pueden ser reconocidas incluso a bajas dosis. Un enmascaramiento insuficiente puede comprometer la validez interna de la prueba, incrementar la aparición de síntomas subjetivos y potenciar el efecto nocebo. En este contexto, las pruebas sensoriales y, en particular, la prueba del triángulo, se han propuesto como una herramienta útil para evaluar la efectividad del enmascaramiento. La prueba del triángulo consiste en presentar de forma aleatoria tres muestras, dos idénticas y una diferente (alimento activo frente a placebo), solicitando al evaluador que identifique la muestra distinta. Su aplicación permite valorar de manera objetiva si existen diferencias perceptibles relevantes entre el alimento y el placebo, facilitando la selección de vehículos alimentarios más adecuados antes de su uso clínico. Desde un punto de vista práctico, esta prueba puede ayudar a reducir el riesgo de desenmascaramiento y a mejorar la fiabilidad de la provocación, especialmente en casos con dudoso valor diagnóstico.

No obstante, la utilización sistemática de la prueba del triángulo y de las DBPCFC presenta limitaciones en la práctica clínica diaria, relacionadas con la disponibilidad de recursos, el tiempo, la falta de estandarización, así como la escasez de consensos sobre su aplicación en la práctica clínica habitual. Por ello, es fundamental individualizar el grado de enmascaramiento requerido, teniendo en cuenta el objetivo clínico de la provocación, el perfil del paciente y el alimento implicado, aceptando que el enmascaramiento perfecto no siempre es alcanzable ni imprescindible.

Este taller abordará, desde un enfoque eminentemente clínico, las dificultades reales del enmascaramiento en las provocaciones con alimentos, revisando la evidencia científica disponible y el papel de la prueba del triángulo, y ofreciendo estrategias prácticas aplicables en la consulta diaria para optimizar la interpretación de los resultados y la seguridad del paciente.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Taller VI
# Manejo de la EoE a largo plazo

## Manejo de la EoE a largo plazo

González Mendiola R, Tomás Pérez M

Hospital Universitario La Paz, Madrid

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica de tipo 2, caracterizada por infiltración eosinofílica del epitelio esofágico y evolución potencial hacia remodelado fibroestenótico. Los pilares del tratamiento incluyen el uso de fármacos: inhibidores de la bomba de protones, corticoides tópicos y biológicos, como el dupilumab; dietas de exclusión y, como tratamiento coadyuvante, la dilatación endoscópica en pacientes con estenosis fibrótica. El tratamiento de mantenimiento ha demostrado ser eficaz para disminuir el riesgo de desarrollo de fibroestenosis, pero, al suspenderlo, la tasa de recaída es muy alta, por lo que requiere una evaluación periódica de la adherencia al tratamiento, ajuste de la dosis mínima eficaz y monitorización de posibles efectos adversos.

También es importante destacar que en la EoE los síntomas no se correlacionan de forma fiable con la actividad endoscópica ni histológica de la enfermedad, lo que limita su uso como único parámetro de seguimiento.

Hasta hace poco, las guías clínicas se enfocaban fundamentalmente en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad; sin embargo, actualmente existe un interés creciente por el estudio del seguimiento a largo plazo y la prevención de complicaciones.

En este taller se revisa la evidencia actual sobre la necesidad, periodicidad y herramientas de seguimiento, así como las principales complicaciones clínicas y las derivadas del tratamiento. También se insistirá en la importancia de un abordaje multidisciplinar y multidimensional de la EoE, que incluya evaluación clínica, endoscópica, histológica y de calidad de vida, así como la individualización del seguimiento según el perfil de riesgo de cada paciente

### Bibliografía recomendada


- Dellon ES, Muir AB, Katzka DA, Shah SC, Sauer BG, Aceves SS, *et al*. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis. Am J Gastroenterol. 2025 Jan 1;120(1):31-59. doi: 10.14309/ajg.0000000000003194. Epub 2025 Jan 2. PMID: 39745304.
- Arnim UV, Biedermann L, Aceves SS, Bonis PA, Collins MH, Dellon ES, *et al*; EUREOS and TIGERs. Monitoring Patients With Eosinophilic Esophagitis in Routine Clinical Practice - International Expert Recommendations. Clin Gastroenterol Hepatol. 2023 Sep;21(10):2526-33. doi: 10.1016/j.cgh.2022.12.018. Epub 2022 Dec 24. PMID: 36572109.
- de Bortoli N, Visaggi P, Penagini R, Annibale B, Baiano Svizzero F, Barbara G, *et al*. The 1st EoETALY Consensus on the Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis-Current Treatment and Monitoring. Dig Liver Dis. 2024 Jul;56(7):1173-84. doi: 10.1016/j.dld.2024.02.020. Epub 2024 Mar 22. PMID: 38521670.
- Amil-Dias J, Oliva S, Papadopoulou A, Thomson M, Gutiérrez-Junquera C, Kalach N, *et al*. Diagnosis and management of eosinophilic esophagitis in children: An update from the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024 Aug;79(2):394-437. doi: 10.1002/jpn3.12188. Epub 2024 Jun 24. PMID: 38923067.


Volver al índice



© 2026 Esmon Publicidad

# Mesa Redonda I
# Impacto psicológico de la alergia a los alimentos

## Impacto personal y familiar

Gago Velasco B

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

Existe un consenso indiscutible en la literatura científica acerca de los efectos psicológicos negativos que las alergias alimentarias tienen tanto en los pacientes que las sufren como en sus familiares. Esta conferencia hace un recorrido por la morfología de las alteraciones psicológicas en los pacientes con alergia a los alimentos a lo largo del ciclo vital, a la vez que aborda el consiguiente impacto que esta enfermedad ejerce en la dinámica familiar de las personas afectadas.

El modelo procesual del estrés (Belloch, Sandín y Ramos, 2020) constituye un marco útil para comprender las alteraciones psicológicas asociadas a la alergia alimentaria, ostentando utilidad para el manejo de las reacciones de estrés en la consulta de alergia. Desde este modelo, la respuesta de estrés se entiende como el conjunto de manifestaciones fisiológicas y psicológicas asociadas al sobreesfuerzo que se produce cuando la persona valora las demandas externas -en nuestro caso, la alergia a los alimentos- como peligrosas para el propio bienestar y como algo que agrava o excede sus propios recursos de afrontamiento. Reacciones psicológicas como el distrés, la ansiedad, la hipervigilancia, la fatiga crónica e incluso el estrés postraumático pueden surgir como parte de los procesos de afrontamiento de la enfermedad, afectando notablemente a la calidad de vida y al manejo de la alergia.

En relación con el ciclo vital, en los niños y niñas con alergia alimentaria los síntomas psicológicos más frecuentes son la ansiedad y el miedo, lo cual supone un riesgo más elevado para la salud mental infantil que en el caso de otras enfermedades crónicas. En el plano familiar se añade, además, la sobrecarga que experimentan los cuidadores y el difícil equilibrio que deben sostener entre la detección adecuada de los riesgos y la transmisión de tranquilidad y seguridad para con sus hijos/as. En segundo lugar, se plantea cómo los cambios en las funciones psicológicas durante la adolescencia pueden influir en la vivencia subjetiva de la propia enfermedad, llegando a provocar actuaciones de mayor riesgo en los adolescentes con alergias alimentarias. En esta etapa, los desafíos familiares se centran en el manejo de los límites y en la relación de confianza que los progenitores deben ir construyendo para promover una adecuada conciencia de autocuidado y autonomía. En la etapa adulta, las reacciones mantenidas de hipervigilancia y estrés crónico afectan especialmente a la calidad de vida y al funcionamiento psicosocial.

Se trata, por tanto, de evidenciar que, tanto los datos científicos como aquellos que provienen del manejo clínico, respaldan mutuamente la necesidad imperiosa de un abordaje biopsicosocial de la alergia a los alimentos, que incluya protocolos de apoyo psicosocial e intervenciones en salud mental para el alivio de los costes emocionales asociados.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Impacto psicológico de la alergia a alimentos. Manejo de adolescentes: retos clínicos y oportunidades de intervención

Garriga Baraut T

Unidad de Alergología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

La alergia alimentaria en la adolescencia constituye un desafío clínico relevante que trasciende el control estrictamente médico, afectando de forma significativa al bienestar emocional, la autonomía y la calidad de vida de los pacientes. Esta etapa vital se caracteriza por una mayor necesidad de independencia, intensa presión social y creciente exposición a situaciones de riesgo, factores que amplifican la carga psicológica asociada a la enfermedad [1,2].

Diversos estudios han evidenciado una mayor prevalencia de ansiedad, miedo a la anafilaxia, conductas evitativas y limitaciones en la vida social en adolescentes con alergia alimentaria [1,3]. La adherencia a las medidas de evitación y al tratamiento de emergencia puede verse comprometida en este grupo etario, con un incremento constatado de reacciones graves, lo que hace imprescindible una atención especializada y diferenciada en la consulta de alergología [2,4].

En este contexto, resulta fundamental adoptar un enfoque multidisciplinar que integre la educación terapéutica, el apoyo psicológico y el empoderamiento del paciente [3,5]. La consulta de alergología debe incorporar estrategias específicas para abordar el riesgo percibido, mejorar la autogestión y fomentar la toma de decisiones seguras en el entorno real del adolescente, con especial atención a las particularidades de esta etapa del desarrollo [5,6].

La incorporación de herramientas digitales y telemedicina representa una oportunidad creciente en este grupo etario, especialmente receptivo a este tipo de recursos [3,7]. El seguimiento remoto, la comunicación ágil con el equipo sanitario y el acceso a información estructurada pueden mejorar la adherencia, la percepción de control y la seguridad del paciente, facilitando un acompañamiento más cercano y continuo [8-10].

Intervenciones como la inmunoterapia oral pueden modificar no solo el umbral de reactividad, sino también la percepción de seguridad y la calidad de vida en estos pacientes, si bien requieren un adecuado acompañamiento emocional durante todo el proceso [11,12].

En conclusión, el manejo de la alergia alimentaria en adolescentes debe contemplar de forma integral el impacto psicológico de la enfermedad, promoviendo intervenciones centradas en el paciente que mejoren tanto los resultados clínicos como el bienestar emocional. El objetivo no es únicamente evitar reacciones alérgicas, sino permitir que el adolescente viva sin miedo y con la mayor autonomía posible [1,13-15].

## Bibliografía

1. Vazquez-Ortiz M, Angier E, Blumchen K, Comberiati P, Duca B, DunnGalvin A, *et al*. Understanding the challenges faced by adolescents and young adults with allergic conditions: A systematic review. Allergy. 2020 Aug;75(8):1850-80. doi: 10.1111/all.14258. PMID: 32141620.
2. Roberts G, Vazquez-Ortiz M, Knibb R, Khaleva E, Alviani C, Angier E, *et al*. EAACI Guidelines on the effective transition of adolescents and young adults with allergy and asthma. Allergy. 2020 Nov;75(11):2734-52. doi: 10.1111/all.14459. Epub 2020 Jul 21. PMID: 32558994.
3. Knibb RC, Alviani C, Garriga-Baraut T, Mortz CG, Vazquez-Ortiz M, Angier E, *et al*. The effectiveness of interventions to improve self-management for adolescents and young adults with allergic conditions: A systematic review. Allergy. 2020 Aug;75(8):1881-98. doi: 10.1111/all.14269. PMID: 32159856.
4. Khaleva E, Vazquez-Ortiz M, Comberiati P, DunnGalvin A, Pite H, Blumchen K, *et al*. Current transition management of adolescents and young adults with allergy and asthma: a European survey. Clin Transl Allergy. 2020 Oct 7;10:40. doi: 10.1186/s13601-020-00340-z. PMID: 33042515; PMCID: PMC7542112.
5. Vazquez-Ortiz M, Gore C, Alviani C, Angier E, Blumchen K, Comberiati P, *et al*. A practical toolbox for the effective transition of adolescents and young adults with asthma and allergies: An EAACI position paper. Allergy. 2023 Jan;78(1):20-46. doi: 10.1111/all.15533. Epub 2022 Oct 18. PMID: 36176045; PMCID: PMC10091987.
6. Khaleva E, Knibb R, DunnGalvin A, Vazquez-Ortiz M, Comberiati P, Alviani C, *et al*. Perceptions of adolescents and young adults with allergy and/or asthma and their parents on EAACI guideline recommendations about transitional care: A European survey. Allergy. 2022 Apr;77(4):1094-104. doi: 10.1111/all.15109. Epub 2021 Nov 1. PMID: 34564855.
7. Oppenheimer J, Bender B, Sousa-Pinto B, Portnoy J. Use of Technology to Improve Adherence in Allergy/Immunology. J Allergy Clin Immunol Pract. 2024 Dec;12(12):3225-33.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

doi: 10.1016/j.jaip.2024.07.017. Epub 2024 Jul 27. PMID: 39074604.
8. Sullivan MO, Curtin M, Flynn R, Cronin C, Mahony JO, Trujillo J. Telehealth interventions for transition to self-management in adolescents with allergic conditions: A systematic review. Allergy. 2024 Apr;79(4):861-83. doi: 10.1111/all.15963. Epub 2023 Dec 1. PMID: 38041398.
9. Rodríguez-Álvarez M, Garriga Baraut T, Villalba Lorenzo E, Hernández Suárez HR, Reche Frutos M, Infante Herrero S. Telemedicina en niños y adolescentes con alergia a alimentos. J Investig Allergol Clin Immunol 2025; Vol. 35, Supplement 1: 228.
10. Hernández Suárez HR, Bartha de las Peñas I, Lasa Luaces E, Reche Frutos M, Rodríguez Álvarez M, Garriga Baraut T. Telemedicina en adolescentes: retos y oportunidades en la práctica alergológica. J Investig Allergol Clin Immunol 2025; Vol. 35, Supplement 1: 491.
11. Ödling M, Sundqvist AC, Brandström J, Nopp A, Andersson N, Nilsson C, *et al*. Peanut oral immunotherapy may improve health-related quality of life among severe peanut allergic adolescents. Clin Transl Allergy. 2023 Feb;13(2):e12225. doi: 10.1002/clt2.12225. PMID: 36825514; PMCID: PMC9899491.
12. Riggioni C, Oton T, Carmona L, Du Toit G, Skypala I, Santos AF. Immunotherapy and biologics in the management of IgE-mediated food allergy: Systematic review and meta-analyses of efficacy and safety. Allergy. 2024 Aug;79(8):2097-127. doi: 10.1111/all.16129. Epub 2024 May 15. PMID: 38747333.
13. Hernández-Suárez HR, Bartha I, Lasa-Luaces E, Rodríguez-Álvarez M, Garriga-Baraut T. Adolescents and Vaping: The Essentials. J Investig Allergol Clin Immunol. 2024 Dec 5;34(6):427-9. doi: 10.18176/jiaci.1014. Epub 2024 Jul 30. PMID: 39077896.
14. Rubeiz CJ, Ernst MM. Psychosocial Aspects of Food Allergy: Resiliency, Challenges and Opportunities. Immunol Allergy Clin North Am. 2021 May;41(2):177-88. doi: 10.1016/j.iac.2021.01.006. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33863478.
15. Sikorska-Szaflik H, Połomska J, Sozańska B. Living with Food Allergy in Adolescence: The Nutritional and Psychological Impact of Allergen Avoidance. Nutrients. 2025 Dec 23;18(1):56. doi: 10.3390/nu18010056. PMID: 41515174; PMCID: PMC12788159.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Mesa Redonda II
# Microbiota y alergia a los alimentos

## Terapias microbianas en la prevención y el tratamiento de la alergia alimentaria: estado actual y perspectivas clínicas

Cabrera Freitag P

Servicio de Alergología, Unidad de Alergia Pediátrica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

La alergia alimentaria (AA) constituye un problema de salud creciente en la población pediátrica, en cuyo desarrollo intervienen factores inmunológicos y ambientales complejos. En este contexto, la microbiota intestinal ha emergido como un modulador clave de la respuesta inmune, particularmente en la adquisición de tolerancia oral a antígenos alimentarios.

Diversos estudios experimentales y clínicos han demostrado que la microbiota intestinal desempeña un papel crítico en etapas tempranas de la vida, condicionando la maduración del sistema inmunológico. Modelos murinos han evidenciado que la colonización microbiana neonatal es esencial para el equilibrio de la respuesta $T_H1/T_H2$, y que la transferencia de microbiota puede modular la susceptibilidad a desarrollar alergia alimentaria. En humanos, la composición microbiana en los primeros meses de vida se asocia tanto al riesgo de sensibilización como a la probabilidad de adquirir tolerancia natural en etapas posteriores. En particular, ciertas firmas microbianas, como el predominio de bacterias del grupo *Clostridia* y especies específicas como *Bifidobacterium longum*, se han relacionado con un fenotipo tolerogénico.

A partir de estos hallazgos, se han desarrollado estrategias terapéuticas con el fin de prevenir y tratar la AA basadas en la modulación de la microbiota, incluyendo probióticos, prebióticos, simbióticos y postbióticos.

Sin embargo, la evidencia clínica actual no demuestra un efecto preventivo consistente sobre la alergia alimentaria. Los beneficios observados se limitan fundamentalmente a la dermatitis atópica, con una magnitud modesta y dependiente de múltiples variables.

En el contexto del tratamiento de la AA y, en concreto, la alergia a proteínas de leche de vaca (APLV), los resultados clínicos muestran una notable heterogeneidad. Mientras que algunas cepas, como *Lactobacillus casei* CRL431 y *Bifidobacterium lactis* Bb12, no han demostrado eficacia en acelerar la adquisición de tolerancia, la cepa *Lactobacillus rhamnosus* GG (LGG) sí ha evidenciado efectos beneficiosos. Ensayos clínicos y estudios prospectivos han mostrado que las fórmulas extensamente hidrolizadas de caseína suplementadas con LGG incrementan significativamente las tasas de adquisición de tolerancia a los 12 meses, efecto que se mantiene a largo plazo, especialmente en APLV mediada por IgE. Sin embargo, metaanálisis recientes subrayan que la calidad de la evidencia es moderada o baja debido a la heterogeneidad metodológica y a posibles sesgos de los estudios.

Otra estrategia emergente es la combinación de probióticos con inmunoterapia oral (ITO), especialmente en alergias persistentes como la del cacahuete. Ensayos clínicos han mostrado que la combinación de ITO con *Lactobacillus rhamnosus* logra tasas elevadas de desensibilización y tolerancia sostenida. No obstante, estudios comparativos recientes indican que esta combinación no es superior a la ITO aislada en términos de eficacia, aunque podría ofrecer un mejor perfil de seguridad, con menor incidencia de reacciones adversas, particularmente gastrointestinales, y una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes.

Asimismo, se han explorado protocolos innovadores de ITO con fases de inducción rápida combinadas con probióticos en la alergia a la leche y el huevo. Estos enfoques parecen permitir alcanzar la dosis de mantenimiento en menor tiempo y aumentar la probabilidad de tolerancia sostenida, aunque se asocian a una elevada frecuencia de reacciones adversas, generalmente leves o moderadas.

En conjunto, la evidencia actual sugiere que la modulación de la microbiota intestinal representa una estrategia prometedora en el manejo de la alergia alimentaria, con efectos dependientes de la cepa, el momento de intervención y las características del paciente. No obstante, persisten importantes lagunas de conocimiento en relación con los mecanismos de acción, la selección de pacientes y la estandarización de protocolos terapéuticos.

Se requieren ensayos clínicos aleatorizados, controlados y de mayor tamaño muestral para confirmar la eficacia y seguridad de estas intervenciones, así como para definir su papel en la práctica clínica. La integración de la microbiota en el abordaje terapéutico de la alergia alimentaria abre nuevas vías hacia una medicina más personalizada y basada en mecanismos.

Volver al índice



© 2026 Esmon Publicidad

# Microbiota intestinal y alergia alimentaria. Diagnóstico

Pérez Gordo M

Departamento de Ciencias Médicas Básicas, Facultad de Medicina, Universidad CEU San Pablo, Madrid

La alergia alimentaria constituye actualmente uno de los principales retos diagnósticos en alergología clínica, con un incremento sostenido de su prevalencia en países industrializados, alcanzando hasta un 10% en población pediátrica [1]. La interacción dinámica entre predisposición genética, maduración inmunológica y microbiota intestinal determina la adquisición o pérdida de tolerancia inmunológica frente a antígenos alimentarios.

En la actualidad, las herramientas diagnósticas disponibles en alergia alimentaria mediada por IgE han permitido mejorar la estratificación del riesgo y reducir pruebas de provocación innecesarias. Sin embargo, existen limitaciones relevantes relacionadas con la diferenciación entre sensibilización y alergia clínicamente relevante, así como con la predicción de persistencia, severidad o adquisición de tolerancia [2]. Estas limitaciones resultan aún más evidentes en la alergia no mediada por IgE, donde la ausencia de biomarcadores validados obliga a basar el diagnóstico fundamentalmente en criterios clínicos apoyados en dietas de exclusión y reintroducción. Cuando la sospecha clínica persiste, la prueba de exposición oral controlada continúa siendo el estándar de referencia, pese a los riesgos asociados, especialmente en lactantes [3], y al elevado consumo de recursos sanitarios que implica.

Las alteraciones tempranas del ecosistema microbiano se asocian con desregulación inmunológica y pérdida de señales tolerogénicas mediadas por metabolitos bacterianos, posicionando al microbioma intestinal como un determinante funcional de la tolerancia inmunológica y una fuente prometedora de biomarcadores diagnósticos y pronósticos en alergia alimentaria [4-6]. En este contexto, las principales líneas de investigación actuales están orientadas a identificar rutas inmunológicas y metabólicas implicadas en la alergia alimentaria, incluyendo metabolitos, mediadores inflamatorios y marcadores de integridad de barrera como potenciales herramientas diagnósticas objetivas [4,7].

En este escenario, los enfoques multi-ómicos constituyen el principal motor de innovación diagnóstica. La integración de análisis metagenómicos, transcriptómicos, proteómicos y metabolómicos permite identificar firmas inmunometabólicas complejas que reflejan la interacción huésped-microbiota y proporcionan una visión sistémica de la enfermedad. Estas estrategias están favoreciendo el desarrollo de modelos predictivos capaces de anticipar la aparición, trayectoria clínica y respuesta terapéutica, consolidando la transición hacia la medicina traslacional y la alergología de precisión [6,8].

## Bibliografía

1. Nwaru BI, Hickstein L, Panesar SS, Roberts G, Muraro A, Sheikh A, *et al.* Prevalence of common food allergies in Europe: a systematic review and meta-analysis. Allergy. 2014;69(8):992-1007. doi: 10.1111/all.12423. Epub 2014 May 10. PMID: 24816523.
2. Prescott SL. Early-life environmental determinants of allergic diseases and the wider pandemic of inflammatory noncommunicable diseases. J Allergy Clin Immunol. 2013;131(1):23-30. doi: 10.1016/j.jaci.2012.11.019. PMID: 23265694.
3. Bellón Alonso S, García Ezquiaga J, Torija Berzal P, Díaz Tardón S, Muñoz San José M, Alonso López P, *et al.* Food protein-induced enterocolitis syndrome: increased prevalence of this great unknown-results of the PREVALE study. J Allergy Clin Immunol. 2019;143(1):430-3. doi: 10.1016/j.jaci.2018.08.045. Epub 2018 Sep 20. PMID: 30244024.
4. Moreno P. Microbiota en alergia alimentaria: prebióticos, probióticos y simbióticos. Rev Alerg Mex. 2023;70(4):236-41. doi: 10.29262/ram.v70i4.1334. PMID: 38506864.
5. Farnetano M, Carucci L, Coppola S, Oglio F, Masino A, Cozzolino M, Nocerino R, Berni Canani R. Gut microbiome features in pediatric food allergy: a scoping review. Front Allergy. 2024;5:1438252. doi: 10.3389/falgy.2024.1438252. Erratum in: Front Allergy. 2025 Mar 20;6:1588779. doi: 10.3389/falgy.2025.1588779. PMID: 39386092; PMCID: PMC11461474.
6. Koidl L, Untersmayr E. The clinical implications of the microbiome in the development of allergy diseases. Expert Rev Clin Immunol. 2021;17(2):115-26. doi: 10.1080/1744666X.2021.1874353. Epub 2021 Jan 19. PMID: 33428498.
7. Zubeldia-Varela E, Barker-Tejeda TC, Blanco-Pérez F, Infante S, Zubeldia JM, Pérez-Gordo M. Non-IgE-mediated gastrointestinal food protein-induced allergic disorders. Clinical perspectives and analytical approaches. Foods. 2021;10(11):2662. doi: 10.3390/foods10112662. PMID: 34828942; PMCID: PMC8623505.
8. Abril AG, Carrera M, Sánchez-Pérez Á, Villa TG. Gut microbiome proteomics in food allergies. Int J Mol Sci. 2023;24(3):2234. doi: 10.3390/ijms24032234. PMID: 36768555; PMCID: PMC9917015.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Mesa Redonda III
# Escaleras de alimentos (efecto matriz alimentaria)

## El papel inmunológico de la matriz alimentaria en alergia y tolerancia

Díaz Perales A

Dept. Biotechnology, Center for Plant Biotechnology and Genomic (UPM/CSIC), Universidad Politécnica de Madrid, Madrid

Las matrices alimentarias —los complejos entornos estructurales y bioquímicos en los que se encuentran los nutrientes y los compuestos bioactivos— desempeñan un papel decisivo en la forma en que el sistema inmunitario percibe, procesa y responde a los antígenos dietarios. En lugar de actuar como portadores pasivos, las matrices alimentarias modulan activamente la inmunogenicidad a través de su arquitectura física, sus interacciones moleculares y su capacidad para influir en la digestión, la absorción y la señalización inmunitaria mucosal.

En la interfaz gastrointestinal, la matriz determina la velocidad y el grado de liberación de proteínas, afectando así a la exposición de los antígenos a las células epiteliales e inmunitarias. Las proteínas incrustadas en matrices ricas en lípidos o altamente reticuladas pueden estar protegidas de la proteólisis, aumentando la probabilidad de que epítopos intactos lleguen al intestino delgado. Por el contrario, las matrices ricas en fibras fermentables favorecen el metabolismo microbiano, que puede degradar antígenos o generar metabolitos inmunomoduladores, como los ácidos grasos de cadena corta (SCFA, *short-chain fatty acids*). Estos SCFA refuerzan la integridad de la barrera epitelial, promueven la diferenciación de células T reguladoras y reducen las respuestas proinflamatorias, ilustrando cómo la composición de la matriz moldea indirectamente la tolerancia inmunitaria.

El entorno bioquímico de la matriz también influye en la alergenicidad. Los polifenoles, por ejemplo, pueden unirse a proteínas y alterar la accesibilidad de los epítopos, reduciendo en ocasiones el reconocimiento por IgE. Los cambios inducidos por el calor en la matriz —como las reacciones de Maillard o la agregación proteica— pueden enmascarar epítopos o crear neoantígenos, lo que explica por qué el procesado térmico puede aumentar o disminuir, de manera impredecible, el potencial alergénico. Investigaciones emergentes destacan que el estado de emulsificación, el tamaño de partícula y la microestructura del alimento pueden modular la captación de antígenos a través de células M y las células dendríticas, influyendo así en las vías de sensibilización.

Más allá de la alergenicidad, las matrices alimentarias contribuyen a la educación inmunitaria mediante interacciones con la microbiota intestinal. Las matrices complejas que preservan las paredes celulares vegetales o encapsulan nutrientes favorecen la diversidad microbiana y la producción de metabolitos que regulan la inmunidad innata y adaptativa. En contraste, las matrices altamente procesadas y con baja complejidad estructural pueden acelerar la digestión, reducir la fermentación microbiana y contribuir a la inflamación asociada a la disbiosis.

Un creciente cuerpo de investigación también explora cómo las matrices pueden diseñarse para administrar compuestos inmunomoduladores. Las tecnologías de encapsulación permiten la liberación dirigida de probióticos, postbióticos o péptidos bioactivos, mejorando su estabilidad y eficacia inmunológica. Estos enfoques son especialmente relevantes para el diseño de alimentos hipoalergénicos, formulaciones para inmunoterapia oral y alimentos funcionales destinados a modular la inmunidad mucosal.

En resumen, el comportamiento inmunológico de los alimentos no puede entenderse únicamente examinando nutrientes o proteínas aisladas. La matriz alimentaria —su estructura, composición e historial de procesado— determina de manera fundamental la presentación de antígenos, la tolerancia inmunitaria y el potencial inflamatorio. Integrar la inmunología con la ciencia de materiales alimentarios ofrece un marco poderoso para desarrollar estrategias dietéticas más seguras, funcionales y personalizadas.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Mesa Redonda IV Patología funcional digestiva y alergia a los alimentos

## Dietas de eliminación en los trastornos funcionales digestivos

Yárnoz Esquíroz P

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Las intolerancias alimentarias pueden jugar un papel importante en la etiología y fisiopatología de los trastornos funcionales digestivos, tanto la dispepsia funcional como el síndrome del intestino irritable.

El síndrome del intestino irritable (SII) ha adquirido una gran relevancia en el ámbito clínico debido a su elevada prevalencia y a su impacto en la calidad de vida de los pacientes. En general, y de forma cada vez más extendida, se están aplicando dietas de eliminación de diversos alimentos o grupos de alimentos para tratar de manejar los distintos síntomas asociados (borborigmos, distensión y alteraciones en la frecuencia o consistencia de las deposiciones, entre otros), ya que muchos pacientes relacionan sus síntomas con la ingesta de alimentos.

La dispepsia, definida como presencia de dolor o molestias en la parte alta del abdomen, suele presentarse de manera intermitente, pudiendo encontrarse bien el paciente durante periodos de tiempo que se alternan con episodios de recaída. No existe un tratamiento eficaz para todos los casos, pero los consejos higiénico-dietéticos, así como el control en la ingesta de grasa y fibra, pueden aliviar los síntomas.

En muchas pacientes, puede ser difícil identificar con exactitud qué alimentos o componentes de los alimentos pueden ser los responsables del inicio de los síntomas. En la actualidad, la práctica clínica para identificar los alimentos desencadenantes de síntomas es la eliminación empírica y reintroducción de estos. Sin embargo, las dietas de exclusión deben pautarse bajo la supervisión de un especialista y únicamente cuando estén indicadas, puesto que se ha demostrado que pueden tener efectos perjudiciales sobre el estado nutricional, así como la salud en general (modificaciones en la microbiota).

Las intervenciones dietéticas que han demostrado beneficio terapéutico y son más frecuentemente empleadas son la dieta basada en recomendaciones dietéticas saludables del National Institute for Health and Care Excellence, conocida como dieta NICE para el SII; la dieta sin gluten; la dieta con bajo contenido en alimentos ricos en hidratos de carbono fermentables, denominada como dieta baja en FODMAP; la dieta exenta de lactosa, y la dieta sin fructosa/sorbitol.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Mesa Redonda V
# Medicina de precisión en la alergia a los alimentos: fin del manejo por grupos

## Medicina de precisión en la alergia a los alimentos: fin del manejo por grupos en alergia al pescado

Vera Berrios RN

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

La medicina de precisión en alergia al pescado representa un cambio de paradigma desde la evitación universal de todas las especies de pescado hacia la caracterización molecular individual, la estratificación por fenotipos clínicos y la reintroducción personalizada basada en patrones de sensibilización, umbrales de reactividad y contenido alergénico específico de cada especie [1,2].

El manejo estándar de la alergia al pescado frecuentemente ha consistido en evitar todas las especies de pescado, pero la literatura reciente demuestra que estas recomendaciones son sobreprotectoras para la mayoría de los pacientes [2]. Según datos de Leung *et al.* [3], el 40% de los pacientes alérgicos al pescado toleran uno o más tipos de pescado, más comúnmente pescados con menor nivel de β-parvalbúmina, como atún y salmón, en comparación con pescados ricos en β-parvalbúmina, como la carpa [3].

Los pacientes pueden categorizarse en clústers clínicos distintos: pacientes polisensibilizados que reaccionan a múltiples especies por sensibilización al panalérgeno β-parvalbúmina (aunque pueden tolerar especies con bajo contenido), versus pacientes monosensibilizados con reacciones selectivas por IgE dirigida contra epítopos especie-específicos [2].

El diagnóstico molecular en plataformas multiplex que incluyen múltiples β-parvalbúminas, α-parvalbúmina y otros alérgenos permite mayor precisión diagnóstica, investigar patrones de reactividad cruzada y buscar especies potencialmente seguras [4]. Además, la identificación de epítopos específicos y el contenido de β-parvalbúmina permiten construir una guía para la reintroducción escalonada [5].

Aunque una proporción considerable de niños desarrolla tolerancia alrededor de la adolescencia [6], aquellos con alergia persistente pueden tener dosis umbrales extremadamente bajas y un fenotipo potencialmente más grave [1], aunque tanto la gravedad como las dosis desencadenantes son parámetros que requieren evaluación individualizada.

Esto implica que la medicina de precisión debe considerar múltiples dimensiones en la evaluación alergológica: diagnóstico molecular por componentes, determinación de umbrales de reactividad y provocaciones orales dirigidas, buscando definir características específicas del paciente para un manejo individualizado. Esto nos permite mejorar la calidad de vida de estos pacientes sin comprometer su seguridad.

## Bibliografía

1. Vera-Berrios RN, Vázquez-Cortés S, Gonzalo-Fernández A, Bindslev-Jensen C, Clausen M, Ferrara R, *et al.* Persistence, Severity, and Reactivity Thresholds in Fish-Allergic Patients Sensitized to Parvalbumin. J Allergy Clin Immunol Pract. 2025 Apr;13(4):793-802.e8. doi: 10.1016/j.jaip.2024.12.026.
2. Dijkema D, Emons JAM, Van de Ven AAJM, Oude Elberink JNG. Fish Allergy: Fishing for Novel Diagnostic and Therapeutic Options. Clin Rev Allergy Immunol. 2022 Feb;62(1):64-71. doi: 10.1007/s12016-020-08806-5.
3. Leung ASY, Wai CYY, Leung NYH, Ngai NA, Chua GT, Ho PK, *et al.* Real-World Sensitization and Tolerance Pattern to Seafood in Fish-Allergic Individuals. J Allergy Clin Immunol Pract. 2024 Mar;12(3):633-642.e9. doi: 10.1016/j.jaip.2023.09.038.

Volver al índice



© 2026 Esmon Publicidad

4. Villalta D, Scala E, Deleonardi G, Busa M, Rivolta F, Boni E, *et al.* A Comprehensive Molecular Approach in Fish Allergy: Usefulness in Daily Clinical Practice. Clin Chim Acta. 2022 Aug 1;533:104-8. doi: 10.1016/j.cca.2022.06.010.
5. Wai CYY, Leung NYH, Leung ASY, Tang MF, Marknell DeWitt Å, Rosa Duque JS, *et al.* Fish Allergenicity Ladder and Parvalbumin Epitopes for Predicting Clinical Cross-Reactivity and Reintroduction in Chinese Population. Allergy. 2025 Oct;80(10):2810-23. doi: 10.1111/all.16562.
6. Xepapadaki P, Christopoulou G, Stavroulakis G, Freidl R, Linhart B, Zuidmeer L, *et al.* Natural History of IgE-Mediated Fish Allergy in Children. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021 Aug;9(8):3147-3156.e5. doi: 10.1016/j.jaip.2021.04.007.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a los mariscos

García Figueroa BE

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, Navarra

La alergia a mariscos constituye una de las principales causas de alergia alimentaria y una causa relevante de reacciones sistémicas, incluida la anafilaxia, y presenta una elevada persistencia y un impacto significativo en la calidad de vida [1,2]. Tradicionalmente, su manejo se ha basado en la recomendación de evitación global de todos los mariscos tras el diagnóstico de alergia a uno de ellos. Sin embargo, esta aproximación se apoya en un modelo simplificado que podría no reflejar adecuadamente la complejidad biológica y clínica de esta entidad [3,4].

Desde el punto de vista molecular, aunque la tropomiosina se considera el principal alérgeno implicado, el repertorio alergénico de los mariscos es amplio e incluye múltiples proteínas adicionales, como arginina cinasa, proteína fijadora de calcio sarcoplásmica, cadenas ligeras de miosina, hemocianina y troponinas [3-5]. La relevancia clínica de estos alérgenos es variable y su expresión presenta una notable heterogeneidad entre especies e incluso dentro de la misma especie en función del origen anatómico y geográfico [6].

La reactividad cruzada, mediada fundamentalmente por la homología estructural de la tropomiosina, explica la frecuente sensibilización cruzada entre crustáceos, moluscos y otros invertebrados como ácaros e insectos [7]. No obstante, la evidencia disponible indica que la sensibilización cruzada no siempre se traduce en reactividad clínica, lo que introduce una discrepancia relevante entre los resultados de las pruebas diagnósticas y el riesgo real de reacción [4]. Este aspecto es particularmente importante en el caso de los moluscos, un grupo heterogéneo cuya alergia presenta una gran variabilidad clínica [8].

Las limitaciones de las herramientas diagnósticas actuales contribuyen a esta incertidumbre. Las pruebas cutáneas con extractos comerciales y la determinación de IgE específica presentan una capacidad limitada, en parte debido a la representación incompleta de alérgenos en los extractos disponibles [4,9]. El diagnóstico molecular, aunque prometedor, sigue siendo incompleto y no permite establecer perfiles con valor predictivo suficiente [3]. En este contexto, la prueba de provocación oral continúa siendo el estándar de referencia, si bien su utilización está condicionada por cuestiones de seguridad y disponibilidad.

En este marco, se presentan datos preliminares de una cohorte de pacientes con alergia a crustáceos sin sensibilización a tropomiosina. En esta cohorte, el *prick-prick* con alimento natural mostró una rentabilidad diagnóstica significativamente superior al *prick* con extracto comercial y mayor positividad en muestras crudas y en cefalotórax, lo que sugiere la implicación de alérgenos termolábiles o no musculares. Desde el punto de vista clínico, una proporción significativa de estos pacientes toleraba moluscos, especialmente cefalópodos, sin que la sensibilización cutánea o molecular a estos grupos se asociara de forma significativa con la intolerancia clínica. Estos hallazgos indican que la reactividad cruzada con moluscos es limitada desde el punto de vista clínico en este fenotipo, y que las pruebas diagnósticas disponibles no permiten predecir de forma fiable la tolerancia.

En conjunto, la evidencia disponible y los datos presentados apoyan que la alergia a mariscos debe entenderse como un conjunto de entidades heterogéneas, en las que la reactividad cruzada es variable y la aproximación diagnóstica presenta importantes limitaciones. En este contexto, la recomendación de evitación global de todos los mariscos podría ser excesiva en un número relevante de pacientes.

## Bibliografía

1. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. J Allergy Clin Immunol. 2014;133(2):291-307.
2. Lopata AL, Lehrer SB. New insights into seafood allergy. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2009;9(3):270-7.
3. Ruethers T, Taki AC, Johnston EB, Nugraha R, Le TTK, Kalic T, *et al.* Seafood allergy: A comprehensive review of fish and shellfish allergens. Mol Immunol. 2018;100:28-57.
4. Lopata AL, O'Hehir RE, Lehrer SB. Shellfish allergy. Clin Exp Allergy. 2010;40(6):850-8.
5. Wai CYY, Leung NYH, Leung ASY, Ngai SM, Pacharn P, Yau YS, *et al.* Comprehending the allergen repertoire of shrimp for precision molecular diagnosis of shrimp allergy. Allergy. 2022;77(10):3041-51.
6. Dorney RD, Johnston EB, Karnaneedi S, Ruethers T, Kamath SD, Gopi K, *et al.* Variation in shrimp allergens: place of origin effects on food safety assessment. Int J Mol Sci. 2024;25:4531.
7. Ayuso R, Reese G, Leong-Kee S, Plante M, Lehrer SB. Tropomyosin: an invertebrate pan-allergen. Int Arch Allergy Immunol. 2002;129(4):247-57.
8. Scala E, Abeni D, Guerra EC, Locanto M, Pirrotta L, Meneguzzi G, *et al.* Mollusk allergy in shrimp-allergic patients: still a complex diagnosis. World Allergy Organ J. 2022;15:100681.
9. Asero R, Scala E, Villalta D, Pravettoni V, Arena A, Billeri L, *et al.* Shrimp allergy: analysis of commercially available extracts for in vivo diagnosis. J Investig Allergol Clin Immunol. 2017;27(3):175-82.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Medicina de precisión en la alergia a los alimentos: fin del manejo por grupos: alergia a frutos secos

Valbuena Garrido T

Sección Alergología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid

La gestión clínica de la alergia a frutos secos ha experimentado un cambio de paradigma fundamental, evolucionando desde la evitación estricta de todos ellos hacia una estrategia de inclusión segura basada en la evidencia. Actualmente, se reconoce que la prescripción de dietas de exclusión genéricas ante una reacción aislada es una práctica subóptima que no solo deteriora la calidad de vida y aumenta la carga psicosocial del paciente, sino que también conlleva riesgos clínicos tangibles. Entre estos riesgos destaca la posibilidad de inducir la pérdida de tolerancia inmunológica previa debido a la exclusión prolongada de alimentos que el paciente, en realidad, toleraba.

En este contexto, el diagnóstico por componentes se posiciona como el pilar central para la estratificación del riesgo y la toma de decisiones clínicas. Esta herramienta permite discriminar entre la alergia primaria, caracterizada por un alto riesgo de reacciones sistémicas graves, y la alergia secundaria, generalmente manifestada como un síndrome de alergia oral leve por reactividad cruzada con pólenes. Las proteínas de reserva, como las 2S albúminas y las 11S leguminas, así como las LTP (nsLTP), actúan como marcadores de gravedad debido a su elevada termoestabilidad y resistencia a la proteólisis digestiva.

La utilidad diagnóstica de estos marcadores se vuelve evidente al analizar los fenotipos específicos de los frutos secos de mayor relevancia clínica. En la avellana, la presencia de IgE específica frente a las proteínas de reserva Cor a 14 (2S albúmina) o Cor a 9 es un indicador de alta especificidad para el riesgo de anafilaxia, mientras que la sensibilización aislada a Cor a 1 (PR-10) suele asociarse a sintomatología local leve en pacientes polínicos. Para la nuez, la reactividad frente a Jug r 1 (2S albúmina) y Jug r 4 define el fenotipo de riesgo sistémico, en contraste con la levedad clínica que suele presentar la sensibilización a Jug r 5. En el caso del anacardo, el componente Ana o 3 (2S albúmina) se consolida como el principal causante de reacciones sistémicas.

Desde el punto de vista del manejo práctico, es imperativo diferenciar entre la cosensibilización, sumamente frecuente por la homología de secuencia de las proteínas, y la coalergia clínica real, que presenta una prevalencia significativamente menor. La reactividad cruzada clínicamente relevante se limita principalmente a grupos con alta cercanía filogenética, como el complejo *Anacardiaceae* (anacardo y pistacho) o *Juglandaceae* (nuez y pecana). Por tanto, el objetivo diagnóstico debe ser identificar la especie alérgena específica para evitar restricciones dietéticas innecesarias. Para ello, la provocación oral controlada se mantiene como el estándar de oro y pueden planificarse provocaciones individuales o incluso protocolos de provocación múltiple en pacientes con baja probabilidad pre-test de reacción, con el fin de agilizar la liberalización de la dieta y optimizar la gestión del riesgo de forma personalizada.

## Bibliografía recomendada


- Pasioti M, Xepapadaki P, Mathioudakis AG, Lakoumentas J, Efstathiou E, Papadopoulos NG. Current options in the management of tree nut allergy: A systematic review and narrative synthesis. Pediatr Allergy Immunol. 2024 May;35(5):e14132. doi: 10.1111/pai.14132. PMID: 38727626.
- Brettig T, Dang T, McWilliam V, Peters RL, Koplin JJ, Perrett KP. The Accuracy of Diagnostic Testing in Determining Tree Nut Allergy: A Systematic Review. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021 May;9(5):2028-2049.e2. doi: 10.1016/j.jaip.2020.12.048. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33429030.
- Dramburg S, Hilger C, Santos AF, de Las Vecillas L, Aalberse RC, Acevedo N. EAACI Molecular Allergology User's Guide 2.0. Pediatr Allergy Immunol. 2023 Mar;34 Suppl 28:e13854. doi: 10.1111/pai.13854.
- Matricardi PM, van Hage M, Custovic A, Korosec P, Santos AF, Valenta R. Molecular allergy diagnosis enabling personalized medicine. J Allergy Clin Immunol. 2025 Jan 22:S0091-6749(25)00065-X. doi: 10.1016/j.jaci.2025.01.014. Epub ahead of print. PMID: 39855360.37186333
- Jeong K, Lee S. Update on Tree Nut and Seed Allergies: Prevalence, ClinicalCharacteristics, Diagnosis, and Management. Allergy Asthma Immunol Res. 2025 Nov;17(6):672-91. doi: 10.4168/aair.2025.17.6.672. PMID: 41330701; PMCID: PMC12683745.
- Sikorska-Szaflik H, Połomska J, Sozańska B. Living with Food Allergy in Adolescence: The Nutritional and Psychological Impact of Allergen Avoidance. Nutrients. 2025 Dec 23;18(1):56. doi: 10.3390/nu18010056. PMID: 41515174; PMCID: PMC12788159.
- Schroer B, Bjelac J. Moving Past "Avoid All Nuts": Individualizing Management of Children with Peanut/Tree Nut Allergies. Immunol Allergy Clin North Am. 2019 Nov;39(4):495-506. doi: 10.1016/j.iac.2019.07.004. PMID: 31563184.


Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Seminario I
# Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de la dieta (FPIES)

## FPIES en adultos

González-Delgado P

Sección de Alergia, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

El síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de la dieta (FPIES) es una forma de alergia no mediada por IgE, tradicionalmente considerada exclusiva de la edad pediátrica [1-3]. En los últimos años, sin embargo, se ha reconocido de forma creciente en la población adulta [2,4]. En una encuesta transversal realizada en Estados Unidos, la prevalencia estimada en adultos fue del 0,22% [4], con claro predominio en mujeres.

A diferencia del FPIES pediátrico, donde los vómitos constituyen un criterio diagnóstico mayor, estos pueden estar ausentes hasta en un 25% de los adultos. En este grupo, predominan el dolor abdominal tipo cólico y la diarrea. También pueden presentarse síntomas sistémicos como debilidad, escalofríos y letargia, mientras que manifestaciones como hipotensión, hipotermia o deshidratación son menos frecuentes.

En adultos, los mariscos y crustáceos son los desencadenantes más habituales, seguidos de pescado, huevo, lácteos y vegetales, aunque potencialmente cualquier alimento puede ser responsable. No es infrecuente la implicación de varios alimentos. Cuando los desencadenantes forman parte de la dieta habitual (como leche o huevo), la cronicidad de los síntomas digestivos determina diagnósticos erróneos, especialmente el síndrome de intestino irritable, y conlleva la realización de múltiples exploraciones, incluida la colonoscopia [2].

La fisiopatología del FPIES sigue sin estar completamente esclarecida y se basa principalmente en datos pediátricos. En la fase aguda predomina una respuesta del sistema inmune innato, caracterizada por neutrofilia y activación de monocitos con liberación de citocinas proinflamatorias (TNF-α, IL-6, IL-8). Estos mediadores incrementan la permeabilidad intestinal y el desplazamiento de líquidos, explicando la clínica de vómitos y diarrea. En adultos, al igual que en población pediátrica, el aumento de IL-17 durante los episodios agudos refuerza el papel del sistema inmune innato y podría tener un papel como biomarcador [5].

En ausencia de biomarcadores específicos, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en una historia compatible, la exclusión de otras patologías y, cuando es necesario, la prueba de provocación oral (OFC). En adultos, se han propuesto criterios diagnósticos actualizados que sustituyen el criterio mayor de vómitos repetidos por la presencia de dolor abdominal cólico asociado a vómitos o diarrea [6].

El diagnóstico en la edad adulta resulta en ocasiones complejo, ya que se deben excluir otras entidades como el síndrome de intestino irritable o déficits enzimáticos (intolerancia a lactosa o fructosa), con los que además puede coexistir.

La OFC constituye una herramienta clave tanto para el diagnóstico como para evaluar la adquisición de tolerancia [7].

Aunque algunos pacientes pueden desarrollar tolerancia con el tiempo, el pronóstico en adultos es menos favorable que en la población pediátrica, donde la enfermedad suele resolverse durante la infancia.

La inespecificidad de los síntomas clínicos, la ausencia de biomarcadores diagnósticos y el limitado reconocimiento de esta entidad en adultos condicionan retrasos diagnósticos significativos y diagnósticos erróneos en muchas ocasiones. Por tanto, es probable que el FPIES en adultos esté infradiagnosticado en la práctica clínica habitual.

## Bibliografía

1. Crespo J, Skrabski F, Pérez-Pallise ME, De Castro-Martínez FJ, Zubeldia JM, Infante S. Relevant features of adult-onset food protein-induced enterocolitis syndrome. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021;9(4):1759-60.

Volver al índice



© 2026 Esmon Publicidad

2. González-Delgado P, Muriel J, Jiménez T, Cameo JI, Palazón-Bru A, Fernández J. Food protein-induced enterocolitis syndrome in adulthood: clinical characteristics, prognosis, and risk factors. J Allergy Clin Immunol Pract. 2022;10(9):2397-403.
3. Crespo J, Pérez-Pallise ME, Skrabski F, Zambrano G, Rojas-Pérez-Ezquerra P, Noguerado-Mellado B, *et al*. The natural course of adult-onset food protein-induced Enterocolitis syndrome. J Allergy Clin Immunol Pract. 2022;10(11):2986-92.
4. Nowak-Wegrzyn A, Warren CM, Brown-Whitehorn T, Cianferoni A, Schultz-Matney F, Gupta RS. Food protein-induced enterocolitis syndrome in the US population-based study. J Allergy Clin Immunol.2019;144:1128-30.
5. Gonzalez-Delgado P, Anvari S, Jimenez AI, Gallego-Velez P, Sanchez-Fortun C, Jimenez T, *et al*. Cytokine variations after positive oral food challenges in adult-onset food protein-induced enterocolitis.Allergy.2025;80:2882-5.
6. Gonzalez-Delgado P, Anvari S, Entrala A, Infante S. Medical algorithm: Diagnosis and management of adult food protein-induced enterocolitis syndrome. Allergy. 2024 Oct;79(10):2881-4. doi: 10.1111/all.16142. Epub 2024 Apr 30. PMID: 38686652.
7. Bird JA, Barni S, Brown-Whitehorn TF, du Toit G, Infante S, Nowak-Wegrzyn A. Food protein-induced enterocolitis syndrome oral food challenge: Time for a change? Ann Allergy Asthma Immunol. 2021 May;126(5):506-15. doi: 10.1016/j.anai.2021.02.022. Epub 2021 Mar 1. PMID: 33662509.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Seminario III
# Tratamiento de precisión en alergia a alimentos

## Inmunología de la alergia a alimentos

Rodríguez Pérez MR

Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid
Servicio de Alergología, Hospital la Paz, Madrid

A pesar de los avances recientes, persisten interrogantes críticos sobre los mecanismos que impiden la adquisición de la tolerancia inmunológica o que precipitan su pérdida. El desarrollo de la alergia alimentaria es un proceso multifactorial donde convergen la estructura y estabilidad termodinámica de las proteínas alergénicas con la integridad de las barreras biológicas (piel y mucosas).

Bajo la hipótesis de la exposición dual, entendemos que el "contexto" de la presentación antigénica determina el destino inmunológico: mientras que la vía digestiva promueve un entorno tolerogénico, la exposición transcutánea —especialmente en presencia de una barrera comprometida— favorece la sensibilización. Sin embargo, la brecha en la barrera no basta por sí sola; es preciso que exista un fallo en los mecanismos de regulación activa.

En este escenario, el sistema inmune innato emerge como el director de orquesta, modulando la respuesta adaptativa mediante señales de peligro (alarminas) que condicionan la plasticidad de los linfocitos T reguladores (Tregs). Asimismo, la complejidad de la respuesta humoral va más allá de la IgE; la afinidad de los anticuerpos, los patrones de glicosilación de la IgE, el papel protector de la IgA secretora y las funciones emergentes de la IgD están redefiniendo nuestra comprensión de la homeostasis en las mucosas. Todo ello, bajo la influencia constante de una microbiota intestinal que actúa como principal educador del sistema inmune.

Este conocimiento de la inmunología de la alergia alimentaria nos conduce hacia un modelo de tratamiento de precisión, donde la estrategia terapéutica deja de ser universal para intentar adaptarse a cada paciente. En lugar de limitarnos a la evitación del alérgeno, la medicina actual busca la restauración de la tolerancia mediante inmunoterapia personalizada, ajustando las vías de administración y las dosis según el perfil de sensibilización molecular y la capacidad de respuesta de los biomarcadores celulares. Este enfoque se ve potenciado por el uso de terapias biológicas dirigidas, que actúan sobre dianas específicas como la IgE o las interleucinas clave (IL-4 e IL-13), permitiendo modular el entorno inflamatorio y favorecer la expansión de linfocitos reguladores. En definitiva, el tratamiento de precisión aspira a integrar la manipulación de la microbiota, la reparación de las barreras epiteliales y la reprogramación del sistema inmune adaptativo para lograr una desensibilización segura y, en última instancia, una curación definitiva.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Seminario IV
# Perfiles de sensibilización en pacientes con alergia alimentaria (AALim) a distintas edades

## Perfiles de sensibilización en pacientes con alergia alimentaria (AALim) a distintas edades

Andreu Balaguer C

Servicio de Alergología, Hospital de la Vega Baja, Orihuela

La alergia alimentaria representa una enfermedad dinámica y cada vez más prevalente, cuya expresión clínica y evolución dependen de la edad, el alimento implicado, el mecanismo inmunológico y el contexto ambiental y psicosocial. Comprender la historia natural de la alergia alimentaria permite mejorar los protocolos diagnósticos, establecer estrategias terapéuticas y preventivas, identificar factores de riesgo de persistencia y adaptar el seguimiento clínico según la etapa vital del paciente [1-3].

La mayoría de los casos debutan durante los primeros años de vida, con un predominio en varones; sin embargo, en los últimos años se ha descrito un incremento de los casos de inicio en la adolescencia y en la edad adulta [2-4], con mayor afectación en mujeres.

En la primera infancia predomina la sensibilización a leche de vaca, huevo, trigo y soja, mientras que en etapas posteriores adquieren mayor relevancia el cacahuete, los frutos secos, el pescado y el marisco [2,3,5]. En la adolescencia y edad adulta aumentan especialmente las alergias a frutas, frutos secos, mariscos y síndromes asociados a sensibilización a alérgenos ambientales como el síndrome de alergia polen-alimentos [4,6]. En el área mediterránea destaca especialmente la alergia mediada por LTP [5-7].

La infancia precoz constituye el periodo en el que mejor se han descrito los factores predisponentes para el desarrollo de alergia alimentaria; influyendo la predisposición genética y factores ambientales ante-, peri- y postnatales, como la obesidad materna, el tabaquismo o las restricciones dietéticas durante el embarazo [1,6], así como el momento de introducción de nuevos alimentos, la disbiosis intestinal [1] y la doble exposición cutánea y oral a alérgenos (hipótesis de Lack) [8, 9]. En la infancia tardía y adolescencia adquieren relevancia las dietas de exclusión injustificadas [1,10] y la sensibilización cruzada con aeroalérgenos. En adultos se añaden otros factores como la exposición ocupacional cutánea o respiratoria, el efecto de cofactores y fenómenos específicos como el síndrome alfa-gal asociado a picadura de garrapata [4-6].

La evolución natural depende en gran medida del alimento responsable. Se han descrito distintos fenotipos evolutivos: transitorio infantil, persistente y de inicio tardío [1,4]. El fenotipo transitorio infantil incluye principalmente leche, huevo, trigo y soja; es de inicio precoz, con tendencia a la remisión espontánea y asociado frecuentemente a dermatitis atópica. En el fenotipo persistente suele haber más riesgo de anafilaxia y carga psicosocial, y los principales alimentos implicados son cacahuete, frutos secos, pescado, marisco y sésamo. En el de inicio tardío adquieren más importancia los cofactores, comorbilidades y la reactividad cruzada inhalantes-alimentos [4,5,10].

Los principales predictores de persistencia en niños son el tamaño de la prueba cutánea, los niveles elevados de IgE específica, la coexistencia de asma o rinitis alérgica y, en el caso de la leche y el huevo, la tolerancia a formas horneadas [10-12].

Si consideramos el mecanismo inmunológico, también se aprecian diferencias. Las alergias mediadas por IgE, incluyendo la anafilaxia, mantienen características relativamente constantes a lo largo de la vida, con escasa tendencia a la resolución espontánea excepto en ciertos casos como la leche y huevo [2,10].

Las formas no IgE-mediadas predominan en la infancia, aunque cada vez se describen más casos persistentes o de inicio en adultos [4,5]. La proctocolitis alérgica inducida por proteínas alimentarias (FPIAP) es característica de lactantes pequeños y presenta habitualmente resolución espontánea

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

durante la infancia. La enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) suele aparecer en relación con leche, soja, avena o arroz en la infancia, siendo más frecuente en varones. En adultos predominan mariscos y pescado, con mayor prevalencia en mujeres [4,5]. La esofagitis eosinofílica (EoE) presenta diferentes manifestaciones dependientes de la edad [5].

La alergia alimentaria produce un deterioro significativo de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes y cuidadores [13,14]. Los padres y cuidadores asumen la mayor carga inicialmente en el caso de niños pequeños [15], afectando más al paciente con el paso de los años. La adolescencia representa una etapa especialmente vulnerable [16]. En adultos, el impacto psicológico puede mantenerse durante décadas [15].

El papel del alergólogo es fundamental desde el inicio, adaptando las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento a cada perfil del paciente y etapa evolutiva.

## Bibliografía


1. Lee ECK, Trogen B, Brady K, Ford LS, Wang J. The Natural History and Risk Factors for the Development of Food Allergies in Children and Adults. Curr Allergy Asthma Rep. 2024;24:121-31.
2. Sicherer SH, Warren CM, Dant C, Gupta RS, Nadeau KC. Food Allergy from Infancy Through Adulthood. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8:1854-64.
3. Savage J, Johns CB. Food allergy: epidemiology and natural history. Immunol Allergy Clin North Am. 2015;35:45-59.
4. Kuźniar J, Kozubek P, Gomułka K. Differences in the Course, Diagnosis, and Treatment of Food Allergies Depending on Age—Comparison of Children and Adults. Nutrients. 2024;16:1317.
5. Bartha I, Almulhem N, Santos AF. Feast for thought: A comprehensive review of food allergy 2021-2023. J Allergy Clin Immunol. 2024;153:576-94.
6. Sampath V, Abrams EM, Adlou B, Akdis C, Akdis M, Brough HA, *et al*. Food allergy across the globe. J Allergy Clin Immunol. 2021;148:1347-64.
7. Pascal M, Bartra J, Jiménez-Feijoo R, Milà J, Millan L, Folqué MM, *et al*. Comparison of the sensitization profile between children and adults allergic to multiple plant-foods. Clin Transl Allergy. 2013;3 Suppl 3:O4.
8. Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahnson HT, Radulovic S, Santos AF, *et al*. Randomized Trial of Peanut Consumption in Infants at Risk for Peanut Allergy. N Engl J Med. 2015;372:803-13.
9. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. J Allergy Clin Immunol. 2014;133:291-307.e5.
10. Santos AF, Riggioni C, Agache I, Akdis CA, Akdis M, Alvarez-Perea A, *et al*. EAACI guidelines on the management of IgE-mediated food allergy. Allergy. 2025;80:14-36.
11. Satitsuksanoa P, van de Veen W, Tan G, Lopez JF, Wirz O, Jansen K, *et al*. Allergen-specific B cell responses in oral immunotherapy-induced desensitization, remission, and natural outgrowth in cow's milk allergy. Allergy. 2025; 80:161-80.
12. Peters RL, Koplin JJ, Gurrin LC, Dharmage SC, Wake M, Ponsonby AL, *et al*. Natural history of peanut allergy and predictors of resolution in the first 4 years of life. J Allergy Clin Immunol. 2015;135:1257-1266.e2.
13. Warren CM, Otto AK, Walkner MM, Gupta RS. Quality of life among food allergic patients and their caregivers. Curr Allergy Asthma Rep. 2016;16(5):38.
14. Antolín-Amérigo D, Manso L, Caminati M, de la Hoz Caballer B, Cerecedo I, Muriel A, *et al*. Quality of life in patients with food allergy. Clin Mol Allergy. 2016;14:4.
15. Purser SEM, Jones CJ, Protudjer JLP, Herbert LJ, Screti C, Roleston C, *et al*. Associations with food allergy-related psychological distress in a global sample of adults, children and caregivers. Clin Transl Allergy. 2025;15:e70071.
16. Aaneland H, Larsen MH, Helseth S, Wahl AK. Quality appraisal of quality of life research in children and adolescents with food allergy: a systematic review. Int Arch Allergy Immunol. 2024;185(11):1083-98.


Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Perfiles de sensibilización molecular en alimentos a distintas edades

Goikoetxea Lapresa MJ

Clínica Universidad de Navarra (CUN), Pamplona, Navarra

La sensibilización mediada por IgE a lo largo de la vida depende del proceso de sensibilización y de los mecanismos que intervienen en la tolerancia natural. Estos factores influyen en la expresión clínica de la alergia a lo largo de la vida del individuo, manifestándose distintos perfiles moleculares de sensibilización frente a un mismo alimento en función de la edad de inicio, los cuales pueden, además, condicionar tanto la probabilidad de persistencia como la de resolución de dicha alergia. No obstante, el tipo de exposición al alérgeno, así como los hábitos dietéticos, condicionan el proceso de sensibilización y la aparición de la reactividad clínica.

La respuesta IgE a un determinado alimento es habitualmente heterogénea a nivel molecular. Aunque se han descrito perfiles de sensibilización a un solo alérgeno alimentario, asociados habitualmente a fenotipos clínicos concretos y de debut tardío (p. ej., omega-5 gliadina o alfa-gal), lo habitual en la alergia a un alimento es la sensibilización a varios alérgenos estructuralmente y funcionalmente diferentes, fruto de una respuesta policlonal. En la diversa respuesta de la IgE suele destacar el reconocimiento de un alérgeno predominante, habitualmente no relacionado con reactividad cruzada, estructuralmente resistente, asociado a fenotipos clínicos graves que difícilmente regresan en el tiempo, condicionando la persistencia de la enfermedad (p. ej. ovomucoide, parvalbúmina, caseína, 2s albúmina…). En el caso de la sensibilización a panalérgenos, en los que la reactividad cruzada es amplia pero su expresión clínica variable, el comportamiento a lo largo de la vida depende del panalérgeno, pudiendo variar entre la precocidad de la sensibilización a alérgenos como la parvalbúmina o el retraso en el caso de panalérgenos secundarios a polinosis como la profilina o PR-10.

La evidencia sobre el debut de la alergia a determinados alimentos y, en concreto, su asociación con determinados perfiles de sensibilización es escasa. Sin embargo, se han descrito diferentes perfiles moleculares frente a algunos alimentos asociados a diferentes grupos etarios, especialmente en frutos secos y cacahuete. En estos alimentos se ha observado que la sensibilización a las proteínas de reserva es frecuente en poblaciones pediátricas, fruto de la sensibilización primaria, y la sensibilización a panalérgenos como LTP, profilina o PR-10 predominante en poblaciones de más edad como resultado de reactividad cruzada, secundaria a otro inductor de la sensibilización y, por tanto, precisando mayor tiempo de exposición.

Estos datos, más allá de tener interés para conocer la prevalencia de la enfermedad, tienen implicaciones en el manejo clínico. Conocer el momento de debut de la enfermedad puede orientar hacia un determinado perfil de sensibilización y, por tanto, hacia un determinado fenotipo clínico, ya que suele ser más grave en los niños preescolares y más leve en el caso de la alergia secundaria en adolescentes y adultos. Asimismo, la reactividad cruzada, no siempre asociada a relevancia clínica, ofrece la oportunidad de valorar dietas dirigidas a evitar restricciones extensas.

La evaluación de datos tan accesibles como el momento de inicio de los síntomas, recogido en la historia clínica, puede orientar sobre perfiles de sensibilización molecular en el contexto de una alergología de precisión, mejorando la caracterización fenotípica de la alergia a alimentos y facilitando decisiones diagnósticas y terapéuticas más individualizadas y eficaces.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Seminario V
# Nuevas tecnologías de aplicación en alergología

## Apps para pacientes alérgicos

Letrán Camacho A

Unidad de Alergología, Hospital HLA Jerez Puerta del Sur, Jerez de la Frontera
Centro médico HLA La Salud, Cádiz

El incremento global de la prevalencia de la alergia alimentaria ha impulsado el desarrollo de herramientas digitales orientadas al autocuidado, entre las que destacan las aplicaciones móviles (*mHealth*). Estas apps pueden tener como objetivos facilitar la identificación de alérgenos y lectura de etiquetas, mejorar la adherencia terapéutica (dietética y/o farmacológica) o reducir el riesgo de exposiciones accidentales, constituyendo un recurso potencialmente útil tanto para pacientes como para profesionales sanitarios.

Si bien no existen muchas publicaciones al respecto, diversos estudios han evaluado la calidad y funcionalidad de estas aplicaciones. En el año 2020 se publica un trabajo [1] en el que se realiza una búsqueda sistemática en tiendas digitales, identificando aplicaciones centradas en alergias e intolerancias alimentarias y evaluándolas mediante la escala MARS (Mobile App Rating Scale). Se concluye que, aunque existe una amplia disponibilidad de apps, la calidad global es moderada y heterogénea, con importantes deficiencias en términos de rigor científico, validación clínica y actualización de contenidos. Muchas aplicaciones ofrecen funciones como escaneo de códigos de barras, listas de alimentos seguros o alertas de alérgenos, pero pocas están respaldadas por evidencia o supervisión profesional. En la misma línea, un estudio publicado dos años después [2] subraya que la mayoría de las apps disponibles presentan limitaciones relevantes en cuanto a precisión de la información y utilidad clínica real. Los autores destacan la falta de regulación y la escasa participación de especialistas en su desarrollo, lo que puede comprometer la seguridad del paciente. Este aspecto es especialmente crítico en alergia alimentaria, donde errores en la identificación de ingredientes o contaminaciones cruzadas pueden tener consecuencias graves, incluso aunque algunas aplicaciones más recientes incorporen inteligencia artificial para el reconocimiento de etiquetas o alimentos, lo que podría mejorar la precisión, si bien esta tecnología aún requiere validación clínica.

En conclusión, las aplicaciones móviles representan una herramienta prometedora en el manejo de la alergia alimentaria, especialmente como complemento educativo y de apoyo al paciente. Sin embargo, su utilidad clínica está condicionada por la calidad de la información y la validación científica.

## Bibliografía

1. Mandracchia F, Llauradó E, Tarro L, Valls RM, Solà R. Mobile Phone Apps for Food Allergies or Intolerances in App Stores: Systematic Search and Quality Assessment Using the Mobile App Rating Scale (MARS). JMIR Mhealth Uhealth. 2020;8(9):e18339.
2. Wu AC, Walsh R, Wang AL. Assessment of the quality of mobile apps for food allergy. J Allergy Clin Immunol Pract. 2022;10(6):1658-9.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# CAJMIR

## Proyectos, despedidas y bienvenidas: bienvenidas

Mariño Fernández AG

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

La Comisión de Alergólogos Jóvenes y Médicos Internos Residentes (CAJMIR) de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) inicia una nueva etapa con el objetivo de consolidarse como el espacio de referencia para la participación activa, la formación y el desarrollo profesional de las nuevas generaciones de alergólogos en España.

Más allá de su papel formativo, la CAJMIR se configura como una plataforma dinámica que ofrece a los residentes y especialistas jóvenes la oportunidad de integrarse en proyectos reales, contribuir al desarrollo de iniciativas científicas y participar activamente en la construcción de la especialidad. La comisión promueve un modelo basado en la implicación directa de sus miembros, fomentando no solo la adquisición de conocimientos, sino también el desarrollo de competencias en investigación, docencia y trabajo en equipo.

En este nuevo ciclo, se plantea como objetivo prioritario atraer y consolidar la participación de médicos internos residentes, así como de adjuntos jóvenes en las primeras etapas de su trayectoria profesional, facilitando su incorporación a grupos de trabajo estructurados y proyectos colaborativos. La CAJMIR ofrece un entorno accesible y flexible, donde cada miembro puede encontrar su espacio de desarrollo según sus intereses, con especial énfasis en la participación activa y continuada.

Las líneas estratégicas incluyen el fortalecimiento de programas formativos, la integración con otros comités de la SEAIC y la creación de nuevas oportunidades de colaboración que permitan ampliar el impacto científico y social de la comisión. Asimismo, se pretende reforzar el acompañamiento del alergólogo joven en su transición profesional, favoreciendo su visibilidad y proyección dentro de la comunidad científica.

En este contexto, la bienvenida a la CAJMIR representa una invitación abierta a formar parte de un proyecto colectivo en crecimiento, donde el compromiso individual se traduce en impacto compartido, y donde las nuevas generaciones tienen la oportunidad real de contribuir activamente al presente y futuro de la alergología.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Proyectos, despedidas y bienvenidas: despedidas

Fernández de Alba I

Clínica Thodos, Granada
Hospital Universitario de Jaén, Jaén

La Comisión de Alergólogos Jóvenes y Médicos Internos Residentes (CAJMIR) de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) cierra en 2026 una etapa de cuatro años marcada por el crecimiento colectivo, la consolidación estructural y el compromiso compartido con el desarrollo de la alergología desde sus bases formativas.

Este periodo ha estado definido por un modelo de trabajo colaborativo que ha permitido integrar a un amplio número de miembros en torno a objetivos comunes, favoreciendo la creación de una comunidad activa, cohesionada y orientada a la excelencia. Entre los principales logros destacan la consolidación de un programa estable de sesiones clínicas, el impulso de iniciativas formativas específicas y la generación de recursos prácticos dirigidos al alergólogo en formación, junto con el desarrollo de proyectos de investigación con proyección nacional e impacto en revistas como *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*.

Más allá de los resultados tangibles, este ciclo ha puesto en valor el trabajo en equipo como motor fundamental, facilitando la creación de redes entre residentes y especialistas jóvenes, así como la colaboración con otros comités de la sociedad científica.

La etapa que ahora se cierra deja también líneas de continuidad claramente definidas: la actualización y optimización del Manual CAJMIR como herramienta de referencia, el fortalecimiento de proyectos conjuntos con otros comités de la SEAIC y la evolución de las sesiones clínicas hacia modelos con mayor participación de expertos que permitan enriquecer el debate y garantizar un alto nivel científico.

En este contexto, la despedida no representa un cierre, sino un punto de transición que consolida un legado construido colectivamente y que sienta las bases para que las futuras generaciones continúen desarrollando un proyecto dinámico, integrador y en constante evolución.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Proyectos, despedidas y bienvenidas: proyectos

García-Gutiérrez I

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

La Comisión de Alergólogos Jóvenes y Médicos Internos Residentes (CAJMIR) de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica ha experimentado, durante el periodo 2024-2026, una consolidación estructural y estratégica sin precedentes, posicionándose como un pilar clave en el desarrollo de la especialidad desde sus etapas iniciales.

Durante este periodo, se ha construido un modelo organizativo sólido, integrando a más de 100 miembros y articulando su actividad en torno a tres ejes fundamentales: formación de excelencia, impulso investigador y proyección institucional. En el ámbito formativo, destacan la consolidación de sesiones clínicas mensuales de alto valor científico y la continuidad de programas formativos específicos, reforzando la capacitación transversal del alergólogo joven. Paralelamente, se han desarrollado herramientas digitales orientadas a la accesibilidad y homogeneización del conocimiento, incluyendo la actualización de recursos clave para residentes.

En el ámbito de la investigación, CAJMIR ha contribuido activamente a la generación de conocimiento, con publicaciones en revistas de impacto como *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology* y el desarrollo de proyectos estratégicos orientados a analizar la situación de la alergología en España, poniendo de manifiesto necesidades estructurales y oportunidades de mejora a nivel nacional.

Este periodo culmina con una etapa de transición, marcada por la consolidación de redes de colaboración y la formalización de iniciativas que garantizan la continuidad y expansión del proyecto. El relevo generacional se plantea como una oportunidad para ampliar el impacto social, fortalecer la colaboración intercomités y extender la actividad investigadora y divulgativa a todo el territorio nacional.

En conjunto, CAJMIR se presenta como un modelo dinámico y sostenible, que no solo ha elevado el estándar de la formación y participación del alergólogo joven, sino que también deja una base estructural sólida sobre la que seguir construyendo el futuro de la especialidad.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Sesión especial Alfa-gal

## Sesión especial sobre alfa-gal

Venturini Díaz M

Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja

A partir del año 2009 comienza a describirse en EE.UU. y en Australia un nuevo síndrome caracterizado por reacciones alérgicas de tipo tardío en relación con la ingesta de carne de mamíferos, atribuidas a la sensibilización frente al determinante glucídico alfa-gal (galactosa-alfa-1,3-galactosa) [1,2].

Esta alergia tiene unas peculiaridades clínicas que la diferencia de otras alergias alimentarias. A menudo, la sintomatología es grave, cursando con urticaria, disnea, hipotensión, angioedema o incluso *shock* anafiláctico. Además, los síntomas aparecen habitualmente varias horas después de la ingesta (entre 3 y 6 horas), a diferencia de otros tipos de alergia alimentaria que acontecen en la primera hora [1,2]. Dada la presentación tardía de la clínica, esta no se relacionaba con la ingesta y algunos pacientes tenían episodios repetidos de anafilaxia porque no identificaban el agente causal.

Otro aspecto diferencial con la mayor parte de alergias alimentarias es que la mayoría de los pacientes, a pesar de consumir carne de forma regular, solo tienen reacción en ciertas ocasiones [3]. Esto se podría explicar por la presencia de cofactores, como el ejercicio físico o el alcohol, la cantidad de carne ingerida, la forma de preparación de esta o su porcentaje graso [4,5].

En este mismo sentido, existen publicaciones que evidencian una mayor alergenicidad de las vísceras frente a la del músculo, produciendo síntomas más graves y con una latencia menor [6,7].

Actualmente, las picaduras de garrapata son la única causa demostrada capaz de inducir una respuesta IgE específica frente a alfa-gal [8,9]. En zonas endémicas de la picadura de garrapata *Amblyoma americanum* del sureste de EE.UU., se ha descrito un porcentaje de sensibilización a alfa-gal de hasta el 20% en población general [8].

Aunque la mayoría de los pacientes muestran una sensibilización subclínica que no da lugar a patología, algunos manifiestan el síndrome alfa-gal [1,2].

En nuestro país, la biodiversidad de fauna y flora favorece una amplia distribución de las garrapatas pertenecientes predominantemente al género *Ixodes*. Estudios sobre prevalencia de sensibilización a alfa-gal llevados a cabo en La Rioja y en Galicia demuestran que estas garrapatas también son capaces de sensibilizar a alfa-gal en porcentajes entre el 4 y el 8% en población general y hasta el 15% en ciertos grupos de riesgo, como agentes forestales y retenes de incendios [10,11].

A pesar de que los niveles de IgE específica frente a alfa-gal no se correlacionan con la gravedad de la sintomatología [12], estos pueden descender si se deja de sufrir picaduras de garrapata, con la consiguiente disminución de la reactividad de los pacientes a la carne [13].

Debido a esta posible remisión natural de la reactividad a la carne de mamíferos, algunos autores proponen la realización de una prueba de exposición oral controlada con carne de mamíferos cuando la IgE frente a alfa-gal disminuye por debajo de determinados valores [14,15].

La prevención de reacciones en pacientes sensibilizados a alfa-gal incluye no solo la evitación de la ingesta de carnes de mamíferos, sino también la exposición a otros alimentos que contengan gelatinas y lácteos, así como a numerosos fármacos y productos sanitarios derivados de mamíferos, como vacunas, expansores del plasma y prótesis biológicas [4,16].

Además, la sensibilización a alfa-gal se ha asociado en los últimos años con otras formas de presentación clínica diferentes a la anafilaxia, tales como molestias gastrointestinales crónicas, urticaria crónica espontánea [17] y patología isquémica cardiovascular [18,19].

Recientemente, la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), ha aprobado la creación de un Grupo de Especial Interés en Alergia a la Alfa-gal (ALERGAL), que permitirá trabajar de forma coordinada y multidisciplinar, generar conocimiento propio y avanzar en la comprensión de esta enfermedad, con el objetivo último de mejorar el diagnóstico, manejo y calidad de vida de nuestros pacientes.

## Bibliografía

1. Commins SP, Satinover SM, Hosen J, Mozena J, Borish L, Lewis BD, *et al.* Delayed anaphylaxis, angioedema, or urticaria after consumption of red meat in patients with IgE antibodies specific for galactose-alpha-1,3-galactose. J Allergy Clin Immunol. 2009;123:426-33.

Volver al índice



© 2026 Esmon Publicidad

2. Van Nunen SA, O'Connor KS, Clarke LR, Boyle RX, Fernando SL. An association between tick bite reactions and red meat allergy in humans. Med J Aust. 2009;190:510-1.
3. Mullins RJ, James H, Platts-Mills TAE, Commins S. The relationship between red meat allergy and sensitization to gelatin and galactose-alpha-1,3-galactose. J Allergy Clin Immunol. 2012;129:1334-42.
4. Wilson JM, Erickson L, Levin M, Ailsworth SM, Commins SP, Platts-Mills TAE. Tick bites, IgE to galactose-alpha-1,3-galactose and urticarial or anaphylactic reactions to mammalian meat: The alpha-gal syndrome. Allergy. 2024 Jun;79(6):1440-54.
5. Iweala OI, Choudhary SK, Addison CT, Batty CJ, Kapita CM, Amelio C, *et al*. Glycolipid-mediated basophil activation in alpha-gal allergy. J Allergy Clin Immunol. 2020 Aug;146(2):450-2.
6. Morisset M, Richard C, Astier C, Jacquenet S, Croizier A, Beaudouin E, *et al*. Anaphylaxis to pork kidney is related to IgE antibodies specific for galactose-alpha-1,3-galactose. Allergy. 2012;67:699-704.
7. Fischer J, Hebsaker J, Caponetto P, Platts-Mills T, Biedermann T. Galactose-alpha-1,3-galactose sensitization is a prerequisite for pork-kidney allergy and cofactor related mammalian meat anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 2014;134:755-9.
8. Commins SP, James HR, Kelly LA, Pochan SL, Workman LJ, Perzanowski MS, *et al*. The relevance of tick bites to the production of IgE antibodies to the mammalian oligosaccharide galactose-α-1,3-galactose. J Allergy Clin Immunol. 2011;127:1286-93.
9. Hamsten C, Starkhammar M, Tran TA, Johansson M, Bengtsson U, Ahlén G, *et al*. Identification of galactose-α-1,3-galactose in the gastrointestinal tract of the tick Ixodes ricinus; possible relationship with red meat allergy. Allergy. 2013;68:549-52.
10. Venturini M, Lobera T, Sebastián A, Portillo A, Oteo JA. IgE to α-Gal in Foresters and Forest Workers From La Rioja, North of Spain. J Allergy Clin Immunol. 2018;28(2):106-12.
11. Gonzalez-Quintela A, Dam Laursen AS, Vidal C, Skaaby T, Gude F, Linneberg A. IgE antibodies to alpha-gal in the general adult population: relationship with tick bites, atopy, and cat ownership. Clin Exp Allergy. 2014;44(8):1061-8.
12. Kim MS, Straesser MD, Keshavarz B, Workman L, McGowan EC, Platts-Mills TAE, *et al*. IgE to galactose-α-1,3-galactose wanes over time in patients who avoid tick bites. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 Jan;8(1):364-7.
13. Commins SP. Diagnosis & management of alpha-gal syndrome: lessons from 2,500 patients. Expert Rev Clin Immunol. 2020 Jul;16(7):667-77.
14. Owusu-Asare C, Browning RL, Jerath MR. Successful home reintroduction of mammalian meat in patients with alpha-gal syndrome. J Allergy Clin Immunol Pract. 2026 Feb;14(2):516-7.
15. Commins SP. Diagnosis & management of alpha-gal syndrome: lessons from 2,500 patients. Expert Rev Clin Immunol. 2020 Jul;16(7):667-77.
16. Martínez-Arcediano A, de La Viuda E, Ruiz de Galarreta M, Velasco M, Longo N. Is alpha-Gal an emerging allergen in drug allergy? Current Treatment Options in Allergy. 2024;11:185-93.
17. Vidal I, Venturini M, Muñoz M, del Pozo MD, González I, Portillo A. Contribution of Alpha-gal in Pathologies Other than Alpha-gal Syndrome: Focusing on Chronic Spontaneous Urticaria. Current Treatment Options in Allergy. 2025;30(12). https://doi.org/10.1007/s40521-025-00401-3
18. Wilson JM, Nguyen AT, Schuyler AJ, Commins SP, Taylor AM, Platts-Mills TAE, *et al*. IgE to the mammalian oligosaccharide galactose-α-1,3-galactose is associated with increased atheroma volume and plaques with unstable characteristics-brief report. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2018;38(7):1665-9.
19. Vernon ST, Kott KA, Hansen T, Finemore M, Baumgart KW, Bhindi R, *et al*. Immunoglobulin E sensitization to mammalian oligosaccharide galactose-α-1,3 (α-gal) is associated with noncalcified plaque, obstructive coronary artery disease, and ST-segment-elevated myocardial infarction. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2022;42(3):352-61.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Encuentro con los Expertos

## Novedades en el diagnóstico de la alergia alimentaria basadas en microarrays de péptidos

de la Hoz Caballer B[1,2]

[1]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid
[2]Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid

El reto principal en alergia alimentaria sigue siendo diferenciar la sensibilización asintomática de la verdadera alergia clínica. Las técnicas convencionales (las pruebas cutáneas y la determinación de IgE específica frente a extractos) presentan limitaciones derivadas de la reactividad cruzada y de su bajo valor predictivo positivo para determinados alimentos. El diagnóstico molecular ha supuesto un importante avance en el diagnóstico de la alergia a los alimentos. Los sistemas multiplex basados en microarrays permiten evaluar simultáneamente múltiples alérgenos y sus componentes moleculares con menos de 100 µL de suero, generando perfiles de sensibilización altamente individualizados, lo que favorece un enfoque diagnóstico personalizado. Los microarrays de péptidos (epítopos) representan la evolución más prometedora, ya que identifican la unión de IgE a secuencias específicas de aminoácidos asociadas con reactividad clínica, persistencia de la alergia y respuesta a inmunoterapia oral. Estas tecnologías aún no sustituyen a la provocación oral controlada, pero mejoran significativamente la estratificación del riesgo y la medicina de precisión en alergia alimentaria.

Los epítopos de células B son las regiones específicas reconocidas directamente por los anticuerpos (IgE, IgG, IgG4). Se clasifican en conformacionales (discontinuos), que dependen de la estructura tridimensional de la proteína, y lineales (continuos), formados por una secuencia contigua de aminoácidos. En el caso de varios alimentos, como cacahuete, leche, huevo y crustáceos, los patrones de reconocimiento de los epítopos lineales son una herramienta adicional para discriminar entre pacientes alérgicos, solamente sensibilizados o tolerantes. Los pacientes con alergia clínica suelen presentar un reconocimiento de mayor número de epítopos, mayor intensidad de unión de IgE y patrones específicos de reconocimiento en cuanto a IgE, IgG e IgG4 [1]. Así, por ejemplo, en el caso del cacahuete, los epítopos de Ara h 2 han mostrado una capacidad diagnóstica superior a muchos algoritmos tradicionales basados únicamente en IgE específica [2]. Igualmente, en el caso de la leche y del huevo, los epítopos lineales de las proteínas alergénicas como la caseína y el ovomucoide se asocian a persistencia de la enfermedad [3,4]. De igual manera, en la alergia a huevo, leche y cacahuete, varios estudios sugieren que un mayor repertorio de reconocimiento de epítopos lineales IgE puede relacionarse con menor dosis umbral en la prueba de exposición oral frente al alimento, reacciones sistémicas más intensas y mayor riesgo de anafilaxia [3-5].

En cuanto su papel en la inmunoterapia oral (ITO), los cambios en los perfiles de unión IgE e IgG4 frente a epítopos específicos durante la ITO pueden funcionar como biomarcadores de respuesta al tratamiento [6,7]. En el caso de la ITO frente a leche de vaca se han observado cambios en los perfiles de unión IgE e IgG4 frente a epítopos específicos de las caseínas, disminución progresiva de IgE frente a determinados epítopos y aumento de IgG4 bloqueante, que se pueden correlacionar con el aumento del umbral de la reacción, éxito de la desensibilización y posible tolerancia sostenida. Esta tecnología afronta una serie de retos como son mejorar la interpretación y su aplicación a la clínica, la estandarización de la técnica y el análisis de cantidades ingentes de datos. En este último punto, en el Instituto de Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS) se está desarrollando una plataforma bioinformática para el análisis conjunto de los datos clínicos, con los resultados de pruebas estándar y la información del reconocimiento de epítopos para llevar a cabo modelos predictivos que permitan aumentar la solidez en el diagnóstico, predecir las reacciones más graves y la selección de los candidatos para la inmunoterapia y otros tratamientos [2].

## Bibliografía

1. Sánchez-Ruano L, de la Hoz B, Martínez-Botas J. Clinical Utility of Microarray B-Cell Epitope Mapping in Food Allergies: A Systematic Review. Pediatric Allergy and Immunology. 2020;31:175-85.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

2. Santos AF, Barbosa-Morais NL, Hurlburt B, Ramaswamy S, Hemmings O, Kwok M, *et al*. IgE to epitopes of Ara h 2 enhance the diagnostic accuracy of Ara h2-specific IgE. Allergy. 2020 Sep;75(9):2309-18.
3. Fernández-Lozano C, Olmos-Piñero S, Sánchez-Ruano L, Terrados S, Diéguez MDC, Fernández-Rivas M, *et al*. Predicting Tolerance to Cow's Milk Allergy in Children Using IgE and IgG4 Peptide Binding Profiles. Cells. 2025;14(5):344.
4. Suprun M, Sicherer SH, Wood RA, Jones SM, Leung DYM, Burks AW, *et al*. Mapping Sequential IgE-Binding Epitopes on Major and Minor Egg Allergens. Int Arch Allergy Immunol. 2022;183(3):249-61.
5. Lin J, Bruni FM, Fu Z, Maloney J, Bardina L, Boner AL, *et al*. A bioinformatics approach to identify patients with symptomatic peanut allergy using peptide microarray immunoassay. J Allergy Clin Immunol. 2012 May;129(5):1321-8.e5. doi: 10.1016/j.jaci.2012.02.012.
6. Savilahti EM, Kuitunen M, Valori M, Rantanen V, Bardina L, Gimenez G, *et al*. Use of IgE and IgG4 epitope binding to predict the outcome of oral immunotherapy in cow's milk allergy. Pediatr Allergy Immunol. 2014 May;25(3):227-35. doi: 10.1111/pai.12186.
7. Martínez-Botas J, Rodríguez-Álvarez M, Cerecedo I, Vlaicu C, Diéguez MC, Gómez-Coronado D, *et al*. Identification of novel peptide biomarkers to predict safety and efficacy of cow's milk oral immunotherapy by peptide microarray. Clin Exp Allergy. 2015 Jun;45(6):1071-84.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Comunicaciones Orales

## Alergia a alimentos I

### Patrones de sensibilización molecular al cacahuete en una cohorte pediátrica

Carbonell Hurtado E[1], Colomer García MC[2], Cabrera Freitag P[3], Entrala Bueso A[3], Infante S[3], Álvarez-Perea A[3]

[1] Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana
[2] Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres
[3] Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La sensibilización al cacahuete es una patología frecuente en las consultas de alergología.

El objetivo fue analizar el perfil clínico y molecular del cacahuete en una cohorte pediátrica.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos con sensibilización al cacahuete, evaluados de enero a diciembre de 2025. Se recogieron datos demográficos y perfil de sensibilización al cacahuete (Ara h 2, Ara h 8 y Ara h 9).

**Resultados**

Se incluyeron 187 pacientes. 39% niñas. Edad: mediana 10 años (RIC: 6-14). Grupos edad: 0-5 años, 17,5%; 6-11 años, 43,3%; 12-18 años, 39%. Atopia: 60,4%, incluyendo 10 casos de esofagitis eosinofílica (EoE).

Alérgeno más frecuentemente implicado Ara h 9 (41,2%), seguido de Ara h 2 (40,6%) y Ara h 8 (8%). Grupo 0-5 años: Ara h 2 (53,3%); 6-11 años: Ara h 9 (31,7%); 12-18 años: Ara h 2 (61,3%) ($p$=0,22). El 8,5% de los pacientes estaba monosensibilizados a cacahuete. De ellos, los alérgenos más frecuentes fueron Ara h 2 (22,5%), Ara h 9 (22,5%) y Ara h 8 (1,1%).

Se incluyeron 17 pacientes (9,1%) con anafilaxia por cacahuete. Sexo: 3,2% niñas ($p$=0,89), la mediana de edad fue de 8 años (RIC: 5-10) ($p$=0,21). El 11,8% estaba monosensibilizado ($p$=0,9). No se hallaron diferencias significativas por perfil de sensibilización.

Se diagnosticaron 10 casos de EoE (5,4%). Todos varones ($p$=0,01); edad: mediana 12.5 años (RIC: 10-14), 60% de 12-18 años y 40% de 6-11 años ($p$=0,109). Sensibilización Ara h 2 50%; Ara h 9 80% ($p$=0,34). El 20% había sufrido anafilaxia ($p$=0,23).

**Conclusión**

En nuestra cohorte, Ara h 2 es una causa de sensibilización al cacahuete tan frecuente como Ara h 9. Ambos alérgenos fueron también los principales causantes de anafilaxia. El cacahuete sigue siendo un sensibilizante frecuente en los pacientes con EoE.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Inmunoterapia oral con frutos en niños: evolución clínica e inmunológica en una serie de casos

Letón Cabanillas P, San José Regidor C, Merino García S, Alonso Gómez A

Hospital Recoletas Felipe II, Valladolid

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia oral (ITO) para alergia a frutos secos representa una estrategia emergente.

El objetivo de este estudio es caracterizar los resultados clínicos, inmunológicos y de seguridad de pacientes tratados mediante ITO con frutos secos.

**Material y métodos**

Estudio observacional ambispectivo de 14 pacientes (8 nuez, 3 avellana, 1 nuez+avellana, 1 anacardo y 1 anacardo+pistacho) con manifestaciones clínicas iniciales de anafilaxia (42,9%), urticaria (35,7%) y urticaria-angioedema (21,4%).

El protocolo de ITO se basó en la administración de una preparación alimentaria, obtenida a partir de 5 gramos de fruto seco diluidos en 500 mL de agua (10 mg/mL), con determinación de dosis inicial mediante pruebas cutáneas a punto final negativo, seguido de escalado semanal supervisado en hospital.

**Resultados**

La media de edad al inicio fue de 6,6 años (DE 6,5). Pre-ITO el diámetro medio del *prick test* fue de 7 mm (DE 6,7), y las IgE específicas: nuez 20,6 kU/L (DE 35,8), avellana 4,3 kU/L (DE 7,1) y anacardo 0,98 kU/L. El perfil molecular evidenció predominio de almacenamiento (Jug r 1 en 7/8 casos de nuez y Ana o 3 en anacardo/pistacho), con mayor heterogeneidad en avellana.

La duración media de la ITO fue de 12,6 meses (DE 9,4), alcanzándose dosis objetivo de 6313 mg (DE 2107) desde una dosis inicial de 4,3 mg (DE 6,7). Las reacciones adversas fueron poco frecuentes y mayoritariamente leves; solo una requirió adrenalina. Todos los pacientes alcanzaron fase de mantenimiento y mantienen la tolerancia actualmente.

**Conclusión**

En nuestra experiencia, la ITO con frutos secos constituye una estrategia eficaz y segura en población pediátrica, especialmente cuando se inicia a edades tempranas. Este abordaje no solo permite alcanzar la desensibilización, sino que también se asocia a una menor gravedad de las reacciones y a una mejora relevante en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

## Resultados clínicos de nuevos protocolos de inmunoterapia oral con frutos secos y sésamo en pacientes pediátricos y adolescentes

Pinto Fernández C[1], Cortés Marina RB[1,2], Castilla Díaz R[1], León Cuesta A[1], García Huete L[1], Boné Calvo J[1,3]

[1] Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela, Madrid
[2] Hospital HC Miraflores, Zaragoza
[3] Clínica Los Álamos, Cádiz

**Objetivo/Introducción**

La alergia a los frutos secos (A-FS) es la tercera causa más frecuente de alergia alimentaria en la población pediátrica española. Como alternativa a la dieta de eliminación, presentamos los resultados clínicos tras el diseño y puesta en marcha de siete novedosos protocolos de inmunoterapia oral (ITO) con seis FS (nuez, avellana, cacahuete, almendra, anacardo, pistacho) y sésamo en población pediátrica y adolescentes.

**Material y métodos**

Diseñamos siete protocolos de ITO para el abordaje de la A-FS/sésamo para pacientes pediátricos y adolescentes mono y polisensibilizados.

Entre abril de 2021 y abril de 2025, incluimos 122 niños-adolescentes, a petición familiar, independientemente de niveles de sensibilización, historia clínica, edad y otras enfermedades atópicas.

Seleccionamos la modalidad de inmunoterapia en función del perfil de sensibilización/por componentes alergénicos: ITO LTP (3 pacientes) o nuestros protocolos (119).

Fase de inducción: diseñada en 2-4 etapas, comenzando con una concentración baja/muy baja del FS hasta alcanzar progresivamente la ingesta del FS/sésamo natural (etapa final).

Seleccionamos productos comerciales elaborados con FS/sésamo para cada etapa. Realizamos pruebas de provocación oral con el producto seleccionado al comienzo de cada etapa para determinar dosis tolerada/de inicio.

Atención telefónica de guardia 24/7.

**Resultados**

Rango de edad: 1-16 años (60%≤7 años); 85% alérgicos a nuez, 83,6% a ≥2FS, 14,7% a ≥4FS. 59% habían realizado previamente ITO con leche y/o huevo.

Completamos con éxito 120 ITO (70 pacientes). En todos se alcanzó la etapa final/objetivo (FS/sésamo natural), habiendo otras 67 ITO en curso.

Reacciones adversas durante la fase de inducción: prurito oral/orofaríngeo y/o eritema o urticaria perioral (26%), síntomas digestivos (15%), rinitis/conjuntivitis (9%), seis anafilaxias leves-moderadas.

Tiempo de seguimiento primeros pacientes: 4 años.

**Conclusión**

Nuestros protocolos son una alternativa eficaz a la dieta de eliminación. Han demostrado ser seguros, prácticos, asequibles, bien aceptados, por los niños/familias, facilitando la adherencia al tratamiento, especialmente en la fase de mantenimiento.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Eficacia y seguridad de remibrutinib, un inhibidor de la tirosina cinasa de Bruton, en individuos con alergia al cacahuete mediada por IgE

Rojo Laguna JI[1], Wood RA[2], Tan R[3], Shah R[4], Soteres DF[5]

[1] Novartis Farmacéutica S.A, Barcelona, España
[2] Department of Pediatrics, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, Estados Unidos
[3] California Allergy & Asthma Medical Group, California, Estados Unidos
[4] Department of Medicine, Loyola University Chicago Stritch School of Medicine, Chicago, Illinois, Estados Unidos
[5] Asthma and Allergy Associates, Colorado Springs, Colorado, Estados Unidos

**Objetivo/Introducción**

La alergia alimentaria continúa siendo una importante necesidad médica no cubierta, con opciones terapéuticas limitadas.

Este estudio de fase 2 evaluó la seguridad y eficacia de tres dosis diferentes remibrutinib, un novedoso inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina cinasa de Bruton, vs. placebo, en adultos con alergia al cacahuete mediada por IgE.

**Material y métodos**

Durante el periodo de cribado, se evaluó la alergia alimentaria mediante una prueba de provocación oral con alimentos, doble ciego, controlada con placebo (DBPCFC). Con una duración del estudio de 4 semanas, se dividieron los pacientes en 4 brazos de tratamiento comparando las dosis de 10, 25 o 100 mg de remibrutinib, o placebo, dos veces al día (bid) con DBPCFC al final del tratamiento. Un brazo adicional evaluó el efecto de 1 semana de tratamiento con remibrutinib 25 mg bid tras 3 semanas de tratamiento con placebo con DBPCFC al final de la semana 4. El objetivo primario se definió como tolerar una única dosis de ≥600 mg de proteína de cacahuete sin síntomas limitantes de la dosis durante la DBPCFC tras 4 semanas de tratamiento.

**Resultados**

En total, 59 participantes completaron el estudio. Todas las dosis de remibrutinib mostraron ratios mayores de respuesta comparados con placebo para el objetivo primario. En semana 4, para las dosis de 10, 25 y 100 mg bid, el ratio de respuesta estimado (ERR) fue de 0,41, 0,52 y 0,84, respectivamente. Para el periodo de tratamiento con placebo seguido de 1 semana con remibrutinib 25 mg bid, la ERR fue de 0,88. Remibrutinib fue bien tolerado, sin eventos adversos graves.

**Conclusión**

Remibrutinib mostró una eficacia superior vs. placebo en adultos con alergia al cacahuete, con un perfil de seguridad favorable. Estos datos respaldan la evaluación de remibrutinib como una opción terapéutica para alergia alimentaria mediada por IgE.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Perfiles de sensibilización a LTP: analogías *in vitro* e *in silico*

López Salgueiro R[1], Sebastia Fernández L[2]

[1] Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia
[2] Facultad Biotecnología, Universidad de Valencia, Valencia

**Objetivo/Introducción**

Las proteínas de transferencia de lípidos (LTP) presentan una importante reactividad cruzada clínica.

El objetivo de este trabajo es detectar perfiles de sensibilización a LTPs mediante análisis *in vitro* con plataformas multiplex e *in silico*, para identificar grupos de reactividad que puedan tener implicación diagnóstica y terapéutica.

**Material y métodos**

Se realizó un análisis retrospectivo de perfiles de IgE específica mediante dos técnicas diferentes de diagnóstico molecular múltiple *in vitro* (EUROLINE® LTP [Euroimmun® AG, Alemania] e ImmunoCAP™ ISAC 112 ThermoFisher, Uppsala, Suecia). Se evaluó la coexistencia de sensibilización entre diferentes fuentes alergénicas (frutas rosáceas, frutos secos, lechuga y tomate). Paralelamente, se llevó a cabo un estudio *in silico* comparando las homologías lineales mediante alineamiento de secuencias (Basic Local Alignment Search Tool) y las homologías estructurales mediante superposición y modelado molecular con la medición del coeficiente RMSD con el software PyMOL®. Los datos se integraron mediante tablas de dispersión para contrastar la agrupación clínica observada según la proximidad estructural de los alérgenos.

**Resultados**

Se incluyen muestras de 30 pacientes detectándose 3 grupos de alérgenos bien diferenciados en ambas técnicas de diagnóstico *in vitro* en función de sus niveles de IgE específica. Mediante el alineamiento de secuencias también se detectan los mismos tres grupos según grado de homología lineal de los alérgenos estudiados. El análisis de la estructura tridimensional (coeficiente RMSD), igualmente, identifica los tres mismos grupos de alérgenos detectados con las técnicas anteriores.

**Conclusión**

Se demuestra una analogía en los patrones de distribución, donde los grupos moleculares identificados *in silico* se superponen con los perfiles de sensibilización observados *in vitro* permitiendo la estratificación de los pacientes en tres grupos de reactividad definidos que pueden tener una implicación clínica a la hora de diseñar las dietas de evitación en cada grupo, evitando prohibiciones innecesarias.

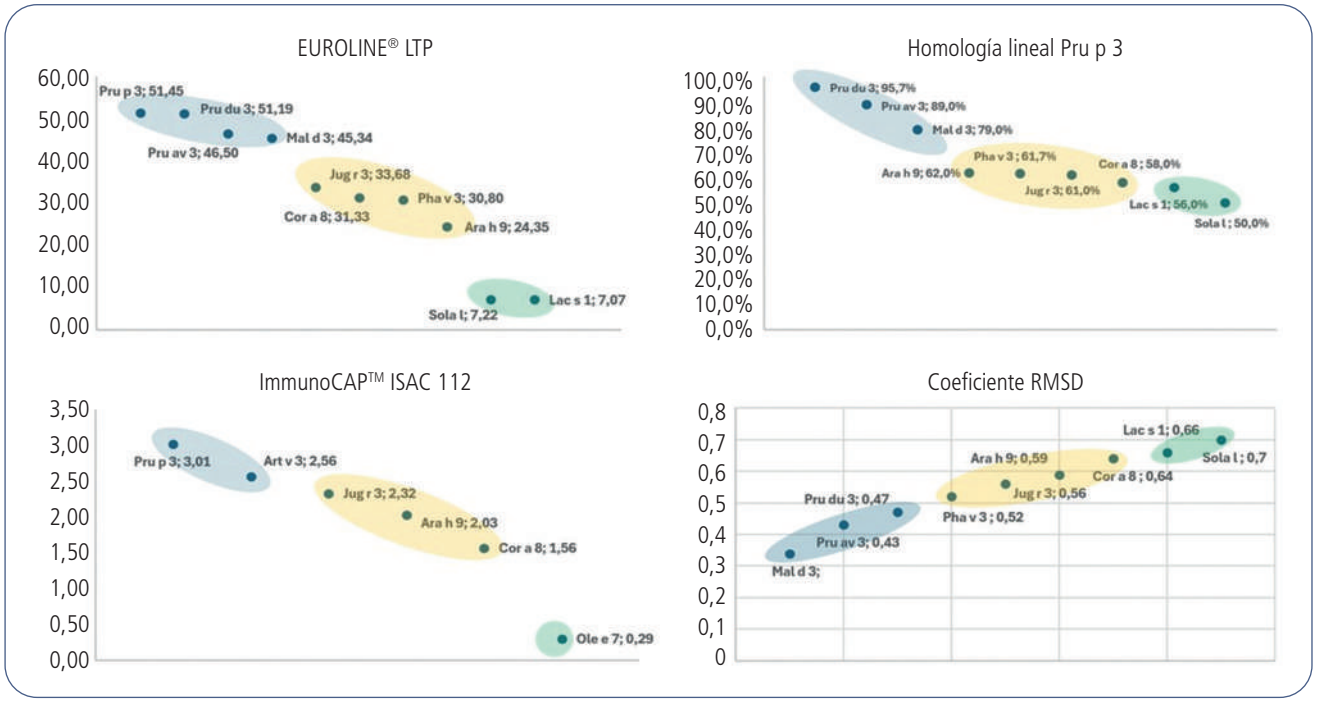



**Figura.**

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Huella a nivel intestinal de la alergia a la proteína de transferencia de lípidos

Vicens Novell G[1,2], Ruano Zaragoza M[1,2,3], Muñoz Cano RM[1,2,3], Araujo Acuña IK[4], Archilla Sanz I[5], Bartra Tomás J[1,2,3]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Clínic Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona
[2] IRCE/MeTRI2A, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona
[3] REI-RICORS, Instituto de Salud Carlos III, Madrid
[4] Unidad de Endoscopia y Motilidad Digestiva, Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic Barcelona, Barcelona
[5] Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínic Barcelona, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

La alergia alimentaria por sensibilización a la proteína de transferencia de lípidos (LTP) constituye una de las principales causas de alergia alimentaria en el área mediterránea, pudiendo manifestarse en hasta un 40% de los casos con síntomas gastrointestinales superponibles a los de dispepsia funcional y síndrome del intestino irritable (criterios Roma IV). Este solapamiento clínico sugiere la posible existencia de afectación orgánica intestinal en un subgrupo de pacientes.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo en pacientes con síndrome de LTP con síntomas gastrointestinales. Se recogieron variables clínicas (edad, sexo), serológicas (IgE total e IgE específica a Pru p 3), determinación de anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomisio y hallazgos histológicos en biopsias duodenales, evaluando la presencia de atrofia vellositaria y linfocitosis intraepitelial, así como su clasificación según escala Marsh.

**Resultados**

Se incluyeron 6 pacientes (2 varones y 4 mujeres), con edades comprendidas entre 31 y 59 años. La mediana de IgE específica a Pru p 3 fue de 3,04 kU/L (rango 1,07-13,2) y la IgE total de 61,6 kU/L (rango 25,2-329). En el estudio histológico, 2 pacientes presentaron alteraciones duodenales con atrofia vellositaria moderada y linfocitosis intraepitelial >40 linfocitos/100 enterocitos, uno compatible con Marsh 3b (Ac. antitransglutaminasa positivos) y otro con Marsh 1 (Ac. antiendomisio y antitransglutaminsa negativos). Están pendientes de resultados de las biopsias intestinales tras dieta de evitación aconsejada por el síndrome de LTP y tras la evitación de gluten (secuencial). El resto de los pacientes no mostraron alteraciones en las biopsias duodenales.

**Conclusión**

Un subgrupo de pacientes con alergia a LTP y síntomas gastrointestinales presenta alteraciones histológicas duodenales, incluyendo linfocitosis intraepitelial y atrofia vellositaria. Estos hallazgos sugieren una implicación orgánica intestinal de la LTP que puede estar asociada o no a celiaquía.

## Tolerancia sostenida en síndrome LTP: resultados a largo plazo de la inmunoterapia oral con zumo de melocotón comercial

Vila Rabell A, Salvany Pijuan A, Labrador Horrillo M, Luengo Sánchez O, Guilarte Clavero M, Galván Blasco P

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

Las proteínas de transferencia de lípidos (LTP) constituyen la principal causa de alergia alimentaria en adultos en la región mediterránea.

El objetivo del estudio fue valorar la efectividad y seguridad de la inmunoterapia oral (ITO) con zumo de melocotón comercial en pacientes con alergia a LTP.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico, de pacientes con síndrome LTP, con pruebas cutáneas a LTP y IgE específica positivas a Pru p 3, que realizaron ITO con zumo de melocotón comercial en dosis crecientes hasta 200 mL, con o sin tratamiento adyuvante con omalizumab entre enero de 2017 y abril de 2026.

La efectividad se valoró mediante adquisición de tolerancia a melocotón y otros alimentos no tolerados previamente, así como mediante el cuestionario de calidad de vida FAQLQ-AF. La seguridad se evaluó considerando las reacciones adversas durante la desensibilización con la escala *Food Allergy Severity Score* (FASS). Asimismo, se evaluaron cambios inmunológicos en IgE e IgG4 específicas antes y después de la ITO.

**Resultados**

Se incluyeron un total (n:70) pacientes adultos (23-72 años, 93% mujeres). Los niveles basales de IgE específica frente a extracto de melocotón previos al inicio de la ITO fue de 7,04 $kU_A$/L(RIC: 2,62-14,95).

Durante la ITO, <10% presentó reacciones adversas graves. En términos de efectividad con un seguimiento de hasta 9 años, más del 75% adquirió tolerancia a melocotón e introducción de al menos 3 alimentos de grupos diferentes y el 90% experimentó una mejoría significativa en la calidad de vida tras la ITO. Asimismo, la ratio IgE específica de melocotón/IgE total mostró una disminución respecto la basal y la IgG4 un aumento en la práctica totalidad tras la ITO.

En el subgrupo en tratamiento con omalizumab (n:25), este pudo retirarse en más del 25% de los casos tras la ITO.

**Conclusión**

La ITO con zumo de melocotón comercial es una estrategia segura y efectiva en pacientes con síndrome LTP.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Sensibilización y relevancia clínica de YGP40, una proteína de la yema de huevo

González Labrador MDLA[1], Garrido Arandia M[2,3], Díaz Perales A[2,3], Huete Herrera M[1], Pérez Fernández E[4], Alonso Díaz de Durana MD[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid
[2] Centro de Biotecnología y Genómica de Plantas, Universidad Politécnica de Madrid (UPM)-Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria (INIA/CSIC), Madrid
[3] Departamento de Biotecnología-Biología Vegetal, Escuela Técnica Superior de Ingeniería Agronómica, Alimentaria y de Biosistemas, Universidad Politécnica de Madrid (UPM), Madrid
[4] Unidad de Investigación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia al huevo es una de las alergias alimentarias más frecuentes en la infancia. Aunque los principales alérgenos se han descrito en la clara, hemos identificado en la yema una proteína termosensible, YGP40, potencialmente implicada en síntomas orofaríngeos tras la ingesta de yema cruda (YC), especialmente en pacientes que han finalizado inmunoterapia oral (ITO) con clara cruda.

*Objetivo:* Evaluar la sensibilización a YGP40 mediante prueba cutánea (PC) y su relevancia clínica.

**Material y métodos**

Realizamos estudio observacional, retrospectivo y transversal en niños alérgicos al huevo (ITO con clara cruda, ITO con clara cocida y alérgicos sin ITO) y controles con alergia a otros alimentos (2017-2026). Recogimos datos clínicos, resultados de PC e IgE específicas frente a huevo. Realizamos PC con extractos de yema y proteína nativa YGP40 (aislada y purificada), en forma cruda y procesada térmicamente (PT). La relevancia clínica se evaluó mediante sensibilidad, especificidad, VPP y VPN, en relación con síntomas tras ingesta de YC.

**Resultados**

Se incluyeron 66 pacientes (35% niñas; edad media 11±4,7 años): 30 con ITO clara cruda, 11 con ITO clara cocida, 20 alérgicos a huevo sin ITO y 5 controles. La dermatitis atópica fue la comorbilidad más frecuente (74,2%). En 45 pacientes se dispuso de PC con extractos de yema y YGP40. La sensibilización fue mayor frente a YC (21/44; 47,7%) y YGP40 cruda (17/45; 37,8%) que frente a extractos PT (Tabla). En 30 niños con ITO que consumían YC o poco hecha, la PC con extracto de YC mostró sensibilidad 73,7%, especificidad 90,9%, VPP 93,3% y VPN 66,7%. La PC con YGP40 cruda: sensibilidad 42,1%, especificidad 81,8%, VPP 80% y VPN 45%.

**Conclusión**

Este estudio describe por primera vez la sensibilización cutánea a YGP40 en niños alérgicos al huevo, sugiriendo su posible utilidad como marcador de reactividad clínica a YC.

Se consideró positiva una prueba cutánea con un diámetro de pápula ≥3 mm.

**Tabla.** Sensibilización en pruebas cutáneas por grupos.

| Prueba cutánea (concentración) | Control | ITO cocido | ITO crudo | Sin ITO | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Extractos | | | | | |
| Yema cruda (100 µg/mL) | 0/5 (0,0%) | 4/8 (50,0%) | 13/26 (50,0%) | 4/5 (80,0%) | 21/44 (47,7%) |
| Yema procesada térmicamente (100 µg/mL) | 0/5 (0,0%) | 2/8 (25,0%) | 8/26 (30,8%) | 3/6 (50,0%) | 13/45 (28,9%) |
| YGP40 cruda (20 µg/mL) | 0/5 (0,0%) | 3/8 (37,5%) | 9/26 (34,6%) | 5/6 (83,3%) | 17/45 (37,8%) |
| YGP40 procesada térmicamente (20 µg/mL) | 0/5 (0,0%) | 1/8 (12,5%) | 2/26 (7,7%) | 1/5 (20,0%) | 4/44 (9,1%) |
| Alimento en fresco (pre-ITO) | | | | | |
| Yema cruda | — | 7/7 (100,0%) | 23/24 (95,8%) | 10/12 (83,3%) | 40/43 (93,0%) |
| Yema cocida | — | 8/8 (100,0%) | 25/28 (89,3%) | 7/14 (50,0%) | 40/50 (80,0%) |
| Alimento en fresco (post-ITO) | | | | | |
| Yema cruda | — | 9/11 (81,8%) | 20/29 (69,0%) | — | 29/40 (72,5%) |
| Yema cocida | — | 3/10 (30,0%) | 9/26 (34,6%) | — | 12/36 (33,3%) |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Nuevo alérgeno en anafilaxia por dátil: identificación de una gliceraldehído-3-fosfato deshidrogenasa

Galán Márquez B[1], Betancor Pérez D[1], O'Sullivan Guiijarro A[1], Pastor Vargas C[2], Parrón Ballesteros J[2], Cuesta Herranz J[1]

[1] Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid
[2] Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Universidad Complutense, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El dátil (*Phoenix dactylifera*) es un fruto ampliamente consumido en regiones de Oriente Medio y la cuenca mediterránea, aunque constituye una causa infrecuente de alergia alimentaria. Su perfil alergénico permanece escasamente caracterizado, habiéndose descrito hasta la fecha únicamente profilina y proteínas PR-10.

El objetivo de este estudio fue identificar el posible alérgeno implicado en un caso de anafilaxia por dátil y ampliar el conocimiento alergológico de este fruto

**Material y métodos**

Mujer de 66 años con antecedentes de rinoconjuntivitis y asma por sensibilización a pólenes y epitelios, sin antecedentes de alergia alimentaria, remitida para estudio tras episodio de urticaria generalizada, angioedema ocular bilateral, disnea y sensación de cuerpo extraño faríngeo inmediatamente después de la ingesta de un dátil, requiriendo atención urgente y tratamiento con adrenalina intramuscular. Se realizó estudio alergológico incluyendo IgE total y específica, triptasa basal, pruebas cutáneas mediante *prick-prick* y diagnóstico molecular mediante ISAC. Para la caracterización alergénica, se preparó un extracto proteico de dátil, analizado mediante SDS-PAGE e *immunoblot* con suero de la paciente, seguido de identificación proteómica mediante espectrometría de masas.

**Resultados**

Se objetivó IgE total elevada (142 UI/mL) con triptasa basal normal. El *prick-prick* con dátil resultó positivo (10 × 11 mm). El estudio molecular mostró sensibilización a LTP (Pru p 3, Ara h 9, Art v 3 y Pla a 3; >0,4 ISU-E), con negatividad para PR-10, profilina y proteínas de almacenamiento. El *immunoblot* identificó una banda de aproximadamente 36 kDa reconocida por IgE de la paciente. El análisis proteómico sugirió que dicha banda correspondía a una gliceraldehído-3-fosfato deshidrogenasa (GAPDH).

**Conclusión**

La sensibilización a LTP en nuestra paciente, no sugiere que sea causante del cuadro. Describimos un posible nuevo alérgeno implicado en anafilaxia por dátil, previamente no descrito en la literatura científica. Son necesarios más estudios para identificar los alérgenos del dátil.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a alimentos II

## Estudio observacional de la alergia a alimentos de origen vegetal con sensibilización a proteínas de transferencia de lípidos a lo largo del tiempo en el norte de España: ¿progresión o regresión?

González Romero LJ[1], García González F[2,3], Fernández Parra B[4], Quiñones Estévez MD[5], Lizarza Mendizabal S[6], Saso Jiménez L[7,8]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona
[2] Departamento de Alergología, Hospital de Basurto, Bilbao
[3] Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia, Bilbao
[4] Servicio de Alergología, Hospital de El Bierzo, Ponferrada
[5] Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo
[6] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Donostia, Donostia-San Sebastián
[7] Departamento de Alergología e Inmunología Clínica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona
[8] Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNa), Pamplona

**Objetivo/Introducción**

El objetivo de este trabajo fue evaluar y describir la evolución hasta hoy de la alergia a LTP en pacientes bien caracterizados reclutados hace una década en el norte de España.

**Material y métodos**

En 2025 se reevaluó una cohorte multicéntrica de pacientes con alergia a alimentos de origen vegetal sensibilizados a LTP, reclutados entre 2012 y 2013 mediante prueba cutánea positiva con LTP purificada. Los pacientes completaron un cuestionario electrónico sobre cambios en la reactividad o tolerancia a alimentos vegetales, que se confirmó junto con los tratamientos recibidos mediante entrevista con el alergólogo. Se repitió y comparó la determinación inicial y actual de IgE e IgG4 frente a Pru p 3.

**Resultados**

De los 72 pacientes incluidos en 2011, 50 participaron en este estudio, de los cuales 46 acudieron a la visita con el alergólogo. De los 46 pacientes, dos habían seguido inmunoterapia sublingual (SLIT) con melocotón y fueron excluidos de los análisis evolutivos. Siete pacientes (16%) referían nuevos alimentos reactivos, 16 (36,4%) informaron de alimentos recientemente tolerados, 6 (13,6%) informaron tanto de nuevos alimentos tolerados como reactivos y 15 (34%) no advirtieron diferencias frente a alimentos a lo largo del tiempo. Se evidenció un descenso significativo de la IgE a Pru p 3 en el tiempo en los grupos que mostraron alimentos nuevos tolerados ($p$=0,04) así como en el grupo que no había experimentado cambios ($p$=0,04). No se observaron diferencias en los niveles de IgG4 a Pru p 3 entre los grupos.

**Conclusión**

Un tercio de los pacientes sensibilizados a LTP desarrolló reacciones a alimentos previamente tolerados, mientras que aproximadamente la mitad adquirió tolerancia a nuevos alimentos. El descenso de IgE frente a Pru p 3 a lo largo del tiempo sugiere una posible regresión de la alergia, lo que refuerza la importancia de la reevaluación y del asesoramiento dietético personalizado

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Evaluación del efecto cofactor mediante pruebas de exposición controlada en alergia alimentaria por proteínas de transporte de lípidos

Mir Ihara P[1,2,3], Carreras Kàtcheff S[1,2,3], Araujo Sánchez G[1,2,3], Gelis Caparrós S[1,2,3], Bartra Tomás J[1,2,3], Muñoz Cano RM[1,2,3]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona
[2] IRCE/MeTRI2A, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona
[3] REI-RICORS, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

## Objetivo/Introducción

Los cofactores pueden reducir el umbral y aumentar la gravedad de la alergia alimentaria (AA). En la alergia a la proteína de transporte de lípidos (LTP), los datos de pruebas de exposición controlada (PEC) son escasos.

*Objetivo:* Describir los resultados clínicos de las PEC con alimento y antiinflamatorio no esteroideo (AINE) en pacientes con AA a LTP.

## Material y métodos

Se incluyeron pacientes con AA a LTP que precisaban iniciar inmunoterapia con SLIT melocotón o descartar el efecto cofactor de los AINE. Todos se sometieron a PEC siguiendo el protocolo PRACTALL con:

– Alimento índice enmascarado activo.
– Placebo.
– Alimento asociado a AINE.

Se registraron variables clínicas, estudio alergológico, resultado de la PEC, gravedad según FASS, dosis umbral, tratamiento administrado y triptasa aguda.

## Resultados

Se incluyeron 14 pacientes (9 mujeres/5 hombres), de los cuales 4 tenían antecedentes de reacción previa con cofactor

**Tabla.** Pruebas de exposición realizadas. Se incluyen en las reacciones no toleradas *score* de gravedad, dosis umbral (en mg de proteína y dosis del alimento) y tratamiento. Dosis zumo de melocotón: 330 mL; dosis de cacahuete: 27,5 g.

| Paciente | Antecedente de reacción con cofactor | Alimento | Placebo | Alimento | Alimento + AINE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | No | Zumo melocotón | T | NT<br>nFASS: 4,52<br>DU: 42,2 mg (12 mL)<br>Tto: AntiH1 + CE | NT<br>nFASS: 5,32<br>DU: 4,3 mg (1,2 mL)<br>Tto: EPI |
| 2 | No | Zumo melocotón | T | T | T |
| 3 | Sí, AINE y ejercicio | Zumo melocotón | T | NT<br>nFASS: 4,24<br>DU: 42,2 mg (12 mL)<br>Tto: AntiH1 | NT<br>nFASS: 4,24<br>DU: 42,2 (12 mL)<br>Tto: AntiH1 |
| 4 | Sí, ejercicio | Zumo melocotón | T | T | T |
| 5 | Sí, ejercicio | Zumo melocotón | T | T | T |
| 6 | Sí, ejercicio | Zumo melocotón | T | T | T |
| 7 | Sí ejercicio | Zumo melocotón | T | NT | NR |
| 8 | Sí, ejercicio | Zumo melocotón | T | T | T |
| 9 | Sí, AINE | Zumo melocotón | T | T | T |
| 10 | Sí, AINE y ejercicio | Zumo melocotón | T | NT | NR |
| 11 | No | Zumo melocotón | T | T | NT<br>nFASS: 4,56<br>DU: 875 mg (250 mL)<br>Tto: EPI |
| 12 | Sí, ejercicio | Cacahuete | T | T | NT<br>nFASS: 2,65<br>DU: 7440 mg (27,5 g)<br>Tto: AntiH1 |
| 13 | Sí, AINE | Zumo melocotón | T | T | NT<br>nFASS: 6,65<br>DU: 1,1 mg (0,3 mL)<br>Tto: EPI |
| 14 | Sí, alcohol | Zumo melocotón | T | T | T |

Abreviaturas: AINE, Antiinflamatorio no esteroideo; AntiH1, antihistamínico; CE, corticoide; DU, dosis umbral; EPI, epinefrina; nFASS, *Numerical Food Allergy Severity Score*; NR, no realizado; NT, no tolerado; T, tolerado; Tto, tratamiento.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

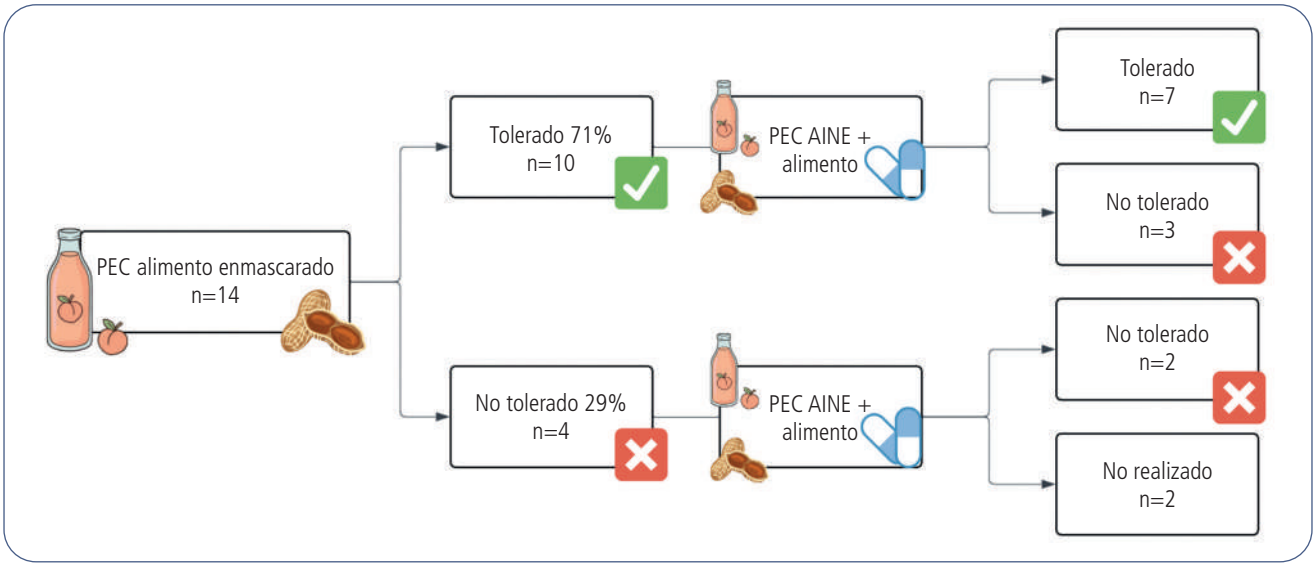



**Figura.** Pruebas de exposición controladas (PEC) realizadas. AINE: antiinflamatorio no esteroideo.

AINE. Se realizaron 40 PEC (Tabla y Figura); 10 pacientes toleraron la PEC con alimento y 4 no. Doce realizaron la PEC con alimento+AINE; 5 no la toleraron y, de ellos, 3 habían tolerado previamente el alimento. Los síntomas más frecuentes fueron el síndrome de alergia oral y los síntomas respiratorios. Se objetivó una disminución del umbral de reactividad con AINE, con descenso de 12 a 1,2 mL (P1) en un caso y aparición de reacción con 250 mL (P11), 27,5 g (P12) y 0,3 mL (P13) en pacientes previamente tolerantes al alimento. Requirieron adrenalina 3/5 y 2/5 no tenían antecedentes de reacciones asociadas a cofactores.

**Conclusión**

Aunque el efecto cofactor solo se reprodujo en 4 pacientes, cabe destacar que algunos no tenían antecedentes de reacciones con cofactor. La PEC con alimento+AINE identificó reactividad clínica en pacientes previamente tolerantes, asociándose a reacciones más graves y menor dosis umbral. Esta estrategia resulta útil para estratificar la gravedad en la alergia a LTP y y para ofrecer recomendaciones clínicas más precisas.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## SLIT Melocotón®: seguridad de una pauta de inicio ultrarrápida 373

Cerrada Uribesalgo E[1], Saso Jiménez L[1], Taberna Ibáñez P[2], Egea García ME[2], Toscano de las Heras T[2], Argiz Álvarez L[2]

[1] Clínica Universidad de Navarra, Pamplona
[2] Clínica Universidad de Navarra, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia sublingual con LTP de melocotón (SLIT melocotón®) es una opción terapéutica para la alergia a proteínas transportadoras de lípidos (LTP), frecuente en países mediterráneos. Las pautas de inicio habituales (2-5 días, varios viales) son complejas en la práctica clínica. Por ello, se propone evaluar la seguridad de una pauta de inicio ultrarrápida.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo observacional de una cohorte con alergia a LTP confirmada mediante *prick test* (extracto comercial de melocotón entero ALK®), IgE específica (ImmunoCAP™;Thermofisher®) y umbral de reactividad en la provocación oral abierta con zumo de melocotón (Granini®).

La inmunoterapia se administró en una pauta ultrarrápida de 3 pasos en un único día (3 horas): 1 gota (2 µg), 2 gotas (4 µg) y 4 gotas (8 µg) de SLIT melocotón® (vial 4: 50 µg/mL), separadas por tiempos de espera de 30 minutos y con una espera final de 2 horas.

**Resultados**

12 pacientes reclutados. 6/12 (50%) mujeres, edad media 32 años (13-50 años). La media de IgE específica a Pru p 3 fue 5,62 $kU_A$/L (1,14- 5 $kU_A$/L) y de *prick test* melocotón fue 9 mm (4,5-13 mm). El umbral medio de reacción en la provocación oral con zumo de melocotón fue de 6 mL acumulados (0,4-38,4 mL) que corresponden a 26,3 µg de LTP (3-143 µg). Los síntomas durante la provocación fueron fundamentalmente orofaríngeos (11/12, 92%) y cutáneos (9/12, 75%), aunque 5/12 pacientes (42%) tuvieron un OFASS 4.

Durante la pauta de inicio, 4/12 pacientes (25%) presentaron síntomas leves (SAO) autolimitados. Todos continuaron su tratamiento de 4 gotas al día en domicilio sin incidencias.

**Conclusión**

La pauta de inicio ultrarrápida de SLIT melocotón® 373 (3 pasos -7 gotas - 3 horas) es segura en pacientes con alergia a LTP confirmada, facilitando así el inicio de la vacuna.

## Reacciones adversas durante inducción de tolerancia oral (ITO) pauta *rush* en menores de dos años con alergia a proteínas de leche de vaca (PLV)

García Brito RDP[1], Martorell Calatayud C[2], Aleixos Zuriaga M[2], Félix Toledo R[2], Alvariño Martín M[2], Cerdá Mir JC[2]

[1] Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia
[2] Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

**Objetivo/Introducción**

La alergia a proteína de leche de vaca (APLV) tiene una prevalencia estimada del 2-4%. Aunque aproximadamente el 80% de los pacientes desarrollan tolerancia antes de los cinco años, durante este periodo pueden producirse reacciones graves tras exposiciones accidentales. La inducción de tolerancia oral (ITO) mediante pautas aceleradas tipo *rush* permite alcanzar dosis de mantenimiento en menor tiempo frente a pautas convencionales (4 meses), reduciendo el riesgo de reacciones.

*Objetivo:* Evaluar la gravedad de las reacciones adversas durante la ITO con pauta *rush* en niños menores de dos años con APLV.

**Material y métodos**

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado entre 2023-2025 en nuestro servicio de alergología, en menores de dos años con APLV confirmada mediante clínica compatible, pruebas cutáneas e IgE específica frente a leche de vaca y sus fracciones. Se incluyeron 19 pacientes, de los cuales 14 (73,3%) eran niños y 5 niñas (26,3%), entre 6-24 meses ($\bar{x}$ 11,1 meses). La pauta *rush* consiste en la administración progresiva de leche de vaca durante cinco días hasta 200 mL. Las reacciones adversas se clasificaron según el sistema de gradación de Sampson: reacciones leves (cutáneas), moderadas (cutáneas-digestivas) y grave (anafilaxia, clasificación Ring y Messmer).

**Resultados**

De los 19 pacientes incluidos, 13 (68,4%) completaron la pauta *rush* sin presentar reacciones. Ocho pacientes (42,1%) presentaron reacciones durante el procedimiento: cinco leves (26,3%), dos moderadas (10,5%) y una grave (5,3%), que requirió adrenalina. En seis pacientes (31,6%), las reacciones motivaron la interrupción y el cambio posterior a una pauta convencional, que fue bien tolerada. Las reacciones que motivaron la interrupción fueron tres leves (vómitos y rechazo del alimento), dos moderadas y una grave.

**Conclusión**

La ITO mediante pauta *rush* en niños menores de dos años con APLV mostró un buen perfil de seguridad. Aunque pueden presentarse reacciones adversas durante el procedimiento, la mayoría fueron leves o moderadas.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Estudio prospectivo, abierto para analizar la seguridad de la retirada de omalizumab en niños con alergia grave a leche de vaca en tratamiento combinado con inmunoterapia oral a dosis bajas. Resultados intermedios. Estudio ILO

Eusebio Cartagena I, Escudero Díez C, Moya Camacho B, Domínguez Romero IM, Rodríguez del Río P, Ibáñez Sandín MD

Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia grave a la leche de vaca mediada por IgE en la población pediátrica limita el uso de inmunoterapia oral (ITO) por el riesgo de reacciones adversas (RAs) graves, condicionando su calidad de vida y persistiendo el riesgo de RAs ante ingestas accidentales (incluso trazas). Omalizumab ha demostrado su eficacia en uso combinado con ITO, pero hay escasa evidencia sobre la seguridad de su retirada.

*Objetivo:* Evaluar la seguridad de la retirada de omalizumab en tratamiento combinado con ITO de leche a dosis bajas en niños con alergia grave.

**Material y métodos**

Estudio prospectivo, abierto, de un brazo de tratamiento que incluye 20 niños entre 6 y 15 años con diagnóstico de alergia a la leche mediada por IgE (caseína y leche de vaca ≥50 $kU_A/L$) y antecedentes de anafilaxia con leche (escala oFASS-5) y/o asma. Omalizumab, ajustado a peso e IgE total, se administra antes y durante la ITO hasta alcanzar una dosis de mantenimiento de 300 mg de proteína de leche (10 mL) y se retira progresivamente hasta su suspensión, monitorizando su seguridad (RAs según oFASS-5).

**Resultados**

Hasta la fecha hay 15 niños reclutados (66,7% hombres). El 93,3% presentan antecedentes de anafilaxia por leche (con un 93% presentando reacciones grados 4-5) y 93,3% asma; 66,7% moderada persistente. La dosis mediana de omalizumab fue 300 mg/4 semanas. Cuatro pacientes están en la fase de mantenimiento sin omalizumab (FMsinOz) y 3 en fase de desescalada de omalizumab (FDOz). No se registraron RAs durante la fase de escalada de ITO. Un paciente (14,3%) durante la FDOz y dos pacientes (50%) durante la FMsinOz presentaron RAs grado 3 sin necesidad de adrenalina. Un paciente desarrolló esofagitis eosinofílica.

**Conclusión**

Los datos preliminares sugieren que la retirada de omalizumab en niños con alergia grave a leche de vaca en tratamiento combinado con inmunoterapia oral a dosis bajas es seguro y permite mantener la dosis de mantenimiento.

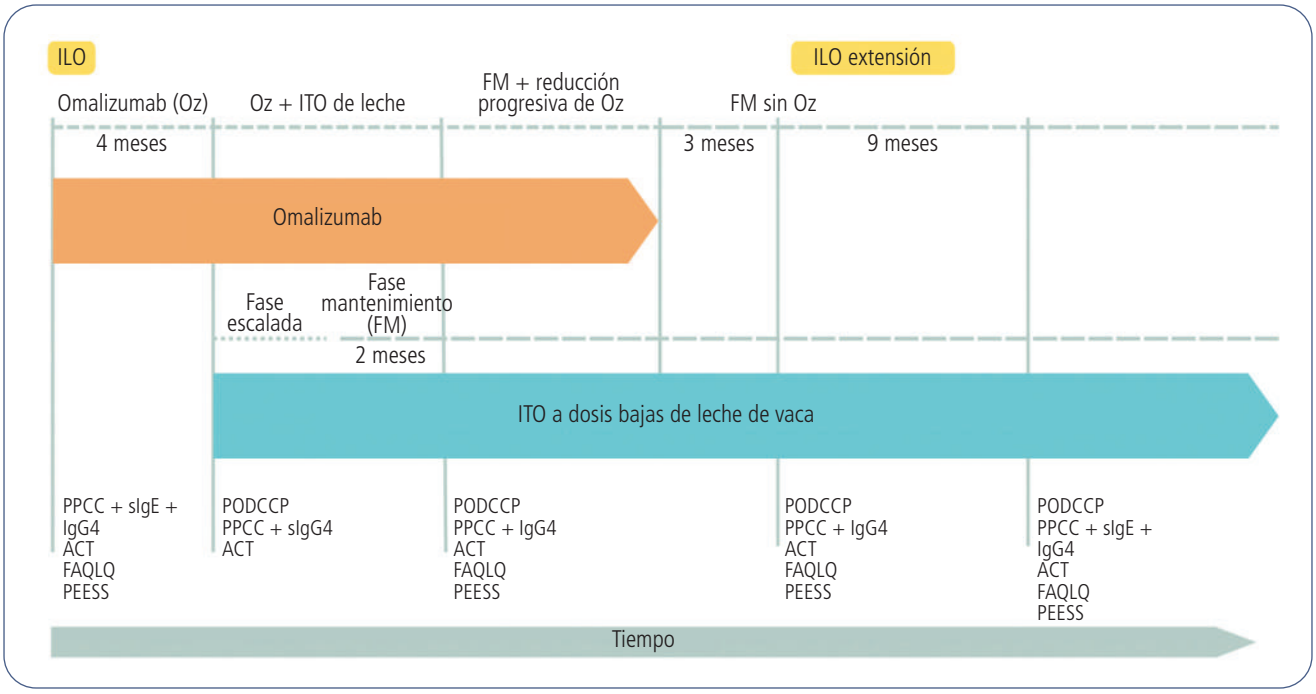



**Figura.** Esquema estudio ILO.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Eficacia y seguridad de la inmunoterapia oral (ITO) con leche en adultos: protocolo por niveles de gravedad

Sanmartín Pastor C[1], Rodríguez Álvarez M[1,2], Tomás Pérez M[1,2]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de Investigación (iDiPAZ), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La APLV es frecuente en la infancia, aunque en algunos casos persiste hasta la edad adulta, implicando restricciones dietéticas y riesgo de reacciones accidentales graves. La inmunoterapia oral (ITO) se plantea como alternativa para inducir tolerancia/desensibilización, pero la evidencia en adultos es limitada.

*Objetivo:* Evaluar la eficacia y seguridad de un protocolo de ITO APLV estratificado por niveles de gravedad en pacientes adultos jóvenes.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de pacientes adultos con APLV atendidos en el Hospital Universitario La Paz. Todos iniciaron un protocolo estratificado por gravedad de ITO con leche. Analizamos características clínico-demográficas, dosis máxima tolerada, seguridad y calidad de vida antes y después del tratamiento (Tabla 1). Se consideraron pacientes de alto riesgo (AR): IgE caseína >17,2 kU/L y/o historia de anafilaxia y/o asma. Riesgo medio (RM): IgE caseína >17,2 kU/L sin historia de anafilaxia ni asma. Bajo riesgo (BR): IgE caseína <17,2 kU/L, y ninguna de las anteriores.

**Resultados**

Se incluyeron 12 pacientes (edad 16-39 años). 50% mujeres. El 91,7% presentaban atopia (75% asma/RC, 75% otras alergias alimentarias). La reacción inicial con la ingesta de leche fue anafilaxia (33%), síntomas respiratorios/gastrointestinales (58%), SAO (67%) y urticaria/AE (83%). El 75% de pacientes se clasificaron como AR, y el 25%, BR.

La duración media del tratamiento fue de 25,6 semanas. La dosis máxima tolerada media fue de 85 mL. Tuvieron reacciones durante el proceso el 78% de los pacientes de AR (44% grado 1, 22% grado 2 y 11% grado 3) y el 100% de BR (grado 1: SAO) (Tabla 2) frente al 91,5% descrito. No hubo que suspender el tratamiento en ningún paciente. El 58% alcanzó la dosis objetivo, el resto continúan en incremento de dosis.

**Conclusión**

Presentamos un protocolo de ITO APLV adaptado por niveles de gravedad, eficaz para alcanzar dosis objetivo y que aumenta la seguridad del tratamiento en adultos con APLV.

**Tabla 1.** Pruebas cutáneas e IgE al inicio de ITO y tras finalización y dosis máxima tolerada en AR y BR.

| | Alto riesgo | | Bajo riesgo | |
|---|---|---|---|---|
| | Inicial Media (DE) | Final Media (DE) | Inicial Media (DE) | Final Media (DE) |
| *Prick test* | | | | |
| α-lactoalbúmina | 8 (±3) | 8 (±3) | 13 (±5) | 6 |
| β-lactoglogulina | 8 (±3) | 6 (±2) | 12 (±7) | 8 |
| Caseína | 8 (±4) | 5 (±2) | 13 (±7) | |
| Leche de vaca | 8 (±4) | 9 (±2) | 10 (±3) | 5 |
| IgE | 977 (±1561) | 1306 (±2087) | 106 (±76) | 205 |
| Dosis máxima tolerada | 79 (±92) | | 112 (±124) | |

**Tabla 2.** Antecedentes de atopia, reacciones durante protocolo y gravedad de las mismas en AR y BR.

| | Alto riesgo (%) | Bajo riesgo (%) |
|---|---|---|
| Atopia | | |
| RC alérgica | 78% | 67% |
| DA | 56% | 33% |
| Asma | 78% | 0% |
| Alimentos | 67% | 100% |
| Reacciones | 78% | 100% |
| Tipo de reacciones | | |
| Grado 1 | 44% | 100% |
| Grado 2 | 22% | 0% |
| Grado 3 | 11% | 0% |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Caracterización clínica y evolución de la calidad de vida en adultos con alergia alimentaria grave tratados con omalizumab: experiencia en nuestro centro

Morales Gutiérrez L, Altuve-Giannini F, Noguerales Fuertes L, Palomino Lozano L, Rodríguez Mazariego ME, Zambrano Ibarra G

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia alimentaria grave (AAG) en el adulto supone un riesgo vital constante y un impacto drástico de la calidad de vida. Tras la aprobación por la FDA del omalizumab para AAG en monoterapia o coadyuvancia de inmunoterapia oral (ITO), evaluamos el perfil clínico y el impacto en la calidad de vida tras omalizumab en nuestro centro.

**Material y métodos**

Se recogen todos los adultos tratados con omalizumab por su AAG (n=12). Se analizaron datos clínicos y el *Food Allergy Quality of Life Questionnaire-Adult Form* (FAQLQ-AF) (29 ítems, 4 dominios: evitación de alérgenos y restricciones dietéticas, impacto emocional, riesgo de exposición accidental y salud relacionada con la alergia alimentaria), basal y a los 12 meses. Se considera significativa una reducción ≥0,5 puntos en la escala (1-7).

**Resultados**

Edad media de 25,8±2,4 años (mujeres 58,3%). Principales alérgenos: leche (71%), frutos secos (33%) y huevo (28%). El 100% presentó anafilaxia el año previo (media de eventos: 1,25±0,43) y el 50% fracasó en ITO previamente. La posología se calculó según ficha técnica de FDA. En la Tabla podemos ver otros datos descriptivos.

A los 12 meses (n=7), no hubo cambios en los ratios de IgE específica/IgE total ($p$=0,65). El 50% inició ITO posterior con tolerancia parcial tras fase de inducción consensuada con el paciente ($p$=0,03). No se registraron anafilaxias durante el seguimiento ($p$=0,01). La calidad de vida en FAQLQ-AF mejoró significativamente en puntuación total y 3 de los dominios: evitación, impacto emocional y percepción de riesgo de forma significativa y una tendencia en salud, no significativa (Figura).

**Conclusión**

En vida real, el tratamiento con omalizumab en alergia alimentaria grave es eficaz para disminuir la gravedad y prevenir anafilaxias, facilitar la tolerancia en ITO y mejorar de forma significativa la calidad de vida.

**Tabla.** Descriptivo de pacientes.

| | |
|---|---|
| **Análisis descriptivo** | |
| Mujeres | 7 (58,3%) |
| Hombres | 5 (41,7%) |
| Mediana de edad al diagnóstico | 1 año (RIC: 0,25) |
| Edad media al inicio del tratamiento | 24,34+2,51 años |
| **Comorbilidades atópicas** | |
| Rinitis | 8 (66,7%) |
| Asma | 6 (50%) |
| Dermatitis atópica | 1 (8,33%) |
| Esofagitis eosinofílica | 1 (8,33%) |
| Urticaria | 1 (8,33%) |
| **Alimentos a los que son alérgicos** | |
| Pacientes alérgicos a un solo alimento | 8 (66,7%) |
| Pacientes alérgicos a más de un alimento | 4 (33,33%) |
| Leche | 8 (66,7%) |
| Frutas | 4 (33,33%) |
| Frutos secos | 3 (25%) |
| Huevo | 2 (16,66%) |
| Legumbres | 1 (8,33%) |
| **Anafilaxia (escala de Brown)** | |
| Media de anafilaxias en el último año (>Grado 2) | 1,25+0,43 |
| Grado de anafilaxia más grave previo al inicio de omalizumab | |
| Grado 2 | 1 paciente (8,335) |
| Grado 3 | 8 pacientes (66,7%) |
| Grado 4 | 1 pacientes (8,335) |
| Grado 5 | 2 pacientes (16,66%) |

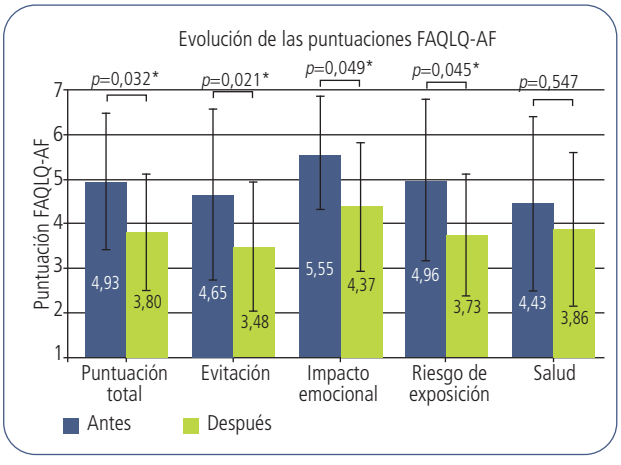



**Figura.** Cambios en FAQLQ-AF antes y después de omalizumab.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Modulación de la microbiota intestinal con probióticos: potencial estrategia para el manejo de las alergias alimentarias en población pediátrica

Bermúdez Bejarano M, Ruiz González CM, de Manueles Tabliega P, Jiménez López FJ, Alcántara Villar M

Hospital Universitario de Jaén, Jaén

**Objetivo/Introducción:**

El aumento de las alergias alimentarias se ha convertido en un problema de salud pública. La evidencia sugiere que las alteraciones en la composición de la microbiota intestinal juegan un papel crucial en su desarrollo. La utilización de probióticos para corregir esta disbiosis y regular las alergias alimentarias se ha convertido en un tema de investigación principal.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la evidencia existente sobre el uso de probióticos en la prevención y el tratamiento de las alergias alimentarias en población pediátrica.

**Material y métodos**

Se realizó una revisión sistemática sobre terapias con probióticos en niños con alergias alimentarias, con búsqueda bibliográfica en Pubmed, biblioteca de la Universidad Internacional de Valencia y Web of Science (2012-2023). Ocho estudios cumplieron los criterios de inclusión establecidos (alergia alimentaria mediada por IgE, alergia a proteína de leche de vaca [APLV], alergia a huevo, frutos secos, marisco, trigo, soja, probióticos [sin restricción por cepa o dosis]) incluyéndose en la revisión.

**Resultados**

Se observó que solo un género, *Oscillospira*, fue diferente entre los bebés que se volvieron tolerantes y los que permanecieron alérgicos en APLV. *Lactobacillus rhamnosus* GG se asoció en varios estudios con una mayor tasa de inducción de tolerancia oral en APLV, y el tratamiento combinado de esta cepa junto con inmunoterapia oral con cacahuete podría ser efectivo para inducir la remisión en niños alérgicos.

**Conclusión**

La evidencia actual sobre el uso de probióticos en la prevención de alergia alimentaria es limitada, debido a resultados inconsistentes derivados del empleo de distintas cepas en los estudios, por lo que no se recomiendan de rutina. *Lactobacillus rhamnosus* GG se perfila como un posible agente con utilidad terapéutica y preventiva en la alergia alimentaria. No obstante, son necesarios ensayos clínicos de mayor calidad que permitan determinar dosis y duración óptima del tratamiento para cada tipo de alergia alimentaria.

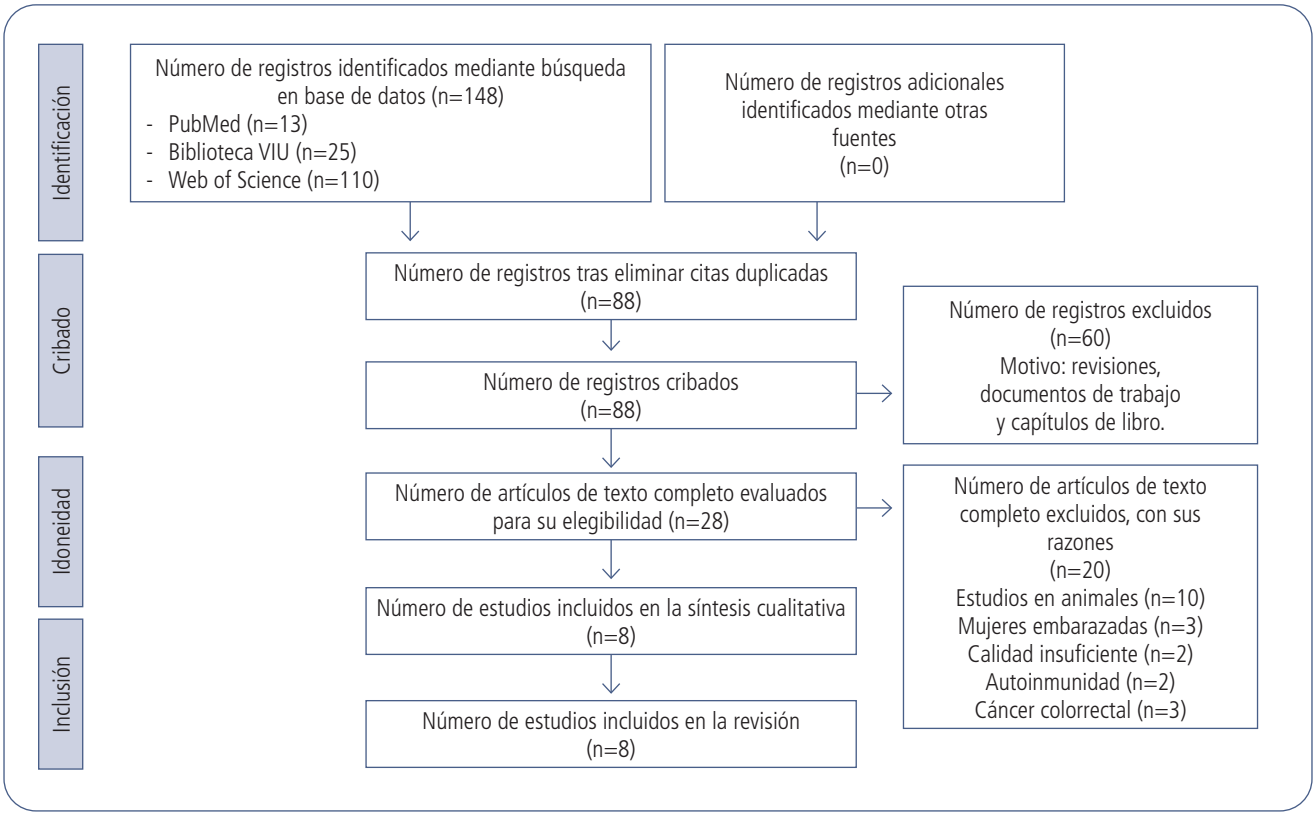



**Figura.** Características principales de los 8 estudios incluidos en la revisión sistemática.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

**Tabla.** Características principales de los 8 estudios incluidos en la revisión sistemática.

| Autor y año | Tipo de estudio | Población | Intervención | Resultados | Conclusión |
|---|---|---|---|---|---|
| Cukrowska *et al.* 2021 | Ensayo clínico aleatorizado doble ciego controlado con placebo (ECADCP) | Niños <2 años con DA y sospecha de APLV (n=134) | Admin. de 3 cepas de probióticos + placebo durante 3 meses, seguimiento meses | Disminución del indice SCORAD en 9 ambos grupos después de 3 meses. Mayor mejoría en el grupo probiótico en pacientes sensibilizados a alérgenos | La suplementación probiótica mejora la DA en pacientes sensibilizados a alérgenos |
| Berni Canani *et al.* 2015 | Ensayo clínico | Lactantes sanos (n=20) y lactantes 12 meses con APLV mediada por IgE (n=19) | Fórmula de caseína extensamente hidrolizada con/sin LGG durante 12 meses | Mejora en la microbiota y tolerancia a la leche en el grupo con LGG | Fórmula con LGG mejora la tolerancia a la leche en lactantes alérgicos |
| Berni Canani *et al.* 2017 | Ensayo clínico aleatorizado (ECA) | Lactantes 1-12 meses con APLV (n=220) | Fórmula de caseína extensamente hidrolizada vs. fórmula + LGG durante 3 años | Reducción en manifestaciones alérgicas y adquisición de tolerancia con fórmula + LGG | Fórmula + LGG previene manifestaciones alérgicas y promueve tolerancia |
| Ashley SE *et al.* 2022 | ECADCP | Niños 1-10 años con alergia al cacahuete (n=62) | Probiótico + ITO con cacahuete vs. placebo | Remisión en 74% vs. 3% en grupo control | Tratamiento combinado efectivo para alergia al cacahuete |
| Paparo L *et al.* 2019 | ECA | Lactantes con APLV mediada por IgE (n=24) | Fórmula de caseína extensamente hidrolizada + LGG vs. fórmula de soja con LGG durante 12 meses | Mayor reducción de pruebas alérgicas y mejor tolerancia en grupo LGG | Fórmula + LGG modula epigenéticamente el sistema inmunológico |
| Jing W *et al.* 2020 | ECADCP | Lactantes 0,5-12 meses con APLV(n=256) | Bifidobacterium bifidum TMC3115 vs. placebo durante 6 meses | Reducción de síntomas alérgicos y mejora inmunológica con BB TMC3115 | TMC3115 mejora alergia a la leche mediante regulación de microbiota |
| Nocerino R *et al.* 2023 | ECADCP | Lactantes con APLV mediada por IgE (n=59) | Fórmula basada en aminoácidos vs. fórmula extensamente hidrolizada + LGG durante 12 meses | Mayor adquisición de tolerancia en grupo con LGG | Fórmula + LGG reduce duración de la enfermedad |
| Nakata J *et al.* 2019 | ECADCP | Niños 10 meses a 3 años con DA y sospecha de alergia alimentaria (n=45) | *Lactobacillus acidophilus* L-92 vs. placebo durante 24 semanas | Reducción significativa de SCORAD en grupo L-92 | L-92 es un tratamiento adyuvante para DA |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Perfil clínico, endoscópico y respuesta terapéutica en esofagitis eosinofílica: estudio observacional en práctica clínica real

Otal Cabrera J, Picos Baliña R, Ríos Márquez C, Espín Jaime B, Garzón Benavides M, Ávila Castellano R

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada caracterizada por síntomas de disfunción esofágica e infiltración eosinofílica, con una prevalencia creciente y asociación a enfermedades atópicas. Las opciones terapéuticas incluyen inhibidores de la bomba de protones (IBP), dietas de eliminación (DE), corticoides tópicos (CT) y terapias biológicas en casos refractarios.

El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil clínico, endoscópico e histológico y la respuesta terapéutica en pacientes con EoE en práctica clínica real.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional que incluyó 92 pacientes diagnosticados de EoE atendidos en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) en los tres últimos años. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades atópicas, sintomatología, hallazgos endoscópicos, histológicos, analíticos y tratamientos realizados.

**Resultados**

Se incluyeron 92 pacientes, con predominio masculino (73,9%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 21 años (RIC 12-37,75).

El 65,2% presentaba comorbilidades atópicas, destacando rinitis (76,1%), alergia alimentaria (54,3%) y asma (39,1%). La disfagia (75%) y la impactación alimentaria (54,3%) fueron los síntomas más frecuentes.

Endoscópicamente, el 82,6% presentaba un fenotipo inflamatorio y el 17,4% fibroestenosante. La mediana de eosinofilia esofágica al diagnóstico fue de 37,5 eos/hpf (RIC:25-51,5) en esófago proximal, 30 eos/hpf (20-50) medio y 35 eos/hpf (21-60) distal. El 67,4% presentaba eosinofilia periférica >300 células/μL.

Como tratamiento de primera línea, el 93,5% recibió IBP (respondedores 22,1%); el 43,5% DE (respondedores 35%); y el 66,3% CT (respondedores 39,3%). Los alimentos más implicados fueron leche y cereales. Trece pacientes refractarios (14,1%) recibieron dupilumab (respondedores 76,9%).

**Conclusión**

La EoE presenta un perfil característico en varones jóvenes con alta carga atópica y clínica dominada por disfagia. Los tratamientos convencionales mostraron tasas de respuestas moderadas en vida real. Dupilumab presentó una elevada eficacia en pacientes refractarios.

Nuestros resultados refuerzan la necesidad de estrategias terapéuticas individualizadas en pacientes con EoE.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a alimentos III

## Del síntoma a la proteína: alergia al huevo en adultos, a propósito de 3 casos

Toapanta Rea EZ[1], Vázquez Fuertes L[1], Vera Flores AL[1], Flores Infante C[2], Aldama Marín IM[1], Martínez Martínez MJ[3]

[1] Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid
[2] Hospital Universitario de Getafe, Madrid
[3] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia al huevo en adultos representa una entidad poco frecuente y escasamente caracterizada, con relevantes implicaciones diagnósticas y terapéuticas. La identificación de proteínas alergénicas específicas permite un abordaje más preciso, optimizando el diagnóstico molecular y la estratificación del riesgo clínico en pacientes sensibilizados.

Se presentan tres casos de pacientes con debut de alergia al huevo en la edad adulta. Dos de ellos presentaron anafilaxia tras el consumo de huevo poco cocinado, requiriendo asistencia hospitalaria y administración de adrenalina; uno de estos casos se produjo tras la ingesta de huevo de oca y los otros dos con huevo de gallina. Actualmente, los tres pacientes toleran huevo cocido.

El objetivo de este estudio es identificar y caracterizar las proteínas implicadas en la alergia huevo en pacientes adultos, correlacionando el perfil de sensibilización molecular con la expresión clínica.

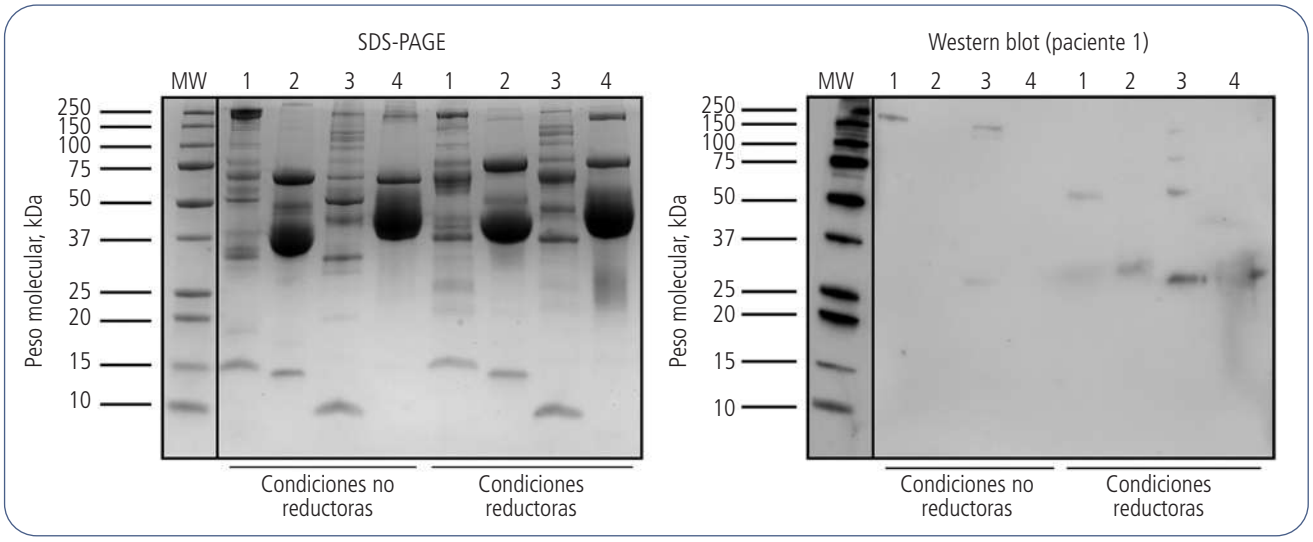



**Figura 1.** SDS-PAGE. IgE-Western blot del paciente 1 en condiciones reductoras (derecha) y no reductoras (izquierda). Carril 1, yema de huevo de gallina. Carril 2, clara de huevo de gallina. Carril 3, yema de huevo de oca. Carril 4, clara de huevo de oca.

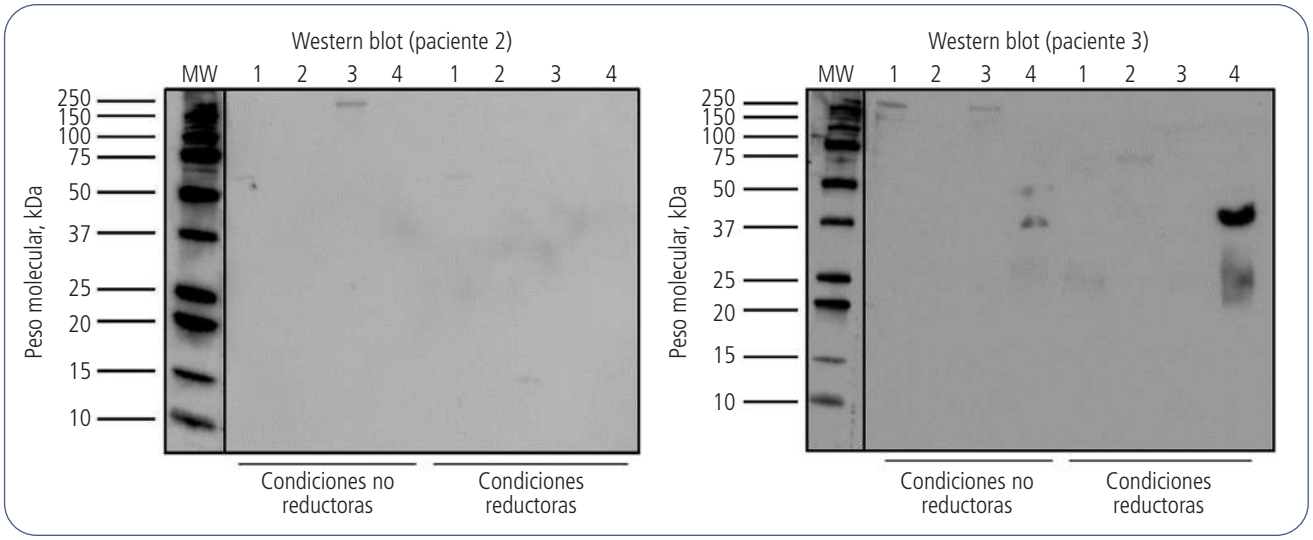



**Figura 2.** IgE-Western blot de los pacientes 2 y 3 en condiciones reductoras (derecha) y no reductoras (izquierda). Carril 1, yema de huevo de gallina. Carril 2, clara de huevo de gallina. Carril 3, yema de huevo de oca. Carril 4, clara de huevo de oca.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Material y métodos**

Se realizaron pruebas *prick*, *prick-prick*, IgE específica, SDS-PAGE, Western blot.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas con huevo y sus componentes crudos fueron positivas en los tres pacientes, mientras que resultaron negativas con huevo cocido y tortilla. En el estudio de IgE específica, dos pacientes mostraron positividad frente a clara de huevo y ovoalbúmina (OVA).

En el análisis mediante Western blot, los tres pacientes presentaron reconocimiento de una proteína de alto peso molecular, con el huevo de gallina y oca crudos, de aproximadamente 250 kDa.

**Conclusión**

Los hallazgos sugieren la implicación de un alérgeno común potencialmente relevante en la expresión clínica observada. La banda común identificada en los tres pacientes corresponde con la forma nativa de Gal d 6, una proteína termosensible, lo que se correlaciona con la tolerancia al huevo cocido en todos los casos y con las reacciones presentadas tras la ingesta de huevo poco cocinado.

## Mejorando la predicción de la alergia persistente al huevo mediante modelos de *machine learning* con variables clínicas y epítopos de la cohorte australiana HealthNuts

Padilla Parras L[1,2], Baselga Segimon L[1,2], Díaz Montalvo L[2], Peña González NC[1,2], Diéguez Pastor MC[1,2], Martínez Botas J[2]

[1] Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid
[2] Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRyCIS), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia al huevo es común en la infancia y hay una proporción significativa que persiste tras la edad escolar. Las herramientas actuales (pruebas cutáneas e IgE específica) tienen capacidad limitada para predecir la persistencia.

*Objetivo:* Evaluar si combinar variables clínicas y el perfil de reconocimiento de IgE/IgG4 de epítopos lineales de las proteínas del huevo mejora la predicción de la alergia persistente.

**Material y métodos**

Se analizaron 133 niños de un año sensibilizados al huevo de la cohorte HealthNuts. Se realizaron pruebas de provocación oral (POC) al inicio y a los 4 años. Se evaluó la unión de IgE/IgG4 a epítopos lineales de Gal d 1 y Gal d 2 mediante microarrays de péptidos al inicio. Las variables clínicas y epítopos se combinaron en modelos predictivos utilizando regresión logística, modelos lineales generalizados (GLM) y algoritmos de aprendizaje automático Random Forest (RF).

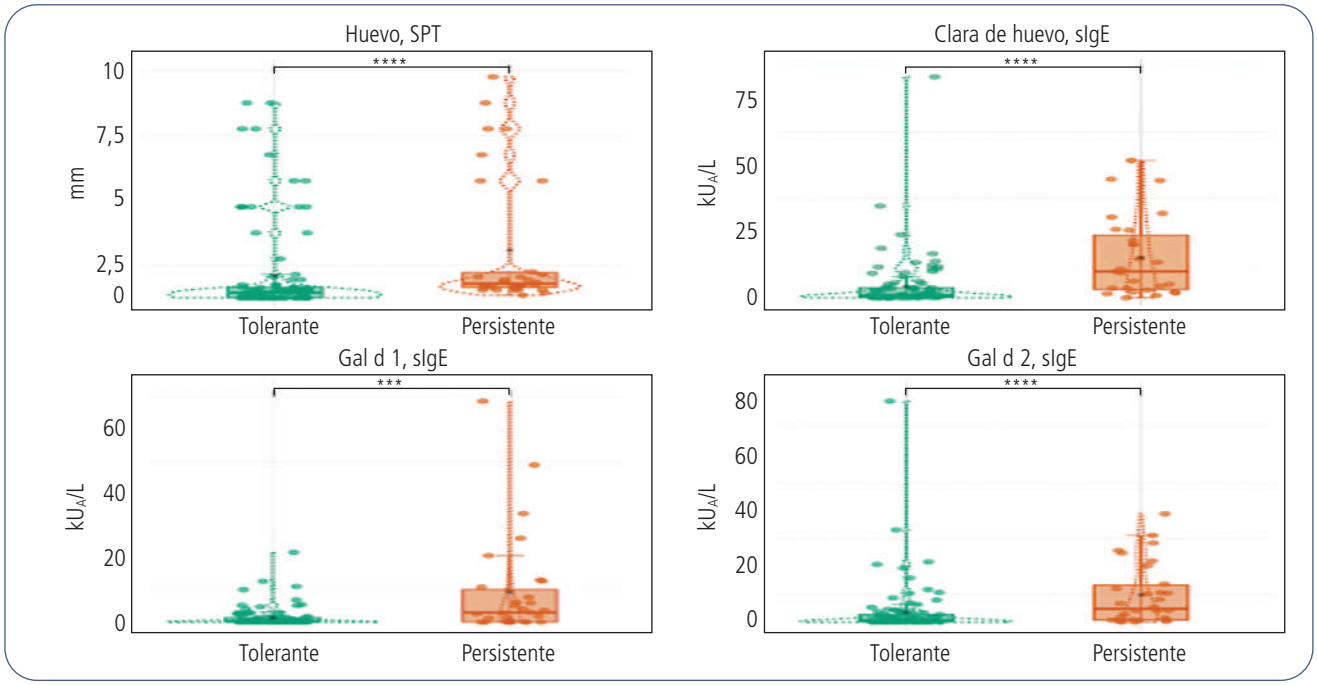



**Figura 1.** Niveles de IgE (kU$_A$/L) y pruebas cutáneas (mm) en tolerantes vs. alergia persistente.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

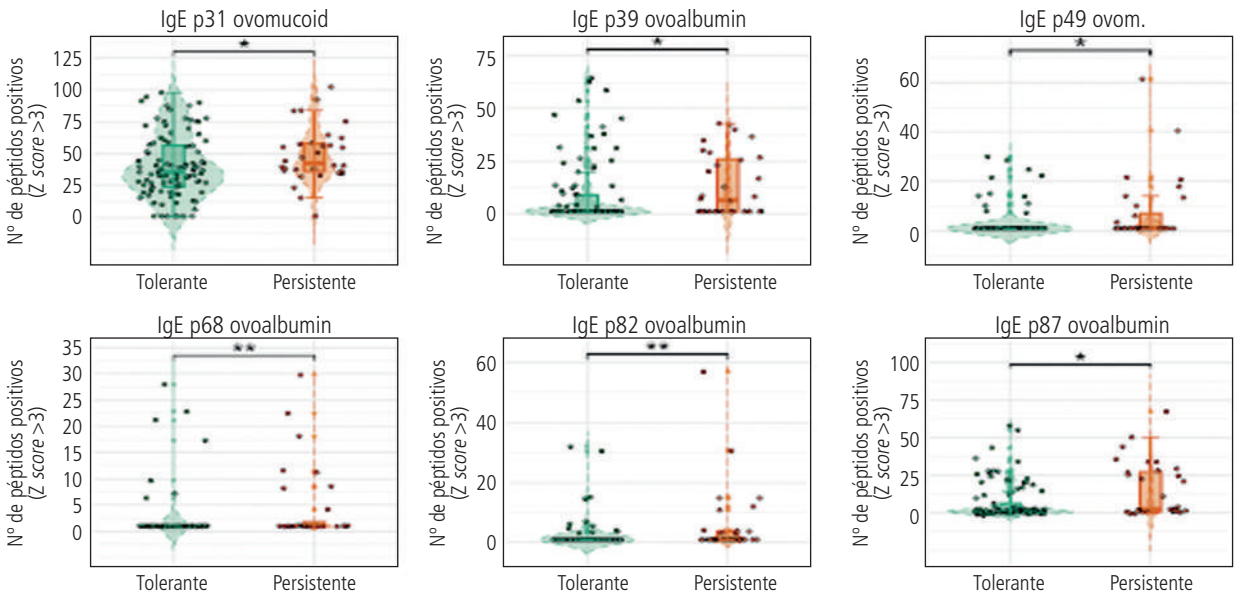



**Figura 2.** Seis péptidos de unión en pacientes con alergia persistente (Gal d 1: 31, 49; Gal d 2: 39, 68, 82, 87).

**Resultados**

Los pacientes se dividieron en: alergia persistente (n=32), resuelta (n=56) y tolerantes (n=45). Los niveles de IgE para clara, Gal d 1 y Gal d 2 fueron significativamente mayores en el grupo persistente. Se identificaron seis péptidos de unión a IgE asociados a la persistencia (péptidos 31, 49 de Gal d 1; 39, 68, 82, 87 de Gal d 2). El modelo clínico aislado mostró rendimiento predictivo limitado (AUC: 0,59). El modelo RF estratificado, integrando variables clínica y epítopos, obtuvo el mejor rendimiento (AUC >80%, precisión 80%, sensibilidad 90%).

**Conclusión**

La integración de los perfiles de reconocimiento de epítopos lineales con variables clínicas representa un paso prometedor hacia el diagnóstico personalizado de la alergia. Este enfoque puede ofrecer una valiosa herramienta para la estratificación temprana del riesgo y el seguimiento individualizado en niños con alergia al huevo, abriendo la puerta a futuras investigaciones.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Inducción de tolerancia oral en niños con alergia a huevo persistente. ¿Clara normal o hidrolizada?

Pérez Arqueros MDM[1], Reche Frutos M[1], Thuissard Vasallo I[2], Sanuy Garabatos M[1,3], Molina Hernández E[4], Valbuena Garrido T[1]

[1] Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid
[2] Universidad Europea de Madrid, Madrid
[3] Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid
[4] Instituto de Investigación en Ciencias de la Alimentación, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Comparar eficacia, seguridad y cambios inmunológicos de la clara hidrolizada frente a la pasteurizada en la inducción de tolerancia oral (ITO) en un grupo de pacientes pediátricos con alergia a huevo.

**Material y métodos**

Estudio prospectivo, de cohortes (dos grupos: un grupo clara normal [CN] y otro hidrolizada [CH]) aleatorizado, simple ciego.

Se analizan variables clínicas, inmunológicas y tasa de tolerancia a huevo en cada grupo. Previo al inicio de la ITO se realiza provocación con ambas claras para detectar dosis umbral positiva. En cuanto a la seguridad, se registra el número de reacciones adversas durante el protocolo ITO y gravedad de estas.

**Resultados**

Se incluyen 40 niños (15 en grupo con CN; 25 con CH): 16 (40%) son mujeres y 24 (60%) varones. Edad media al inicio del protocolo: 7,7±2,7 años

En 13 de ellos (34%) debutó la alergia a huevo con anafilaxia. Antecedentes atópicos: 28 (70%) tenían alergia a otros alimentos, 26 (65%) padecían asma bronquial y 32 (80%) dermatitis atópica.

La ITO duró de media 13,9±5,08 meses: 12,3±5,2 meses (grupo normal) y 14,9±4,9 meses (grupo hidrolizada) sin diferencias significativas. Hubo 31 (77,5%) casos de éxito, de los cuales 14 (93,3%) corresponden al grupo CN y 17 (68%) a CH sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Se registraron 70 reacciones: 26 (37,14%) leves, 30 (42,86%) moderadas y 14 (20%) graves. De las graves: 11 (44%) del grupo CH y 3 (20%) grupo CN sin diferencias significativas.

Según los resultados obtenidos, los pacientes que no tuvieron reacciones graves durante la ITO tendrían 12 veces más probabilidades de éxito que los que si tuvieron reacción grave.

**Conclusión**

La clara hidrolizada parece ser igual de eficaz que la normal. En la muestra de pacientes analizada, no se obtienen diferencias significativas entre grupos en cuanto a la duración, seguridad y tasa de éxito.

## Desensibilización oral con huevo deshidratado y leche en una cohorte pediátrica: resultados de eficacia y seguridad

Colomer García MC, Alvarado Izquierdo MI, Navarro Salgado SC, Librada Prieto M

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

**Objetivo/Introducción**

La desensibilización oral con alimentos constituye una alternativa terapéutica en pacientes con alergia alimentaria persistente, siendo áreas de interés su eficacia y seguridad en práctica clínica habitual.

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia y la seguridad de la desensibilización

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte pediátrica atendida en una unidad de alergología por estudio de alergia a leche y/o huevo, sometidos posteriormente a desensibilización oral con huevo deshidratado o leche. Se recogieron variables demográficas, clínicas, alergológicas, de eficacia y de seguridad.

**Resultados**

Se incluyeron 39 pacientes pediátricos, 28 (71,8%) fueron tratados con huevo deshidratado y 11 (28,2%) con leche. La edad media al inicio fue de 8,6±4,9 años. De antecedentes personales, 18/39 (46,2%) presentaban hiperreactividad bronquial, 16/39 (41%) dermatitis atópica, 8/39 (20,5%) antecedente de anafilaxia previa y 20/39 (51,3%) alergia a otros alimentos. Alcanzaron mantenimiento 22/39 pacientes (56,4%), con un tiempo medio de 2 meses. Abandonaron el procedimiento 10/39 pacientes (25,6%), mientras que 5/39 (12,8%) precisaron tratamiento biológico con omalizumab. Por otro lado, 18/39 pacientes (46,2%) presentaron al menos una reacción adversa, con reacciones graves en 12/39 (30,8%), necesidad de adrenalina en 9/39 (23,1%) y asistencia a urgencias en 4/39 (10,3%). Se interrumpió el protocolo en 7/39 pacientes (17,9%). Se objetivaron síntomas gastrointestinales persistentes en 5/39 (12,8%) y esofagitis eosinofílica confirmada en 1/39 (2,6%).

En el análisis por grupos, los pacientes tratados con leche presentaron una mayor proporción de reacciones adversas que los tratados con huevo (7/11; 63,6% para leche vs. 11/28; 39,3% para huevo).

**Conclusión**

La desensibilización oral con huevo deshidratado y leche consigue una tasa relevante de mantenimiento, junto con una frecuencia no despreciable de reacciones adversas, más elevada en el grupo tratado con leche, lo que refuerza la necesidad de realizar estos procedimientos en unidades especializadas, con programas estructurados y monitorización estrecha.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Identificación de la LTP de pistacho (*Pistacia vera*): caracterización de un nuevo alérgeno implicado en anafilaxia en el síndrome LTP

Haroun Díaz E[1], Díaz Perales A[2], Somoza Álvarez ML[1], Blanca López N[1], Ruano Pérez FJ[1], Cuesta Herranz J[3]

[1] Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid
[2] Centro de Biotecnología y Genómica de Plantas (CBGP) Universidad Politécnica de Madrid, Madrid
[3] Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las proteínas de transferencia de lípidos (LTP) constituyen la primera causa de alergia a alimentos vegetales en el área mediterránea y se asocian con reacciones sistémicas inmediatas. Aunque el pistacho es un fruto seco de consumo frecuente y capaz de inducir anafilaxia, hasta la fecha no se había identificado ninguna LTP. Esta ausencia de caracterización molecular dificultaba la interpretación de anafilaxias al pistacho.

*Objetivo:* Identificar y caracterizar un nuevo alérgeno implicado en reacciones anafilácticas por pistacho.

**Material y métodos**

Se estudió el caso índice de una niña de 8 años con alergia a melocotón que presentó anafilaxia a los 10 minutos de ingerir pistacho. Las pruebas cutáneas y las determinaciones de IgE específica fueron positivas para pistacho y Pru p 3, negatividad a proteínas de almacenamiento. Se preparó un extracto de pistacho y se analizó mediante SDS-PAGE, identificándose una banda de ~12 kDa reconocida por un antisuero (IgG) anti-Pru p 3. La proteína fue purificada y secuenciada. La capacidad de unión a IgE se evaluó mediante ELISA e *immunoblot*. Se seleccionaron 6 pacientes con síndrome LTP para completar el estudio inmunológico.

**Resultados**

Los seis sueros mostraron la capacidad de unión a IgE. El análisis proteómico permitió identificarla como la LTP del pistacho, proponiendo su denominación como Pis v 6. La inhibición con Pru p 3 confirmó su naturaleza como LTP.

**Conclusión**

La LTP descrita en *Pistacia vera* constituye un nuevo alérgeno implicado en anafilaxia de pacientes con síndrome LTP. Su identificación amplía el mapa molecular del síndrome LTP, redefine el pistacho como alimento de riesgo en este fenotipo y proporciona una base diagnóstica para entender estas anafilaxias previamente no explicadas.

## Desafío diagnóstico en la anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de trigo (WDEIA)

De Pablo Cortés F, Díaz Montalvo L, Martínez-Botas Mateo J, Alcázar González A, de la Hoz Caballer B, Carpio Escalona LV

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

WDEIA es una alergia alimentaria mediada por IgE que se manifiesta cuando la ingesta de trigo se combina con cofactores como el ejercicio. El alérgeno principal identificado es hasta en el 80% es la ω5-gliadina (Tri a 19), y en menor medida, el Tri a 14. Es una entidad infradiagnosticada debido a que la sensibilidad y la especificidad de las pruebas frente a trigo son bajas, por lo que representa un desafío diagnóstico. Presentamos un caso de WDEIA en un adolescente de 15 años de edad con episodios recurrentes de anafilaxia tras ejercicio físico intenso precedido de ingesta de trigo dos horas antes de la aparición de los síntomas.

**Material y métodos**

Se realizó IgE específica (ImmunoCAP™ de Thermo Fisher®) frente a trigo, ω5-gliadina y Tri a 14 con prueba cutánea previa frente a trigo. Posteriormente, se realizó prueba de exposición controlada asociada a ejercicio (carrera en cinta), así como pruebas *in vitro* con extracto de trigo: test de activación de basófilos (TAB), Western blot 1D e identificación proteómica mediante espectrometría de masas de las bandas reactivas.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas e IgE específicas fueron negativas. La prueba de exposición controlada fue positiva con clínica de anafilaxia tras asociar ejercicio. Se demostró una activación de basófilos del 18,8% con el extracto de trigo. El Western blot 1D mostró una banda reactiva entre 40-50 kDa. El análisis proteómico inicial identificó Tri a 33 (serpina) y fosfoglicerato cinasa.

**Conclusión**

El infradiagnóstico de WDEIA apoya el uso de técnicas diagnósticas más avanzadas como en nuestro caso. Hasta la fecha, de las dos proteínas identificadas, únicamente Tri a 33 ha sido descrita como un alergeno causante de asma del panadero, por lo que podría tratarse del primer caso de WDEIA mediado por este alergeno.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Anafilaxia durante *prick-prick* con frutos secos y detección de un potencial nuevo panalérgeno en paciente con polisensibilización alimentaria

Navarro Salgado SC[1], Alvarado Izquierdo MI[1], Sanz Gómez N[2], Gutiérrez Hernández M[2], Colomer García MC[1], Prieto Martínez ML[1]

[1] Hospital Universitario de Cáceres, Cáceres
[2] Laboratorios DIATER (Laboratorio de diagnóstico de precisión), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a frutas y frutos secos se relaciona con panalérgenos conocidos como proteínas de almacenamiento, proteínas transportadoras de lípidos (LTP), profilinas y proteínas PR-10.

Presentamos el caso de una paciente en la que el estudio alergológico convencional no permitió identificar el alérgeno responsable.

**Material y métodos**

Mujer de 30 años con clínica inmediata tras ingesta de frutos secos (sensación de cuerpo extraño faríngeo), frutas rosáceas (prurito oral y disfagia leve), plátano (edema labial), piña (aftas orales) y melón/sandía (síntomas digestivos). Se realizaron *prick test* con extractos comerciales, *prick-prick* con alimentos frescos e IgE específica sérica. Durante el *prick-prick* con frutos secos presentó episodio de anafilaxia, precisando tratamiento inmediato. Ante resultados no concluyentes, se remitió muestra sérica a laboratorio externo para estudio avanzado mediante SDS-PAGE, *immunoblot* IgE e inhibición.

**Resultados**

Los *prick test* mostraron polisensibilización a frutas y neumoalérgenos, con negatividad para LTP y profilinas. La IgE específica fue discretamente positiva para melón, melocotón, gramíneas, Ole e 1 y *Alternaria*. El *immunoblot* demostró reconocimiento IgE frente a nuez, cacahuete, melocotón, kiwi, melón, *Phleum* y *Quercus*. Se identificaron proteínas de alto peso molecular (45-79 kDa) compartidas entre diferentes fuentes alergénicas. Además se identificaron bandas compatibles con proteínas de almacenamiento de los frutos secos (11S globulina y 7S globulina) y con PR-10 en alimentos y pólenes. El análisis bioinformático mostró una homología >89% entre polygalacturonasas y Pru p 10 del melocotón, sugiriendo un posible nuevo panalérgeno implicado.

**Conclusión**

Presentamos el caso de una polisensibilización a frutas, frutos secos y pólenes, con pruebas convencionales inconcluyentes e incluso anafilaxia durante *prick-prick*. El estudio avanzado por *immunoblot* identificó sensibilización compatibles con proteínas de almacenamiento, PR-10 y polygalacturonasa como nuevo panalérgeno implicado. La polygalacturonasa podría representar un alérgeno emergente en pacientes con clínica sistémica tras ingesta o exposición a frutos secos, y frutas.

## Relevancia clínica de la sensibilización frente a *Anisakis simplex* en una población adulta de Barcelona

Varela Ávila E[1], Loli Araujo D[1,2,3], Lasa M[1,3], Bartra Tomás J[2,3,4], Pascal Capdevila M[1,3,5], Muñoz Cano RM[2,3,4]

[1] Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona
[2] Universidad de Barcelona, Barcelona
[3] IRCE/MeTRI2A, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona
[4] REI-RICORS, Madrid
[5] Instituto de Salud Carlos III, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

La sensibilización a *Anisakis simplex* es frecuente en áreas con alto consumo de pescado y constituye un motivo habitual de solicitud de IgE específica (sIgE), incluso en ausencia de sospecha de alergia alimentaria.

Evaluar la relevancia clínica de la sensibilización frente a *Anisakis simplex* y describir las manifestaciones clínicas asociadas en una población adulta atendida en un hospital terciario.

**Material y métodos**

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron los datos de pacientes con sIgE (ImmunoCAP™, Thermo Fisher, Uppsala) ≥0,10 kU/L frente a *Anisakis*, solicitadas por el servicio de alergología entre 01/2024 y 03/2026. Se recogieron datos demográficos, relevancia clínica de la sensibilización y características de las reacciones; la gravedad se evaluó mediante la escala o-FAAS-5.

**Resultados**

Se identificaron 112 pacientes (58,9% mujeres), edad media de 64 años (RIQ 28 años). El motivo más frecuente de solicitud fue patología cutánea (54%), destacando urticaria crónica espontánea (46% de estos), alergia alimentaria (21%), y otros motivos (11%). La sensibilización no tuvo relevancia clínica en 95/112 (84,8%) y en 15/112 (13,4%) se confirmó la alergia.

Entre los pacientes con alergia (n=17), el 58,8% fueron mujeres, edad media de 56,5 años (RIQ 30,5). La manifestación más frecuente fue la anafilaxia (70,6%) distribuida en grado 5 (55%), grado 4 (45%), grado 3 (18%) seguida de urticaria (29,4%). La anafilaxia se asoció al consumo de pescado crudo/marinado (6/12) y cocinado (3/12). El *prick test* fue positivo en todos los pacientes evaluados (10/10). El 76,5% toleró posteriormente pescado congelado. Se documentó sensibilización a ácaros en 8/17 (47,1%) y a tropomiosina en 2/17 (11,8%).

**Conclusión**

La alergia a *Anisakis simplex* en adultos se asocia a manifestaciones clínicas graves, predominantemente anafilaxia. La elevada frecuencia de sensibilización sin relevancia clínica apoya la necesidad de racionalizar la solicitud de sIgE frente a *Anisakis*, especialmente en patología cutánea crónica como la urticaria crónica espontánea.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## ¿Quién atiende las reacciones alérgicas a alimentos en los centros escolares de España? Resultados de una encuesta nacional del Comité de Alergia Infantil

Reche Frutos M[1], Arroabarren Alemán E[2], Zheleva Baynova K[3], Álvarez García O[4], Candón Morillo R[5], de Vicente Jimenez T[1]

[1] Hospital Universitario Infanta Sofia, San Sebastián de los Reyes, Madrid
[2] Hospital Universitario de Navarra, Pamplona
[3] Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
[4] Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo
[5] Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cádiz

**Objetivo/Introducción**

Los protocolos de actuación ante una reacción alérgica en la escuela recomiendan, en este orden: (*1*) el uso de adrenalina ante síntomas respiratorios repetidos/cardiovasculares, (*2*) activación del sistema de emergencias y (*3*) contacto con los padres.

Presentamos un estudio transversal de la atención facilitada a los niños alérgicos a alimentos en reacciones acontecidas los centros escolares de España.

**Material y métodos**

Encuesta anónima elaborada en formato Google Forms por miembros del Comité de Alergia Infantil de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica, difundida desde consultas de Alergología, Asociación Española de Alérgicos a Alimentos y Látex (AEPNAA), pediatras y redes sociales, para padres/cuidadores de niños con alergia alimentaria, que hubieran presentado alguna reacción en el centro escolar.

**Resultados**

De las 436 respuestas recibidas, analizamos las 135 (30,9%) con episodios de reacción en el colegio. Entorno urbano: 85,4%. Residen en comunidades con sistema institucional de alerta escolar 11,7%. Edad actual de los niños (Md [P25-P75]): 10 años; Comorbilidad asma bronquial: 56,2%. Veinticinco (18,2%) referían 2 o más reacciones en la escuela. Los síntomas referidos fueron cutáneos 90 (65,7%), respiratorios

**Tabla.** Administración de fármacos para el tratamiento de reacciones alérgicas en centros escolares.

| Administración de farmacos (paso 1) | Nº casos |
|---|---|
| Administración de adrenalina por docentes | 6 casos |
| Administración de adrenalina por 061/112 | 9 casos |
| Administración de adrenalina por padres | 5 casos |
| Administración de otros medicamentos por docentes | 39 casos |
| Administración de otros medicamentos por 061/112 | 21 casos |
| Administración de otros medicamentos por padres | 39 casos |
| Suma de dosis de adrenalina administradas | 20 casos |
| **¿Cuándo se administró la adrenalina? (paso 1)** | |
| Esperaron a que llegaran los padres | 6 casos |
| Esperaron a los padres, más de 30 minutos | 3 casos |
| Esperaron a los padres. No se dio adrenalina | 3 casos |
| Esperaron indicación de 112 | 3 casos |
| Esperaron indicación 112, esperaron a que llegara la ambulancia, no se administró adrenalina | 1 casos |
| Menos de 30 minutos | 6 casos |
| No sé | 1 caso |
| No se administró adrenalina | 110 caso |
| No sé. No se administró adrenalina | 1 casos |
| Sí, antes de 10 minutos | 1 casos |
| **Información de la reacción (paso 2)** | |
| Se contacta con 061/112 antes de medicar | 7 casos |
| Se contacta con 061/112 después de medicar | 3 casos |
| Se contacta con padres antes de medicar | 94 casos |
| Se contacta con padres después de medicar | 21 casos |
| Se contacta con urgencias, pero no con los padres | 0 casos |
| No contacto con padres ni urgencias | 24 casos |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

26 (19%), digestivos 29 (21,2%). Treinta episodios (21,9%) fueron catalogados como anafilaxia por los padres. De los 20 casos en los que se administró adrenalina, solo 6 (30%) fueron administradas por docentes.

**Conclusión**

Los padres fueron los principales responsables del tratamiento de las reacciones alérgicas en la escuela de sus hijos, tanto en la toma de decisiones como en la administración de tratamientos. Con frecuencia, se contactó antes con ellos que con los servicios de urgencias. En muchos casos, ese contacto precedió a la administración de medicamentos. Además, en muchas ocasiones administraron los distintos fármacos a sus hijos, incluida la adrenalina.

Esta secuencia de decisiones retrasa la administración de adrenalina y puede empeorar el pronóstico de las reacciones alérgicas a alimentos en los centros escolares.

# Alergia cutánea I

## Caracterización y manejo en práctica clínica habitual de los pacientes con angioedema hereditario (AEH) en España

Prieto García A[1], Marcos Bravo MC[2], Guilarte Clavero M[3], Cimbollek S[4], Zamora Ruiz V[5], Díaz Cuervo H[6]

[1] Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[2] Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo
[3] Hospitalario Universitario Vall d'Hebron, Barcelona
[4] Hospitalario Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
[5] Axentiva Solutions S.L., Barcelona
[6] Axentiva Solutions S.L., Oviedo

**Objetivo/Introducción**

A pesar de la reciente publicación de guías clínicas, recomendaciones y documentos de consenso, persisten importantes lagunas en el abordaje del manejo del angioedema hereditario (AEH) en la práctica clínica real en España.

El objetivo de este estudio fue la caracterización de los pacientes con AEH y su manejo en práctica clínica habitual, con foco en la profilaxis a largo plazo (PLP).

**Material y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo (datos agregados) mediante un cuestionario *online* de 62 ítems, diseñado y validado por un Comité de Expertos, que se administró a 22 médicos especializados en AEH de 14 CCAA (diciembre 2025-enero 2026).

**Resultados**

El 86,4% de los respondedores pertenecía a un hospital terciario. De media, el 60,5% de los pacientes eran mujeres, el 91,4% eran mayores de 12 años, 16,4% AEH-C1INH tipo 2 y 19,1% AEH-nC1INH. La comorbilidad más frecuente fue sobrepeso/obesidad (media 17,9%). La media anual de visitas fue: 2,5 de seguimiento, 1,6 no programadas (causa más frecuente ataques agudos), y 1,8 visitas a urgencias. Se reportan más episodios graves y ataques agudos en pacientes sin PLP (media 1,9 y 7,0 sin PLP vs. 0,2 y 2,6 con PLP). De media, el 40,3% de los pacientes recibían PLP, el 83,9% precisó tratamiento a demanda, y el 47,4% recibió profilaxis a corto plazo durante el último año. El 71,4% de los respondedores identificaron barreras para pautar PLP, principalmente protocolos regionales/locales. El principal evento adverso asociado a PLP fue reacción en el lugar de inyección. El embarazo/lactancia, la edad 0-12 años y el tipo de AEH-nC1INH fueron identificados como los condicionantes más frecuentes para la elección del fármaco PLP.

**Conclusión**

El estudio evaluó el perfil y manejo en práctica clínica de los pacientes con AEH a nivel nacional. El acceso a PLP es limitado, principalmente debido a los protocolos regionales/locales, si bien los pacientes con PLP.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Proceso asistencial integrado nacional del angioedema hereditario en España

Caballero Molina MT[1,2,3], Cimbollek S[4], Guilarte Clavero M[5], Pla Martí MJ[6], Jurado Palomo J[7]

[1] Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital La Paz (IdiPAZ), Madrid
[3] CIBERER (U754), Madrid
[4] Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
[5] Hospital Universitario Vall D'Hebron, Barcelona
[6] Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia
[7] Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo

**Objetivo/Introducción**

El abordaje del angioedema hereditario (AEH) ha avanzado notablemente en España, tanto por la disponibilidad de nuevas opciones terapéuticas como por la consolidación de modelos asistenciales más estructurados, incluyendo el papel de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR). Sin embargo, persisten variabilidades en el diagnóstico, el abordaje terapéutico y el seguimiento, dificultando un manejo homogéneo a nivel nacional.

El objetivo de este estudio fue desarrollar y consensuar un proceso asistencial integrado óptimo en España que estandarice el abordaje del AEH, situando a alergología/inmunología como eje del proceso asistencial.

**Material y métodos**

El estudio se desarrolló en tres fases: (*1*) revisión de la literatura científica para identificar necesidades no cubiertas en el abordaje del AEH; (*2*) entrevistas con un grupo multidisciplinar de expertos de ámbito nacional, con participación de alergología/inmunología, para identificar recomendaciones; y (*3*) evaluación y priorización de recomendaciones mediante metodología de consenso Delphi RAND/UCLA por un panel multidisciplinar (n=23). Las recomendaciones se valoraron por adecuación y necesidad (escala 1-9) y por concordancia.

**Resultados**

Se formularon 62 recomendaciones, de las cuales 53 fueron consideradas adecuadas y necesarias, priorizándose 22 por su mayor impacto. Las recomendaciones priorizadas refuerzan el papel central de alergología/inmunología en la confirmación diagnóstica, la definición de una estrategia terapéutica individualizada, incluyendo tratamiento a demanda y profilaxis a corto y largo plazo, y el seguimiento estructurado. Asimismo, se priorizó la coordinación con los CSUR y la elaboración de guías clínicas nacionales consensuadas para reducir la variabilidad clínica y las inequidades territoriales.

**Conclusión**

Este consenso define un proceso asistencial integrado óptimo para el abordaje del AEH en España, reforzando el papel de alergología/inmunología en el diagnóstico, la toma de decisiones terapéuticas y la continuidad asistencial, en coordinación con los CSUR. Su implementación puede homogeneizar la práctica clínica, optimizar el control de la enfermedad y reducir inequidades territoriales.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Consenso para la elaboración de una guía de recomendaciones de seguimiento del angioedema hereditario

Prieto García A[1], Zheleva Baynova K[2], Caballero Molina MT[3], Ibáñez Echevarria E[4], Pla Martí MJ[5], Guilarte Clavero M[6]

[1] Hospital Universitario Gregorio Marañón, IiSGM, CIBERER-U761, Madrid
[2] Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
[3] Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, CIBERER, Madrid
[4] Hospital de Llíria - Arnau, Valencia
[5] Hospital Universitario y Politécnico de La Fe, Valencia
[6] Universitario Vall d' Hebron, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

El angioedema hereditario (AEH) es una enfermedad genética rara caracterizada por episodios recurrentes de edema que impactan en la calidad de vida.

Dada la complejidad de su manejo, el objetivo de este estudio fue desarrollar una guía de recomendaciones para optimizar y estandarizar el seguimiento clínico del AEH.

**Material y métodos**

Proyecto de consenso basado en la metodología Delphi RAND/UCLA. Un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por 9 expertos en AEH elaboró un conjunto de enunciados a partir de una revisión sistemática de la literatura y su experiencia clínica, estructurada en tres áreas: evaluación clínica, valoración percepción del paciente y evaluación del tratamiento. Los enunciados fueron evaluados por otro panel de expertos en el manejo del AEH mediante un Delphi (escala Likert, 1-9 puntos), clasificándolos como apropiados, dudosos o inapropiados según la mediana y grado de acuerdo. Los enunciados sin consenso tras la primera ronda fueron revisados y reformulados para su reevaluación en una segunda ronda.

**Tabla.** Características sociodemográficas y experiencia clínica de los panelistas.

| Características | n=33 |
|---|---|
| Especialidad, n (%) | |
| Alergología | 31 (93,9) |
| Inmunología | 2 (6,1) |
| Centro de referencia AEH, n (%) | 11 (33,3) |
| Experiencia >10 años, n (%) | 26 (78,8) |
| Pacientes con AEH por especialista, media (DE) | 31,8 (43,7) |
| Porcentaje pacientes en tratamiento con PLP por centro, n (%) | |
| 0-20% | 7 (21,2) |
| 21-40% | 15 (45,5) |
| 41-80% | 11 (33,4) |

**Resultados**

Participaron 33 especialistas con amplia experiencia en AEH, mayoritariamente alergólogos (Tabla). En la primera ronda Delphi, se alcanzó consenso en 19 de los 20 enunciados propuestos, no alcanzándose en el enunciado vinculado a la evaluación de satisfacción del tratamiento mediante el Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication, debido a su escaso uso en práctica clínica. Este enunciado se reformuló y tras su evaluación en una segunda ronda se alcanzó consenso, acordándose la conveniencia de incorporar herramientas alternativas más accesibles para evaluar la satisfacción del tratamiento.

**Conclusión**

Este consenso aporta recomendaciones estructuradas para el seguimiento clínico de pacientes con AEH en práctica clínica, con especial énfasis en la evaluación del tratamiento. Se recomienda una evaluación continua de la profilaxis a largo plazo, junto con una toma de decisiones compartidas, para optimizar el control de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Evidencia de vida real sobre las características clínicas y necesidades no cubiertas de pacientes con angioedema hereditario tratados con profilaxis a largo plazo en España

Guilarte Clavero M[1], Moreno Jiménez MJ[2], Luppino G[3], Connolly H[4], Zheleva Baynova K[5]

[1] Hospital Universitario Vall d' Hebron, Barcelona, España
[2] Otsuka Pharmaceutical S.A., Barcelona, España
[3] Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd., Windsor, Reino Unido
[4] Adelphi Real World, Bollington, Reino Unido
[5] Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

**Objetivo/Introducción**

El angioedema hereditario (AEH) es una enfermedad genética, rara, crónica y potencialmente mortal, caracterizada por episodios recurrentes de angioedema. El manejo clínico de estos pacientes mediante profilaxis a largo plazo (PLP) continúa evolucionando, poniendo de manifiesto la necesidad de evaluar la evidencia en vida real. En este estudio, se caracterizan los pacientes tratados con PLP en práctica clínica con el objetivo de optimizar su abordaje.

**Material y métodos**

Se utilizaron datos de vida real de pacientes con AEH de la base de datos de Adelphi Real World en Europa basada en una encuesta transversal con recogida retrospectiva de datos (septiembre 2025-enero 2026) cumplimentada por médicos en España. Se analizaron las características demográficas y clínicas y las necesidades no cubiertas de pacientes con AEH tratados con PLP.

**Resultados**

Diecinueve médicos proporcionaron datos de 109 pacientes. Los datos demográficos y clínicos más relevantes se describen en la Tabla y en la Figura. Entre los motivos de elección de la PLP actual destacaron la reducción de la frecuencia (n=72; 94,7%), la gravedad (n=65; 85,5%) y la duración de ataques (n=61; 80,3%). Los principales motivos de discontinuación de la PLP previa fueron la falta de efectividad, reduciendo la frecuencia (n=17; 45,9%) y gravedad de los ataques (n=14; 37,8%), así como la aparición de acontecimientos adversos (n=16; 43,2%). Sesenta y tres (82,9%) pacientes indicaron necesidades no cubiertas con la PLP actual, destacando la preferencia por una menor frecuencia de administración (n=25; 32,9%) y la disponibilidad de vías de administración alternativas (n=20; 26,3%).

**Conclusión**

A pesar del uso de PLP, los pacientes continúan presentando necesidades clínicas no cubiertas. La efectividad limitada de las PLP previas reduciendo la gravedad, la frecuencia o la duración de los ataques, así como la preferencia por otras vías y frecuencias de administración condiciona la elección del tratamiento. Existe la necesidad de optimizar los tratamientos con PLP en AEH.

**Tabla.** Características demográficas y clínicas de los pacientes con AEH incluidos en la encuesta.

| | Pacientes con AEH (n=109) |
|---|---|
| Edad, años, media (DE) | 40,3 (15,2) |
| Mujer, n (%) | 48 (44,0) |
| Tiempo desde el diagnóstico, años, mediana (rango)[a] | 11,1 (0,0-45,0) |
| Pacientes sin diagnóstico de enfermedad/es concomitante/s, n (%) | 39 (35,8) |
| Tiempo en tratamiento con PLP actual, años, mediana (rango)[b] | 3,2 (0,0-24,0) |
| Tratamiento actual, n (%) | |
| PLP + terapia a demanda | 75 (68,8) |
| Solo PLP | 1 (0,9) |
| Tratamiento PLP actual, n (%)[c] | |
| Lanadelumab | 33 (43,4) |
| Berotralstat | 16 (21,1) |
| cpC1-INH sc[d] | 13 (17,1) |
| cpC1-INH iv[e] | 7 (9,2) |
| Danazol | 7 (9,2) |
| Ácido Tranexámico | 5 (6,6) |
| Estanozolol | 1 (1,3) |
| Otros | 1 (1,3) |

Abreviaturas: AEH, Angioedema Hereditario; C1-INH, Inhibidor de la C1 esterasa; DE, Desviación estándar; iv, intravenoso; PLP, Profilaxis a largo plazo; cp, concentrado plasmático; sc, subcutáneo; [a]n=92; [b]n=73; [c]n=76; [d]Autorizado en adultos y niños a partir de 12 años; [e]Autorizado en adultos y niños a partir de 6 años.

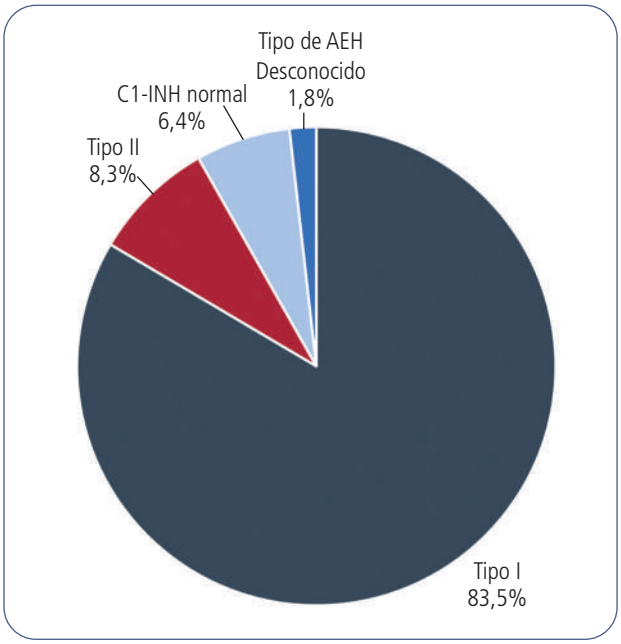



**Figura.** Tipo de AEH de los pacientes incluidos en la encuesta (n=109). AEH, angioedema Hereditario; C1-INH, inhibidor de la C1 esterasa.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Características clínicas, demográficas y fenotípicas del angioedema hereditario por déficit de C1-inhibidor (AEH-C1INH) en una cohorte del sur de España. Propuesta de escala de valoración de la gravedad AEH-C1INH

Zheleva Baynova K, de Aramburu Mera T, Picos Baliña R, Quiralte Enríquez J, Cimbollek S

UGC Alergología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Objetivo/Introducción**

AEH-C1INH es una enfermedad rara caracterizada por episodios recurrentes de edema potencialmente graves.

El objetivo de este estudio fue describir las características demográficas, clínicas y fenotípicas de una cohorte atendida en un CSUR y proponer una escala de valoración de la gravedad.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional en 106 pacientes (46 familias no relacionadas) con AEH-C1INH seguidos en el CSUR del HU Virgen del Rocío. Se analizaron variables demográficas, clínicas, comorbilidades, características de los ataques, retraso diagnóstico, necesidad de profilaxis a largo plazo (PLP) y fenotipo de la enfermedad.

Se propuso una escala multidimensional para la valoración de la gravedad AEH-C1INH, basada en variables clínicas objetivas y en medidas reportadas por el paciente, permitiendo una clasificación en fenotipo: leve, moderado, grave y muy grave (Tabla).

**Resultados**

Se valoraron 50 hombres/56 mujeres, con edad media de 42,15 años. El AEH-C1INH tipo 1 fue el más frecuente (91,5%). El 91,5% de los pacientes eran sintomáticos. Las comorbilidades más frecuentes fueron endocrinológicas (33,96%), alérgicas (30,19%) y digestivas (27,36%). La edad media de debut fue de 14,14 años (8 meses-59 años). El retraso diagnóstico mostró una mejora significativa en pacientes más jóvenes (1,5 años en menores de 18 años vs. 15,95 años en mayores de 50 años).

La localización de los ataques fueron predominantemente periféricos (90,72%) y abdominales (80,41%). Un 35,05% de los pacientes experimentaron edema laríngeo. El 41,24% presentó ataques de alta o muy alta frecuencia anual.

El 71,13% de los pacientes requirió PLP en algún momento de su vida. Los fenotipos se distribuyeron en leve (25,47%), moderado (20,57%), grave (26,42%) y muy grave (18,87%).

**Conclusión**

Nuestra cohorte de AEH-C1INH presenta una elevada carga clínica, con alta frecuencia de ataques y necesidad de PLP.

La escala de gravedad propuesta ha permitido detectar los pacientes de alto y monitorizarlos de forma más estrecha.

**Tabla.**

| Fenotipo | PLP | Frecuencia de las crisis | Gravedad de las crisis | AECT | AEQOL |
|---|---|---|---|---|---|
| Leve | No | Frecuencia muy baja o baja | Crisis leves | 13-16p. | <30p. |
| Moderado | Sí, en dosis habituales o subóptimas | Frecuencia baja o media | Crisis leves y/o moderadas | 10-13p. | 30-50p. |
| Grave | Sí, en dosis habituales | Frecuencia alta | Crisis de predominio moderadas y grave | <10p. | >50p. |
| Muy grave | Sí, en dosis habituales o altas | Frecuencia alta o muy alta | Crisis de predominio graves y crisis muy graves | <10p. | >50p. |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Deucrictibant oral en cápsula de liberación de liberación inmediata para el tratamiento a demanda de los ataques de angioedema hereditario: resultados del ensayo clínico de fase III RAPIDe-3

Lleonart R[1], Riedl MA[2], Li PH[3], Magerl M[4], Lu P[5], Cohn DM[6]

[1] Departamento de Alergología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España
[2] University of California San Diego, Division of Allergy and Immunology, La Jolla, California, Estados Unidos
[3] Queen Mary Hospital, University of Hong Kong, Division of Rheumatology and Clinical Immunology, Hong Kong Sar, China
[4] Institute of Allergology, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin and Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Pharmacology ITMP, Immunology and Allergology, Berlin, Alemania
[5] Pharvaris Inc., Lexington, Massachusetts, Estados Unidos
[6] Amsterdam Cardiovascular Sciences, Amsterdam UMC, University of Amsterdam, Department of Vascular Medicine, Amsterdam, Países Bajos

**Objetivo/Introducción**

Deucrictibant es un potente antagonista selectivo del receptor B2 de la bradicinina administrado por vía oral que se está desarrollando para el tratamiento profiláctico y a demanda (ODT) de los ataques de angioedema mediados por la bradicinina. El ensayo pivotal RAPIDe-3 investigó la eficacia y la seguridad de la cápsula de liberación inmediata (LI) de deucrictibant para el ODT de crisis de angioedema hereditario (AEH).

**Material y métodos**

RAPIDe-3 (NCT06343779) fue un ensayo de fase III, global, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en adolescentes y adultos con AEH (desde los ≥12 a los ≤75 años). El criterio de valoración principal fue el tiempo hasta el inicio del alivio de los síntomas. El tiempo hasta el final de la progresión (EoP) en los síntomas de la crisis se evaluó como un criterio de valoración secundario. Los eventos adversos surgidos durante el tratamiento (TEAE) se evaluaron como criterios de valoración de la seguridad.

**Resultados**

RAPIDe-3 incluyó a 134 participantes de 6 continentes. El grupo de análisis principal de la eficacia incluyó a 88 participantes con crisis emparejadas tratadas con deucrictibant y placebo. La mediana (IC del 95%) del tiempo hasta el inicio del alivio de los síntomas se redujo significativamente con deucrictibant (1,28 h [1,05-1,52]) frente a placebo (>12 h [5,82->12]; $p$<0,0001). La mediana (IC del 95%) del tiempo hasta el EoP se redujo significativamente con deucrictibant (17,47 min [16,27-19,17]) frente a placebo (228,67 min [61,82-599,60]; $p$<0,0001). Por lo general, el deucrictibant se toleró bien y no se notificaron TEAE graves relacionados con el tratamiento.

**Conclusión**

En el ensayo RAPIDe-3 controlado con placebo, la cápsula de LI de deucrictibant proporcionó un inicio más rápido del alivio de los síntomas y redujo el tiempo hasta el EoP de los síntomas de las crisis y, por lo general, se toleró bien sin que se observaran señales de seguridad.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia cutánea II

## Ronquido primario como desencadenante de angioedema vibratorio: resolución tras dispositivo de avance mandibular

Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

El angioedema vibratorio es una forma infrecuente de urticaria crónica inducible caracterizada por episodios de edema localizado tras estímulos mecánicos vibratorios. Habitualmente se relaciona con factores externos, siendo excepcional la identificación de desencadenantes endógenos.

*Objetivo:* Describir un caso clínico en el que el ronquido primario actuó como factor causal.

**Material y métodos**

Mujer de 48 años con episodios recurrentes de angioedema facial de predominio matutino, sin desencadenantes evidentes. El estudio inicial, incluyendo niveles de complemento y triptasa, resultó normal, descartando mecanismos mediados por bradicinina.

Se realizó test de provocación vibratoria, reproduciendo edema localizado y confirmando el diagnóstico de angioedema vibratorio. Ante la sospecha de un desencadenante nocturno, se llevó a cabo una polisomnografía que evidenció ronquido primario persistente sin criterios de apnea obstructiva del sueño.

**Resultados**

Considerando la relación temporal entre los episodios y el ronquido nocturno, se indicó tratamiento con dispositivo de avance mandibular. Tras su instauración, la paciente presentó resolución completa de los episodios en 72 horas, permitiendo la retirada del tratamiento antihistamínico. Durante un seguimiento de 12 meses no se observaron recurrencias.

**Conclusión**

Este caso pone de manifiesto que el ronquido primario puede actuar como desencadenante endógeno de angioedema vibratorio, una asociación poco descrita en la literatura. La identificación del estímulo mecánico subyacente resulta clave para un manejo dirigido.

Las intervenciones no farmacológicas orientadas a reducir la vibración de la vía aérea superior, como el dispositivo de avance mandibular, pueden constituir una alternativa terapéutica eficaz en casos seleccionados, mejorando la calidad de vida y evitando tratamientos innecesarios.

## Omlyclo® en vida real: resultados de efectividad y seguridad en práctica clínica

Gómez Fariñas C[1], Fernández Rodríguez M[1], Tejero Alcalde M[1], Morales Acevedo LA[1], Barbazán Vázquez FJ[2], Marcos Bravo MC[1]

[1] Servicio de Alergología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo
[2] Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo

**Objetivo/Introducción**

El omalizumab es un fármaco ampliamente utilizado en el manejo de la urticaria crónica (UC). Recientemente, se ha incorporado al mercado su biosimilar, CT-P39 Omlyclo®, aunque se carecen de datos sobre su efectividad y seguridad en vida real.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de 34 pacientes con UC atendidos en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, en tratamiento activo con Omlyclo® en 03/2026. El objetivo fue evaluar la efectividad y seguridad del biosimilar. Se incluyeron pacientes con cambio desde Xolair® (fármaco de referencia) (n=29) y pacientes *naïve* que iniciaron directamente Omlyclo® (n=5). Una paciente era gestante. Se analizaron las características demográficas, clínicas, parámetros analíticos, respuesta al tratamiento mediante escalas validadas para el control de enfermedad (UAS7, UCT, AECT) y posibles efectos adversos (EA).

**Resultados**

De los 34 pacientes, el 70,6% eran mujeres, con mediana edad de 45,5 años (17-75) y atopia en 58,8%. El 94,1% presentaba UC espontánea, con angioedema en el 47,1%, y 8,8% UC inducible. Se detectó elevación de IgE (52,9%), VSG/PCR (26,5%), anti-TPO (5/24) y dímero D (5/9).

El 82,4% procedía de cambio desde Xolair® y el 17,6% eran *naïve*. La mediana de tratamiento con omalizumab fue de 26 meses (2-120) y con Omlyclo® de 6 (1-8).

En los pacientes con cambio desde Xolair®, las escalas de control de actividad mostraron mejoría en 3/29 pacientes y estabilidad en 20/29, a pesar del aumento del intervalo de dosis en 9/34. En 5/29 se objetivó empeoramiento. Los cinco pacientes *naïve* mostraron mejoría.

El 11,4% presentó EA en posible relación con el fármaco: artralgias (2/3) que ya estaban presentes con Xolair® y astenia (1/3) en un paciente *naïve*.

**Conclusión**

En esta cohorte de 34 pacientes en práctica clínica real, Omlyclo® mostró ser efectivo y seguro, manteniendo el control de la enfermedad sin aumento de EA respecto al fármaco de referencia.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Evaluación de respuesta a tezepelumab en urticaria crónica refractaria a omalizumab: estudio en vida real

Bueno Balboa A, Altuve-Giannini F, Morales Gutiérrez L, Entrala Bueso A

Servicio de Alergología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La urticaria crónica (UC) se caracteriza por la presencia de habones, angioedema o ambos durante más de 6 semanas. Aunque los antihistamínicos H1 constituyen el tratamiento de primera línea, un porcentaje significativo de pacientes requiere terapias avanzadas como omalizumab, pero hasta un 30-40% presenta respuesta insuficiente. En ensayos clínicos (INCEPTION 2b) se ha visto que tezepelumab (anticuerpo monoclonal anti-TSLP) podría ser una opción terapéutica.

Evaluamos la eficacia y seguridad de tezepelumab en pacientes refractarios a omalizumab.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo prospectivo unicéntrico con pacientes diagnosticados de urticaria crónica espontánea grave refractaria a omalizumab tratados con tezepelumab *off-label*. Se recopilaron datos clínicos, analíticos, cuestionarios de calidad de vida y efectos adversos.

**Resultados**

8 pacientes con mediana de edad de inicio de sintomatología de 50,5 años (8-65), 87,5% mujeres. 37,5% presentaba atopia, principalmente rinoconjuntivitis, y 37,5% enfermedades autoinmunes. 12,5% asociaron dermografismo y 87,5% angioedema. La IgE mediana previa al tezepelumab fue de 19,6 kU/L (4,4-97,4), basófilos 0/µL (75% basopenia) y eosinófilos 50/µL (50% eosinopenia). Todos presentaron ANA negativos, 12,5% anticuerpos tiroideos positivos con perfil tiroideo normal y 37,5% elevación de reactantes de fase aguda (RFA).

Recibieron previamente omalizumab durante una mediana de 10,5 meses (3-48), con dosis máxima semanal de 175 mg (75-300). Se registraron efectos adversos en 2 pacientes, destacando en uno cefalea intensa que motivó su suspensión.

Se observó una mejoría significativa en los cuestionarios UCT ($p$=0,017) y prurito CU-QoL ($p$=0,016), con valor cercano a la significación estadística en el Cu-QoL ($p$=0,055) tras 6 meses de tratamiento con tezepelumab (Tabla).

**Conclusión**

Tezepelumab mostró eficacia prometedora en pacientes con UC refractaria a omalizumab, alcanzando una tasa global de respuesta del 75% y mejorando significativamente el control de la enfermedad y prurito, aunque sigue habiendo pacientes no respondedores, por lo que son necesarios más estudios para confirmar estos hallazgos.

**Tabla.** Evaluación previa y a los seis meses de tezepelumab.

| Nº paciente | Dosis máxima tezepelumab | UCT | CU-QoL | Prurito-CU-QoL | UCT | CU-QoL | Prurito-CU-QoL | Respuesta a los 6 meses |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - ♀ | 210 mg/4 sem | 2 | 57,60% | 1 | 16 | 5,43% | 0 | Completa |
| 2 - ♀ | 210 mg/4 sem | 2 | 48,91% | 2 | 12 | 13,04% | 1 | Completa |
| 3 - ♂ | 210 mg/4 sem | 7 | 55,43% | 4 | 11 | 34,7% | 2 | Parcial |
| 4 - ♀ | 210 mg/3 sem | 3 | 84,78% | 3 | 8 | 26,08% | 0 | Parcial |
| 5 - ♀ | 210 mg/4 sem | 0 | 38% | 4 | 5 | 13,04% | 2 | Parcial |
| 6 - ♀ | 210 mg/4 sem | 2 | 35,86% | 4 | 9 | 21,73% | 3 | Parcial |
| 7 - ♀ | 210 mg/2 sem | 0 | 90,21% | 4 | 3 | 63,04% | 3 | Nula |
| 8 - ♀ | 210 mg/4 sem | 4 | 45,65% | 4 | 3 | 70,65% | 4 | Nula |
| Mediana total | | 2 | 52,2% | 4 | 8,5 | 23,9% | 2 | |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Más opciones para el tratamiento de urticaria crónica espontánea: tezepelumab

Domínguez Estirado A[1], Chamorro Gómez M[1], Sánchez Moreno GV[1], Blanco Sánchez G[2], Elices Apellániz A[1]

[1] Sección de Alergología, Hospital Universitario del Henares, Madrid
[2] Servicio de Farmacia, Hospital Universitario del Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La linfopoyetina tímica estromal (TSLP) es una alarmina liberada por el endotelio dañado que inicia y perpetúa la cascada inflamatoria ocasionando liberación de mediadores pro-inflamatorios T2-dependientes y aumento de IgE sérica.

Recientemente se ha descrito una elevación de TSLP en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE).

Tezepelumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor de TSLP, bloquea esta cascada inflamatoria. Ensayos clínicos recientes han demostrado su efectividad en el tratamiento de la UCE, especialmente en pacientes con IgE total baja (<40UI/mL).

**Material y métodos**

Presentamos cinco pacientes mujeres diagnosticadas de UCE. Se recopilaron datos clínicos y analíticos (hemograma, bioquímica, inmunoglobulinas, autoinmunidad, proteinograma, hormonas tiroideas, serologías, triptasa basal y parásitos en heces). Todas las pacientes realizaron tratamiento convencional escalonado con antihistamínicos a dosis cuádruples, omalizumab (300-150 mg/4-2 semanas ≥6 meses) y ciclosporina a dosis óptimas (en dos pacientes se suspendió por efectos secundarios y en una no se inició por contraindicación). Ante la persistencia de mal control, se inició tezepelumab SC 210 mg/4 semanas como uso compasivo, previo consentimiento informado. Se utilizaron los cuestionarios UAS y UCT para evaluar control y actividad.

**Resultados**

En el estudio de UCE destacaron cifras bajas de IgE total y asociación de comorbilidades autoinmunes. Tras tratamiento con antihistamínicos, omalizumab y ciclosporina, persistía mal control (UAS>28 y UCT<12), precisando varios ciclos de corticoides orales/año.

Tezepelumab consiguió mejoría clínica significativa en todas las pacientes, así como en UAS y UCT. Actualmente las dos pacientes con mayor tiempo de tratamiento se encuentran asintomáticas tras 22 y 20 dosis respectivamente, y las otras tres presentan buen control (UAS<6) con dosis bajas-moderadas de antihistamínicos. Solo la última paciente que ha iniciado tratamiento (3 dosis) mantiene prednisona 2,5 mg/día en pauta descendente manteniendo buen control.

**Conclusión**

Tezepelumab podría ser una opción eficaz para el tratamiento de la UCE refractaria a tratamientos convencionales en pacientes con IgE baja y perfil autoinmune.

**Tabla.** Características clínicas y analíticas de las pacientes en tratamiento con tezepelumab por UCE.

| | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 | Paciente 4 | Paciente 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Edad (años) | 20 | 76 | 70 | 74 | 74 |
| Antecedentes personales | *Shock* anafiláctico por ibuprofeno<br>Tiroiditis autoinmune | Asma bronquial | Carcinoma renal células claras (nefrectomizada)<br>Alopecia areata | Artritis reumatoide | Tumor carcinoide gástrico neuroendocrino tipo 1<br>Gastritis crónica atrófica autoinmune<br>Vitíligo |
| IgE total (UI/mL) | 2 | 9 | 6 | 14 | <2 |
| Eosinófilos (cél/microl) | 100 | 300 | 100 | 200 | 100 |
| Autoanticuerpos (UI/mL) | Ac antiTG 576<br>Ac antiTPO 13.384 | Ac antiTG 1,6 | Ac antiTG 2,20 | F. reumatoide 45<br>Ac anti CCP 245 | Ac antiparietales 1/1280 |
| Triptasa basal (microg/L) | 3,8 | 7,4 | 13 (ERC, descartado HAT y MC) | 5,4 | 3,5 |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Eficacia a largo plazo de remibrutinib en pacientes con urticaria crónica espontánea de la región europea: resultados de los estudios REMIX-1/-2

Ferrer M[1], Brockow K[2], Weyergraf A[3], Khemis A[4], Ortmann C[5], Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2

[1] Departamento de Alergología e Inmunología Clínica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España
[2] Department of Dermatology and Allergy Biederstein, School of Medicine and Health, Technical University of Munich, Munich, Alemania
[3] Dermatology Practice, Bramsche, Alemania
[4] Department of Dermatology, Polyclinique Saint George, Groupe KANTYS, Nice, Francia
[5] Novartis Pharma AG, Basel, Suiza

**Objetivo/Introducción**

La urticaria crónica espontánea (UCE) se caracteriza por la aparición espontánea de habones y/o angioedema durante más de 6 semanas (s). Remibrutinib, un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina cinasa de Bruton, mostró seguridad favorable y eficacia sostenida en pacientes con UCE en los estudios REMIX-1/-2. Este análisis agrupado evalúa su eficacia en pacientes de la región europea.

**Material y métodos**

Los estudios multicéntricos, aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo REMIX-1/-2 evaluaron la eficacia y seguridad de remibrutinib en pacientes con UCE refractarios a antihistamínicos H1 de segunda generación (H1-AHs). Los pacientes se aleatorizaron 2:1 a remibrutinib 25 mg dos veces al día (bid) o placebo durante 24s, seguidas de 28s de tratamiento abierto con remibrutinib 25 mg bid (cambio de placebo a remibrutinib tras 24s). Este análisis evaluó la variación del UAS7 respecto al basal (CFB-UAS7) y la proporción de pacientes que alcanzó UAS7=0 y UAS7≤6 hasta s52.

**Resultados**

Este análisis incluyó los pacientes europeos de los REMIX-1/-2 (23,4% del brazo de remibrutinib y 22,9% del placebo). Remibrutinib mostró superioridad vs. placebo en CFB-UAS7 en s1 (-15,0 vs. -2,5), s12 (-23,2 vs. -13,2) y s24 (-25,5 vs. -16,1), con eficacia sostenida hasta s52 (-26,7). A s12, una mayor proporción alcanzó UAS7=0 vs. placebo (38,6% vs. 6,6%), y UAS7≤6 a s2 (43,0% vs. 4,3%) y s12 (57,6% vs. 23,0%). Tras cambiar de placebo a remibrutinib, la proporción con UAS7=0 y UAS7≤6 aumentó desde s25 y se mantuvo hasta s52. Remibrutinib fue bien tolerado, sin aumento en tasas de incidencia ajustadas por exposición de eventos adversos o graves hasta s52.

**Conclusión**

Los resultados del subgrupo europeo reflejan una rápida eficacia de remibrutinib desde s1, con mejoras adicionales en s12, mantenidas hasta s52. Remibrutinib tiene el potencial de ser una nueva opción oral eficaz para pacientes con UCE refractarios a H1-AHs

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Eficacia de remibrutinib en pacientes con urticaria crónica espontánea según características demográficas y basales: análisis agrupado de los estudios REMIX-1/-2

Labrador Horrillo M[1], Saini S[2], Fukunaga A[3], Yang B[4], Haemmerle S[5], Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España
[2] Johns Hopkins Asthma & Allergy Center, Baltimore, Maryland, Estados Unidos
[3] Department of Dermatology, Osaka Medical and Pharmaceutical University, Takatsuki, Osaka, Japón
[4] Dermatology Hospital, Southern Medical University, Guangzhou, China
[5] Novartis Pharma AG, Basel, Suiza

**Objetivo/Introducción**

Remibrutinib, un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina cinasa de Bruton, demostró mayor eficacia y seguridad vs. placebo en los estudios REMIX-1/-2 en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE) refractarios a antihistamínicos de segunda generación. Casi la mitad de los pacientes tratados con remibrutinib alcanzó buen control (UAS7≤6) en la semana (s) 12. Este análisis agrupado evaluó la capacidad de remibrutinib de lograr buen control de la UCE moderada-grave, en base a características demográficas y basales.

**Material y métodos**

En los estudios REMIX-1/-2, los pacientes se aleatorizaron 2:1 a remibrutinib 25 mg dos veces al día (bid) o placebo durante 24 s doble ciego, seguido de 28 s abiertas con remibrutinib 25 mg bid. En s24, el brazo placebo transicionó a remibrutinib. Este análisis realizado mediante un modelo de regresión logística estimó la proporción de pacientes que alcanzó UAS7≤6 por edad, género, índice de masa corporal (IMC), duración de la UCE, gravedad y antecedentes de angioedema.

**Resultados**

El análisis incluyó 606 pacientes con remibrutinib y 306 con placebo con características equilibradas. Una mayor proporción de pacientes con remibrutinib alcanzó UAS7≤6 vs. placebo independientemente de edad (≥18-<65 años o ≥65-<85 años), género (hombres: 44,8% vs. 17,6%; mujeres 50,4% vs. 24,5%), IMC (<25 kg/m², ≥25-<30 kg/m² y ≥30 kg/m²: 45,7%, 48,0% y 52,6% vs. 20,0%, 21,5% y 25,3% respectivamente), duración de la UCE (≤1 año, >1-≤3 años, >3-≤5 años y >5 años: 50,4%, 46,3%, 50,4% y 48,1% vs. 22,1%, 21,8%, 26,5% y 20,6% respectivamente), o gravedad de la enfermedad (moderada: 53,5% vs. 23,0%; grave: 45,0% vs. 21,5%). Además, una mayor proporción de pacientes con angioedema basal alcanzó UAS7≤6 con remibrutinib (55,6% vs. 23,0%).

**Conclusión**

Este análisis mostró que remibrutinib mejoró consistentemente los síntomas de la UCE, apoyando su potencial como tratamiento oral eficaz en una amplia gama de perfiles de pacientes con UCE.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia cutánea y alergia a medicamentos

## Remodelación multinivel inducida por dupilumab en Netherton con variantes combinadas SPINK5-FLG: integración genómica, funcional y transcriptómica pre-post tratamiento

Bajo Santos C[1,2], Martín García C[1,2,3], Bueno Fortes S[1], Lázaro Sastre M[1,3], Gacia Berrocal MB[1,3], Dávila González I[1,2,3,4]

[1] Instituto de Biomedicina de Salamanca, Salamanca
[2] REI-RICORS, Instituto de Salud Carlos III, Madrid
[3] Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca
[4] Universidad de Salamanca, Salamanca

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de Netherton (NS) es una genodermatosis rara causada por alteraciones en SPINK5, caracterizada por la tríada de ictiosis linearis circumflexa, anomalías del tallo piloso y diátesis atópica con IgE elevada. Los fenotipos más graves se han asociado a variantes bialélicas. Aunque dupilumab ha mostrado eficacia clínica en NS, los mecanismos moleculares implicados no están bien definidos.

Objetivo: Analizar de forma integrada los cambios transcriptómicos y funcionales inducidos por dupilumab.

**Material y métodos**

Se estudió una familia con NS y dos controles sanos. Se realizó secuenciación de exoma completo y modelización estructural *in silico*. Se obtuvieron transcriptomas apareados de sangre y piel antes y tras seis meses de tratamiento con dupilumab. El análisis incluyó expresión génica diferencial (DESeq2, FDR <0,05), enriquecimiento funcional (GO/KEGG) y análisis de redes, comparándose con cohortes públicas de NS (n=6) y controles (n=63).

**Resultados**

Los pacientes presentaron heterocigosis combinada en SPINK5 (p.Lys824Glufs4) y FLG (R501X), asociada a fenotipo clínico agresivo y severa disfunción de la barrera cutánea. Dupilumab indujo una mejoría clínica marcada (reducción del 85-90% en EASI y SCORAD), con descenso del 90% de IgE y normalización de la eosinofilia. El transcriptoma sanguíneo basal mostró activación de rutas hipermetabólicas, citosqueletales y epigenéticas, que se revirtieron tras el tratamiento hacia perfiles similares a controles, con activación de vías WNT/β-catenina, IGF y polaridad celular, y supresión de señales inflamatorias. FURIN mostró regulación bidireccional, sugiriendo restauración del equilibrio proteasa-antiproteasa. En piel, el perfil basal evidenció sobreexpresión de queratinas foliculares y firmas neurosensoriales; tras dupilumab se activaron programas de diferenciación queratinocítica, metabolismo lipídico, formación de la envoltura cornificada y reparación tisular. La integración sangre-piel identificó ADAM23 y RHOBTB3 como potenciales biomarcadores.

**Conclusión**

Dupilumab induce una remodelación clínica y molecular multinivel en NS, restaurando programas clave de homeostasis cutánea y ofreciendo nuevas herramientas para la estratificación y monitorización terapéutica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## ¿Puede el TARC desempeñar un papel como potencial predictor para prolongar el intervalo de administración de dupilumab en la dermatitis atópica?

Pepino Vassalo AF[1], Brás Marqués R[1,2], Feliciano Dos Santos D[3,4], Sousa Antunes M[5], Lopes Da Silva S[1,2], Fernandes Lopes A[1,2]

[1] Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal
[2] Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal
[3] GIMM - Gulbenkian Institute for Molecular Medicine, Lisboa, Portugal
[4] Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal
[5] CEAUL – Centro de Estatística e Aplicações, Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

**Objetivo/Introducción**

Los niveles séricos de la quimiocina reguladora de la actividad del timo (TARC), biomarcador de severidad de la dermatitis atópica (DA), disminuyen durante el tratamiento con dupilumab (DUPI). Este estudio evalúa el perfil de TARC en pacientes con DA severa tratados con DUPI y analiza su papel como predictor de respuesta clínica y de prolongación del intervalo de tratamiento (IT) tras 12 meses.

**Material y métodos**

Estudio longitudinal (2019-2025) con pacientes adultos con DA severa tratados con DUPI en pauta estándar (2/2 semanas) durante ≥12 meses. Se recogieron datos demográficos y clínicos de los registros clínicos. Los niveles séricos de TARC se midieron mediante ELISA sándwich antes del inicio de DUPI (T0) y a los 12 meses (T1). Se compararon datos clínicos y laboratoriales de los grupos en pauta estándar (n=18) y los que prolongaron el IT después del primer año (n=14). El análisis estadístico se realizó con R(v4.4.0), utilizando regresión lineal bayesiana (perfil de TARC T0-T1 en todos los pacientes) y regresión logística (valor predictor de TARC relativo a la prolongación del IT).

**Resultados**

Fueron incluidos 32 pacientes (56% hombres, edad media 36,1 años). No se encontraron diferencias demográficas ni clínicas entre los grupos en T0. En T1, el 57% de los pacientes alcanzó EASI-90, el 86% EASI-75 y el 89% EASI-50. TARC disminuyó significativamente de T0 a T1 (-4362 pg/mL; IC 95%: -5785;-2994). Ni el TARC basal (OR 1,02; IC 95%: 0,54-1,91; $p$=0,96) ni su log-ratio (OR 0,38; IC 95%: 0,12-1,17; $p$=0,09) se asociaron con la prolongación del IT.

**Conclusión**

TARC disminuyó durante el primer año de tratamiento con DUPI. El TARC basal no predijo la prolongación del IT tras 12 meses. Aunque estadísticamente no es significativo, el log-ratio de TARC (T1-T0) sugiere que una mayor reducción de TARC en el primer año podría asociarse con mayor probabilidad de poder prolongar el IT.

## Relevancia clínica de los hidroperóxidos de limoneno y linalool en la batería estándar española de la GEIDAC 2022: ¿es necesaria su reevaluación? Estudio en 207 pacientes de un hospital terciario

Méndez Monge M, Sousa Pérez MV, Enjuto Guisado S, Amadoz Iñarrairaegui LF, Danz Luque ZE, Lizarza Mendizabal S

Hospital Universitario Donostia, San Sebastián

**Objetivo/Introducción**

Los hidroperóxidos de limoneno y linalool son fragancias implicadas en la dermatitis alérgica de contacto (DAC). La GEIDAC recomendó su inclusión en la batería estándar de nuestro país, pero la aparente baja relevancia clínica que presentan suscita dudas sobre la necesidad de su permanencia en ella.

Este estudio fue diseñado con objeto de caracterizar y evaluar de una manera transversal el impacto clínico real del limoneno y el linalool en una serie de pacientes.

**Material y métodos**

Estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo, en el que se recogieron los resultados de las pruebas epicutáneas frente a limoneno 0,3% y linalool 1%, así como la relevancia clínica objetivada en cada caso, de una serie de 207 pacientes estudiados en la consulta de Alergología del Hospital Universitario Donostia por sospecha de DAC entre enero y diciembre de 2025. Fueron recabados el sexo y la edad de los pacientes, así como su ocupación laboral. El estudio de la DAC se realizó utilizando el Truetest® ampliado.

**Resultados**

De la muestra estudiada, el 76,33% eran mujeres. El 67,63% tenía 40 años o más. El 14,49% desempeñaba una ocupación laboral en estrecha relación con los alérgenos estudiados. Se obtuvo una prueba positiva frente al linalool en el 9,18% con relevancia clínica en el 7,25%. La prueba frente al linalool fue negativa en el 90,82% sin relevancia en el 87,92%. La prueba frente al limoneno fue negativa en el 99,52% sin relevancia en el 96,62% de los casos. Exclusivamente el 0,48% de la serie obtuvo una prueba positiva frente al limoneno, aunque sin relevancia clínica.

**Conclusión**

El limoneno y el linalool muestran limitada relevancia clínica en nuestra muestra. Se requieren estudios adicionales con una muestra mayor y representativa de la población que definan con precisión la relevancia de estos alérgenos y la necesidad de su permanencia de forma rutinaria en la batería.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Pruebas epicutáneas en pacientes con queilitis: perfil de sensibilización en una cohorte hospitalaria en Barcelona

Varela Ávila E[1], Orduy AM[1], Solis K[1], Riquelme Mc Loughlin C[2], Amat Samaranch V[2]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona
[2] Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

Las queilitis pueden estar producidas por factores exógenos, como irritantes o alérgenos, endógenos como la dermatitis atópica (DA), los trastornos liquenoides o granulomatosos; infecciones; y daño actínico. La dermatitis de contacto alérgica (DCA) constituye una causa frecuente de queilitis crónica, especialmente relacionada con cosméticos y productos labiales en mujeres.

El objetivo del estudio es describir las características clínicas y el perfil de sensibilización en pacientes con queilitis.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con queilitis sometidos a pruebas epicutáneas en el Hospital Clínic de Barcelona entre enero de 2010 y marzo de 2026. Se recogieron variables demográficas, antecedentes de DA, sospecha diagnóstica inicial, resultados de las pruebas, alérgenos identificados y diagnóstico final.

**Resultados**

Se incluyeron 87 pacientes (87,4% mujeres) con una edad media de 46 años (RIQ 24 años). El 24,1% presentaban antecedentes de DA. Las pruebas epicutáneas fueron positivas en 57/87 pacientes (65,5%). El diagnóstico más frecuente fue DCA) (35/87; 40,2%), seguido de dermatitis de contacto irritativa (DCI) (16/87; 18,4%), y DA (13/87; 14,9%) y otros (17/87; 19,5%). Entre los diagnósticos alternativos se incluyen: dermatitis perioral, queilitis actínica, queilitis granulomatosa y liquen plano. La concordancia entre sospecha clínica inicial y diagnóstico final fue elevada en DCA y DCI (>87%). En el 72,5% de los pacientes con DCA se identificó al menos un alérgeno positivo relevante.

Los alérgenos más frecuentes fueron: sulfato de níquel (19/57; 33,3%), galatos (11/57; 19,3%), principalmente propyl gallate, octyl gallate y dodecyl gallate, fragancias (7/57; 12,3%), isotiazolinonas (4/57; 7%), propóleo (3/57; 5,3%) y bálsamo del Perú (3/57; 5,3%). Las fuentes más frecuentes de alérgenos fueron los cosméticos (24), seguidos de las prótesis dentales (4).

**Conclusión**

Las pruebas epicutáneas mostraron elevada rentabilidad diagnóstica en pacientes con queilitis, identificando principalmente dermatitis de contacto alérgica asociada a cosméticos y productos labiales. El níquel, los galatos y las fragancias fueron los alérgenos más frecuentemente implicados.

## Seguridad y efectividad de la prueba de exposición oral directa a penicilinas en Atención Primaria pediátrica

Letona Luqui M[1], Lasa Luaces EM[2], Maiz Uranga I[2], Vela Fernández A[3], Amadoz Iñarrairaegui LF[2], Vela Fernández A[2]

[1] Centro de Salud de Azpeitia, Guipuzkoa
[2] Hospital Universitario Donostia, Guipuzkoa
[3] Centro de Salud de Mutriku, Guipuzkoa

**Objetivo/Introducción**

La sospecha de alergia a penicilinas es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría, aunque se descarta en más del 90% de los casos tras el estudio alergológico. La derivación al hospital genera demoras y sobrecarga asistencial. En reacciones tardías leves, las pruebas cutáneas han demostrado no ser útiles y la prueba de exposición oral controlada (PEOC) directa es suficiente para el diagnóstico, lo que facilita el estudio desde atención primaria.

El objetivo fue evaluar la efectividad y seguridad de un protocolo ambulatorio coordinado entre atención primaria y alergología infantil.

**Material y métodos**

Estudio de cohorte prospectivo (enero 2020-diciembre 2023). Se incluyeron 290 pacientes <14 años con sospecha de reacción adversa a penicilinas. Se establecieron criterios de derivación hospitalaria y las reacciones retardadas leves realizaron la PEOC en el Centro de Salud, seguida de administración prolongada domiciliaria. Los pacientes con criterios de derivación o PEOC positiva fueron remitidos a Alergología hospitalaria.

**Resultados**

El 65,9% de los pacientes (n=191) fue manejado en atención primaria. El antibiótico más implicado fue la amoxicilina (83,1%), predominando las reacciones tardías (94,8%) con exantema maculopapuloso (87,5%). La PEOC ambulatoria fue negativa en el 88,5% de los casos, permitiendo descartar alergia en el 58,2% en atención primaria. Las PEOC ambulatorias positivas (11,5%) fueron leves (exantema maculopapuloso de resolución espontánea) sin anafilaxias ni traslados a urgencias. Durante la PEOC se registraron más reacciones inmediatas (22,7% vs. 5,2%; $p$=0,008), todas leves, y de resolución significativamente más rápida que en la reacción inicial (<24 h: 63,6% vs. 10,7%; $p$<0,0001), sin pérdidas de seguimiento en el circuito ambulatorio.

**Conclusión**

El protocolo ambulatorio de PEOC directa en atención primaria para reacciones tardías leves a penicilinas en pediatría es seguro y efectivo. Permite descartar la alergia en la mayoría de los pacientes sin derivación hospitalaria, con buena adherencia de los pacientes y optimizando recursos sanitarios.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Diagnóstico de alergia a penicilinas en pediatría: del hospital a la atención primaria. Comparativa con la práctica hospitalaria previa

Letona Luqui M[1], Lasa Luaces EM[2], Méndez Monge M[2], Vela Fernández A[3], Martínez Molina S[2], Vela Fernández A[2]

[1] Centro de Salud de Azpeitia, Guipuzkoa
[2] Hospital Universitario Donostia, Guipuzkoa
[3] Centro de Salud de Mutriku, Guipuzkoa

**Objetivo/Introducción**

La mayoría de las sospechas de alergia a penicilinas en pediatría no se confirman tras el estudio alergológico realizado habitualmente en el ámbito hospitalario, generando demoras y sobrecarga asistencial. Este trabajo compara un nuevo protocolo diagnóstico ambulatorio basado en prueba de exposición oral controlada (PEOC) directa en atención primaria con el protocolo hospitalario previo, con el objetivo de evaluar su seguridad y efectividad diagnóstica.

**Material y métodos**

Se compararon 290 pacientes <14 años reclutados prospectivamente tras la implantación del nuevo protocolo ambulatorio (2020-2023) con 170 pacientes del estudio multicéntrico APENIN reclutados en el mismo territorio de referencia (2013), con estudio hospitalario. Se analizaron variables demográficas, clínicas, criterios de derivación y resultados de las PEOC.

**Resultados**

Ambas muestras fueron homogéneas en sexo, antibiótico implicado (amoxicilina: 83,1% vs. 77,6% [$p$=0,18]), temporalidad (reacciones tardías en el 94% de ambos grupos [$p$=0,91]), tipo de manifestación cutánea (exantema maculopapuloso en el 87,5% vs. 85,3% [$p$=0,50]) y manejo de la reacción inicial. La asistencia a urgencias por la reacción inicial fue significativamente menor en el estudio actual (32,8% vs. 50%; $p$=0,0004). Aplicando los criterios del nuevo protocolo a la muestra del APENIN, el 50,6% de sus pacientes no hubiera requerido derivación hospitalaria. La tasa de PEOC positivas en pacientes sin criterios de derivación fue mayor en el ámbito ambulatorio (11,5% vs. 2,6%; $p$=0,04); al restringir el análisis a pacientes con criterios de derivación en ambos estudios, las tasas fueron similares (3,3% vs. 3,5%; $p$=0,93). Las características clínicas de las PEOC positivas fueron comparables en ambos estudios, sin reacciones graves ni necesidad de adrenalina en ningún caso.

**Conclusión**

El nuevo protocolo ambulatorio presenta una seguridad y capacidad diagnóstica comparables al abordaje hospitalario. Su implementación permite evitar la derivación hospitalaria en más de la mitad de los pacientes, reduciendo la presión asistencial y mejorando la accesibilidad al diagnóstico sin comprometer la seguridad.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a alimentos y medicamentos

## Anafilaxia en la escuela: ¿están preparados los centros educativos en España? Resultados de una encuesta nacional del Comité de Alergia Infantil

Arroabarren Alemán E[1], de Vicente Jiménez T[2], Reche Frutos M[2], Zheleva Baynova K[3], Candón Morillo R[4], Álvarez García O[5]

[1] Hospital Universitario de Navarra, Pamplona
[2] Hospital Infanta Sofia, San Sebastián de Los Reyes, Madrid
[3] Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
[4] Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz
[5] Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**Objetivo/Introducción**

La anafilaxia es una urgencia potencialmente mortal; se estima que el 10-20% de los episodios pediátricos ocurren en la escuela. La preparación del entorno educativo es clave para una intervención precoz. Evaluamos el grado de preparación de los centros escolares en España para el manejo de reacciones alérgicas.

**Material y métodos**

Encuesta anónima (formato Google Forms) por miembros del Comité de Alergia Infantil de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica, difundida desde consultas de Alergología, Asociación Española de Alérgicos a Alimentos y Látex (AEPNAA), pediatras y redes sociales, para padres/cuidadores de niños con alergia alimentaria. Inclusión: marzo/abril 2026. Análisis de variables clínicas, recursos, organización y formación del centro.

**Resultados**

Analizamos 436 respuestas de todas las comunidades autónomas. La mediana de edad de los niños era de 9 años; el 53% presentaba anafilaxia previa y el 85,3% disponía de autoinyector de adrenalina (AIA). Un 30,9% de los respondedores refirieron reacciones en el colegio.

El 92,2% de los centros contaba con informe médico y el 91,3% con medicación de rescate; el 84,9% disponía de AIA, generalmente individualizada. Observamos gran variabilidad en la ubicación de los dispositivos en los centros, careciendo 52,1% de responsables designados para su uso en caso de reacción.

La formación del personal docente era limitada: el 52,5% de los padres desconocía si es formación de los docentes y solo el 7,1% refería formación específica en anafilaxia. La disponibilidad de enfermería fue del 26,4%. Únicamente el 10,8% contaba con sistemas institucionales de alerta escolar.

**Conclusión**

Existe adecuada disponibilidad de recursos, pero persisten deficiencias organizativas y formativas.

La falta de responsables designados, la accesibilidad variable a los AIA y la formación insuficiente pueden retrasar el tratamiento.

Es prioritario implantar protocolos estandarizados con asignación clara de responsabilidades y formación específica de los docentes para garantizar una respuesta rápida y segura ante la anafilaxia en el entorno escolar.

**Tabla 1.** Características clínicas de los niños y del entorno escolar.

| Numero de respuestas válidas (436) | Resultado |
|---|---|
| Edad actual, años (mediana, P25-P75) | 9 (6-12) |
| Edad al diagnóstico, meses (mediana, P25-P75) | 12 (6-36) |
| Nº grupos alimentarios evitados | 2 (1-3) |
| | Frutos secos (58,5%) |
| | Huevo (31,9%) |
| | Leche (29,8%) |
| Frecuencia de alimentos reportados | |
| | Frutas (29,1%) |
| | Legumbres (14,9%) |
| | Pescados (11,7%) |
| | Mariscos (10,8%) |
| Anafilaxia previa | 231 (53,0%) |
| Asma | 190 (43,6%) |
| Medicación de rescate prescrita | 411 (94,3%) |
| Autoinyector de adrenalina (AIA) | 372 (85,3%) |
| Reacciones en el colegio | 135 (30,9%) |
| Entorno urbano | 344 (78,9%) |
| Centro público | 278 (63,8%) |
| Asistencia a comedor escolar | 209 (47,9%) |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla 2.** Preparación del centro escolar para el tratamiento de reacciones alérgicas.

| Respuestas analizables | Respuestas afirmativas |
|---|---|
| Disponibilidad de informe médico en el centro (n=436) | 402 (92,2%) |
| Medicación de rescate disponible (n=436) | 398 (91,3%) |
| Adrenalina disponible (n=375)[a] | 370 (84,9%) |
| Centro solicita adrenalina (n=369)[a] | 250 (70,1%) |
| Adrenalina individualizada (n=372)[a] | 292 (78,4%) |
| Plan de actuación disponible (n=385)[a] | 238 (61,8%) |
| Sin responsable designado para (n=372)[a] | 227 (52,1%) |
| Formación de los docentes referida como desconocida por los padres (n=436) | 238 (52,5%) |
| Formación específica en anafilaxia de los docentes, referida por los padres (n=436) | 32 (7,1%) |
| Enfermería escolar disponible (n=436) | 115 (26,4%) |
| Disponibilidad referida de un Sistema institucional de alerta escolar (n=436) | 47 (10,8%) |

[a]La pregunta no se ha formulado en ausencia de prescripción de adrenalina.

## Alérgenos sin declaración obligatoria como causa relevante de reacciones alérgicas en población española: resultados de Biogrial

Henao Escobar S[1], Gonzalo Fernández A[2], Vera Berrios RN[1], Fernández Parra B[3], Casas Saucedo R[4], Fernández Rivas M[1,5]

[1] Servicio de Alergia, Hospital Clínico San Carlos, IdISSc, Madrid
[2] Grupo de Investigación de Alergia, IdISSC, Madrid
[3] Servicio de Alergia, Hospital El Bierzo, Ponferrada
[4] Servicio de Alergia, Hospital General de Granollers, Barcelona
[5] Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid

**Objetivo/Introducción**

En Europa existen 14 grupos de alimentos de declaración obligatoria. Los cambios en la dieta y el procesado de alimentos han incrementado la exposición a ciertos frutos secos, semillas, legumbres y cereales/pseudocereales, que no están incluidos en el listado de declaración obligatoria.

**Material y métodos**

Análisis descriptivo y comparativo de la frecuencia y gravedad de reacciones alérgicas con frutos secos, semillas, legumbres y cereales/pseudocereales de declaración obligatoria (DO) y no obligatoria (DNO). La gravedad de las reacciones fue clasificada con el *Food Allergy Severity Score* ordinal (oFASS-3).

**Resultados**

Se registraron 550 reacciones, 459 a alérgenos obligatorios y 91 a no obligatorios, en 304 pacientes (Tabla). En ambos grupos predominaron las mujeres y los mayores de 18 años.

Las semillas de girasol y calabaza (DNO) mostraron mayor frecuencia que sésamo y mostaza (DO) (n=32 vs. n=10), siendo la más frecuente la semilla de girasol, con 29 reacciones, de las cuales 14 (48,3%) eran graves.

En legumbres predominaron los obligatorios (n=108), fundamentalmente cacahuete (n=103), siendo infrecuentes las reacciones a soja y altramuz. En legumbres DNO (n=29) destacaron lenteja (n=16) y garbanzo (n=6) con una frecuencia de reacciones graves del 25% y 33%, respectivamente.

En cereales/pseudocereales DO se registraron 16 reacciones, 13 de ellas a trigo, y 20 reacciones a cereales/pseudocereales DNO, en su mayoría graves, destacando maíz (n=9, 66.7% grado 3) y alforfón (n=7, 85.7% grado 3).

En frutos secos DO se registraron 325 reacciones frente a 10 con DNO, predominando en ambos grupos las reacciones grado 3.

**Conclusión**

En nuestra población, alérgenos de declaración no obligatoria pueden causar reacciones alérgicas frecuentes y graves, destacando semillas de girasol, alforfón y maíz, mientras que otros de declaración obligatoria, como la mostaza, son infrecuentes.

Estos resultados pueden ayudar a la revisión y adaptación del listado de declaración obligatoria en España, siguiendo las últimas recomendaciones del CODEX.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla.**

| | Obligatorios | | | | | No obligatorios | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alimentos | N (%) | oFASS-3 | | | Alimentos | N (%) | oFASS-3 | | |
| | | | Grade 1 | Grade 2 | Grade 3 | | | Grade 1 | Grade 2 | Grade 3 |
| Frutos secos | | | | | | | | | | |
| | Nuez de nogal | 143 | 37 (25,9%) | 52 (36,4%) | 54 (37,8%) | Piñón | 4 | 1 (25,0%) | 1 (25,0%) | 2 (50,0%) |
| | Avellana | 88 | 20 (22,7%) | 30 (34,1%) | 38 (43,2%) | | | | | |
| | Almendra | 52 | 9 (17,3%) | 16 (30,8%) | 27 (51,9%) | | | | | |
| | Pistacho | 29 | 5 (17,2%) | 11 (37,9%) | 13 (44,8%) | | | | | |
| | Anacardo | 11 | 1 (9,1%) | 3 (27,3%) | 7 (63,6%) | | | | | |
| | Nuez de macadamia | 1 | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (100,0%) | Castaña | 6 | 1 (16,7%) | 1 (16,7%) | 4 (66,7%) |
| | Nuez pecana | 1 | 1 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | | | | | |
| | Total | 325 | 73 (22,4%) | 112 (34,5%) | 140 (43,1%) | Total | 10 | 2 (20,0%) | 2 (20,0%) | 6 (60,0%) |
| Semillas | | | | | | | | | | |
| | Sésamo | 8 | 1 (12,5%) | 3 (37,5%) | 4 (50,0%) | Semilla de girasol | 29 | 4 (13,8%) | 11 (37,9%) | 14 (48,3%) |
| | Mostaza | 2 | 0 (0,0%) | 1 (50,0%) | 1 (50,0%) | Semilla de calabaza | 3 | 0 (0,0%) | 1 (33,3%) | 2 (66,7%) |
| | Total | 10 | 1 (10,0%) | 4 (40,0%) | 5 (50,0%) | Total | 32 | 4 (12,5%) | 12 (37,5%) | 16 (50%) |
| Legumbres | | | | | | | | | | |
| | Cacahuete | 103 | 15 (14,6%) | 43 (41,7%) | 45 (43,7%) | Lenteja | 16 | 6 (37,5%) | 6 (37,5%) | 4 (25,0%) |
| | Soja | 4 | 1 (25,0%) | 3 (75,0%) | 0 (0,0%) | Garbanzo | 6 | 1 (16,7%) | 3 (50,0%) | 2 (33,3%) |
| | Altramuz | 1 | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (100,0%) | Alubia | 4 | 0 (0,0%) | 3 (75,0%) | 1 (25,0%) |
| | | | | | | Guisante | 2 | 2 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| | | | | | | Almorta | 1 | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (100,0%) |
| | Total | 108 | 16 (14,8%) | 46 (42,6%) | 46 (42,6%) | Total | 29 | 9 (31,0%) | 12 (41,4%) | 8 (27,6%) |
| Cereales | | | | | | | | | | |
| | Trigo | 13 | 0 (0,0%) | 5 (38,5%) | 8 (61,5%) | Alforfón | 7 | 0 (0,0%) | 1 (14,3%) | 6 (85,7%) |
| | Cebada | 1 | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (100,0%) | Maíz | 9 | 0 (0,0%) | 3 (33,3%) | 6 (66,7%) |
| | Avena | 2 | 1 (50,0%) | 0 (0,0%) | 1 (50,0%) | Arroz | 2 | 0 (0,0%) | 1 (50,0%) | 1 (50,0%) |
| | | | | | | Quinoa | 2 | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 (100,0%) |
| | Total | 16 | 1 (6,3%) | 5 (31,3%) | 10 (62,5%) | Total | 20 | 0 | 5 (25,0%) | 15 (75,0%) |
| | Total | 459 | | | | Total | 91 | | | |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Retirada de omalizumab en inmunoterapia oral a leche y huevo en población pediátrica: experiencia en vida real

Bedmar Gómez I, Carreras Kàtcheff S, Gómez Duque M, Larrosa García M, García Esquerda C, Garriga Baraut T

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia oral (ITO) aumenta la tolerancia en alergia alimentaria mediada por IgE, aunque puede asociarse a eventos adversos, especialmente en pacientes graves y durante la inducción. Omalizumab mejora la seguridad como adyuvante, aunque su retirada manteniendo la tolerancia sigue siendo incierta.

El objetivo fue describir la experiencia en práctica clínica real de retirada de omalizumab en pacientes con alergia a leche de vaca y/o huevo tras alcanzar la dosis de mantenimiento de ITO.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo transversal basado en revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos con alergia alimentaria grave a leche de vaca y/o huevo que alcanzaron con éxito la dosis de mantenimiento de la ITO con omalizumab entre 2015 y 2025.

**Resultados**

Se incluyeron 46 pacientes, 83%(n=38) fueron desensibilizados a leche, 17% (n=8) a huevo. La mediana de edad de inicio de ITO fue de 10 años (IQR 9-13). Omalizumab se inició como neoadyuvante en el 90% (n=41) de los pacientes y como coadyuvante en un 10% (n=5). Durante la inducción, a pesar de omalizumab, se registraron 22% (n=10) anafilaxias, la mayoría en contexto de cofactores (ejercicio, ayuno, menstruación, estrés). La mediana de duración de la fase de inducción en biterapia fue de 4 meses (IQR 3-6). La retirada gradual de omalizumab se inició tras consolidar la dosis de mantenimiento. En el seguimiento a 10 años fue posible suspenderlo en el 28% (n=14) de los pacientes, con una duración mediana de 6,5 años de tratamiento. La IgE específica basal frente a caseína no se asoció con la duración de omalizumab ($p$=0,978).

**Conclusión**

Omalizumab facilitó la ITO, aunque no eliminó el riesgo de anafilaxia. Su retirada fue factible en una proporción relevante, manteniendo la tolerancia adquirida, aunque un porcentaje de pacientes precisa tratamiento prolongado.

## Perfil proteico de bebidas vegetales de frutos secos: implicaciones para la inmunoterapia oral basada en productos comerciales

Malgorzata Niegowska A, Ruiz Carrasco A, Bruch Tarrega A, Guilarte Clavero M, Viñas Giménez L

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

En los últimos años se ha extendido el uso de bebidas vegetales para la inmunoterapia oral (ITO) en pacientes con alergia a frutos secos sin confirmar la presencia real de los alérgenos responsables en las bebidas utilizadas.

El objetivo de este estudio fue analizar el perfil proteico de bebidas vegetales comerciales de avellana y almendra an para evaluar sus implicaciones.

**Material y métodos**

Se analizaron tres bebidas comerciales de avellana y cinco de almendra, comparando sus perfiles proteicos mediante SDS-PAGE e *immunoblot* con sueros de pacientes sensibilizados a proteínas de almacenamiento, LTP o PR-10 previamente caracterizados mediante ImmunoCAP™.

**Resultados**

La concentración total de proteínas y el patrón de bandas observados fueron estables entre los distintos lotes. Los sueros de pacientes con IgEs frente a LTP mostraron reactividad en una banda de aproximadamente 10 kDa en los extractos de avellana pero no en las bebidas vegetales de avellana. En los pacientes con IgEs anti-PR-10, se detectó reactividad en los extractos de avellana y almendra y en ninguna de las bebidas vegetales. Los pacientes con IgE anti-Cor a 14 presentaron reactividad tanto en el extracto como en las bebidas de avellana.

Sin embargo, aquellos con IgEs anti-Cor a 9, no se detectó reactividad en las bebidas de avellana pero si en los extractos de referencia. En cambio, en almendra sí se observó reactividad tanto en el extracto como en las bebidas vegetales, con bandas de aproximadamente 50kDa que sugieren la presencia de proteínas pertenecientes a la misma fracción que las 11S.

**Conclusión**

Las bebidas vegetales presentan un perfil proteico incompleto y altamente variable respecto al fruto seco original. La ausencia de LTP y 11S, junto con la pérdida consistente de PR-10 en avellana y su variabilidad en almendra, puede comprometer la interpretación clínica y la eficacia de la ITO basada en productos comerciales.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

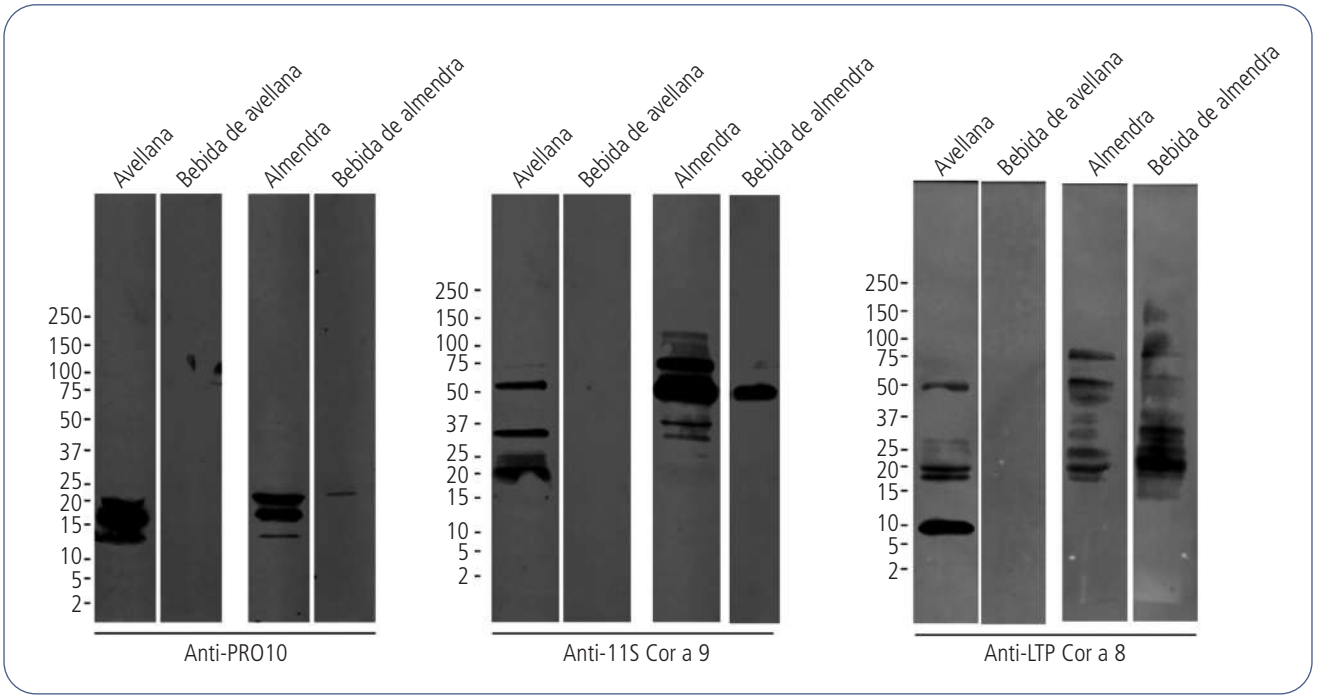



**Figura.** *Immunoblot* de extractos de avellana y almendra y sus correspondientes bebidas vegetales utilizando sueros de pacientes sensibilizados a PR-10, proteínas 11S (Cor a 9) y LTP (Cor a 8). Se observa reactividad en franjas de peso molecular similar al de las PR-10 y LTP en los extractos y ausente en las bebidas vegetales. En el caso de las proteínas 11S, la reactividad se mantiene en las bebidas de almendra, pero desaparece en las de avellana. Los pesos moleculares se expresan en kDa.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Seguridad y rendimiento diagnóstico de un protocolo rápido bifásico de provocación con medios de contraste iodados (MCI) en pacientes con reacción de hipersensibilidad (RHS)

Tello Montúfar DM, Vargas Días MDLA, Pérez Quintero OD, Yeregui Euba M, Vidal Pan C

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela (CHUS), Santiago de Compostela

**Objetivo/Introducción**

Anualmente se realizan más de 75 millones de pruebas contrastadas, con una incidencia de RHS a MCI inferior a 0,7%, su estudio continúa siendo un reto diagnóstico. El protocolo rápido y bifásico podría constituir una alternativa segura y eficiente.

**Material y métodos**

Estudio observacional prospectivo de una serie de 50 pacientes remitidos para estudio de RHS a MCI. Todos eran mayores de edad y otorgaron consentimiento informado. Se realizó anamnesis detallada y clasificación

**Tabla 1.** Prueba de exposición controlada (PEC) positivas.

| Nº | Edad | S | Atopia | ER | Contacto previo | RHS | Síntomas | Gravedad | MCI implicado | RD (meses) | Result. pruebas cutáneas | Result. PEC | Gravedad PEC (+) | Protocolo usado | Fase PEC positiva |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 61 | F | No | TC | Sí | I | Respiratorio, cutáneo (U) | Moderada | IOP | 17 | Negativo | IOB (+) | Leve (rino-conjuntival) | Aternativo | I |
| 29 | 66 | M | No | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 2 | Negativo | IOB (+) | Leve (cutáneo (U)) | Aternativo | I |
| 33 | 35 | M | No | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 8 | Negativo | IOB (+) | Leve (cutáneo (U)) | Aternativo | I |
| 40 | 50 | M | Sí | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 11 | Negativo | IOP (+) | Leve (cutáneo (U)) | Implicado | I |
| 41 | 46 | M | No | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 5 | Negativo | IOB (+) | Leve (cutáneo (U)) | Aternativo | II |
| 44* | 56 | F | Sí | TC | No | I | Respiratorio (disfonia), cutáneo (P) | Leve | IOP | 6 | Negativo | IOB (+) | Leve (respiratorio) | Aternativo | II |
| 47 | 66 | M | No | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 2 | Negativo | IOB (+) | Leve (cutáneo (U)) | Aternativo | I |

Abreviaturas: ER, exploración radiológica; Nº, Nº de paciente; RD, retraso diagnóstico; Result, resultados; S, sexo.

**Tabla 2.** Pruebas cutáneas positivas.

| Nº | Edad | S | Atopia | ER | Contacto previo | RHS | Síntomas | Gravedad | MCI implicado | RD (meses) | Result. pruebas cutáneas | Result. PEC | Gravedad PEC (+) | Protocolo usado | Fase PEC positiva |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 63 | M | No | emb. | Sí | R | Cutáneo (U) | Moderada | IOD | 25 | IOP ID 1:1 (+) | IOB (-) | NA | Aternativo | NA |
| 11* | 56 | F | No | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Moderada | IOP/ IOH | 1 | IOP ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Aternativo | NA |
| 17 | 66 | F | Sí | TC | Sí | I | Respiratorio, cutáneo (U) | Moderada | IOP | 7 | IOP ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Aternativo | NA |
| 23 | 66 | F | No | TC | Sí | I | Anafilaxia | Grave | IOP | 15 | IOD ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Aternativo | NA |
| 27 | 62 | M | No | TC | Sí | R | Cutáneo (EMP) | Moderada | IOD | 25 | IOD ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Aternativo | NA |
| 32* | 67 | M | No | TC | Sí | R | Cutáneo (U) | Moderada | IOH | 4 | IOP ID 1:10(+) | IOB (-) | NA | Aternativo | NA |
| 34 | 54 | M | No | TC | Sí | I | G Cutáneo (EMP) | Leve | IOP | 72 | IOD ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Aternativo | NA |
| 39* | 47 | M | No | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 2 | IOP ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Aternativo | NA |
| 42 | 50 | M | No | Cor. | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 7 | IOB (+) ID 1:10 IOP (+) ID 1:10 | IOH (-) | NA | Aternativo | NA |
| 48 | 54 | M | No | TC | No | I | Cutáneo, G | Moderada | IOP | 60 | IOD ID 1:10 (+) R | IOB (-) | NA | Aternativo | NA |

Abreviaturas: ER, exploración radiológica; G, gastrointestinal; Nº, nº de paciente; RD, retraso diagnóstico; Result, resultados; S, sexo.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

de las RSH inmediatas y tardías según Brown y Brockow, respectivamente. Se estudiaron mediante pruebas cutáneas en *prick* e intradermorreacción (ID) con iopromida (IOP), iodixanol (IOD), ioversol (IOV), iohexol (IOH) e iobitridol (IOB). Posteriormente, se realizó prueba de provocación mediante el protocolo, según se utilizara MCI alternativo o implicado. Para la elección de MCI alternativo, nos basamos en la reactividad cruzada por grupos A-D (Vega y cols).

**Resultados**

De los 50 pacientes, la mediana de edad fue de 61,5 años, siendo 46% mujeres y el 56% presentaban exposición previa a MCI, siendo IOP el más usado (82%). El 76% de las RHS fueron inmediatas, incluyendo anafilaxias graves (8%). Las pruebas cutáneas fueron positivas en 20% de los casos, destacando un caso con ID inmediata a IOB e IOP, y otro ID tardía con IOD. En el 92% se realizó provocación con MCI alternativo, la prueba fue positiva en el 14% de los casos (2% con el MCI implicado). Todas las reacciones fueron leves y el 28.6% mostró perfil compatible con mecanismo IgE mediado.

**Conclusión**

El protocolo rápido bifásico demostró un perfil de seguridad favorable y alta utilidad diagnóstica para identificar MCI alternativos tolerados. Nuestros hallazgos refuerzan el posible papel predominante de mecanismos no IgE mediados, como MRGPRX2, en este tipo de reacciones. Estos resultados respaldan su aplicación clínica y abren nuevas líneas de investigación sobre premedicación, reevaluación seriada y reactividad cruzada.

| Nº Paciente | Edad | Sexo | Atopia | Exploración radiológica | Contacto previo | RHS | Síntomas | Gravedad | MCI implicado | Retraso diagnóstico (meses) | Resultados pruebas cutáneas | Resultados PEC | Gravedad PEC (+) | Protocolo usado | Fase PEC positiva |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *1 | 65 | M | No | TC | No | I | Respiratorio, cutáneo (A) | Moderada | IOP | 5 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *2 | 47 | F | No | TC | No | I | Respiratorio, cutáneo (U) | Moderada | IOP | 5 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *3 | 70 | M | No | TC | Sí | I | Respiratorio, cutáneo (U) | Moderada | IOP | 5 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *4 | 72 | M | No | TC | Sí | I | Conjuntival | Leve | IOP | 5 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 5 | 63 | M | No | emb. | Sí | R | Cutáneo (U) | Moderada | IOD | 25 | IOP ID 1:1 (+) | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 6 | 61 | F | No | TC | Sí | I | Respiratorio, cutáneo (U) | Moderada | IOP | 17 | Negativo | IOB (+) | Leve (rinoconjuntival) | Alternativo | I |
| *7 | 51 | F | No | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Moderada | IOP | 5 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 8 | 70 | M | No | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 5 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *9 | 81 | M | No | TC | No | I | gastrointestinal | Moderada | UK | 124 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 10 | 52 | F | No | TC | No | R | Cutáneo (EMP) | Moderada | IOP | 8 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *11 | 56 | F | No | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Moderada | IOP/ IOH | 1 | IOP ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 12 | 37 | F | Sí | AngioTC | No | I | Cutáneo (EMP) | Leve | IOP | 11 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *13 | 51 | F | Sí | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 4 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *14 | 74 | M | No | TC | Sí | R | Cutáneo (EMP) | Moderada | IOP | 4 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 15 | 62 | F | Sí | TC | No | NC | Cutáneo (EMP) | Leve | UK | 252 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *16 | 62 | M | No | TC | Sí | R | Cutáneo (EMP) | Moderada | IOP | 4 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 17 | 66 | F | Sí | TC | Sí | I | Respiratorio, cutáneo (U) | Moderada | IOP | 7 | IOP ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 18 | 46 | F | No | TC | Sí | I | Respiratorio, cutáneo (U) | Moderada | IOP | 90 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *19 | 60 | F | No | Uro TC | No | I | Anafilaxia | Grave | IOP | 4 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *20 | 32 | M | No | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 4 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 21 | 69 | M | Sí | AngioTC | Sí | R | Cutáneo (EMP) | Moderada | IOH | 3 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *22 | 48 | F | Sí | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Mild | IOP | 2 | Negativo | IOP (-) | NA | Implicado | NA |
| 23 | 66 | F | No | TC | Sí | I | Anafilaxia | Grave | IOP | 15 | IOD ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *24 | 80 | M | No | Uro-TC | Sí | R | Cutáneo (EMP) | Moderada | IOP | 11 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 25 | 51 | F | Sí | TC | NC | I | Anafilaxia | Grave | UK | 384 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 26 | 76 | F | No | TC | No | R | Respiratorio, cutáneo (A-U) | Moderada | IOP | 1 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 27 | 62 | M | No | TC | Sí | R | Cutáneo (EMP) | Moderada | IOD | 25 | IOD ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *28 | 64 | F | No | TC | Sí | R | Cutáneo (U) | Moderada | IOP | 2 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 29 | 66 | M | No | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 2 | Negativo | IOB (+) | Leve (cutáneo (U)) | Alternativo | I |
| *30 | 70 | F | No | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 5 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *31 | 79 | M | No | TC | Sí | I | Respiratorio, cutáneo (U) | Moderada | IOP | 3 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *32 | 67 | M | No | TC | Sí | R | Cutáneo (U) | Moderada | IOH | 4 | IOP ID 1:10(+) | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 33 | 35 | M | No | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 8 | Negativo | IOB (+) | Leve (cutáneo (U)) | Alternativo | I |
| 34 | 54 | M | No | TC | Sí | I | Gastrointestinal, cutáneo (EMP) | Leve | IOP | 72 | IOD ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *35 | 42 | M | Sí | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Leve | UK | 72 | Negativo | IOP (-) | NA | Alternativo | NA |
| *36 | 70 | M | No | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOH | 5 | Negativo | IOH (-) | NA | Implicado | NA |
| *37 | 26 | F | No | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 7 | Negativo | IOP (-) | NA | Implicado | NA |
| *38 | 51 | F | No | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 8 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *39 | 47 | M | No | TC | Sí | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 2 | IOP ID 1:10 (+) | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 40 | 50 | M | Sí | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 11 | Negativo | IOP (+) | Leve (cutáneo (U)) | Implicado | I |
| 41 | 46 | M | No | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 5 | Negativo | IOB (+) | Leve (cutáneo (U)) | Alternativo | II |
| 42 | 50 | M | No | Cor. | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 7 | IOB (+) ID 1:10 IOP (+) ID 1:10 | IOH(-) | NA | Alternativo | NA |
| *43 | 79 | M | No | TC | No | I | Respiratorio, cutáneo (U) | Moderada | IOP | 3 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *44 | 56 | F | Sí | TC | No | I | Respiratorio (disfonía), cutáneo (P) | Leve | IOP | 6 | Negativo | IOB (+) | Leve (Respiratorio) | Alternativo | II |
| 45 | 66 | F | Sí | AngioTC | Sí | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 4 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *46 | 47 | F | No | TC | No | I | Respiratorio | Leve | IOP | 6 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| 47 | 66 | M | No | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 2 | Negativo | IOB (+) | Leve (cutáneo (U)) | Alternativo | I |
| 48 | 54 | M | No | TC | No | I | Cutáneo, Gastrointestinal | Moderada | IOP | 60 | IOD ID 1:10 (+) R | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *49 | 22 | F | Sí | TC | No | I | Cutáneo (U) | Leve | IOP | 9 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |
| *50 | 64 | M | No | TC | Sí | R | Cutáneo (EMP) | Moderada | IOP | 3 | Negativo | IOB (-) | NA | Alternativo | NA |

Se resalta en amarillo Prueba de exposición controlada (PEC) positiva, en celeste pruebas cutáneas positivas y en cursiva PEC con MCI implicado. *: paciente oncológico, M: Masculino, F: Femenino, TC: Tomografía contrastada, emb: embolización, cor.: coronariografía, I: Inmediata, R: Retardada, U: Urticaria, A: Angioedema, EMP: Exantema maculopapular, P: Prurito, NC: No conocido, NA: No aplica.

**Figura.** Pacientes incluidos en el estudio.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Análisis descriptivo del estudio alergológico en pacientes con reacciones tardías a amoxicilina confirmadas por provocación oral

Huete Herrera M[1], Rosado Ingelmo A[1], Pérez Fernández E[2], Tejedor Alonso MA[1], Andrade Garbán PA[1]

[1] Servicio de Alergia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid
[2] Servicio de Investigación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones de hipersensibilidad retardada (RHR) a amoxicilina (AX) y amoxicilina-clavulánico (A/C) son frecuentes y la provocación oral hospitalaria (POH) puede no reproducir la exposición inicial.

El objetivo es analizar la concordancia clínica entre la reacción índice (RI) y la reacción tras la provocación oral domiciliaria (POD).

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de pacientes (≥18 años) con RHR confirmadas a AX o A/C, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (2025-2026). Se recogieron variables demográficas, clínica y tratamiento de la RI. El estudio alergológico incluyó pruebas epicutáneas (PE), cutáneas (PC), POH y POD, registrando dosis, día de reacción, dosis acumulada, clínica y tolerancia a otros betalactámicos.

**Resultados**

Incluimos 26 pacientes (76,9% mujeres); AX fue el implicado en el 80,8%. La RI apareció antes del 5º día de tratamiento, en <48 h tras la última dosis tomada, predominando el exantema maculopapular (EMP) (65,4%). Fueron negativas el 90,9% de las PE y el 76,9% PC. De los 10 pacientes con PE negativa, 7 también presentaron PC negativa.

En todos los pacientes con PC negativa (n=20), la POH fue negativa. Un 20% presentó síntomas en domicilio tras la POH sin iniciar POD y el 80% restante completó la POD, siendo positiva en el 81,3% de los casos en las primeras 48 horas.

Las reacciones secundarias a la POD recibieron menos tratamiento para su resolución que la RI (53,3% vs. 26%; $p$=0,059). La coincidencia clínica fue completa en exantema fijo (2/2) y urticaria/angioedema (1/1), y menor en EMP (7/10). Se confirmó tolerancia a otros betalactámicos: penicilina 34,6%, cefuroxima 26,9% y ceftriaxona 19,2%.

**Conclusión**

Las PC/PE mostraron baja rentabilidad diagnóstica y la POH aislada puede infraestimar el diagnóstico. Algunas reacciones domiciliarias podrían corresponder a reacciones tardías de la POH, que el diseño del estudio no permitió comprobar.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a medicamentos I

## Síndrome de DRESS en embarazo: utilidad de TTL y ELISPOT en la identificación del agente causal

González Romero LJ[1], de la Rocha Ortiz I[2], Bellón Heredia T[3,4], de Agrela Mendes I[2], de las Vecillas Sánchez L[2,3], Cabañas Moreno R[2,3,4,5]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona
[2] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[3] Instituto de investigación, Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid
[4] Consorcio PIELenRed, Madrid
[5] Centro de Investigación en Red de Enfermedades Raras (CIBERER, U754), Madrid

**Objetivo/Introducción**

El síndrome DRESS es una reacción cutánea grave multisistémica mediada por células T. La identificación del agente causal es un desafío. El test de transformación de linfocitos (TTL) y el ELISPOT interferón-γ son técnicas útiles y seguras.

**Material y métodos**

Mujer de 36 años, gestante de 28 semanas, durante el segundo trimestre presenta seroconversión para toxoplasmosis. Inicia tratamiento con espiramicina, que posteriormente cambian a pirimetamina, sulfadiazina y ácido levofolínico. A los 17 días presenta fiebre de 38,7 ºC, asocia exantema morbiliforme en abdomen, cara y extremidades. Acude a urgencias, donde objetivan adenopatías cervicales y alteraciones analíticas: hipertransaminemia (AST 309 UI/L, ALT 208 UI/L) y elevación de troponinas (103,4 mg/L). Se activa Protocolo de PielenRED con valoración multidisciplinar, y se diagnostica de síndrome DRESS. Se administró tratamiento corticoide sistémico y tópico con resolución progresiva. En la evaluación de causalidad según el Algoritmo del Sistema Español de Farmacovigilancia en la fase aguda, se obtuvo: probable (+5) a sulfadiazina, muy improbable (+1) a pirimetamina. A los 2 meses del alta se realizó estudio alergológico.

**Resultados**

Las pruebas epicutáneas fueron negativas para espiramicina, pirimetamina, sulfadiazina, sulfametoxazol y ácido levofolínico con lectura a las 48 y 96 horas. A los 5 meses, tras finalizar la gestación y lactancia, TTL resultó positivo para sulfadiazina y negativo para espiramicina y pirimetamina (Tabla 1). ELISPOT interferón-γ resultó positivo para sulfadiazina en tres concentraciones (Tabla 2). Se confirmó diagnóstico de síndrome de DRESS "probable" inducido por sulfadiazina según escala de Kardaun *et al.* (4 puntos).

**Conclusión**

El diagnóstico de DRESS se basa en criterios clínicos validados en RegiSCAR. Las pruebas *in vivo* tienen una sensibilidad variable y limitada dependiente del fármaco, lo cual aumenta la relevancia y utilidad de pruebas diagnósticas *in vitro* como TTL y ELISPOT. En nuestro caso, ambas técnicas han sido útiles para identificar la sulfadiazina como agente causal.

**Tabla 1.** Resultados de TTL con índices de estimulación.

| | Espiramicina | Pirimetamina | Sulfadiazina | PHA |
|---|---|---|---|---|
| 100 µg/mL | | | 2,36 | |
| 50 µg/mL | 0,77 | | 2,16 | |
| 25 µg/mL | 0,87 | 0,55 | 1,87 | |
| 10 µg/mL | 1,38 | 1,82 | 2,43 | 2,32 |
| 5 µg/mL | 1,14 | 2,03 | | |
| 1 µg/mL | 1,12 | 0,81 | | |
| 0,5 µg/mL | | 1,07 | | |

**Tabla 2.** Resultados de ELISPOT IFN- γ (SFU/millon PBMCs).

| | Sulfadiazina | PHA |
|---|---|---|
| 100 µg/mL | 92 | |
| 50 µg/mL | 62 | |
| 25 µg/mL | 58 | |
| 10 µg/mL | | 7950 |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# DRESS recurrente por alopurinol asociado a HLA-B*58:01 tratado eficazmente con mepolizumab

Salvany Pijuan A[1,2], Peña Peloche M[1,2], Garnica Velandia D[1,2], Alcoceba Borras E[1,2], Corrales Vargas S[1,2], Lara Alcón S[1,2]

[1] Hospital Universitari Santa Maria, Lleida
[2] Institut de Recerca Biomedica de Lleida IRBLleida, Lleida

**Objetivo/Introducción**

El síndrome DRESS asociado a alopurinol puede presentar una evolución prolongada y tórpida a pesar de retirar el fármaco causal. Presentamos un caso grave y refractario, con implicaciones clínicas relevantes, tratado con mepolizumab como terapia adyuvante.

**Material y métodos**

Varón de 36 años con diabetes tipo 1, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica avanzada por nefropatía diabética, candidato a trasplante renopancreático. Inició tratamiento con alopurinol tras instaurarse el fracaso renal. Coincidiendo con la colocación de un catéter de diálisis peritoneal y administración de cefazolina profiláctica, desarrolló un exantema pruriginoso de inicio incierto. Se realizó evaluación clínica, analítica, biopsia cutánea y pruebas alergológicas e inmunogenéticas.

**Resultados**

La erupción cutánea se generalizó rápidamente, asociando fiebre, eosinofilia periférica progresiva (hasta 2.100/µL) y hepatopatía grave (AST/ALT hasta 363/780 UI/L). La biopsia cutánea fue compatible con DRESS (RegiSCAR 6). Supendido alopurinol, se iniciaron corticoides sistémicos y tópicos, antihistamínicos, con mejoría inicial. Sin embargo, presentó recaída cutánea y eosinofilia al reducir la prednisona por debajo de 20 mg/día, situación que impidió su inclusión en lista de trasplante y condicionó mal control glucémico. Se añadió mepolizumab (100 mg/mes), logrando remisión sostenida y retirada completa de corticoides a los 7 meses. El TTL fue positivo para alopurinol y se identificó el alelo HLA-B*58:01. Las pruebas con cefazolina fueron negativas.

**Conclusión**

Este caso refleja la complejidad del manejo del DRESS con una evolución recurrente y corticodependiente a pesar de la retirada precoz del fármaco causal. Mepolizumab permitió el control de la eosinofilia y fue clave en la resolución clínica, facilitando la retirada de los corticoides y mejorando la elegibilidad para trasplante. La identificación del alelo HLA-B*58:01 y un TTL positivo confirmaron la etiología y aportan una explicación fisiopatológica a la evolución tórpida. Estos hallazgos apoyan el bloqueo de IL-5 como estrategia terapéutica en casos seleccionados de DRESS refractario.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Síndrome de enterocolitis inducida por fármacos (DIES): serie de casos pediátricos

Noguerales Fuertes L[1], Letón-Cabanillas P[1], Cabrera Freitag P[1,2], Álvarez-Perea A[1,2], Entrala Bueso A[1], Infante S[1,2,3]

[1] Unidad de Alergología Infantil, Servicio de Alergología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[2] Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid
[3] CIBERER-U761, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de enterocolitis inducida por fármacos (DIES) es una reacción de hipersensibilidad no mediada por IgE caracterizada por síntomas digestivos tardíos potencialmente graves. Hay diecinueve casos descritos en la literatura, de los cuales catorce son pediátricos.

Presentamos una serie de casos de DIES por aminopenicilinas con el objetivo de caracterizar sus hallazgos clínicos y alergológicos.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de cuatro pacientes pediátricos con diagnóstico final de DIES atendidos en nuestro servicio entre 2017 y 2026. El estudio alergológico incluyó pruebas cutáneas (intraepidérmicas e intradérmicas) en lectura tardía, pruebas de exposición controlada (PEC) con el fármaco implicado y PEC con fenoximetilpenicilina para evaluar tolerancia al anillo betalactámico, así como parámetros analíticos.

**Resultados**

Los síntomas al inicio fueron cutáneos en tres de los cuatro pacientes de aparición entre 1-4 horas tras la administración

**Tabla.** Descripción detallada del estudio alergológico.

| Variables | Caso 1 | Caso 2 | Caso 3 | Caso 4 |
|---|---|---|---|---|
| Variables demográficas | Niño de 2 años | Lactante de 12 meses | Niña de 6 años | Niño de 6 años |
| Fármaco implicado | Amoxicilina | Amoxicilina-clavulánico | Amoxicilina-clavulánico | Amoxicilina |
| Reacción inicial | Urticaria | Exantema | 1º: vómitos, sincope y fiebre<br>2ª: vómitos y diarrea | Exantema y fiebre |
| Latencia síntomas | No especificado | No especificado | Ambas a la hora | No especificado |
| Asistencia en SU y tratamiento | Sí, antihistamínico y corticoide | Sí, suspensión del fármaco | Si e ingreso con sueros y antiemético | Si, antihistamínico |
| Primera PEC | Dosis completa: vómitos, dolor abdominal y malestar a las 2 horas | Dosis completa: vómitos y letargia a las 2 horas | Dosis completa: dolor abdominal y vómitos a las 3 horas | Dosis completa: vómitos y pico febril a las 3 horas que precisó asistencia en urgencias |
| Tratamiento en PEC | Antihistamínico y corticoide | No precisó | Sueros, corticoide y antiemético | Sueros, corticoide y antiemético |
| Pruebas cutáneas | IED negativa<br>ID negativa | No realizadas | IED negativa<br>ID negativa | No realizadas |
| Segunda PEC | Dosis completa: vómitos, dolor abdominal y diarrea a las 4 horas que precisó asistencia en urgencias | Dosis completa: vómitos y letargia a las 2 horas | No realizada | 25% de la dosis: leve dolor abdominal y un vómito aislado a las 3 horas |
| Tratamiento tras PEC | Sueros, corticoide y antiemético | No precisó | | Sueros, corticoide y antiemético |
| Laboratorio tras PEC | Leucocitosis (17.800 10E3/µL) con neutrofilia (13.100 10E3/µL) y niveles de triptasa normales (4,82 µg/L) | Aumento de neutrófilos (3.600 10E3/µL) con respecto a basal (1.700 10E3/µL) | Leucocitosis (14.700 10E3/µL) con neutrofilia (12.600 10E3/µL) y niveles de triptasa basales (7,52 µg/L) | Leucocitosis (14.200 10E3/µL) con neutrofilia (12.600 10E3/µL) y niveles de triptasa normales (4,26 µg/L) |
| Evolución | PEC negativa a fenoximetilpenicilina | PEC negativa a fenoximetilpenicilina y amoxicilina | PEC negativa a fenoximetilpenicilina. Pendiente de PEC con amoxicilina | Pendiente de completar estudio |

Abreviaturas: ID, pruebas cutáneas en intradermorreacción; IED, pruebas intraepidérmicas; PEC, prueba de exposición controlada; SU, servicio de urgencias.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

de amoxicilina (n=2) o amoxicilina-clavulánico (n=2). Las pruebas cutáneas se realizaron en dos pacientes, con resultados negativos en ambas ocasiones. La PEC con el fármaco implicado confirmó el diagnóstico de DIES en todos los casos. Tres pacientes desarrollaron neutrofilia significativa tras la exposición y dos precisaron atención en urgencias. En tres de los cuatro casos se realizó PEC con fenoximetilpenicilina, demostrando buena tolerancia y descartando alergia al anillo betalactámico; el cuarto caso está pendiente de comprobar tolerancia.

**Conclusión**

En los pacientes pediátricos con DIES inducido por aminopenicilinas, los síntomas iniciales no siempre orientan al diagnóstico. Nuestra serie sugiere que este cuadro no implica necesariamente alergia al anillo betalactámico, sino una posible sensibilización selectiva a la cadena lateral. La confirmación mediante PEC con el fármaco implicado y la demostración de tolerancia a fenoximetilpenicilina permiten redefinir el diagnóstico y evitar la contraindicación injustificada de toda la familia de betalactámicos. Reconocer este patrón es clave para prevenir etiquetados erróneos, con un impacto directo en la optimización terapéutica y la reducción de restricciones antibióticas innecesarias.

## DIES, una enfermedad no tan infrecuente. Nuestra experiencia

Esperesate Arenaza A[1], Gutiérrez Suazo E[2], García Figueroa BE[1], Arroabarren Alemán E[1], Anda Apiñániz M[1], Lizaso Bacaicoa MT[1]

[1] Hospital Universitario de Navarra, Pamplona
[2] Hospital Reina Sofia, Tudela

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de enterocolitis inducida por fármacos (DIES) es una reacción de hipersensibilidad no IgE mediada, análogo de las enterocolitis inducidas por proteínas alimentarias (FPIES). Esta entidad, descrita por primera vez en 2014, es frecuentemente infradiagnosticada. El objetivo de este trabajo es fomentar su consideración en la práctica diaria.

**Material y métodos**

Recopilamos los casos diagnosticados en nuestro servicio de DIES entre 2023 y 2026, evaluando fármaco implicado, antecedentes, sintomatología, exploraciones complementarias realizadas y alternativas terapéuticas indicadas.

**Resultados**

Entre 2023 y 2026 diagnosticamos 11 casos de DIES. Edad mediana: 40 años (mín:6, máx:82), 63% adultos y 54% mujeres. Fármacos implicados: paracetamol (1) y betalactámicos (5 amoxicilina, 3 amoxicilina-clavulánico y 2 clavulánico). Ocho pacientes habían tolerado el fármaco previamente. Síntoma cardinal: vómitos repetidos (100% casos; mediana: 2 horas [mín:15 min, máx:7 h]), asociando diarrea (63%), malestar general (54%) y/o dolor abdominal (36%). En dos casos el síntoma de la reacción inicial había sido urticaria tardía tras finalizar tratamiento y el DIES se produjo durante la prueba de exposición controlada (PEC). Número de episodios antes del diagnóstico: mediana 2 (mín:1, máx:6). Las pruebas cutáneas (81,8%) fueron negativas, y las IgE específicas séricas (36,3%), resultaron positivas en 1 caso (9%).

La readministración del fármaco (66% en consulta; 33% previa a derivación) reprodujo síntomas en todos los casos.

Si no había habido exposición previa, se realizó PEC con alternativa terapéutica (penicilina (n=3), amoxicilina (n=1) y cefuroxima (n=3) Las recomendaciones incluyeron: evitación de paracetamol (n=1), clavulánico (n=2), penicilinas y/o aminopenicilinas y cefalosporinas cadena lateral similar (n=8).

**Conclusión**

Ante un caso de vómitos reiterados tras la primera dosis de un fármaco, debe plantearse la posibilidad de un DIES. Al igual que en las FPIEs, puede haber casos atípicos con sensibilización IgE mediada. La etiología más frecuente son los betalactámicos, pero puede ocurrir con otros fármacos.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Desensibilización al rituximab en pacientes alérgicos: alta seguridad clínica y desafíos en la predicción de la tolerancia

Herrero Galván M, Reyes Chinea L, Pesántez Cedeño DE, Noblejas Rodríguez A, Carrasco Gómez L, Berges Gimeno P

Hospital Ramón y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Evaluar la seguridad del protocolo diagnóstico-terapéutico para la hipersensibilidad al rituximab e identificar los factores predictivos de tolerancia a la desensibilización en pacientes con alergia confirmada.

**Material y métodos**

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo (junio de 2018 - mayo de 2025) en el que se incluyó a pacientes con reacciones adversas al rituximab que se sometieron a pruebas de provocación farmacológica (PPF) y/o a una desensibilización rápida, siguiendo el protocolo diagnóstico-terapéutico descrito anteriormente en el Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrigal-Burgaleta *et al.*, 2019).

Se recopilaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y relacionadas con la alergia. Se construyó un modelo predictivo exploratorio de la tolerancia a la desensibilización utilizando regresión logística penalizada con regularización ElasticNet, y se evaluó su rendimiento mediante validación interna con 1000 remuestreos bootstrap.

**Resultados**

Se incluyó a un total de 71 pacientes. Se realizaron 32 pruebas de provocación farmacológica con rituximab (DPT), con una tasa de tolerancia del 72%. En 46 pacientes se llevaron a cabo 192 desensibilizaciones; el 61,5% se realizó sin reacciones y, entre las que presentaron reacciones, el 57% se completó con éxito. La mayoría de las reacciones fueron de leves a moderadas, sin que se produjeran episodios mortales o intratables.

Aunque ningún predictor alcanzó significación estadística, se observaron tendencias en cuanto a la gravedad de la reacción inicial y el gradiente entre los niveles basales y de triptasa en la reacción. El modelo predictivo alcanzó un AUC aparente de 0,85 (80% de precisión); tras la corrección por bootstrap, el AUC ajustado fue de 0,71 (IC del 95%: 0,59-0,84).

**Conclusión**

El protocolo para rituximab fue seguro y eficaz, con altas tasas de finalización y pocas reacciones relevantes. El modelo predictivo mostró capacidad moderada pero precisión limitada, probablemente por el tamaño muestral, lo que requiere estudios más amplios para su validación.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Reclasificación y desetiquetado en pacientes con exantema medicamentoso en urgencias tras estudio alergológico

Altuve-Giannini F, Arquero Urbanos G, Garate Rodríguez E, Bueno Balboa A, Zambrano Ibarra G, Rodríguez Mazariego ME

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La sospecha de exantema medicamentoso en Urgencias es frecuente, pero su confirmación diagnóstica es compleja. La evaluación alergológica permite confirmar o descartar la implicación farmacológica y optimizar la clasificación de los pacientes.

*Objetivo:* Analizar la evolución diagnóstica de estos pacientes y describir sus características clínicas, analíticas y farmacológicas.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de 74 pacientes evaluados en alergología tras sospecha de exantema medicamentoso en urgencias en 2023. Se compararon pacientes con diagnóstico final de exantema medicamentoso frente a diagnóstico alternativo (otras causas o descartada alergia). Se analizaron variables clínicas, analíticas, tiempo de instauración y grupo farmacológico implicado.

**Resultados**

De 539 exantemas en urgencias, 145 (26.9%) se sospechó de origen medicamentoso; 74 pacientes (51%) completaron estudio alergológico, mediana de edad 60,1 años (RIC 40,7-68,6; 66,2% mujeres), 34 (45,9%) diagnosticados de exantema medicamentoso, 40 (54,1%) tuvieron diagnóstico alternativo.

Los diagnosticados de exantema medicamentoso fueron de mayor edad (64,7 vs. 50,6 años; $p$=0,047).

La morfología maculopapular estuvo presente en ambos grupos (73,5% vs. 67,5%). La distribución generalizada (79,4% vs. 67,5%) y la instauración >24 h (52,9% vs. 37,5%) fueron más frecuentes en exantemas medicamentosos.

Mayor eosinofilia en exantemas medicamentosos y LDH elevada en los diagnósticos alternativos. Sin diferencias en infección, atopia ni otros parámetros analíticos.

Los antibióticos no betalactámicos fueron más frecuentes en los exantemas medicamentosos (26,5% vs. 15,0%), mientras que los betalactámicos (32,5% vs. 14,7%) y los AINE (42,5% vs. 23,5%) predominaron en los diagnósticos alternativos (Figura). 16,2% presentó exposición simultánea a múltiples fármacos, más frecuente en los diagnósticos alternativos (83,3% vs. 16,7%; $p$=0,031).

Cuatro pacientes (11,8%) requirieron ingreso hospitalario: síndrome de DRESS (1), pustulosis exantemática aguda generalizada (1) y dos exantemas eosinofílicos.

**Conclusión**

Más de la mitad de los pacientes con sospecha de exantema medicamentoso en urgencias no presentan alergia confirmada tras evaluación alergológica, reforzando la necesidad de desetiquetado y diagnostico final.

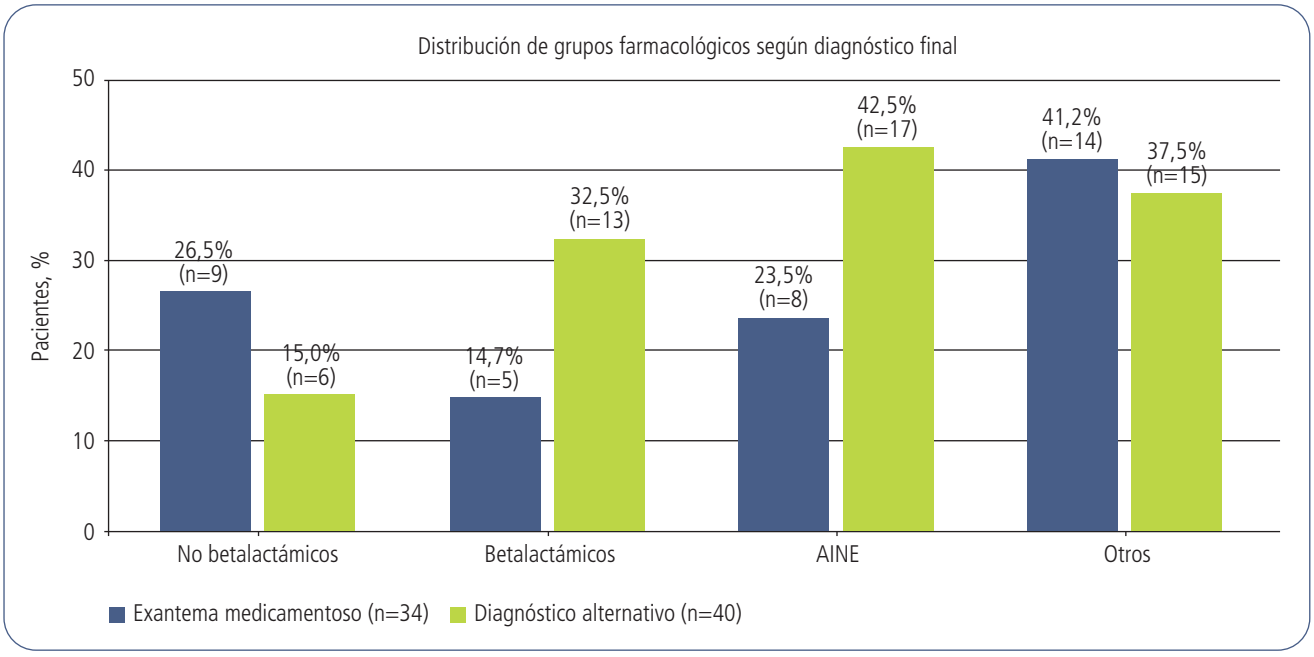



**Figura.** Grupo farmacológico implicado según diagnóstico final.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## ¿Reiniciar o no reiniciar? Experiencia de 10 años con el reinicio en el mismo día tras reacciones a fármacos oncohematológicos

Bodero Sánchez J[1], Quan López PL[1,2], Sánchez Fernández S[1], Calvo Alonso A[1], Cerrada Uribesalgo E[1], Gastaminza Lasarte G[1,2,3]

[1] Clínica Universidad de Navarra, Pamplona
[2] RICORS Red de Enfermedades Inflamatorias [Inflammatory Disease Network] - RD24/0007/0030, Madrid
[3] Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra [Institute for Health Research of Navarra] (IdiSNA), Pamplona

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones de hipersensibilidad (RHS) inmediata a fármacos oncohematológicos ponen en riesgo la continuidad y eficacia del tratamiento. La valoración alergológica en situación aguda, momento en el que puede aprovecharse el período refractario, podría contribuir a evitar interrupciones.

El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad del reinicio de tratamiento en el mismo día tras reacciones atendidas por alergología en nuestro centro.

**Material y métodos**

Se estudiaron RHS inmediatas a tratamientos oncohematológicos atendidas desde octubre 2015 a octubre 2025. Se recogieron casos en los que se realizó un reinicio y se documentaron los tipos de fármacos implicados, la gravedad (escala Brown) y fenotipo de las reacciones iniciales, y la aparición de síntomas tras reinicio.

**Resultados**

Se reinició el tratamiento en 41 de 55 (74,5%) casos registrados (edad media: 58,9 [±11,6] años, 54,5% mujeres). La mayoría de reacciones no reiniciadas fueron de grado 3 (10/14). El método de reinicio más frecuente fue una administración a 1/3 de velocidad (31/41, 75,6%). Los fármacos implicados fueron taxanos (41,5%), platinos (31,7%), biológicos (9,8%) y otros (17%). Únicamente 6/41(14,6%) casos (CI 95% 6,8-28,4%) presentaron reacciones durante el reinicio, y ninguna de éstas fue grave y se completó la administración en todos los casos. Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre las reacciones post-reinicio y el tipo de fármaco ($p$=0,001), con una mayor tasa en biológicos (75%; 3/4) frente a platinos (0%; 0/13), taxanos (5,9%; 1/17) y otros fármacos (28,6%; 2/7). La frecuencia de reacciones fue independiente de la gravedad ($p$=0,605) y del fenotipo de la reacción inicial ($p$=0,268).

**Conclusión**

El reinicio a un tercio de velocidad podría ser una alternativa efectiva y segura para garantizar la administración en el mismo día en casos de RHS a fármacos en las que el alergólogo ha podido hacer un abordaje inmediato del paciente.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Enfermedades respiratorias I

## Riesgo poligénico y epigenético en asma: susceptibilidad genética y remodelado epigenético asociado al tratamiento biológico

Martín Almeida M[1,2], Pérez García J[1,3], Martín González E[1,2], Poza Guedes P[4], González Pérez R[4], Pino Yanes M[1,5,6]

[1] Grupo de Investigación Genómica y Salud, Universidad de la Laguna (ULL), San Cristóbal de la Laguna, España
[2] Instituto de Tecnologías Biomédicas (ITB), Universidad de la Laguna (ULL), San Cristóbal de la Laguna, España
[3] Department of Epidemiology and Population Health, Stanford University, Stanford, Palo Alto, Estados Unidos
[4] Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de la Laguna, España
[5] Instituto de Tecnologías Biomédicas (ITB), Universidad de la Laguna (ULL), España
[6] CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

**Objetivo/Introducción**

Las puntuaciones de riesgo poligénico (PRS) estiman la predisposición genética, mientras que las puntuaciones de riesgo de metilación (MRS) integran marcas epigenéticas moduladas por factores ambientales. Su utilidad en población europea y en terapias biológicas no ha sido evaluada previamente. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación de PRS y MRS con asma y explorar cambios longitudinales en el MRS tras iniciar tratamiento biológico.

**Material y métodos**

Se analizaron 699 individuos del estudio GEMAS (271 controles y 428 pacientes con asma, incluyendo 59 tratados con biológicos). Se evaluaron 4.489 PRS del *Polygenic Score Catalog* y un MRS basado en CpGs asociadas previamente con asma. Las asociaciones se evaluaron mediante modelos logísticos ajustados por edad, sexo, ascendencia y composición celular, aplicando una corrección por tasa de falsos descubrimientos (FDR). La discriminación se estimó mediante curvas AUC-ROC. En 16 pacientes se evaluaron cambios longitudinales en el MRS tras 6 y 12 meses después del tratamiento con mepolizumab.

**Resultados**

Se identificaron 44 PRS asociados con asma (FDR<0,05), siendo PGS001782 (AUC=0,71; OR=1,68; $p$=3,67 × 10-9) el más significativo para discriminar asmáticos frente a controles y PGS002713 (AUC=0,75; OR=2,39; $p$=2,55 × 10-7) para discriminar asmáticos con tratamiento biológico frente a controles. Ningún PRS diferenció a pacientes asmáticos con y sin tratamiento biológico. El MRS distinguió a pacientes sin asma frente a asmáticos (AUC=0,70; OR=1,55; $p$=3,74 × 10-6) y pacientes sin tratamiento biológico (AUC=0,72; OR=1,66; $p$=3,33 × 10-7). Sin embargo, los pacientes tratados con biológicos no mostraron diferencias frente a controles, sugiriendo una reversión de los patrones de metilación asociados al asma. Longitudinalmente, el MRS descendió tras el tratamiento con mepolizumab (basal vs. 6 meses, $p$=3,01 × 10-5), de manera estable en el tiempo (6 meses vs. 12 meses, $p$=0,71).

**Conclusión**

Los PRS caracterizan la susceptibilidad genética al asma, mientras que el MRS refleja un remodelado epigenético asociado al tratamiento biológico.

Financiación: MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ERDF/EU (PID2024-160302OB-I00), ProID2025010009 (ACIISI y FEDER)

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Estudio CAT

Colomer García MC[1], Habernau Mena A[2], Serrano Rebollo JC[3], Vega Dombidau N[4], Blanco Pérez RM[5], Valle Cerrato LI[6]

[1] Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres
[2] Complejo Hospitalario de Merida, Mérida
[3] Complejo Hospitalario Llerena-Zafra, Badajoz
[4] Hospital universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres
[5] Hospital de Coria, Cáceres
[6] FundeSalud, Mérida

**Objetivo/Introducción**

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía respiratoria. Existen terapias biológicas para tratar estadios graves.

El objetivo es describir el efecto del bloqueo de la TSLP mediante la terapia biológica tezepelumab, en pacientes con asma grave mal controlado en la práctica clínica habitual.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo, ambispectivo y multicéntrico, realizado en siete centros del Servicio Extremeño de Salud, desde noviembre de 2024 a noviembre de 2025. Se incluyeron pacientes de 12-80 años, en último escalón terapéutico según GINA/GEMA. Se recogieron datos clínicos, función pulmonar, biomarcadores y cuestionarios en visita basal (V0), a los 6 (V1) y 12 (V2) meses. Se definieron cuatro subgrupos: T2 bajo, alérgico, TAC alterado y terapia biológica previa.

**Resultados**

Se incluyeron 90 pacientes, el 74,2% presentaba fenotipo T2 alto. En V1 (n=79), hubo diferencias significativas con disminución de síntomas; aumento de $FEV_1$ (+330 mL), ACT (+6) y MiniAQLQ (+1.68); reducción de FeNO (-10 ppb), eosinófilos (-93 cél/µL), exacerbaciones (-87%) e ingresos hospitalarios (-79%). A los 12 meses (n=35), se mantuvo la reducción de FeNO (-17 ppb), eosinófilos (-102 cél/µL), exacerbaciones (-92%) e ingresos (-81%). Por subgrupos, el fenotipo alérgico mostró el mayor incremento de $FEV_1$ (+433 mL); el T2 bajo y pacientes con biológicos previos presentaron aumento del $FEV_1$ y reducción de exacerbaciones e ingresos; y los pacientes con TAC alterado mostraron aumento de $FEV_1$ (+320 mL) y descenso de exacerbaciones e ingresos hospitalarios (-86,5% y -48%).

**Conclusión**

Tezepelumab demostró en vida real eficacia global y sostenida a nivel clínico, funcional e inflamatorio en pacientes con asma grave mal controlado, incluidos subgrupos de mayor complejidad clínica. Destaca la mejoría de función pulmonar y disminución de exacerbaciones en pacientes con daño estructural de vía aerea, pudiendo intuir la eficacia de tezepelumab en pacientes con remodelado.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Diferencias de respuesta a tezepelumab en vida real en asma grave T2: fenotipos alérgico vs. eosinofílico

León Cabanillas P[1], Harguindeguy Blanco D[1], Hannaoui Anaaoui A[2], García Rivero JL[3], Méndez Alcalde J[1], Fernández Cortés S[1]

[1] Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid
[2] Fundación Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, Santander
[3] Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

Tezepelumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra TSLP, ha demostrado eficacia en asma grave independientemente del fenotipo inflamatorio. Sin embargo, existen pocos datos en vida real que evalúen posibles diferencias en la respuesta clínica entre fenotipos T2-high, particularmente entre asma alérgica y eosinofílica.

**Material y métodos**

Se realizó un subanálisis de una cohorte prospectiva multicéntrica de pacientes con asma grave tratados con tezepelumab durante 12 meses. Se incluyeron pacientes con fenotipo T2-high (n=57), clasificados como alérgicos (n=26) o eosinofílicos (n=31). Se evaluaron cambios en exacerbaciones graves, función pulmonar ($FEV_1$), control clínico (ACT), biomarcadores y uso de corticoides orales (OCS) entre el inicio y los 12 meses de seguimiento.

**Resultados**

Ambos fenotipos mostraron una reducción significativa de exacerbaciones (alérgico: 2,64 a 0,58; eosinofílico: 4,0 a 1,13; $p$<0,001 en ambos). El control clínico mejoró significativamente en ambos grupos, con mayor incremento en el fenotipo alérgico (Δ+6,1 vs. +4,7 puntos en ACT). La función pulmonar también mejoró en ambos, con mayor ganancia en el grupo alérgico (Δ+214 mL vs. +101 mL). La reducción del uso de OCS fue significativa en el fenotipo alérgico (46% a 15%, $p$=0,013), pero no en el eosinofílico.

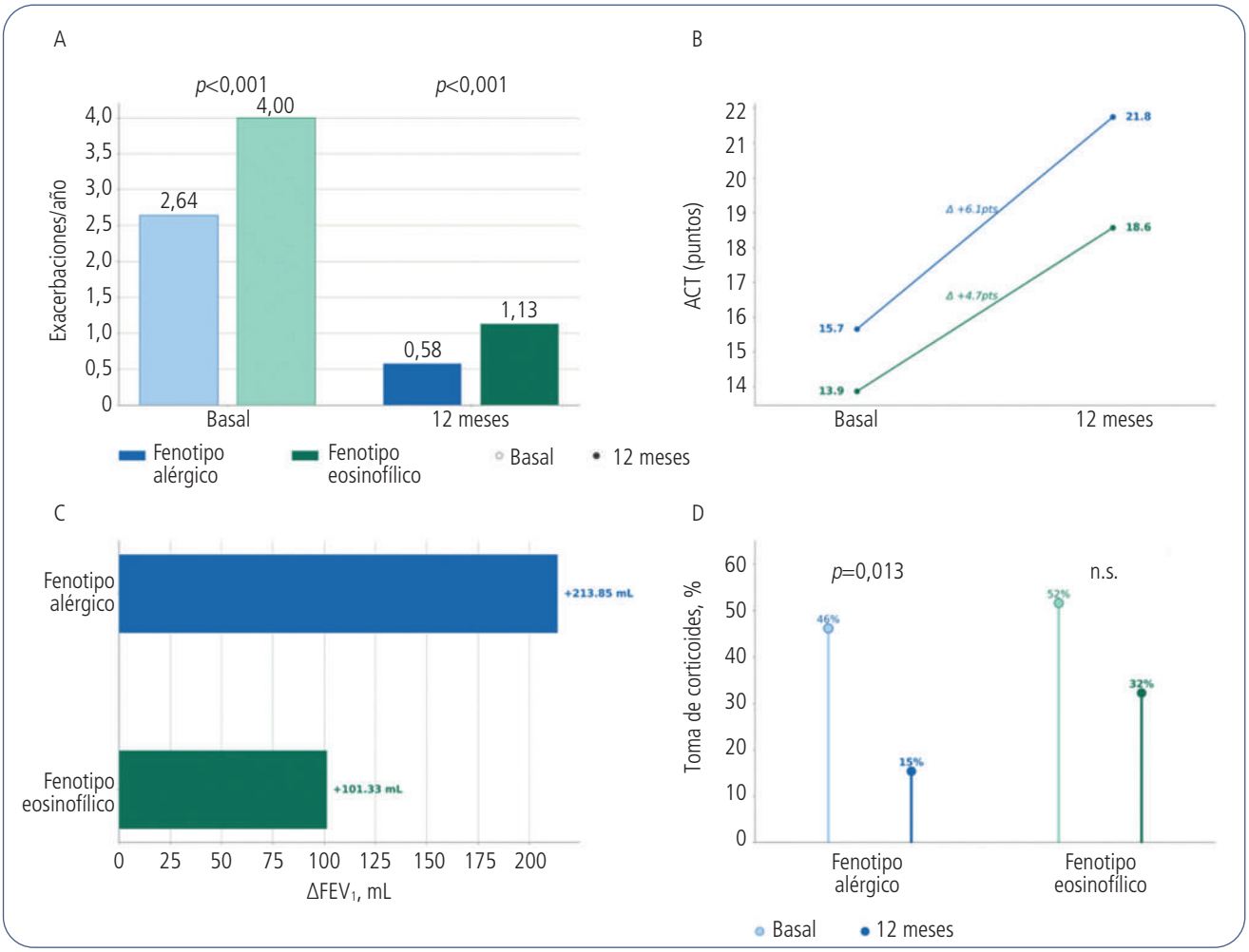



**Figura.** Eficacia del tratamiento con tezepelumab según fenotipos en asma grave.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

Estos últimos presentaban mayor carga basal (más frecuente inicio en edad adulta, CRSwNP y uso previo de biológicos), sugiriendo un fenotipo basal con mayor carga de enfermedad.

**Conclusión**

Tezepelumab mostró una eficacia consistente en la reducción de exacerbaciones en ambos fenotipos T2-high. No obstante, la magnitud de la respuesta clínica y funcional fue mayor en el fenotipo alérgico, mientras que los pacientes eosinofílicos presentaron una respuesta más parcial, especialmente en la reducción de OCS. Estos hallazgos apoyan la relevancia de la caracterización fenotípica incluso en terapias dirigidas upstream.

## Impacto de la carga de comorbilidad basal en la remisión clínica a 12 meses tras inicio de tezepelumab en adultos con asma grave

Rubio Pérez M[1], Núñez Acevedo B[1], Gandolfo Cano M[2], Robledo Echarren T[3], Martín-Arriscado Arroba C[4], García Moguel I[4]

[1] Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid
[2] Hospital Universitario La Paz, Madrid
[3] Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid
[4] Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La remisión clínica es un objetivo terapéutico emergente en asma grave (AG), potencialmente modulada por la carga de comorbilidad.

El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre comorbilidad basal y la probabilidad de alcanzar remisión clínica en adultos con AG tratados 12 meses con tezepelumab en práctica clínica habitual.

**Material y métodos**

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico (cohorte AIRE) que incluyó a pacientes con AG tratados durante 12 meses con tezepelumab. Se analizaron comorbilidades relevantes (reflujo gastroesofágico, ansiedad/depresión, obesidad, síndrome de apnea obstructiva del sueño, bronquiectasias, EPOC y tabaquismo (IPA >20)). La carga basal de comorbilidad se categorizó como 0-1 frente a ≥2 comorbilidades. La remisión clínica se definió como ACT >20, ausencia de exacerbaciones graves, ausencia de corticoterapia oral de mantenimiento y $FEV_1$ ≥80% del predicho. Se empleó regresión logística ajustada por edad, sexo, duración del asma grave y tratamiento biológico previo.

**Tabla.** Relación entre la carga de comorbilidad y la remisión clínica.

| | | Total (n=156) | No Remisión clínica (n=141) | Remisión clínica (n=15) | Valor *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| Nº Comorbilidades | 0-1 | 52 (33,33%) | 42 (29,79%) | 10 (66,67%) | 0,007 |
| | ≥2 | 104 (66,67%) | 99 (70,21%) | 5 (33,33%) | |
| Obesidad | No | 92 (60,13%) | 83 (60,14%) | 9 (60,00%) | 0,99 |
| | Sí | 61 (39,87%) | 55 (39,86%) | 6 (40,00%) | |
| Ansiedad/Depresión | No | 92 (59,35%) | 80 (57,14%) | 12 (80,00%) | 0,1 |
| | Sí | 63 (40,65%) | 60 (42,86%) | 3 (20,00%) | |
| AOS | No | 112 (72,26%) | 98 (70,00%) | 14 (93,33%) | 0,088 |
| | Sí | 43 (27,74%) | 42 (30,00%) | 1 (6,67%) | |
| ERGE | No | 87 (56,13%) | 77 (55,00%) | 10 (66,67%) | 0,39 |
| | Sí | 68 (43,87%) | 63 (45,00%) | 5 (33,33%) | |
| Bronquiectasias | No | 117 (76,47%) | 104 (74,82%) | 13 (92,86%) | 0,162 |
| | Sí | 36 (23,53%) | 35 (25,18%) | 1 (7,14%) | |
| EPOC | No | 127 (81,41%) | 112 (79,43%) | 15 (100,00%) | 0,052 |
| | Sí | 29 (18,59%) | 29 (20,57%) | 0 (0,00%) | |
| Tabaquismo (IPA >20) | No | 112 (82,35%) | 102 (82,93%) | 10 (76,92%) | 0,591 |
| | Sí | 24 (17,65%) | 21 (17,07%) | 3 (23,08%) | |

Datos expresados como n (%). Comparaciones mediante test exacto de Fisher. Los porcentajes se calculan sobre los datos disponibles.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Resultados**

Se incluyeron 156 pacientes (76,4% mujeres; edad media 55,8 años); el 62,1% había recibido previamente otro biológico. A los 12 meses, el 9,6% alcanzó remisión clínica. Los pacientes con 0-1 comorbilidades presentaron mayor probabilidad de remisión (66,7% vs. 33,3%; *p*=0,007), asociación que se mantuvo tras el análisis ajustado (OR=4,00; IC95%: 1,16-13,81; *p*=0,029). La ausencia de tratamiento biológico previo también se asoció de forma independiente con remisión (OR=5,29; IC95%: 1,48-18,91; *p*=0,010).

**Conclusión**

Una menor carga de comorbilidad basal se asocia de forma independiente con mayor probabilidad de remisión clínica a 12 meses tras iniciar tezepelumab, sugiriendo su utilidad como marcador clínico de previsión de respuesta.

## Seguridad a largo plazo de omalizumab en pacientes con asma grave en España: estudio SOLPAGE

Soto Retes L[1], Cárdenas Contreras R[2], Rosado Ingelmo A[3], García Moguel I[4], Moro Moro MDM[5], Domínguez Ortega J[6]

[1] Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
[2] Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
[3] Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid
[4] Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid
[5] Hospital Universitario de Toledo, Toledo
[6] Hospital Universitario La Paz, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La evidencia en práctica clínica sobre la seguridad a largo plazo de omalizumab tras 5 años de tratamiento sigue siendo limitada.

El objetivo del estudio SOLPAGE es evaluar la seguridad y tolerabilidad a largo plazo de omalizumab en pacientes con asma grave en España, y explorar los resultados de seguridad en subgrupos clínicamente relevantes.

**Material y métodos**

SOLPAGE es un estudio multicéntrico, retrospectivo y observacional que incluye a adultos con asma grave tratados con omalizumab durante al menos 6 años. Los resultados de seguridad comprendieron eventos adversos (EA), EA graves e interrupción del tratamiento debido a EA. Se realizaron análisis exploratorios de subgrupos según el sexo, el recuento basal de eosinófilos, los niveles totales de IgE y el fenotipo de asma.

**Resultados**

Se incluyeron 137 pacientes, lo que representa 822 años-paciente de exposición. Omalizumab mostró un perfil de seguridad favorable a largo plazo, con la mayoría de EA leves y que no limitaron el tratamiento. Los EA relacionados con el tratamiento notificados con mayor frecuencia fueron reacciones en el lugar de la inyección y cefalea (4,4% cada uno). No se observaron casos de anafilaxia ni otras EA graves relacionados con el fármaco. La interrupción del tratamiento debido a EA fue infrecuente (<1%). Los resultados de seguridad fueron consistentes en todos los subgrupos evaluados, sin evidencia de toxicidad acumulativa a pesar de la exposición prolongada.

**Conclusión**

En esta cohorte española en práctica clínica habitual, el tratamiento a largo plazo con omalizumab (>6 años) demostró una seguridad sostenida en todos los fenotipos clínicos y subgrupos definidos por biomarcadores, lo que respalda su uso como terapia de mantenimiento a largo plazo en el asma grave.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Mejora de los resultados clínicos con dupilumab frente a omalizumab en pacientes con rinosinusitis crónica grave con pólipos nasales, asma coexistente y anosmia: el estudio EVEREST

Ibáñez Lamas C[1], Heffler E[2,3], Canonica GW[2,4], Gall R[5], Moraco AH[6], Oppenheimer JJ[7]

[1] Sanofi, Madrid, España
[2] IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano, Milán, Italia
[3] Humanitas University - Pieve Emanuele, Milán, Italia
[4] Humanitas University, Pieve Emanuele, Italia
[5] Regeneron Pharmaceuticals Inc., Tarrytown, Ny, Estados Unidos
[6] Sanofi, Cambridge, Ma, Estados Unidos
[7] UMDNJ Rutgers University School of Medicine, Newark, Nj, Estados Unidos

**Objetivo/Introducción**

La anosmia es propia de la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP), que se asocia con asma comórbida. Dupilumab y omalizumab sirven para tratar la CRSwNP insuficientemente controlada y el asma moderada a grave. Este análisis de pacientes con anosmia al inicio de la fase 4 EVEREST (NCT04998604) evaluó dupilumab frente a omalizumab en adultos con CRSwNP grave y asma coexistente.

**Material y métodos**

Pacientes de ≥18 años con CRSwNP grave y asma no controlada con tratamiento de base con CSI y CSI intranasales y un segundo controlador del asma (LABA/ARLT) fueron aleatorizados 1:1 para recibir dupilumab 300 mg q2w o omalizumab 75-600 mg q2w/q4w. El subgrupo de anosmia incluyó a pacientes con un≤18 inicial en UPSIT. A la semana 24, se evaluó la proporción de pacientes ya sin anosmia (UPSIT >18) y los cambios medios desde el valor inicial en pólipos nasales (NPS; rango 0-8), el volumen espiratorio forzado en el primer segundo ($FEV_1$) pre-broncodilatador y la puntuación total del Cuestionario de control del asma de 5 elementos (ACQ-5; rango 0-6).

**Resultados**

El 91,7% de los pacientes con dupilumab (n=166/181) y el 88,3% con omalizumab (n=158/179) presentaban anosmia al inicio; de estos, el 65,7% tratados con dupilumab frente al 21,5% con omalizumab dejaron de ser anósmicos en la semana 24. Dupilumab, en comparación con omalizumab, también redujo la puntuación NPS, aumentó el $FEV_1$ pre-broncodilatador y mejoró la puntuación ACQ-5 en esta población de pacientes (Tabla).

**Conclusión**

En pacientes con CRSwNP grave y asma comórbida que presentaban anosmia al inicio, dupilumab, en comparación con omalizumab, mejoró la diferenciación de olores, la carga de pólipos nasales, la función pulmonar y el control del asma durante 24 semanas.

**Tabla.** Cambio desde el valor inicial hasta la semana 24 en la puntuación UPSIT, NPS, $FEV_1$ pre-broncodilatador y puntuación ACQ-5 en pacientes con anosmia al inicio del estudio que recibieron dupilumab frente a omalizumab en el estudio EVEREST.

| | Omalizumab n=158 | Dupilumab n=166 |
|---|---|---|
| Puntuación UPSIT | | |
| Media inicial (DE) | 9,50 (3,96) | 9,93 (3,41) |
| Cambio de la media de MQ (IC del 95%) en la semana 24 | 4,91 (3,36, 6,46) | 13,71 (12,18, 15,24) |
| Diferencia de medias de MQ (IC del 95%) frente a omalizumab | | 8,80 (6,99, 10,61) |
| NPS | | |
| Media inicial (DE) | 6,22 (1,22) | 6,19 (1,06) |
| Cambio de la media de MQ (IC del 95%) en la semana 24 | -1,02 (-1,34, -0,70) | -2,77 (-3,08, -246) |
| Diferencia de medias de MQ (IC del 95%) frente a omalizumab | | -1,75 (-2,12, -1,39) |
| $FEV_1$ pre-broncodilatador, L | | |
| Media inicial (DE) | 2,59 (0,83) | 2,69 (0,94) |
| Cambio de la media de MQ (IC del 95%) en la semana 24 | 0,14 (0,05, 0,24) | 0,32 (0,23,0,41) |
| Diferencia de medias de MQ (IC del 95%) frente a omalizumab | | 0,18 (0,07, 0,29) |
| Puntuación ACQ-5, puntos | | |
| Media inicial (DE) | 3,04 (1,21) | 3,15 (1,13) |
| Cambio de la media de MQ (IC del 95%) en la semana 24 | -1,82 (-2,00, -1,64) | -2,36 (-2,53, -2,19) |
| Diferencia de medias de MQ (IC del 95%) frente a omalizumab | | -0,54 (-0,75, -0,33) |

Abreviaturas: ACQ-5, Cuestionario de Control del Asma de 5 ítems; DE, desviación estándar; $FEV_1$, volumen espiratorio forzado en el primer segundo; MQ, mínimos cuadrados; NPS, puntuación de pólipos nasales.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Perfil y evolución de los pacientes con asma grave eosinofílica y benralizumab según ajuste sostenido o no de los corticoides inhalados en práctica clínica habitual. Estudio GALERNA

Valverde Monge M[1], Romero Ribate D[2], Arnao Morales L[3], Gutiérrez Martín MÁ[3], Sánchez-Trincado López JL[3], García Moguel I[4]

[1] Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid
[2] Hospital Universitario La Paz, Madrid
[3] AstraZeneca Farmacéutica Spain S.A., Madrid
[4] Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

## Objetivo/Introducción

Ensayos como SHAMAL y ANDHI-In Practice muestran que es posible reducir la terapia de base en pacientes con asma grave eosinofílica (AGE) tratados con benralizumab, pero la evidencia en práctica clínica habitual es limitada. Este subanálisis de GALERNA evalúa el perfil y la evolución de pacientes con benralizumab según la dosificación alcanzada de corticoides inhalados (ICS).

## Material y métodos

GALERNA es un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que busca describir la adherencia a largo plazo

**Tabla 1.** Características basales en las 48 semanas previas al tratamiento con benralizumab.

| | HD-ICS n=130 | MD/LD-ICS n=29 |
|---|---|---|
| Edad, años | | |
| Media (DE) | 55,84 (13,43) | 53,97 (13,02) |
| Sexo, n (%) | | |
| Mujer | 87 (66,92%) | 22 (75,86%) |
| Hombre | 43 (33,08) | 7 (24,14%) |
| Nivel educacional, n (%) | | |
| Sin estudios | 3 (5,66) | 1 (9,09) |
| Educación primaria y/o secundaria | 33 (62,26) | 5 (45,45) |
| Educación universitaria o equivalente | 17 (32,08) | 5 (45,45) |
| IMC | | |
| Media (DE) | 28,88 (6,18) | 28,79 (6,12) |
| Obesidad[a], n (%) | 42 (35,90) | 11 (40,74) |
| Tabaquismo, n (%) | | |
| Fumador | 5 (3,97) | 0 (0,00) |
| Exfumador | 49 (38,89) | 6 (22,22) |
| No fumador | 72 (57,14) | 21 (77,78) |

*(continúa)*

**Tabla 1.** Características basales en las 48 semanas previas al tratamiento con benralizumab.

| | HD-ICS n=130 | MD/LD-ICS n=29 |
|---|---|---|
| Índice de tabaquismo, paquetes-año | | |
| Media (DE) | 19,13 (17,28) | 10,67 (4,04) |
| Edad al diagnóstico de asma, años | | |
| Media (DE) | 38,51 (18,42) | 36,77 (17,49) |
| Edad al diagnóstico de asma grave, años | | |
| Media (DE) | 50,67 (14,49) | 48,64 (14,34) |
| Comorbilidades, n (%) | | |
| Rinosinusitis crónica con poliposis nasal | 45 (34,62) | 14 (48,28) |
| Rinitis | 44 (33,85) | 10 (34,48) |
| Reflujo gastroesofágico | 43 (33,08) | 6 (20,69) |
| Bronquiectasias | 14 (10,77) | 3 (10,34) |
| Síndrome de apnea obstructiva del sueño | 19 (14,62) | 3 (10,34) |
| Depresión | 26 (20,00) | 0 (0,00) |
| Ansiedad | 26 (20,00) | 4 (13,79) |
| Recuento de eosinófilos en sangre periférica (cél/µL) | | |
| Mediana (RIC) | 400,00 (190,00; 600,00) | 385,00 (150,00; 1000,00) |
| Niveles de IgE sérica total (UI/L) | | |
| Mediana (RIC) | 191,50 (55,00; 469,00 | 101,00 (50,00; 167,00) |
| FeNO (ppb) | | |
| Mediana (RIC) | 33,50 (17,00;64,00) | 47,75 (32,00;62,50) |
| Uso previo de biológicos, n (%) | | |
| Pacientes con uso previo de biológicos | 54 (41,54) | 11 (37,93) |
| Pacientes con uso de corticoides sistémicos (SCS) | | |
| n (%) | 96 (74,42) | 21 (75,00) |
| Pacientes corticodependientes[b] | | |
| n (%) | 24 (18,60) | 1 (3,57) |
| Pacientes con exacerbaciones graves | | |
| n (%) | 83 (63,85) | 18 (62,07) |
| Pacientes con hospitalizaciones | | |
| n (%) | 15 (11,72) | 2 (6,90) |

*(continúa)*

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla 1.** Características basales en las 48 semanas previas al tratamiento con benralizumab (*continuación*).

| | HD-ICS n=130 | MD/LD-ICS n=29 |
|---|---|---|
| Pacientes con visitas a urgencias | | |
| n (%) | 38 (29,46) | 9 (31,03) |
| ACT | | |
| Puntuación, media (DE) | 13,81 (5,63) | 13,52 (4,58) |
| ≥20 puntos, n (%) | 18 (20,00) | 2 (9,52) |
| $FEV_1$ pre-BD (mL) | | |
| Media (DE) | 1920,82 (866,35) | 2127,76 (657,43) |
| $FEV_1$ pre-BD (% predicho) | | |
| Media (DE) | 68,92 (21,05) | 77,44 (18,78) |
| ≥80%, n (%) | 40 (33,90) | 14 (48,28) |

Abreviaturas: ACT, asthma control test; BD, broncodilatador; DE, desviación estándar; FeNO, fracción exhalada de óxido nítrico; $FEV_1$, volumen espiratorio forzado en el primer segundo; ICS, corticoides inhalados; IMC, índice de masa corporal; RIC, rango intercuartílico; SCS, corticoides sistémicos.
Debido a la naturaleza en práctica clínica habitual del estudio puede haber datos faltantes o incompletos en algunas variables.
La clasificación de dosificación de ICS (subgrupos HD-ICS y MD/LD-ICS) se ha realizada según Tabla 3.3. guía GEMA 5.5 (https://www.gemasma.com/ Último acceso 27 abril 2026).
[a]Obeso: IMC ≥30 Kg/m$^2$; [b]Se define paciente corticodependiente al que ha tomado SCS durante 6 meses de forma continuada en el año previo o durante al menos 3 meses seguidos antes del inicio de benralizumab.

de pacientes adultos con AGE tratados con benralizumab según práctica clínica habitual en España. En este subanálisis se analizan las características basales (48 semanas previas) y la evolución durante las semanas 0-48 (P1) y 96-144 (P3) tras iniciar benralizumab según la dosis diaria total de ICS al final del seguimiento: dosis altas (HD-ICS) o reducción sostenida a dosis medias/bajas (MD/LD-ICS).

**Resultados**

Se incluyeron 159 pacientes: 130 (81,8%) HD-ICS y 29 (18,2%) MD/LD-ICS. En basal, MD/LD-ICS presentó mayor proporción de mujeres y de pacientes con educación universitaria, menos fumadores, menor prevalencia de depresión/ansiedad, mayor rinosinusitis crónica con poliposis nasal y mejor función pulmonar (Tabla 1).

Con benralizumab, ambos grupos mostraron beneficios clínicos a largo plazo, si bien el subgrupo MD/LD-ICS alcanzó mayor proporción de pacientes sin exacerbaciones (16,0 vs. 23,6%), con ACT ≥20 (70,6 vs. 61,4%), con $FEV_1$ pre-BD ≥80% (68,2 vs. 45,9%), con menor uso de corticoides sistémicos (16,7 vs. 28,2%) y con menor tasa de discontinuación de benralizumab durante P3. Este subgrupo mostró también mayor tasa de reducción del uso de LAMA y LTRA (Tabla 2).

**Conclusión**

Los pacientes con AGE que durante su tratamiento con benralizumab en práctica clínica habitual experimentan un ajuste sostenido a dosis medias/bajas de ICS pueden mostrar beneficios clínicos a largo plazo sin pérdida de control del asma.

**Tabla 2.** Evolución durante el período 1 (semanas 0-48) y período 3 (semanas 96-144) de seguimiento con benralizumab.

| Característica | HD-ICS n=130 | | | MD/LD-ICS n=29 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Basal | Periodo 1 | Periodo 3 | Basal | Periodo 1 | Periodo 3 |
| Pacientes con exacerbaciones graves | | | | | | |
| n (%) | 83 (63,85) | 38 (29,23) | 22 (21,36) | 18 (62,07) | 5 (17,24) | 4 (16,00) |
| Tasa anualizada de exacerbaciones graves de asma | | | | | | |
| Paciente-año | 1,74 | 0,52 | 0,57 | 2,03 | 0,23 | 0,22 |
| Pacientes con visitas a urgencias | | | | | | |
| n (%) | 38 (29,46) | 13 (10,08) | 4 (4,08) | 9 (31,03) | 2 (6,90) | 1 (4,17) |
| Tasa anualizada de visitas a urgencias | | | | | | |
| Paciente-año | 1,81 | 0,58 | 0,17 | 2,33 | 0,35 | 0,16 |
| Pacientes con hospitalizaciones | | | | | | |
| n (%) | 15 (11,72) | 6 (4,80) | 1 (1,01) | 2 (6,90) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| Tasa anualizada de hospitalizaciones | | | | | | |
| Paciente-año | 1,06 | 0,54 | 0,11 | 1,67 | 0,00 | 0,00 |
| ACT | | | | | | |
| Puntuación, media (DE) | 13,81 (5,63) | 19,46 (4,71) | 19,43 (5,51) | 13,52 (4,58) | 19,65 (5,45) | 22,12 (3,67) |
| ≥20 puntos, n (%) | 18 (20,00) | 52 (57,14) | 43 (61,43) | 2 (9,52) | 14 (60,87) | 12 (70,59) |

*(continúa)*

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla 2.** Evolución durante el período 1 (semanas 0-48) y período 3 (semanas 96-144) de seguimiento con benralizumab (*continuación*).

| Característica | HD-ICS n=130 | | | MD/LD-ICS n=29 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Basal | Periodo 1 | Periodo 3 | Basal | Periodo 1 | Periodo 3 |
| Incremento de ACT | | | | | | |
| Puntuación, media (DE) | - | 5,67 (5,55) | 6,42 (5,71) | - | 7,56 (6,93) | 9,92 (4,94) |
| ≥3 puntos, n (%) | - | 46 (66,67) | 35 (72,92) | - | 14 (77,78) | 12 (100,00) |
| $FEV_1$ pre-BD (mL) | | | | | | |
| Media (DE) | 1920,82 (866,35) | 2035,71 (795,73) | 2038,60 (820,78) | 2127,76 (657,43) | 2554,58 (858,78) | 2401,36 (912,79) |
| $FEV_1$ pre-BD (% predicho) | | | | | | |
| Media (DE) | 68,92 (21,05) | 77,10 (24,13) | 75,62 (20,90) | 77,44 (18,78) | 93,42 (22,78) | 89,30 (25,90) |
| ≥80%, n (%) | 40 (33,90) | 48 (45,71) | 39 (45,88) | 14 (48,28) | 18 (75,00) | 15 (68,18) |
| Incremento de $FEV_1$ desde basal | | | | | | |
| Media (DE) | - | 202,48 (491,01) | 185,28 (492,21) | - | 368,54 (420,47) | 348,41 (514,24) |
| ≥100 mL, n (%) | - | 45 (47,87) | 43 (59,72) | - | 17 (70,83) | 15 (68,18) |
| ≥500 mL, n (%) | - | 18 (19,15) | 13 (18,06) | - | 10 (41,67) | 9 (40,91) |
| FeNO (ppb) | | | | | | |
| Mediana (RIC) | 33,50 (17,00; 64,00) | 28,95 (12,00; 59,00) | 32,50 (15,50; 57,50) | 47,75 (32,00; 62,50) | 26,65 (19,50; 59,60) | 35,00 (19,00; 56,00) |
| Pacientes con uso de corticoides sistémicos (SCS) | | | | | | |
| n (%) | 96 (74,42) | 57 (44,53) | 28 (28,28) | 21 (75,00) | 6 (21,43) | 4 (16,67) |
| Discontinuación definitiva de benralizumab[a] | | | | | | |
| n (%) | 27 (20,77) | | | 2 (7,14) | | |
| Adherencia a benralizumab[b] | | | | | | |
| =100%, n (%) | - | 43 (33,08) | 23 (22,33) | - | 11 (37,93) | 11 (44,00) |
| ≥80%, n (%) | - | 119 (91,54) | 98 (95,15) | - | 26 (89,66) | 24 (96,00) |
| Pacientes según uso de ICS[c], n (%) | | | | | | |
| A dosis altas | 130 (100,00) | 128 (100,00) | 97 (100,00) | 29 (100,00) | 18 (62,06) | 0 (0,00) |
| A dosis medias | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 9 (31,03) | 17 (73,91) |
| A dosis bajas | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 2 (6,89) | 6 (26,09) |
| Pacientes con uso de LTRA, n (%) | 84 (64,62) | 81 (62,31) | 47 (47,96) | 24 (82,76) | 19 (65,52) | 11 (45,83) |
| Pacientes con uso de LAMA, n (%) | 106 (82,17) | 105 (80,77) | 75 (76,53) | 22 (75,86) | 19 (65,52) | 13 (54,17) |

Abreviaturas: ACT, asthma control test; DE, desviación estándar; FeNO, fracción exhalada de óxido nítrico; $FEV_1$, volumen espiratorio forzado en el 1er segundo; ICS, corticoides inhalados; LAMA, antimuscarínicos de acción prolongada; LTRA, antileucotrienos; RIC, rango intercuartílico; SCS, corticoides sistémicos.
Debido a la naturaleza en práctica clínica habitual del estudio puede haber datos faltantes o incompletos en algunas variables.
[a]Discontinuación definitiva durante el total del seguimiento con benralizumab del estudio (hasta un máximo de 144 semanas); [b]Calculada como (número de dosis administradas/número de dosis prescritas) x100; [c]Clasificación de dosificación de ICS realizada según Tabla 3.3. guía GEMA 5.5 (https://www.gemasma.com/ Último acceso 27 abril 2026).

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Estudio de las modificaciones epigenéticas asociadas con el tratamiento con mepolizumab en pacientes con asma eosinofílica

González García D[1], Martín Almeida M[1,2], Pérez García J[1,3], Poza Guedes P[4,5], González Pérez R[4,5], Pino Yanes M[1,2,6]

[1] Grupo de Investigación Genómica y Salud, Universidad de La Laguna (ULL), Tenerife, España
[2] Instituto de Tecnologías Biomédicas (ITB), Universidad de La Laguna (ULL), Tenerife, España
[3] Department of Epidemiology and Population Health, Stanford University, California, Estados Unidos
[4] Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España
[5] Unidad de Asma Grave, Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España
[6] CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

**Objetivo/Introducción**

El mepolizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la interleucina-5, utilizado como terapia biológica en pacientes con asma T2 para reducir los niveles de eosinófilos y lograr el control de los síntomas.

El objetivo del estudio fue identificar cambios en la metilación del ADN en células sanguíneas de pacientes tratados con mepolizumab durante al menos 6 meses.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio de asociación del epigenoma completo (EWAS), comparando 25 individuos tratados con mepolizumab durante más de 6 meses frente a 168 pacientes con asma eosinofílica (>300 células/µL) sin terapia biológica. Los CpGs sugerentes (FDR=5%) se validaron en dos análisis longitudinales, comparando la metilación entre muestras del mismo paciente, recogidas antes y 6 o 12 meses después de iniciar el tratamiento (n=7; n=11). Se evaluó si los marcadores identificados se asocian con el riesgo de asma, comparando los 168 asmáticos no tratados frente a 264 individuos no asmáticos. El impacto de la variación genética en los CpGs identificados se evaluó mediante un análisis *in silico* de loci de rasgos cuantitativos de metilación. Se identificaron regiones diferencialmente metiladas (DMRs) y se realizó un análisis de enriquecimiento de asociaciones.

**Resultados**

Se identificaron 70 CpGs asociados sugerentemente (FDR<5%) con la terapia con mepolizumab, validándose 64 CpGs en ambos estudios longitudinales y mostrando 24 CpGs regulación por variación genética. La comparación con individuos no asmáticos mostró que 54 CpGs habían revertido su efecto de riesgo de asma. Estos CpGs y 12 DMRs hipermetiladas se anotaron en genes relacionados con asma eosinofílica (ZFPM1), remodelación de las vías respiratorias (PIK3R1) y respuestas inflamatorias (GPR176), y mostraron un enriquecimiento de marcadores compartidos con FeNO, asma alérgica y atopia.

**Conclusión**

La terapia con mepolizumab revierte el efecto de marcadores epigenéticos relacionados con inflamación y remodelación de las vías aéreas sobre el riesgo de asma.

Financiación: SEPAR(227_2024) & FIISC(PIFIISC24/35).

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Efectividad de dupilumab en asma grave en vida real: resultados a 12 meses del registro RE-ASGRAMUR

Cortés Collado JJ[1], Pajarón Fernández MJ[2], Miralles López JC[3], Valverde Molina J[4], Navarro Zaragoza J[5], Grupo RE-ASGRAMUR[5]

[1] Hospital Virgen del Castillo, Murcia
[2] Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia
[3] Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia
[4] Hospital Universitario Santa Lucía, Murcia
[5] Cátedra de ASGRAMUR, Universidad de Murcia, Murcia

**Objetivo/Introducción**

Dupilumab es un anticuerpo monoclonal dirigido frente a la subunidad α del receptor de IL-4, bloquea las vías de señalización de IL-4 e IL-13 y ha demostrado eficacia en el asma grave. En este trabajo evaluamos su efectividad tras 12 meses en condiciones de práctica clínica habitual.

**Material y métodos**

Se trata de un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico realizado con los datos del Registro de Asma Grave de la Región de Murcia. Se analizó el número de exacerbaciones, el control del asma (ACT), la calidad de vida (miniAQLQ), la función pulmonar ($FEV_1$) y los niveles de FeNO, en el momento basal y a los 12 meses del inicio de dupilumab. Así como el análisis de los pacientes con respuesta completa tras los12 meses, definida como la ausencia de crisis, un ACT >20, $FEV_1$%>80 y no tomar corticoides orales.

**Resultados**

Se han recogido 84 pacientes a 12 meses, obteniendo de forma significativa una mejoría de la media de exacerbaciones de 2,8 a 0,15; un aumento de ACT en 7,2 puntos; de miniAQLQ en 1,6 puntos y el FeNO se redujo en 45,3 ppb de media. El $FEV_1$ no mostró mejoría de forma significativa. 19 pacientes de esta cohorte alcanzaron una respuesta completa.

**Conclusión**

Dupilumab se asoció a una mejoría clínica relevante a los 12 meses en pacientes con asma grave en vida real, reflejada en una reducción marcada de exacerbaciones y una mejoría del control del asma y de la calidad de vida.

# Enfermedades respiratorias II

## Asociación de asma ocupacional y alergia alimentaria IgE mediados por exposición a trigo sarraceno

González Jáimez A[1], García del Potro M[1], Aguado Wakui E[1], Galán Márquez B[1], Sastre Domínguez J[1,2]

[1] Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid
[2] CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid

**Objetivo/Introducción**

El trigo sarraceno (alforfón) es un pseudocereal perteneciente a la familia *Polygonaceae* con importancia creciente en dietas libres de gluten. Se han descrito casos de alergia alimentaria y asma por alergia a alforfón, pero la asociación entre ambas está menos presente en la bibliografía.

**Material y métodos**

Varón de 30 años, panadero de profesión, que presenta congestión nasal, eritema facial, prurito ocular, lagrimeo, tos, sibilancias y disnea desde hace 2 años al remover sacos de harinas. Además, presenta síntomas bronquiales al trabajar específicamente con alforfón que se han hecho diarios en los 3-5 meses previos a nuestra valoración en consulta y que trata con salbutamol a demanda. Adicionalmente, en una ocasión tras consumo de harina de trigo sarraceno presentó episodio de lesiones cutáneas generalizadas. Tiene un perro en domicilio con el que no presenta síntomas.

**Resultados**

Pruebas cutáneas con harinas positivas para alforfón en *prick-prick* y negativas para avena, arroz, cebada, centeno, maíz, soja y trigo. Pruebas cutáneas en *prick* con inhalantes habituales positivas para ácaros y pólenes de arizónica, platanus y olivo siendo negativas para perro y resto de alérgenos analizados. IgE específica a alforfón en ImmunoCAP™ de 76,3 kU/L con negatividad para otros cereales.

Espirometría basal sin obstrucción y broncodilatación negativa. Test de provocación bronquial con metacolina positivo con PC20 de 0,19 mg/mL y FeNO de 106 manteniendo exposición a harinas en el trabajo y habiendo suspendido tratamiento indicado con inhalador de beclometasona/formoterol, con posterior caída del $FEV_1$ al 60% y al 55% en los dos días siguientes, respectivamente, imposibilitando la realización de provocación bronquial específica con trigo.

**Conclusión**

Presentamos un caso de asma ocupacional por trigo sarraceno asociado a alergia alimentaria al mismo, diagnosticado en base a la monosensibilización a harina de alforfón junto con la presencia de hiperreactividad bronquial, clínica de asma y exposición a esta harina en el trabajo.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Características clínicas y funcionales de pacientes con sospecha de asma ocupacional relacionada con resinas epoxi

Aparicio Armengol L[1], Galán Márquez B[1], Valverde Monge M[1], de Valdés Cavanilles BC[2], Sastre Domínguez J[1]

[1] Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid
[2] Departamento médico FREMAP, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las resinas epoxi, compuestos de bajo peso molecular ampliamente empleados en sistemas industriales, constituyen una causa conocida de dermatitis de contacto alérgica y, en menor frecuencia de asma ocupacional. El diagnóstico en trabajadores expuestos es complejo y suele requerir un test de provocación bronquial específica (TPBE). Este estudio tuvo como objetivo analizar y comparar las características clínicas y funcionales de pacientes con sospecha de asma ocupacional por resinas epoxi según el resultado de la TPBE.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes con exposición ocupacional a compuestos epoxi. Fueron sometidos a una evaluación respiratoria completa (espirometría basal, prueba de broncoprovocación con metacolina y medición de óxido nítrico exhalado fraccional [FeNO]). La TPBE se realizó al día siguiente mediante exposición a resinas epoxi de su entorno laboral en una cámara de 7 m³, durante 30 minutos acumulados. A las 24 horas se repitieron las pruebas funcionales. Se consideró TPBE positiva una caída ≥15% del $FEV_1$ respecto al basal y/o una variación significativa de la PC20 de metacolina. El resto de variables se recogen en la Tabla.

**Tabla.** Variables.

| | Total n=47 | TPBE positivo n=20 (42,5%) | TPBE negativo n=27 (57,4%) | Valor *p* |
|---|---|---|---|---|
| Edad (años) media±DE | 38±6,66 | 36±6,86 | 39,5±6,20 | 0,062 |
| Sexo (hombres) n (%) | 39 (83,0) | 17 (85) | 22 (81,5) | 0,751 |
| Fumadores n (%) | 8 (17,0) | 3 (15) | 5 (28,5) | 0,751 |
| Atopia n (%) | 18 (38,3) | 9 (45) | 9 (33,3) | 0,416 |
| Duración de la exposición (años) media±DE | 6,88±3,79 (n=40) | 6,17±3,33 (n=18) | 7,45±4,10 (n=22) | 0,297 |
| Síntomas asma ocupacionales n (%) | 40 (85,1) | 19 (95) | 21 (77,8) | 0,101 |
| Pacientes de baja n (%) | 37/46 (80,4) | 15 (75) | 22/26 (84,6) | 0,415 |
| Tiempo de baja (semanas) media±DE | 10,2±6,63 (n=33) | 9,07±5,87 (n=15) | 11,2±7,23 (n=18) | 0,383 |
| Síntomas rinitis ocupacional n (%) | 15 (31,9) | 6 (30) | 9 (33,3) | 0,808 |
| Dermatitis de contacto por resinas epoxi n (%) | 5/19 (26,3) | 3/7 (42,8) | 2/12 (16,7) | 0,211 |
| Epicutáneas positivas para epoxi n (%) | 9 (29) (n=31) | 8/12 (66,7) | 5/19 (26,3) | 0,675 |
| Duración de los síntomas de asma media±DE | 41,8±51,8 (n=44) | 40,1±57,3 | 43,2±47,9 (n=24) | 0,713 |
| Metacolina basal positiva n (%) | 19/46 (41,3) | 13 (65) | 6/26 (23,1) | 0,004 |
| Metacolina post TPBE positiva n (%) | 20/45 (44,4) | 17 (85) | 3/25 (12) | <0,001 |
| FeNO basal (ppb) media±DE | 24,3±23,1 | 27,3±26,5 | 22±20,4 | 0,254 |
| $FEV_1$, basal (%) media±DE | 99,2±13,2 (n=46) | 98,3±13,2 | 99,9±13,4 (n=26) | 0,678 |
| PC20 basal media±DE | 3,95±3,93 (n=20) | 3,81±3,80 (n=13) | 4,21±4,46 (n=7) | 0,874 |
| FeNO post TPBE (ppb) media±DE | 27,5±27 (n=45) | 36±34,2 | 20,8±17,5 (n=25) | 0,071 |
| PC20 post TPBE media±DE | 3,44±4,27 (n=21) | 2,81±3,86 (n=16) | 5,48±5,32 (n=5) | 0,342 |
| Cambio FeNO (ppb) basal-post TPBE media±DE | 0,98±20,6 (n=34) | 7±18,8 (n=13) | 6±20,4 (n=21) | 0,177 |

Abreviaturas: DE, desviación estándar; FeNO, fraccionada exhalada de óxido nítrico; ppb, partes por billón; TPBE, test de provocación bronquial específica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Resultados**

Se incluyeron 47 pacientes (edad media 38±6,6 años; 83% varones), de los cuales 37 estaban de baja laboral (duración media: 10 semanas). Veinte pacientes (42,5%) presentaron TPBE positiva y 27 (57,4%) negativa. La hiperrespuesta bronquial basal fue significativamente mayor en el grupo positivo (65% vs. 23,1%; $p$=0,004); al igual que la hiperrespuesta post-TPBE (85% vs. 12%; $p$<0,01). No se identificaron otras diferencias significativas.

**Conclusión**

La hiperrespuesta bronquial basal y su incremento tras la TPBE constituyeron los principales factores diferenciales en los pacientes con resultado positivo. Estos hallazgos apoyan su valor como marcador diagnóstico en asma ocupacional por resinas epoxi. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para optimizar el diagnóstico en trabajadores expuestos.

## Impacto del diagnóstico molecular en la estratificación de la crisis asmática estacional por polen de olivo y gramíneas

Tovar Escolar A, Martín Casañez AE, Oviedo Pérez GP, Correa-Estañ Cachorro J, de Dulanto García L, Rojas Vílchez MJ

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada

**Objetivo/Introducción**

El asma estacional alérgica supone un reto asistencial y un riesgo de crisis graves. Este estudio evaluó la eficiencia de una consulta de alta resolución en nuestro servicio de alergología en pacientes con crisis asmática durante la estación polínica. Se buscó fenotiparlos con precisión, correlacionando gravedad clínica y perfil de sensibilización a aeroalérgenos mediante diagnóstico molecular para optimizar el manejo terapéutico.

**Material y métodos**

Se diseñó un estudio observacional prospectivo (primavera 2025) que incluyó 54 pacientes remitidos desde urgencias por crisis de broncoespasmo. Se realizó anamnesis, exploración, FeNO, espirometría con broncodilatación y estudio inmunoalérgico completo con *prick test* e IgE específica frente a aeroalérgenos y componentes moleculares (Ole e 1, Ole e 7, Ole e 9, Phl p 1/5b).

**Resultados**

La población analizada (edad media 32 años) presentó alta comorbilidad (rinitis 96%, conjuntivitis 85%). A nivel respiratorio, la FeNO estaba elevada (media >50 ppb; >150 en algunos casos) y el 64% presentó crisis moderadas-graves. La IgE total fue elevada (media >400 UI/mL) con eosinofilia variable. Los resultados analíticos mostraron una sensibilización predominante a *Olea europaea* (89%), principalmente a Ole e 1 (78%), con un subgrupo sensibilizado a Ole e 7 y/o Ole e 9 (45-60%), asociado a mayor gravedad clínica. La sensibilización a gramíneas fue frecuente (81%), destacando Phl p 1/5b. El diagnóstico molecular permitió diferenciar pacientes con sensibilización a olivo y/o gramíneas, relevantes en el contexto de solapamiento polínico.

**Conclusión**

La consulta de alta resolución en alergología durante la estación polínica permite una evaluación precoz y precisa del asma estacional grave desde urgencias. El diagnóstico molecular aporta valor añadido en la caracterización del fenotipo alérgico, permitiendo diferenciar patrones de sensibilización complejos asociados a mayor carga inflamatoria y gravedad clínica. Este enfoque mejora la estratificación del riesgo y puede optimizar estrategias terapéuticas personalizadas en pacientes con asma alérgica estacional.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## La fuerza muscular se asocia con variables clínicas del asma independientemente de la composición corporal

López Duque L[1], Betancor Pérez D[1,2,3], de las Vecillas Sánchez L[1,2,3], Lluch Bernal MM[1,2], Quirce Gancedo S[1,2,3], Domínguez Ortega J[1,2,3]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de Investigación Hospital La Paz (IdiPAZ), Madrid
[3] CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La fuerza de prensión manual (*hand-grip strength*, HGS) es un marcador de función muscular global asociado a morbimortalidad en enfermedades crónicas, aunque su papel en el asma está poco definido.

*Objetivo:* Evaluar la asociación de la HGS con el control del asma, la función pulmonar y las exacerbaciones, así como el impacto de la composición corporal en dichas asociaciones.

**Material y métodos**

Realizamos un estudio observacional transversal en adultos con asma, de cualquier gravedad y grado de control, evaluados consecutivamente en el Hospital Universitario La Paz. La HGS se midió mediante dinamometría digital y la composición corporal mediante bioimpedancia. Se recogieron datos de control del asma, exacerbaciones en el año previo —definidas como aquellas que precisaron corticoides sistémicos durante al menos tres días—, puntuación de Nijmegen y función pulmonar. Se realizaron correlaciones de Spearman y modelos de regresión multivariable ajustados por edad, sexo, IMC, masa muscular esquelética y porcentaje de grasa corporal total.

**Resultados**

Reclutamos 101 pacientes (55,1±17,1 años; 78,2% mujeres; IMC 26,8 kg/m² [RIC 23,3-32,1]). La HGS se correlacionó con una mejor función pulmonar ($FEV_1$ y FVC; rho=0,47-0,61; $p$<0,01) y con menores síntomas de hiperventilación (Nijmegen; rho=-0,44; $p$<0,01). Asimismo, la HGS se asoció de forma significativa con la tasa de exacerbaciones en todos los modelos ajustados, con independencia de la masa grasa y muscular, aunque con una magnitud de efecto limitada. No se observaron asociaciones robustas con el control del asma ni con la función pulmonar tras el ajuste multivariable.

**Conclusión**

La fuerza muscular, medida mediante HGS, se asocia de forma consistente con las exacerbaciones en pacientes con asma, independientemente de la composición corporal. Estos hallazgos sugieren que la función muscular podría constituir un factor clínicamente relevante en la expresión clínica del asma y, en particular, en el riesgo de exacerbaciones.

## Integración multi-ómica en cámara de exposición ambiental identifica fenotipos inflamatorios en alergia a gramíneas

Solórzano Zepeda C[1], Garcés Rigol S[2], García Cívico AJ[2], de la Hoz Caballer B[1], Escribese Alonso M[2], Antolín Amérigo D[1]

[1] Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid
[2] Universidad San Pablo-CEU, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia respiratoria presenta una marcada heterogeneidad clínica que limita la estratificación de pacientes y la toma de decisiones terapéuticas. Las cámaras de exposición ambiental (EEC) permiten evaluar de forma controlada la respuesta alérgica.

*Objetivo:* Identificar firmas inflamatorias asociadas a diferentes patrones de respuesta clínica y explorar su potencial como biomarcadores mediante un enfoque multi-ómico.

**Material y métodos**

Estudio observacional en pacientes con rinoconjuntivitis alérgica a gramíneas (n=17) sometidos a exposición controlada en EEC fuera de temporada polínica. Se evaluaron síntomas clínicos y parámetros respiratorios. Se analizaron muestras séricas antes y después de la exposición mediante metabolómica y proteómica dirigidas, integradas mediante análisis multi-ómico.

**Resultados**

El 88,2% de los pacientes (15/17) presentó provocación positiva. Se identificaron dos patrones según el tiempo hasta cumplir criterios de positividad: respuesta precoz (≤30 minutos; 53,3%) y tardía (>30 minutos; 46,7%).

Los respondedores precoces presentaron una firma inflamatoria diferencial ya en basal, caracterizada por niveles elevados de propionilcarnitina, L-carnitina y leucina-isoleucina, junto con incremento de mediadores inflamatorios como CXCL10, TNFSF10 y la quimiocina CCL2.

Tras la exposición, este grupo mostró una activación más intensa de vías lipídicas proinflamatorias (esfingosina, esfingosina-1-fosfato, ácido araquidónico y acilcarnitinas), junto con aumento de mediadores inflamatorios como CCL2, CCL7 e IL7, correlacionados con la intensidad sintomática.

Los modelos multi-ómicos permitieron clasificar con alta precisión a los pacientes según su patrón de respuesta (AUC>0,9), evidenciando diferencias inflamatorias tanto basales como inducidas.

**Conclusión**

Los patrones de respuesta precoz y tardía definen fenotipos inflamatorios diferenciados con firmas moleculares específicas, detectables incluso antes de la exposición. Estos hallazgos posicionan la aproximación multi-ómica como una herramienta prometedora para la predicción de la respuesta clínica y la estratificación personalizada en alergia respiratoria.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Función olfatoria evaluada mediante olfatometría BOT-8 en pacientes con asma grave sin poliposis nasosinusal

Almeida Arteaga CG, Cansino Bascón R, Domínguez Cereijo L, Cuevas Cantero B, Navarro Pulido AM, de Luque Piñana V

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

**Objetivo/Introducción**

La disfunción olfatoria, que incluye hiposmia y anosmia, afecta significativamente la calidad de vida y puede estar relacionada con procesos inflamatorios de la vía aérea, alteraciones en la conducción del estímulo odorífero o daño neuroepitelial. Sin embargo, el papel de la alteración del olfato en pacientes con asma grave sin poliposis sigue siendo poco conocido. La evaluación sistemática de la función olfatoria en estos pacientes podría contribuir a mejorar la caracterización clínica y ampliar el conocimiento sobre las manifestaciones extrapulmonares de la inflamación respiratoria crónica.

**Material y métodos**

Se realiza una evaluación objetiva del olfato mediante BOT-8 a 30 pacientes con diagnóstico de asma grave sin antecedentes de poliposis nasosinusal. Se recopilaron los parámetros clínicos y demográficos de cada paciente (Tabla).

**Resultados**

De 30 pacientes evaluados, el 26,7% presentaron disfunción olfativa: hiposmia 20,0% (n=6) y anosmia 6,7% (n=2) los cuales presentaron valores más elevados del FeNO (fracción exhalada de óxido nítrico) con una tendencia ascendente según el grado de disfunción. El control del asma (ACT) fue peor en hiposmia (mediana 16,0 vs. 19,0 en normosmia), con mayor proporción de rinitis mal controlada (RCAT<22: 66,7% vs. 50,0%). Todos los pacientes en escalón 6 (GEMA) presentaban normosmia.

La calidad de vida olfatoria (QoD-NS) se vio más afectada en anosmia (mediana 5,5) que en hiposmia (mediana 3,0).

**Conclusión**

El 26,7% presentaron disfunción olfativa con FeNO ascendente según su grado, lo que sugiere una relación con la inflamación bronquial y apoya la relación entre esta y el deterioro del olfato.

La mayor proporción de rinitis mal controlada en hiposmia indica que esta comorbilidad puede actuar como factor agravante. La disfunción olfativa impacta en la calidad de vida (QoD-NS), con mayor afectación en anosmia.

La ausencia de disfunción olfativa en escalón 6 de tratamiento sugiere un posible efecto protector del tratamiento biológico avanzado.

**Tabla.** Características demográficas, clínicas, funcionales y de calidad de vida de los pacientes con asma grave según el estado olfatorio.

| Variable | Normosmia (n=22) | Hiposmia (n=6) | Anosmia (n=2) | Disfunción (n=8) |
|---|---|---|---|---|
| Datos demográficos | | | | |
| Edad, mediana [rango] | 53,5 (30-80) | 50,5 (22-63) | 53,5 (52-55) | 51,0 (22-63) |
| Sexo masculino, n (%) | 6 (27,3%) | 2 (33,3%) | 1 (50,0%) | 3 (37,5%) |
| Sexo femenino, n (%) | 16 (72,7%) | 4 (66,7%) | 1 (50,0%) | 5 (62,5%) |
| Escalón GEMA | | | | |
| Escalón 5, n (%) | 13 (59,1%) | 6 (100%) | 2 (100%) | 8 (100%) |
| Escalón 6, n (%) | 9 (40,9%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Biomarcador inflamatorio | | | | |
| FeNO (ppb), mediana [rango] | 14,0 (5-101) | 19,0 (5-37) | 31,5 (10-53) | 19,0 (5-53) |
| Cuestionarios y escalas clínicas | | | | |
| RCAT, mediana [rango] | 22,0 (6-27) | 19,5 (15-29) | 21,5 (21-22) | 20,5 (15-29) |
| RCAT <22 (mal controlada), n (%) | 11 (50,0%) | 4 (66,7%) | 1 (50,0%) | 5 (62,5%) |
| RCAT ≥22 (controlada), n (%) | 11 (50,0%) | 2 (33,3%) | 1 (50,0%) | 3 (37,5%) |
| ESPRINT-15, mediana [rango] | 25,0 (6-64) | 35,0 (21-58) | 25,5 (21-30) | 31,0 (21-58) |
| EVA pérdida olfato, mediana [rango] | 1,0 (0-7) | 3,5 (1-8) | 6,0 (6-6) | 5,0 (1-8) |
| EVA pérdida gusto, mediana [rango] | 1,0 (0-6) | 2,0 (1-6) | 5,0 (4-6) | 3,0 (1-6) |
| ACT no controlado (≤19), n (%) | 13 (59,1%) | 4 (66,7%) | 1 (50,0%) | 5 (62,5%) |
| ACT parcial. controlado (20-24) | 9 (40,9%) | 2 (33,3%) | 1 (50,0%) | 3 (37,5%) |
| Gustometría | | | | |
| Gustometría 100%, n (%) | 18 (81,8%) | 6 (100%) | 2 (100%) | 8 (100%) |
| Gustometría <100%, n (%) | 4 (18,2%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Calidad de vida olfato (QoD-NS) | | | | |
| QoD-NS, mediana [rango] | NA | 3,0 (2-5) | 5,5 (3-8) | 3,0 (2-8) |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia, enfermedades del mastocito y del eosinófilo

## Efectividad y seguridad de dupilumab en esofagitis eosinofílica en práctica clínica real

Castro Vega G[1], Tomás Pérez M[1,2]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de Investigación (IDiPAZ), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por respuesta tipo 2, asociada a comorbilidad atópica y con importante impacto clínico. Dupilumab ha demostrado eficacia en ensayos clínicos y en práctica clínica real.

El objetivo fue evaluar su efectividad y seguridad en una cohorte de pacientes con EoE en práctica clínica habitual.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con EoE tratados con dupilumab. Se recogieron variables clínicas, endoscópicas e histológicas, comorbilidades alérgicas y tratamientos previos. Las variables basales se describieron en la cohorte completa y los análisis de efectividad se realizaron de forma pareada con pacientes con datos basales y postratamiento disponibles.

Se evaluó la remisión clínica, endoscópica e histológica tras un mínimo de 6 meses de tratamiento, así como posibles efectos adversos.

**Resultados**

Se incluyeron 20 pacientes, edad media 32,4±11,7 años; 90% varones. Tenían antecedentes de asma el 63,2%, rinitis 94,7%, dermatitis atópica 52,6% y alergia alimentaria 47,4%.

**Tabla.** Respuesta al tratamiento.

| Variable | Basal (al inicio de dupilumab) | Tratamiento 26 meses con dupilumab |
|---|---|---|
| Síntomas (%) | | |
| Disfagia | 90,9 | 54,5 |
| Impactación alimentaria | 54,5 | 18,2 |
| Reflujo | 36,4 | 36,4 |
| Pirosis | 27,3 | 18,2 |
| Endoscopia | | |
| Índice EREFS (puntos) | 3 | 2 |
| Eosinofilia 1/3 proximal | 25 | 0 |
| Eosinofilia 1/3 distal | 39 | 0 |
| Cuestionarios (puntos) | | |
| Cuestionario de síntomas disfagia | 37,8 | 14,7 |
| Cuestionario de calidad (EoE-Qol-A) | 51,4 | 30,7 |

Dupilumab se administró a dosis de 300 mg cada 7 o 14 días según criterio clínico y comorbilidades. Se registraron acontecimientos adversos en el 15%, todos leves (generalmente reacción local en el lugar la de inyección), sin necesidad de suspensión del tratamiento.

La evolución de síntomas, necesidad de tratamientos concomitantes, cuestionarios y parámetros endoscópicos se resume en la Tabla.

**Conclusión**

Dupilumab mostró un perfil favorable de efectividad y seguridad en pacientes con EoE en práctica clínica real, asociándose a mejoría clínica, endoscópica e histológica en sujetos no respondedores a tratamientos de primera línea.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Respuesta al dupilumab en la esofagitis eosinofílica refractaria en situación de práctica clínica habitual

Mazoteras Martínez E[1,2], de Felipe Galán G[3], Muñoz Díaz EE[1], Piñero Pérez C[1], Macías Iglesias E[1,2], Dávila González I[1,2,4,5]

[1] Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca
[2] Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca
[3] Universidad de Salamanca, Salamanca
[4] Red de Enfermedades Inflamatorias (REI), Instituto de Salud Carlos III, Madrid
[5] Departamento de Ciencias Biomédicas y Diagnósticas, Universidad de Salamanca, Salamanca

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica de prevalencia creciente que puede causar disfunción esofágica y remodelado fibroestenótico. Recientemente se han aprobado terapias dirigidas como el dupilumab, que mejora la sintomatología, la calidad de vida y la inflamación.

*Objetivo:* Describir la experiencia del tratamiento con dupilumab en pacientes con EoE refractaria a tratamientos convencionales en un centro terciario español.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con EoE refractaria tratados con dupilumab (Dupixent®) en el Hospital Universitario de Salamanca entre abril de 2024 y marzo de 2026.

Se analizaron variables clínicas, endoscópicas según el *Eosinophilic Esophagitis Endoscopic Reference Score* (EREFS) e histológicas antes y tras ≥12 semanas de tratamiento, así como las reacciones adversas asociadas.

Adicionalmente, se estudió la relación entre las características basales de los pacientes y las tasas de remisión alcanzadas.

**Resultados**

Se incluyeron 7 pacientes; el 71,4% eran varones, con una edad media de 36 años (20-61). El 42,9% presentaba antecedentes familiares de atopia. Las comorbilidades más frecuentes fueron rinoconjuntivitis alérgica y alergia alimentaria (57,1% cada una). El 71,4% había recibido previamente terapias combinadas y ninguno había requerido dilatación endoscópica.

Tras el tratamiento con dupilumab, la remisión completa se alcanzó en el 28,6% de los pacientes; la remisión clínica (ausencia de disfagia, pirosis, impactación y dolor torácico) y endoscópica (EREFS 0) se observó en el 57,1%; y la histológica (≤6 eosinófilos por campo de alta frecuencia) en el 85,7%. Los pacientes con sintomatología basal más leve mostraron mayores tasas de remisión clínica. Se registraron efectos adversos leves y autolimitados en el 28,6% de los casos.

**Conclusión**

Dupilumab mostró efectividad clínica, endoscópica e histológica en pacientes con EoE refractaria, posicionándose como una alternativa terapéutica eficaz y bien tolerada. Estos resultados sugieren un posible mayor beneficio en fases menos avanzadas de la enfermedad.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Manifestaciones gastrointestinales y anafilaxia por alimentos en pacientes con alfatriptasemia hereditaria: estudio descriptivo en una cohorte hospitalaria de Cáceres (2022-2025)

Navarro Salgado SC, Alvarado Arenas M, Colomer García MC, Prieto Martínez ML, Hernández Romero I, Porcel Carreño SL

Hospital Universitario de Cáceres, Cáceres

**Objetivo/Introducción**

La alfatriptasemia hereditaria (HaT) es un rasgo genético asociado a elevación de triptasa sérica basal y manifestaciones clínicas heterogéneas, incluyendo síntomas gastrointestinales y reacciones alérgicas. Sin embargo, su frecuencia y perfil en relación con la alergia alimentaria mediada por IgE no están bien caracterizados.

*Objetivo:* Describir las manifestaciones gastrointestinales y la anafilaxia inducida por alimentos en pacientes con HaT.

**Material y métodos**

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de HaT mediante PCR digital en gota (ddPCR) entre 2022 y 2025. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, incluyendo forma de debut, síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, diarrea, náuseas, reflujo y prurito oral), alergia mediada por IgE y anafilaxia, así como su desencadenante. Se realizó un análisis descriptivo.

**Resultados**

Se incluyeron 79 pacientes, con edad media de 45,4±19,4 años y predominio femenino (62%, n=49). El debut fue cutáneo en el 38% (n=30), seguido de anafilaxia en el 19% (n=15) y síntomas gastrointestinales en el 17,7% (n=14).

Los síntomas gastrointestinales más frecuentes fueron dolor abdominal (29,1%, n=23) y diarrea (25,3%, n=20), seguidos de prurito oral (10,1%, n=8), reflujo (3,8%, n=3) y náuseas (1,3%, n=1); el 30,4% (n=24) no presentó síntomas gastrointestinales.

La alergia mediada por IgE estuvo presente en el 54,4% (n=43). Los alimentos fueron el desencadenante en el 29,1% (n=23). La anafilaxia ocurrió en el 19% (n=15), siendo inducida por alimentos (frutas y frutos secos) en el 6,3% (n=5).

**Conclusión**

En esta cohorte, el debut gastrointestinal fue menos frecuente que otras formas de presentación, aunque los síntomas digestivos fueron comunes durante la evolución. Se observa además una elevada frecuencia de alergia mediada por IgE y una proporción relevante de anafilaxia inducida por alimentos. Estos hallazgos describen la coexistencia de manifestaciones digestivas y alérgicas en HaT, sin establecer relaciones causales.

## ¿Es la alfa-triptasemia hereditaria un factor de riesgo para la anafilaxia?

Ramírez Mateo E, Carrasco Gómez L, Carpio Escalona LV, Piris Villaespesa M, Santón Roldán A, González de Olano D

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alfa triptasemia hereditaria (HαT) es una causa frecuente de triptasa basal elevada y su relevancia clínica en anafilaxia continúa siendo controvertida.

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación de HαT con la frecuencia, gravedad y recurrencia de anafilaxia en una cohorte consecutiva de pacientes con sospecha de HαT, analizando específicamente el impacto de excluir clonalidad mastocitaria (factor de riesgo conocido para anafilaxia).

**Material y métodos**

Estudio observacional prospectivo en una consulta especializada de patología mastocitaria. Se incluyeron pacientes remitidos entre 2024 y 2025 por sospecha clínica de HαT. Se realizó genotipado de TPSAB1/TPSB2, determinación de KIT D816V en sangre periférica y recogida sistemática de variables demográficas, clínicas y analíticas. La anafilaxia se definió según criterios internacionales y su gravedad mediante la clasificación de Ring y Messmer, considerando grave el grado ≥3. Se efectuó un análisis global y otro tras excluir clonalidad mastocitaria, además de regresión logística ajustada por edad, sexo y triptasa basal.

**Resultados**

Se incluyeron 265 pacientes, 177 (66,8%) con HαT. Tras excluir clonalidad, la cohorte final fue de 229 pacientes, con 78 casos de anafilaxia. No se observaron diferencias en la frecuencia de anafilaxia ni en su recurrencia entre pacientes con y sin HαT. La anafilaxia grave fue menos frecuente en HαT (25,0% vs. 57,7%; $p$=0,006) y los síntomas cardiovasculares durante la anafilaxia también fueron menos frecuentes en los pacientes con HαT (50,0% vs. 76,9%; $p$=0,020). En el análisis multivariante, HαT se asoció de forma independiente con menor probabilidad de anafilaxia grave (OR ajustada 0,14; IC95% 0,03-0,54; $p$=0,004).

**Conclusión**

En esta cohorte clínica, HαT no se asoció a mayor gravedad ni recurrencia de anafilaxia; por el contrario, tras excluir clonalidad mastocitaria, se relacionó con menor probabilidad de anafilaxia grave. Estos hallazgos apoyan una interpretación prudente de HαT como marcador de riesgo clínico aislado.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Caracterización clínico-molecular de la mastocitosis sistémica

Muñoz Bolaños S[1], Ventosa López A[1], Camacho Arregui C[1], Santacreu Cabeza L[1], Peñuelas Menéndez E[1], Ruiz León M[1,2]

[1] Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
[2] Instituto Maimonides de Investigación Biomédica (IMIBIC), Universidad de Córdoba, Córdoba

**Objetivo/Introducción**

La mastocitosis sistémica (MS) es una neoplasia clonal heterogénea caracterizada por la proliferación y acumulación anormal de mastocitos en órganos extra cutáneos. En alergología representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su estrecha asociación con síntomas de activación mastocitaria, reacciones de hipersensibilidad graves y anafilaxia, tanto idiopática como desencadenada.

*Objetivo:* Describir el perfil clínico, biológico y molecular de los pacientes con MS atendidos en un servicio de alergología.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes con MS confirmada atendidos en el Servicio de Alergología del HURS. Se analizaron los subtipos de MS, variables sociodemográficas, clínicas, analítica y moleculares, comorbilidades y la indicación de inmunoterapia específica.

**Resultados**

Se incluyeron 38 pacientes. La mediana de edad fue de 57 años y el 60,5% eran varones. El subtipo predominante fue la mastocitosis de médula ósea (BMM) (76,3%), seguido de MS indolente (13,5%), *smoldering* (5,3%) y MS asociada a neoplasia hematológica (5,3%). El principal desencadenante fue el veneno de himenópteros (68,5%), con ITV el 60,5%; idiopática (23,7%) y medicamentos (5,3%). El 86,8% presentó anafilaxia, siendo grave —grados III-IV— en el 81,8% de estos casos; el 13,2% presentó clínica distinta de anafilaxia. La triptasa basal <11,4 µg/L: 31,6%, 11,5-20 µg/L: 34,2% y >20 µg/L: 34,2%. El REMA *score* ≥2 81,1%. La mutación KIT D816V positiva: 89,5%; en sangre periférica 36,4% y restringida a mastocitos 73,7%. Inmunofenotipo aberrante (CD25+/CD2+) el 65,8% y morfología mastocitaria anormal 73,4%.

Las principales comorbilidades fueron: osteopenia 39,5%, osteoporosis 21%, organomegalias 5,3%.

**Conclusión**

Los pacientes con MS valorados en nuestro servicio, tienen un predominio de formas no avanzadas, especialmente BMM, con una elevada frecuencia de anafilaxia grave por venenos de himenópteros.

Estos resultados destacan la importancia de un abordaje alergológico integral, molecular y multidisciplinar para identificar enfermedad mastocitaria clonal, incluso en pacientes con triptasa basal no elevada.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Triptasa sérica basal en anafilaxia pediátrica

Cubillo Heras P, Arana-Arce JS, Noguerales Fuertes L, Mateo Francés V, Prieto García A, Álvarez-Perea A

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La determinación de triptasa sérica basal forma parte de la evaluación de pacientes con anafilaxia y su elevación puede sugerir la presencia de trastornos mastocitarios subyacentes. Sin embargo, su valor y utilidad en población pediátrica no están bien definidos.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes pediátricos con antecedentes de anafilaxia atendidos entre 2015 y 2022 en un hospital terciario. Se recogieron variables demográficas, variables clínicas, etiología de la anafilaxia y niveles de triptasa sérica basal, definiéndose como elevados valores >8 ng/mL. En los pacientes con triptasa sérica basal elevada, se realizó determinación del número de copias del gen TPSAB1 mediante PCR digital.

**Resultados**

Se incluyeron 57 pacientes, 39 niños (68,4%) y 18 niñas (31,6%), con una edad media de 5,3±4,5 años.

La etiología de la anafilaxia fue predominantemente alimentaria, en el 43,9% de los casos, seguido de idiopática (29,8%), farmacológica (8,8%) y otras etiologías menos frecuentes (17,5%).

Las manifestaciones clínicas fueron predominantemente cutáneas (94,7%), seguidas de síntomas respiratorios (80,7%) y digestivos (56,1%). Ninguno de los niños presentaba lesiones cutáneas de mastocitosis.

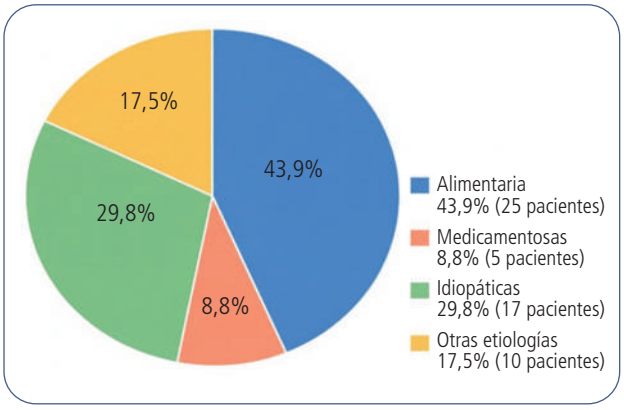



**Figura.** Etiología de la anafilaxia (n=57 pacientes).

Según los criterios de Brown *et al*., el 29,8% de las reacciones se clasificaron como graves.

Se identificaron 7 pacientes (13,7%) con niveles elevados de triptasa sérica basal. De ellos 5 (71,4%) fueron diagnosticados de alfa-triptasemia hereditaria. Uno se encuentra todavía en estudio.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la presentación clínica, la gravedad de la reacción ni la etiología de la anafilaxia entre los pacientes con triptasa sérica basal elevada y aquellos con valores normales.

**Conclusión**

La determinación sistemática de triptasa sérica basal en niños tras un episodio de anafilaxia facilita la identificación de patologías subyacentes como la alfa-triptasemia hereditaria.

Este enfoque adquiere especial relevancia, dado que las características clínicas del episodio agudo no permiten predecir qué pacientes presentan este factor de riesgo.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Triptasa sérica en urgencias: rendimiento diagnóstico y pérdida de oportunidades en práctica clínica real

Altuve-Giannini F, Morales Gutiérrez L, Benitez-del-Castillo Mateos M, Arana-Arce JS, Álvarez-Perea A, Prieto García A

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las guías de práctica clínica recomiendan la determinación de triptasa sérica para el diagnóstico de anafilaxia en Urgencias. Su uso real es heterogéneo y su impacto clínico no está bien caracterizado.

*Objetivo:* Evaluar su uso práctico en nuestro centro.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de 219 pacientes con determinación de triptasa sérica en urgencias en 2023.

Se analizó presentación clínica (Tabla), niveles de triptasa (>11,4 µg/L o ≥20% basal + 2), número de determinaciones, derivación a alergia y diagnóstico final. Se evaluó el rendimiento diagnóstico (Figura).

**Resultados**

Se incluyeron 219 pacientes. Edad: mediana 43 años (RIC 28-60), 52,5% mujeres. Estancia en urgencias: mediana 7,5 horas (RIC 3,5-16,5).

El cuadro clínico fue: anafilaxia (48,9%), angioedema (21,5%), urticaria (13,7%), otros (16%). Tiempo desde el inicio de síntomas hasta la extracción mediana: 60 minutos (RIC 30-120), n=28. Triptasa basal solicitada en urgencias: n=12 (5,5%).

**Tabla.** Elevación de triptasa según gravedad (Escala de Ring y Messmer).

| Gravedad | n (%) | Elevada n (%) | No elevada n (%) |
|---|---|---|---|
| Grado I-II (no grave) | 177 (80,8) | 42 (23,6) | 135 (76,4) |
| Grado III-IV (grave) | 42 (19,2) | 22 (52,4) | 20 (47,6) |
| Total | 219 (100) | 64 (29,1) | 155 (70,8) |

– Triptasa aguda: mediana 6,47 µg/L (RIC 3,93-12,20). Presentaron elevación 64 (29,2%); mediana: 18,9 µg/L (RIC 13,2-25,5), 89,1% por criterio de laboratorio y 7 (10,9%) mediante criterio dinámico. La elevación fue más frecuente en cuadros graves (52,4% vs. 23,6%; OR 3,55; $p$<0,001).

– Derivación a alergia: 183 pacientes (83,6%). Valorados 118 (64,5%). Diagnóstico final: anafilaxia 62,7%, urticaria/angioedema 23,7%, otros 13,6%, incluyendo 2 mastocitosis y 1 alfatriptasemia hereditaria (HαT).

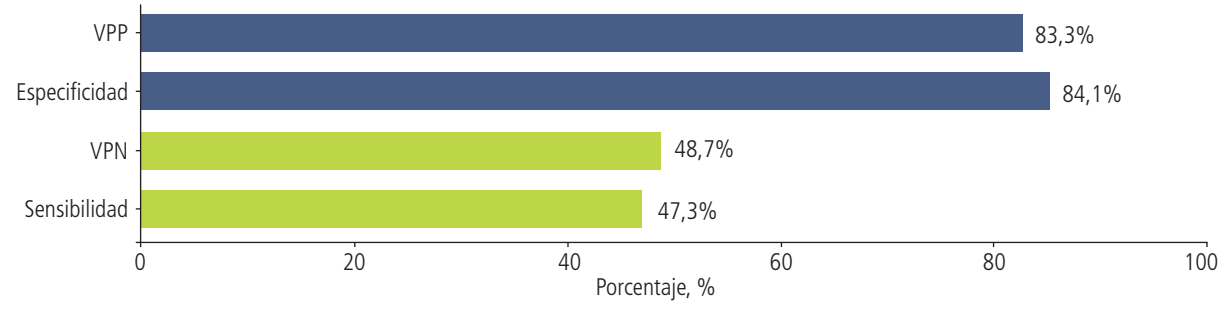
El 47,3% de los pacientes con anafilaxia presentaron triptasa aguda elevada. El 51,4% tuvieron determinación basal, identificándose 7 casos (9,5%) mediante criterio dinámico.

De las elevadas, el 65,6% fueron valoradas, confirmándose anafilaxia en 83,3%.

155 fueron no elevadas. 49% fueron valoradas, confirmándose anafilaxia en 25,2% (1 mastocitosis y 1 HαT).

**Conclusión**

La triptasa sérica en urgencias presenta baja sensibilidad en práctica clínica real, en línea con estudios previos, siendo mayor en reacciones graves. La escasa solicitud de triptasa basal y la falta de seguimiento especializado limitan su utilidad y valor diagnóstico.




| | Anafilaxia | No anafilaxia | Total |
|---|---|---|---|
| Triptasa elevada | 35 (VP) | 7 (FP) | 42 |
| Triptasa no elevada | 39 (FN) | 37 (VN) | 76 |
| Total | 74 | 44 | 118 |

Abreviaturas: FN, falsos negativos; FP, falsos positivos; VN, verdaderos negativos; VP, verdaderos positivos; VPN, valor predictivo negativo; VPP, valor predictivo positivo.

**Figura.** Rendimiento diagnóstico de la triptasa en urgencias y relación entre la elevación de triptasa y el diagnóstico final de anafilaxia.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia en urgencias: manejo agudo, precisión diagnóstica y derivación a alergología

Benitez-del-Castillo Mateos M, Morales Gutiérrez L, Altuve-Giannini F, Bueno Balboa A, Álvarez-Perea A, Prieto García A

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Existen brechas entre las guías clínicas y la práctica real en el manejo de la anafilaxia en urgencias siendo el uso de adrenalina insuficiente (<50%) frente a la sobreutilización de corticoides (>80%) y la continuidad asistencial deficiente (1,2).

*Objetivo:* Evaluar el cumplimiento de dichos estándares y la efectividad de la derivación especializada en nuestro centro.

**Material y métodos**

Estudio observacional, retrospectivo de pacientes diagnosticados de anafilaxia en urgencias (2023). Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas, terapéuticas y seguimiento alergológico posterior. Para comparación, se empleó la prueba Chi-cuadrado y la U de Mann-Whitney ($p$<0,05).

**Resultados**

Se incluyeron 96 pacientes (edad media 38,8716,09 años; 58,3% mujeres). Los desencadenantes principales fueron alimentos (57,3%) y fármacos (31,3%). En urgencias, la administración de corticoides (82,3%) superó a la de adrenalina (64,6%). El 16,7% recibió adrenalina prehospitalaria (urgencias extrahospitalarias: 10,4%, centro de salud: 3,1%, autoinyectada: 3,1%). Sumando ambos ámbitos, el 81,3% de los pacientes recibió adrenalina en algún momento del episodio. Se solicitó triptasa aguda al 66,7% (n=64), elevada (>11,4 ng/mL o >20% basal) en el 40,6%, sin diferencias significativas según desencadenante. Su solicitud se asoció a mayor uso de adrenalina (75,0% frente a 43,8%, $p$=0,005) y mayor tiempo de observación (14,4 h frente a 11,4 h, $p$=0,048). Al alta, la prescripción de autoinyectores fue de 41,7%. Aunque el 91,7% fue derivado a alergología, solo el 57,3% completó la evaluación (demora media de 88,62185,55 días). La concordancia diagnóstica final fue del 83,6%.

**Conclusión**

Pese al sobreuso de corticoides y las deficiencias en el seguimiento posterior, destaca como hallazgo positivo relevante que el 81,3% recibe adrenalina globalmente durante el episodio asistencial. La solicitud de triptasa actúa como un marcador de mayor rigor terapéutico. Es prioritario mejorar la prescripción de autoinyectores al alta y asegurar el seguimiento alergológico posterior.

**Tabla 1.** Análisis descriptivo de los pacientes.

| Variable analizada | Resultados (n=96) |
|---|---|
| Demografía y gravedad | |
| Edad media | 39,0 años |
| Sexo femenino | 56 (58,3%) |
| Presencia de *shock* / hipotensión | 38 (39,6%) |
| Gravedad grado 3 (Brown) | 31 (32,3%) |
| Uso de adrenalina global | |
| Administrada pre-hospitalaria (Autoadministración) | 3 (3,1%) |
| Administrada prehospitalaria (SUMMA) | 10 (10,4%) |
| Administrada prehospitalaria (centro de salud) | 3 (3,1%) |
| Administrada en el box de urgencias | 62 (64,6%) |
| Total que recibió adrenalina en algún momento | 78 (81,2%) |
| Dosis requeridas (de los que recibieron) | |
| Solo 1 dosis | 69 pacientes |
| 2 dosis (refractarios leves) | 6 pacientes |
| 3 dosis (refractarios graves) | 2 pacientes |

**Tabla 2.** Rendimiento de triptasa solicitada según etiología.

| Desencadenante principal | Triptasas solicitadas | Triptasas elevadas | Rendimiento (% de elevación) |
|---|---|---|---|
| Alimento | 38 | 14 | 36,8% |
| Fármaco | 16 | 9 | 56,2% |
| Idiopática | 9 | 4 | 44,4% |
| Himenóptero | 1 | 1 | 100% |
| Total general | 64 | 28 | 43,8% |

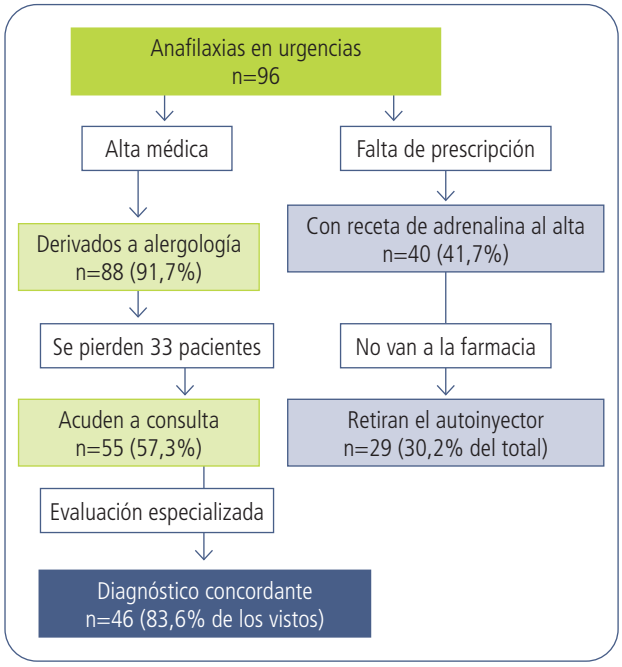



**Figura.**

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Reacciones de hipersensibilidad inmediatas no IgE mediadas por paclitaxel: abordaje diagnóstico y terapéutico

Ollo Morales P, de Peña Ávila C, Melgar Reyes CS, Bernedo Belar N, Girao Popolizio IN, Arruti Oyarzabal N

Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz

**Objetivo/Introducción**

Describir el protocolo diagnóstico-terapéutico de las reacciones de hipersensibilidad (RHS) inmediatas no IgE mediadas por paclitaxel en el Hospital Universitario Araba (HUA).

**Material y métodos**

Se presentan trece pacientes mujeres con neoplasias, doce ginecológicas y una tiroidea, que presentaron RHS inmediata tras la primera o segunda infusión de paclitaxel. La gravedad de la reacción se clasificó según la escala de Brown. Durante el episodio agudo se determinó triptasa e IL-6. El estudio alergológico incluyó pruebas cutáneas con paclitaxel mediante *prick* e intradermorreacción a concentraciones de 0,006, 0,06 y 0,6 mg/mL o test de activación de basófilos (TAB) con paclitaxel y triptasa basal. Se aplicó el protocolo terapéutico del HUA que consiste en una pauta de desensibilización personalizada con una bolsa y disminución progresiva de pasos según tolerancia.

**Resultados**

Según la escala de Brown, cinco pacientes presentaron RHS de grado I, tres de grado II y cinco de grado III (una presentó *shock* anafiláctico con parada cardiorrespiratoria [PCR] recuperada). Las pruebas cutáneas resultaron todas negativas, al igual que el TAB realizado en el caso de la PCR. Se detectó elevación de triptasa (594 mcg/L) en una paciente y leve incremento de IL-6 (22 pg/mL) en otra paciente. La paciente que presentó la PCR requirió cambio de línea terapéutica. En el resto, se aplicó el protocolo terapéutico del HUA mediante pauta de desensibilización con paclitaxel pudiendo acortar progresivamente los pasos hasta administrar el fármaco según indicaciones de ficha técnica sin registrarse reacciones.

**Conclusión**

Comunicar trece casos de RHS inmediata de diferente gravedad y fenotipo no IgE mediado por paclitaxel, incluyendo un *shock* anafiláctico con PCR recuperada. Concluir que el protocolo de diagnóstico y desensibilización del HUA es una estrategia segura y eficaz para el manejo de las RHS inmediatas no IgE, logrando una administración del fármaco según indicaciones de ficha técnica.

## Respuesta al tratamiento de la esofagitis eosinofílica en pacientes atópicos y no atópicos

Alonso Llamazares A[1], Arrien de Lecea Á[1], Antepara Ercoreca I[2], Segurola Azkarate A[1], Seras Miera Y[1], Martínez Antón MD[1]

[1] Hospital Universitario Cruces, Barakaldo
[2] Consulta Privada, Bilbao

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria del esófago mediada por inmunidad $T_H2$. La mayoría de los pacientes tiene asociadas otras enfermedades $T_H2$, formando parte la EoE de la marcha atópica.

El objetivo fue ver las diferencias en la respuesta al tratamiento farmacológico o a la dieta entre los pacientes atópicos y no atópicos.

**Material y métodos**

Pacientes diagnosticados de EoE que acudieron a consulta entre 2018 y 2026.

Se recogieron datos de otras enfermedades atópicas asociadas, respuesta a tratamiento médico y a alimentos en pacientes que hicieron dieta de evitación.

**Resultados**

218 pacientes de 15 a 81 años, con predominio de sexo masculino (72%).

En el grupo de atópicos (131 pacientes), 60%, la edad media fue menor que en los no atópicos: 37,7 años frente a 47 años. El 94,6% tenían enfermedad respiratoria asociada y el 29% alergia alimentaria.

No hubo diferencias en la respuesta a IBP: 60% en los atópicos y 63% en los no atópicos.

Entre los pacientes atópicos que hicieron dieta, respondieron el 53,4%. De estos, el 51,6% a leche, 32,2% a cereales y el 12,9% a huevo.

Los pacientes no atópicos respondieron el 53,84% a dieta: el 71,4% a leche y el 19% a cereales.

**Conclusión**

No hubo diferencias en la respuesta a IBP entre atópicos y no atópicos.

La leche fue la causa principal de esofagitis eosinofílica. La respuesta a dieta sin leche fue mayor entre los pacientes no atópicos que entre los atópicos.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Comunicaciones E-Pósters

## Aerobiología, contaminación y cambio climático

### Correlación entre asistencia a urgencias y niveles de *Platanus* ssp en una población adulta

García Núñez I[1,2,3], Gómez Ortiz R[2], Algaba Mármol MÁ[4], Amo Vázquez de la Torre Á[3], de Castro Gómez C[5], Zapata Yébenes JJ[6]

[1] Hospital Quirónsalud Córdoba, Córdoba
[2] Departamento de Ciencias Morfológicas y Sociosanitarias, Córdoba
[3] Centro Médico de Especialidades Quirónsalud Jaén, Jaén
[4] Servicio Andaluz de Salud, Puente Genil
[5] Centro Médico Adeslas, Córdoba
[6] Consulta Privada, Almería

**Objetivo/Introducción**

Los síntomas respiratorios causados por la sensibilización a aeroalérgenos son una causa muy frecuente de consulta de nuestros pacientes en los servicios de urgencias, siendo *Platanus* ssp una de las causas más frecuentes (tercer árbol urbano más frecuente en Córdoba).

Nuestros objetivos fueron describir una población adulta que vino a nuestro servicio de urgencias refiriendo síntomas respiratorios y/o cutáneos relacionados con los niveles de polen de *Platanus* ssp durante su polinización en 2023 y establecer su correlación con dichos niveles durante ese año.

**Material y métodos**

Fueron revisadas las historias clínicas de pacientes mayores de 14 años de edad con síntomas respiratorios y/o cutáneos que vinieron a nuestro Servicio de Urgencias en el Hospital Quirónsalud Córdoba durante la polinización de *Platanus* ssp, buscando una correlación entre los niveles de polen y el número total de pacientes. Fueron excluidos pacientes con fiebre, mucosidad espesa o cualquier síntoma relacionado con infecciones virales. Posteriormente revisamos los historiales clínicos en nuestra base de datos buscando sensibilización a *Platanus acerifolia*.

**Resultados**

156 pacientes (70 hombres y 86 mujeres; edad media 41,69 años) vinieron a nuestro servicio de urgencias durante la polinización de *Platanus* ssp en 2023 (del 1 de marzo al 20 de abril). 88 (56,41%) vinieron en marzo y 68 (43,59%) en abril. 42 (26,92%) refirieron rinitis alérgica y 25 (16,02%) refirieron asma, necesitando 20 (12,82%) asistencia a urgencias y 6 (3,84%) ingreso hospitalario. Los días con más concentración de polen tuvieron más visitas a urgencias ($p$<0,05). 101 (64,74%) fueron diagnosticados de rinitis alérgica en nuestro servicio de alergología, siendo en 85 (54,48%) *Platanus acerifolia* un posible desencadenante.

**Conclusión**

- Un mejor conocimiento sobre los niveles de polen podría ayudarnos a prevenir los síntomas en nuestros pacientes, reduciendo sus asistencias a urgencias.
- Hay una gran correlación entre los niveles de *Platanus* y las visitas a los servicios de urgencias.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Desarrollo e implementación de un modelo predictivo de la concentración de polen de *Quercus* en Madrid, España

Caballero Pérez L[1,2], Tapia Galisteo J[3,4], Hernando Pérez ME[3,4,5], Cho Park H[2,6,7], Antolín Amérigo D[2,6,7], de la Hoz Caballer B[2,6,7]

[1] Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación, Madrid
[2] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid
[3] Grupo de Bioingeniería y Telemedicina, Centro de Tecnología Biomédica, ETSI de Telecomunicación, Universidad Politécnica de Madrid, Madrid
[4] CIBER-BBN, ISCIII, Madrid
[5] Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (imas12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid
[6] Instituto Ramon y Cajal de Investigación Sanitaria (IRyCIS), Madrid
[7] Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Durante las últimas décadas se ha demostrado la influencia de la meteorología y contaminantes atmosféricos en la producción y dispersión de polen de las plantas anemófilas. En Madrid, el polen de *Quercus* es una especie emergente con especial relevancia por su solapamiento con otras especies altamente alergénicas durante la primavera.

Con el objetivo de poder aplicar eficazmente protocolos de evitación y optimizar el sistema de citación de la Cámara de Exposición Ambiental instalada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, se desarrolla un modelo predictivo de aprendizaje automático supervisado para la estimación de la concentración atmosférica diaria del polen de *Quercus* en Madrid, en una ventana temporal de tres días.

**Material y métodos**

Para ello, se emplearon datos diarios de concentración de polen de *Quercus* (2015-2024) registrados en la ciudad de Madrid, junto con variables meteorológicas y contaminantes (extraídos de polenes.com, AEMET y Portal de Calidad del aire de Madrid, respectivamente) entre los meses de febrero-julio. El conjunto de datos se dividió en entrenamiento (2015-2023) y validación (2024). Se realizó un análisis correlativo inicial para la selección de variables predictoras óptimas y se entrenaron diversos modelos: Random Forest (RF), Artificial Neural Networks, LightGBM y Gradient Boosting Regressor (GBR), cuyo rendimiento se evaluó en base al MAE, RMSE y R2. Las predicciones fueron posteriormente discretizadas en base a los criterios de la Red Española de Aerobiología para facilitar su interpretación.

**Resultados**

El modelo RF mostró el mejor rendimiento ($R^2$=0,468; MAE=32,035), consiguiendo una mejora en la detección de episodios de alta concentración combinado con GBR. Ambos modelos, en clasificación binaria, alcanzaron una sensibilidad del 92% en la detección de días clínicamente relevantes durante todo el horizonte de predicción.

**Conclusión**

En definitiva, los modelos desarrollados permiten predecir con precisión episodios de riesgo, facilitando la planificación y toma de decisiones clínicas.

## Del origen al destino: cuantificación del polen de olivo en Alicante mediante el análisis de masas de aire y niveles de emisión remotos

Varea Morcillo M[1], Martínez Mayoral MA[2], Morales Socuéllamos J[2], Fernández Barragán A[3,4], Contreras García MB[3,4], Martínez Jiménez L[3,4]

[1] Departamento de Física Aplicada, Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante
[2] Centro de Investigación Operativa, Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante
[3] Sección de Alergología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante
[4] Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante

**Objetivo/Introducción**

España cuenta con más de 2,8 millones de hectáreas de olivar, concentradas principalmente en el cuadrante suroccidental. Esta inmensa superficie genera nubes polínicas que alcanzan la ciudad de Alicante y provocan registros diarios inusualmente altos. En este estudio, se plantea que la magnitud de emisión en las áreas fuente determina la carga polínica final en destino, permitiendo identificar la procedencia de los episodios de mayor riesgo clínico.

**Material y métodos**

Se incluyen en el estudio los días con registros de polen de olivo >100 polen/$m^3$ (106 días, Figura 1). El movimiento de las masas de aire con destino Alicante (a 500 m, cada 2 horas) se simulan hacia atrás (36 h) mediante HYSPLIT y se identifican los "días puros" (con origen en una sola región de origen).

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

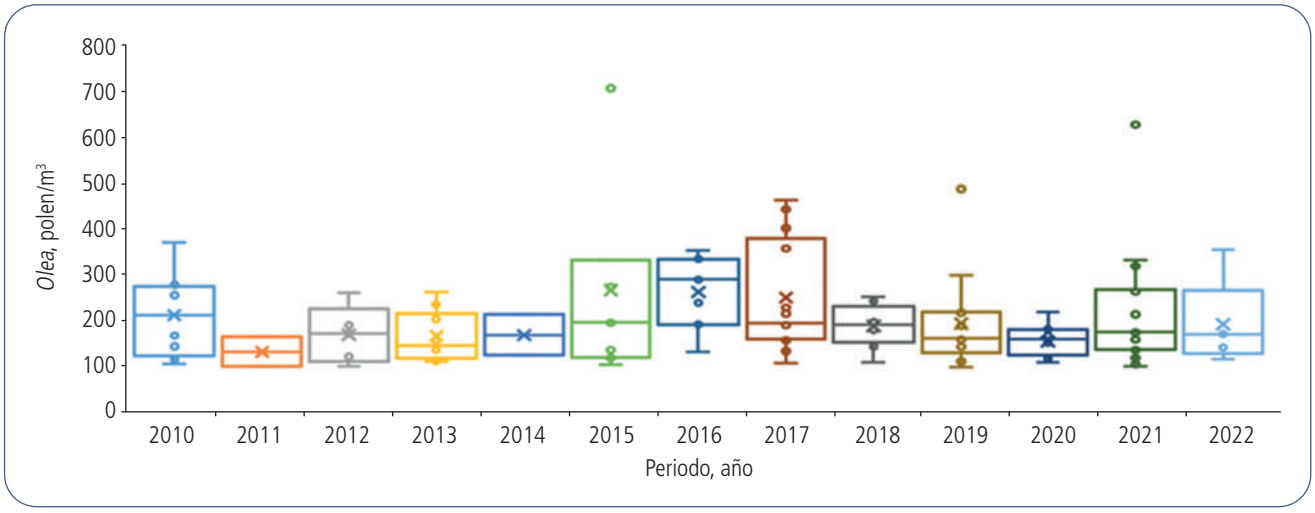



**Figura 1.** Distribución anual de los días que registraron concentraciones de polen de olivo >100 polen/m³ en Alicante (2009-2022).

Los niveles de polen en las regiones de origen se obtienen de la SEAIC. La estimación y cuantificación de las concentraciones pico registradas en Alicante se realiza considerando los niveles en origen (día 0, día -1, media semanal).

**Resultados**

Se identifican 8 masas de aire, 3 rápidas y en altura procedentes de la vertiente cantábrica y Atlántica; 3 más lentas y por debajo de 1000 m desde el oeste (Andalucía/Extremadura) y del norte (Cataluña); 2 mucho más lentas y bajas desde el este (Baleares) o el sur (Murcia) (Figura 2). De los días a estudio, el 47% se identificaron como puros: oeste (34), norte (7), este (5) y sur (4).

**Conclusión**

La concentración de polen de olivo que llega a Alicante desde la región de origen (Andalucía, Extremadura o Cataluña) no solo depende de los niveles polínicos de origen, sino también de la hora, la altura y la velocidad a la que atraviesan dicha región/ciudad.

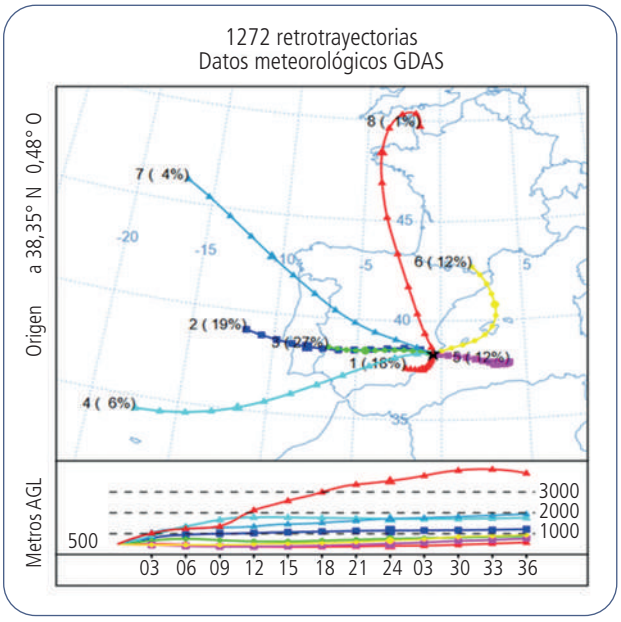



**Figura 2.** Masas de aire que llegan a Alicante a 500 m los días con registro de polen de olivo >100 polen/m³, identificadas por número y colores (cada una representa la trayectoria promedio de las retrotrayectorias agrupadas en esa dirección y entre paréntesis el porcentaje que representa). En la parte inferior se representa la altura a la que se mueven las masas de aire y su ubicación a intervalos de 3 horas.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a alimentos

## Alergia a manzana asociada a proteínas reguladas por giberelinas: un reto diagnóstico

Arrien de Lecea Á[1,2], Escudero Díez C[3], Goikoetxea Lapresa MJ[4], Galán Díez T[5], Martínez Martínez MJ[5], Toscano de las Heras T[6]

[1] Hospital Infantil Universitario Niño Jesus, Madrid
[2] Hospital Universitario Cruces, Bilbao
[3] Hospital Infantil Universitario Niño Jesus, Madrid
[4] Clínica Universidad de Navarra, Pamplona
[5] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid
[6] Clínica universidad de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

Las proteínas reguladas por giberelina (GRP) constituyen una familia emergente de alérgenos vegetales asociados a reacciones sistémicas, frecuentemente dependientes de cofactores. En manzana, su baja representación en extractos comerciales dificulta su diagnóstico. Presentamos dos casos de anafilaxia por manzana en los que se demostró sensibilización a GRP.

**Material y métodos**

Se evaluaron dos pacientes (20 y 12 años) con antecedentes de reacciones sistémicas tras ingestión de manzana con piel, ambas asociadas al ejercicio (oFASS-3 y oFASS-4). Las dos presentaban rinoconjuntivitis estacional y sensibilización a *Cupressus arizonica*.

Se realizaron *prick* y *prick-prick* con manzana fresca, IgE específica frente a extractos y componentes de manzana y melocotón (incluyendo Pru p 7), provocación oral controlada (POC) sin cofactores y caracterización molecular mediante SDS-PAGE e IgE-Western blot, con estudios de inhibición utilizando la proteína de referencia Snakin-1 (GRP).

**Resultados**

El *prick-prick* con manzana fresca fue positivo en ambas pacientes, mientras que los extractos comerciales y Mal d 3 fueron negativos. Se objetivó sensibilización a Pru p 7 (21,6 y 24,8 $kU_A/L$) y a Cup a 1 (69,4 y 37,6 $kU_A/L$).

Las POC realizadas en reposo confirmaron reactividad a manzana cruda y cocinada en la paciente 1 (oFASS-2) y tolerancia a manzana cocinada en la paciente 2 (no se realizó provocación con manzana cruda).

El Western blot mostró unión de IgE en ambos pacientes a una banda de 10-15 kDa en manzana, melocotón y naranja, exclusivamente en condiciones no reductoras. La inhibición con Snakin-1 confirmó el reconocimiento de GRP como alérgeno responsable.

**Conclusión**

La alergia a manzana mediada por GRP representa una entidad emergente asociada a reacciones sistémicas,

**Tabla.** Características demográficas, clínicas y pruebas cutáneas y serológicas.

| | Paciente 1 | Paciente 2 |
|---|---|---|
| Datos clínicos | | |
| Edad (años) | 20 | 2 |
| Sexo | F | F |
| Etnia | Caucásica | Caucásica |
| Reacción alérgica a la manzana | | |
| oFASS-5 | 3 | 4 |
| Número de reacciones | 1 | 2 |
| Adrenalina | No | Sí |
| Cofactor | Sí | Sí |
| Prueba cutánea (mm) | | |
| *Prick* (extractos comerciales) | | |
| SPT manzana | | |
| Piel (150 mcg prot./mL) | NR | 0 |
| Pulpa (150 mcg prot./mL) | NR | 0 |
| *Prick by prick* manzana | | |
| Piel | 4 | 2 |
| Pulpa | 4 | 4 |
| Datos serológicos | | |
| IgE total ($kU_A/L$) | 645 | 415 |
| IgE específica ($kU_A/L$) | | |
| Manzana | 0,42 | 0,13 |
| rMal d 1 (PR-10) | 0,00 | <0,1 |
| rMal d 3 (LTP) | 0,05 | <0,1 |
| Melocotón | NR | 0,85 |
| rPru p 1 (PR-10) | 0,01 | <0,1 |
| rPru p 3 (LTP) | 0,08 | <0,1 |
| rPru p 4 (profilina) | 1,86 | <0,1 |
| rPru p 7 (GRP) | 21,6 | 24,8 |
| Naranja | NR | 4,25 |
| nCup a 1 | 69,4 | 37,6 |
| POC[a] | | |
| Manzana (piel + pulpa) | | |
| Fresca | Positivo (2 unidades) o-FASS5: FASS-2 | NR |
| Cocinada | Positivo (horneada, 1 unidad) o-FASS5: FASS-2 | Negativo (compota, 1 unidad) |

Abreviaturas: F, femenino; mm, diámetro medio de la pápula en milímetros; SPT, prueba cutánea por punción (skin *prick test*); NR, no realizado; GRP, proteína regulada por giberelina; LTP, proteína transportadora de lípidos; POC, provocación oral controlada; PR-10, proteína relacionada con la patogénesis de clase 10.
[a]Todas las POC se realizaron sin actividad física posterior.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

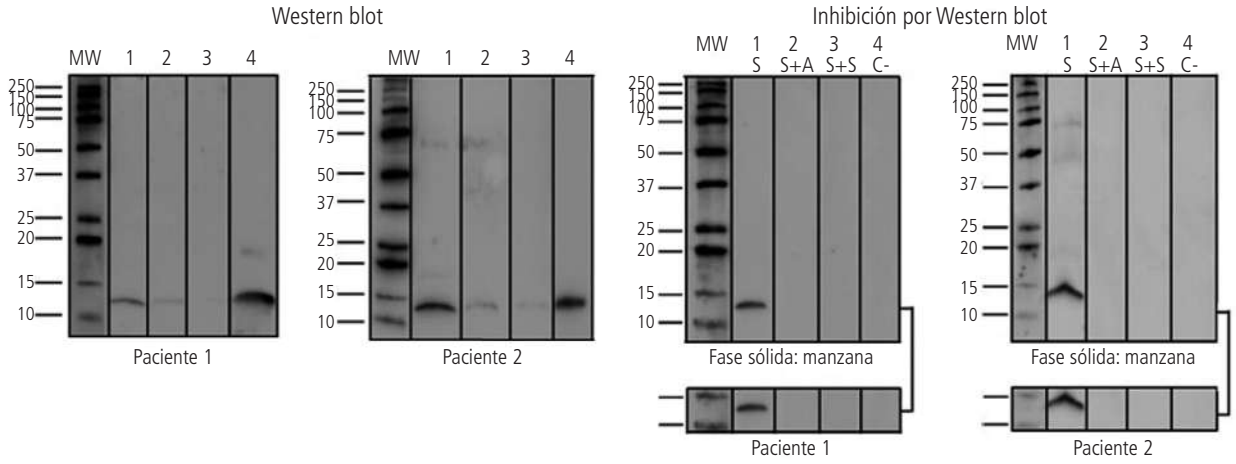



**Figura.** Western blot de IgE y ensayos de inhibición. Carril 1, manzana. Carril 2, melocotón. Carril 3, naranja. Carril 4, Snakin-1. La unión de IgE se observó únicamente en condiciones no reductoras (izquierda). Panel de inhibición de Western blot: extracto de manzana en fase sólida. Carril 1, suero. Carril 2, suero + manzana. Carril 3, suero + Snakin-1. Carril 4, control negativo.

frecuentemente dependientes de cofactores y vinculada a sensibilización a cupresáceas. La ausencia de GRP en los extractos comerciales y la limitada disponibilidad de diagnóstico molecular favorecen su infradiagnóstico. Su reconocimiento es fundamental para identificar adecuadamente pacientes en riesgo de nuevas anafilaxias.

## Angioedema labial y palpebral por sensibilización a salmón y trucha

Rodríguez Paredes A, Pérez Herrero MC, Blanco Reinosa MB, Camazón Izquierdo B, Santos Vicente F

Complejo Asistencial Universitario de León, León

**Objetivo/Introducción**

Mujer de 20 años de edad que presenta episodios de angioedema labial y a veces también palpebral a los pocos minutos de comer salmón o trucha (normalmente cocinados). Los síntomas remiten sin tratamiento en unas horas. Tolera sin problemas el consumo de cualquier otro tipo de pescado. La paciente trabaja en una fábrica donde envasan sushi. Ella se encarga de preparar y colocar el salmón crudo. La paciente no refiere presentar ninguna sintomatología alérgica en su medio laboral.

**Material y métodos**

Se solicita la determinación de IgE específicas frente a distintos pescados y el *Anisakis*. Asimismo, se realiza *prick* test frente a *Anisakis* y diversos extractos comerciales de pescados disponibles en nuestro servicio. Finalmente, se realiza *prick prick* frente a diversos pescados, incluidos los implicados, tanto crudos como cocidos.

**Resultados**

- IgE específicas frente a *Anisakis*, bacalao, boquerón: negativas.
- IgE específicas frente a salmón 2,29 kU/L, trucha 1,42 kU/L, atún 0,56 kU/L, sardina 0,43 kU/L, merluza 0,67 kU/L.
- *Prick test* frente a *Anisakis*, pescado blanco y azul, merluza: negativos
- *Prick-prick* (crudo y cocido) frente a sardina, atún, merluza, bacalao, dorada, lubina, emperador: negativos.
- *Prick-prick* (crudo y cocido) frente a salmón y trucha: positivos.

**Conclusión**

Presentamos el caso de una paciente que presenta episodios de angioedema labial-palpebral por sensibilización clínica específica a pescados de la familia *Salmonidae* (salmón y trucha).

Es posible que la paciente se haya sensibilizado en su medio laboral ya que ella trabaja manipulando salmón crudo para preparar sushi. Sin embargo, la paciente no presenta ninguna clínica alérgica en su puesto de trabajo. Se recomendó a la paciente que evitase únicamente el consumo de salmón y trucha, dado que toleraba sin problemas el consumo de cualquier otro tipo de pescado.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Anafilaxia por sensibilización al champiñón

Rodríguez Paredes A, Pérez Herrero MC, Camazón Izquierdo B, Blanco Reinosa MB, Santos Vicente F

Complejo Asistencial Universitario de León, León

**Objetivo/Introducción**

Mujer de 20 años de edad que, tras comer champiñones y coliflor, presenta a los 30 minutos disnea, tos seca, rinoconjuntivitis, angioedema facial y dificultad para la deglución. El cuadro remitió sin tratamiento alguno en unas horas. Ocho días después comió únicamente champiñones, presentando a los 30 minutos un cuadro similar al descrito, y además urticaria generalizada, edema de lengua y prurito palmoplantar. Este segundo cuadro fue tratado de urgencia y remitió en unas horas con antihistamínicos y corticoides parenterales. Posteriormente no ha vuelto a consumir ni coliflor ni champiñón. No presenta síntomas de rinoconjuntivitis y/o asma bronquial.

**Material y métodos**

IgE específica frente a coliflor, col, champiñón, *Anisakis*.

*Prick test* frente a batería alimentaria y de alérgenos ocultos y frente a neumoalérgenos habituales incluidos hongos.

*Prick-prick* frente a col, coliflor, champiñón, seta de cardo.

Prueba de tolerancia oral controlada con coliflor.

**Resultados**

- IgE específica frente a champiñón, col, coliflor, *Anisakis*: negativas.
- *Prick test* frente a pólenes de gramíneas, árboles, malezas, ácaros y epitelios de gato y perro, *Cladosporium*: negativos.
- *Prick test* frente a *Alternaria* y *Aspergillus*: positivos.
- *Prick test* frente a batería alimentaria (trigo, cebada, maíz, mostaza, soja, tomate, cacahuete, almendra, nuez de nogal, apio, *Anisakis*, látex, gamba, leche de vaca, clara de huevo, bacalao): negativos.
- *Prick-prick* frente a col, coliflor: negativos.
- *Prick-prick* frente a champiñón, seta de cardo: positivos.

Se realizó la administración oral controlada de coliflor que la paciente toleró sin problemas.

**Conclusión**

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de anafilaxia por sensibilización frente al champiñón. La paciente estaba sensibilizada a otras setas y también a hongos ambientales. Se le recomendó evitar el consumo de todo tipo de setas o de cualquier alimento que pudiera contener mohos u hongos en su composición, como pueden ser quesos azules o algunos otros tipos de quesos (o su corteza) o pieles de embutidos, por ejemplo.

## Actuación de enfermería en el estudio y diagnóstico de una posible sensibilización a frutos secos en una consulta de alergología

García Álvarez MP, Herrero Crespo AM, Arenillas Villacorta RA

Complejo Asistencial Universitario de León, León

**Objetivo/Introducción**

En la práctica clínica de alergología, la sensibilización mediada por IgE no siempre implica alergia clínica. La función de enfermería es determinante en la correcta realización de las pruebas aplicadas a los pacientes para conseguir un diagnóstico correcto y evitar restricciones dietéticas innecesarias.

**Material y métodos**

Se realiza un estudio alergológico en 17 pacientes con sospecha de una posible sensibilización a frutos secos.

Se emplean técnicas de *prick* (*prick test* y *prick-prick*) y prueba de tolerancia oral controlada con los frutos secos implicados en los cuadros con sospecha alérgica (almendra, avellana, cacahuete, nuez nogal, semilla de girasol). Se registraron las reacciones adversas y la tolerancia clínica, siguiendo los protocolos de seguridad de la unidad.

**Resultados**

La mayor tasa de positividad mediante las técnicas de *prick test* se obtuvo con la nuez (41% de los pacientes) y la almendra (35%).

Se realizó prueba de tolerancia a 13 pacientes. El 35% de los pacientes con *prick* positivo toleraron la administración del fruto seco implicado. Un 23% presentó reacciones positivas en la provocación, fundamentalmente eritema facial, rinoconjuntivitis o angioedema (2 a almendra, 4 a nuez, 2 a avellana y uno a semilla de girasol). Dos pacientes tuvieron síntomas con más de un fruto seco.

Dos de los pacientes que presentaron síntomas con la administración de los frutos secos tenían *prick test* negativos.

**Conclusión**

La labor de enfermería es crítica para garantizar la fiabilidad del estudio y la seguridad del paciente durante las pruebas de tolerancia.

El estudio confirma que las técnicas de *prick* poseen una alta sensibilidad en el estudio de una posible sensibilización a frutos secos pero una especificidad moderada (tiende a dar falsos positivos e incluso en ocasiones falsos negativos) por lo que la prueba de tolerancia con el alimento sospechoso sigue siendo el *gold estándar* de este tipo de estudios.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Cuidados de enfermería en pacientes con alergia alimentaria (enfoque NANDA)

Arenillas Villacorta RA, Herrero Crespo AM, García Álvarez MP

CAULE, León

**Objetivo/Introducción**

La alergia alimentaria es una reacción inmunológica adversa a ciertos alimentos que puede variar desde síntomas leves hasta cuadros graves como la anafilaxia. Representa un problema de salud relevante que requiere atención oportuna y segura. El personal de enfermería juega un papel fundamental en la identificación de riesgos, prevención de complicaciones y educación del paciente, utilizando como base la taxonomía NANDA para estandarizar los cuidados.

*Objetivo:* Describir los cuidados de enfermería en pacientes con alergia alimentaria mediante el uso de diagnósticos NANDA, con el fin de prevenir reacciones adversas, garantizar la seguridad del paciente y promover su autocuidado.

**Material y métodos**

Se realiza una valoración integral del paciente, identificando antecedentes alérgicos, alimentos desencadenantes y signos clínicos. A partir de esta valoración, se establecen diagnósticos NANDA como: "Riesgo de respuesta alérgica", "Deterioro de la integridad cutánea", "Patrón respiratorio ineficaz" y "Riesgo de *shock*".

**Resultados**

Las intervenciones de enfermería incluyen: vigilancia de signos y síntomas, control de la dieta evitando alérgenos, administración de medicamentos prescritos (antihistamínicos, corticoides y adrenalina) y monitorización continua en casos graves. Además, se enfatiza la educación del paciente y de su familia sobre la prevención, lectura de etiquetas, evitación de contaminación cruzada y uso correcto de autoinyectores de adrenalina.

**Conclusión**

El abordaje de enfermería basado en NANDA permite una atención sistematizada y eficaz en pacientes con alergia alimentaria. La identificación temprana de riesgos, junto con la educación y vigilancia continua, contribuye a prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida del paciente.

## FPIES atípica por lenteja en una paciente de edad avanzada: presentación clínica y diagnóstico

Rodríguez Jiménez B, Muñoz García E, Veza Perdomo S, Flores Infante C, Morales Castillo ML, Martín Rincón P

Servicio de Alergología. Hospital Universitario de Getafe, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) es una forma no mediada por IgE de alergia alimentaria, habitual en la infancia y menos frecuente en adultos. En los últimos años ha habido un aumento en la incidencia de FPIES, lo cual se atribuye a su creciente reconocimiento, aunque la prevalencia de la enfermedad no está bien establecida. Los casos de FPIES atípica, en los que coexiste sensibilización IgE, constituyen un fenotipo infrecuente pero clínicamente relevante, al asociarse a mayor persistencia y potencial gravedad.

**Material y métodos**

Presentamos el caso de una mujer de 80 años, sin antecedentes alergológicos, que acude al servicio de alergología remitida desde el servicio de digestivo porque desde hace 6 meses presenta episodios repetidos de vómitos a las 60-90 min tras la ingesta de lentejas, con resolución espontánea en varias horas y sin necesidad de medicación ni acudir al servicio de urgencias. No refiere lesiones cutáneas en ninguno de los episodios. Tolera el resto de leguminosas sin problemas.

**Resultados**

Se realizaron pruebas cutáneas en *prick* con batería de legumbres (LETI Pharma), siendo positivas para lenteja (9 × 6 mm). En el estudio *in vitro* presentaba IgE total de 205 kU/L. Se determinó IgE específica (ImmunoCAP™) con los siguientes alérgenos: lenteja 1,11 kU/L; garbanzo 1,60 kU/L; guisante 1,20 kU/L; judía blanca 1,97 kU/L.

**Conclusión**

Se presenta un caso de FPIES atípica por lenteja en edad adulta, con sensibilización IgE, pero clínica exclusivamente gastrointestinal. La coexistencia de IgE específica requiere un seguimiento estrecho por el riesgo de evolución del fenotipo. Es importante considerar FPIES en el diagnóstico diferencial en adultos con vómitos recurrentes posprandiales.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Caracterización molecular de alérgenos alimentarios en un caso de sospecha de alergia a la miel y la mostaza

Quiñones Obando ML[1], Ruiz Valero M[1], Tsopana Granatello A[1], Moreno Fernández A[1], Fernández Fernández AE[2], Pineda de la Losa F[2]

[1] Hospital Universitario de Cuenca, Cuenca
[2] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones alérgicas a la miel son infrecuentes y, en la mayoría de los casos, se relacionan con sensibilizaciones a pólenes u otros componentes presentes en su composición. Su diagnóstico puede resultar complejo cuando los resultados de las pruebas *in vivo* e in *vitro* no son concordantes, lo que hace necesario recurrir a estudios moleculares avanzados para identificar las proteínas implicadas.

**Material y métodos**

Mujer de 69 años en tratamiento con rosuvastatina que presentó un episodio de anafilaxia (odinofagia, disnea y urticaria generalizada) tras ingerir una ensalada con miel y mostaza, entre otros ingredientes. Se realizaron pruebas cutáneas con extractos comerciales, *prick-prick*, determinación de IgE específica. Se obtuvieron extractos proteicos de miel de flores y de romero, mostaza y maíz. Se evaluó el perfil proteico mediante SDS-PAGE y el perfil alergénico mediante IgE-Western blot utilizando el suero de la paciente.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas para miel y maíz, con una IgE específica de 0,72 $kU_A/L$ para mostaza. El SDS-PAGE mostró bandas predominantes de 50-75 kDa en las mieles y de 10-15 kDa en la mostaza. El Western blot fue negativo para los extractos de miel y maíz, pero reveló una banda positiva de 12 kDa en la mostaza, que podría identificarse como la proteína nsLTP Sin a 3. Se hipotetiza que el tratamiento con estatinas de la paciente podría haber interferido en los resultados, puesto que tienen efecto inmunomodulador y antiinflamatorio, afectando a la detección serológica.

**Conclusión**

Se confirma la sensibilización a miel, maíz y mostaza, observando el reconocimiento de una banda que podría corresponder a Sin a 3 como alérgeno relevante en este cuadro. La falta de reconocimiento en el Western blot para la miel sugiere una posible pérdida de epítopos conformacionales durante la técnica o una baja sensibilidad del ensayo influenciada por el efecto inmunomodulador de la medicación concomitante.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a chía (*Salvia hispanica*): implicación de proteínas de almacenamiento y reactividad cruzada con otras semillas

Vatnani Moolchandani V[1], Hernández Suárez HR[1], Sanz Gómez N[2], Gutiérrez Hernández M[2], Ortega Rodríguez NR[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria
[2] Departamento de Diagnóstico de Precisión, I+D, Laboratorios Diater, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La chía (*Salvia hispanica*) es una semilla cuyo consumo se ha incrementado, pero su perfil alérgico está poco definido. Los principales alérgenos de la chía son proteínas de almacenamiento similares a las de otras semillas, lo que plantea la posibilidad de reactividad cruzada.

**Material y métodos**

Se describe el caso de una paciente que, tras consumir pan con chía, presentó picor cutáneo, urticaria y angioedema palpebral, mejorando tras tratamiento con corticoides y antihistamínicos.

Se realizaron pruebas cutáneas (*prick*) con harinas, frutos secos, semillas y *prick-prick* con chía, mostrando positividad solo para chía. Posteriormente, se amplió el estudio a otras semillas, con positividad para sésamo y lino. Se determinaron IgE específicas mediante ImmunoCAP™ y ALEX[2]. Los extractos de chía, sésamo, lino, cacahuete, nuez y *Plantago ovata* se prepararon mediante trituración y suspensión, analizándose su concentración proteica por el método de Bradford.

Se realizó SDS-PAGE e *immunoblot* para detectar la unión de IgE a las proteínas de los extractos.

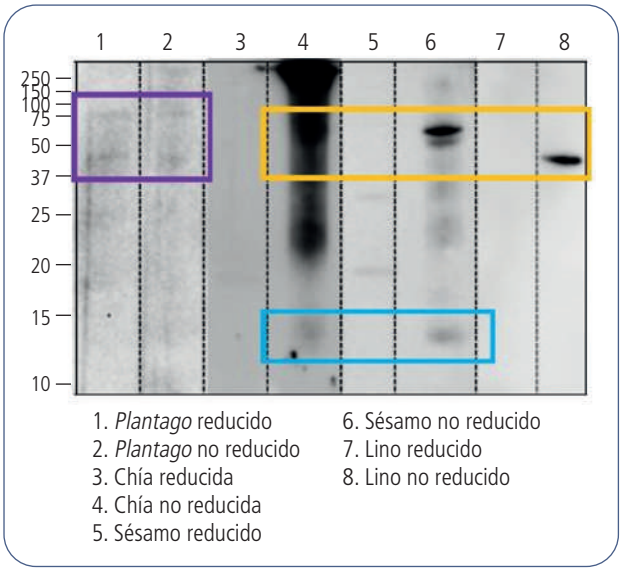



**Figura 2.** Perfil alergénico. *Immunoblot.*

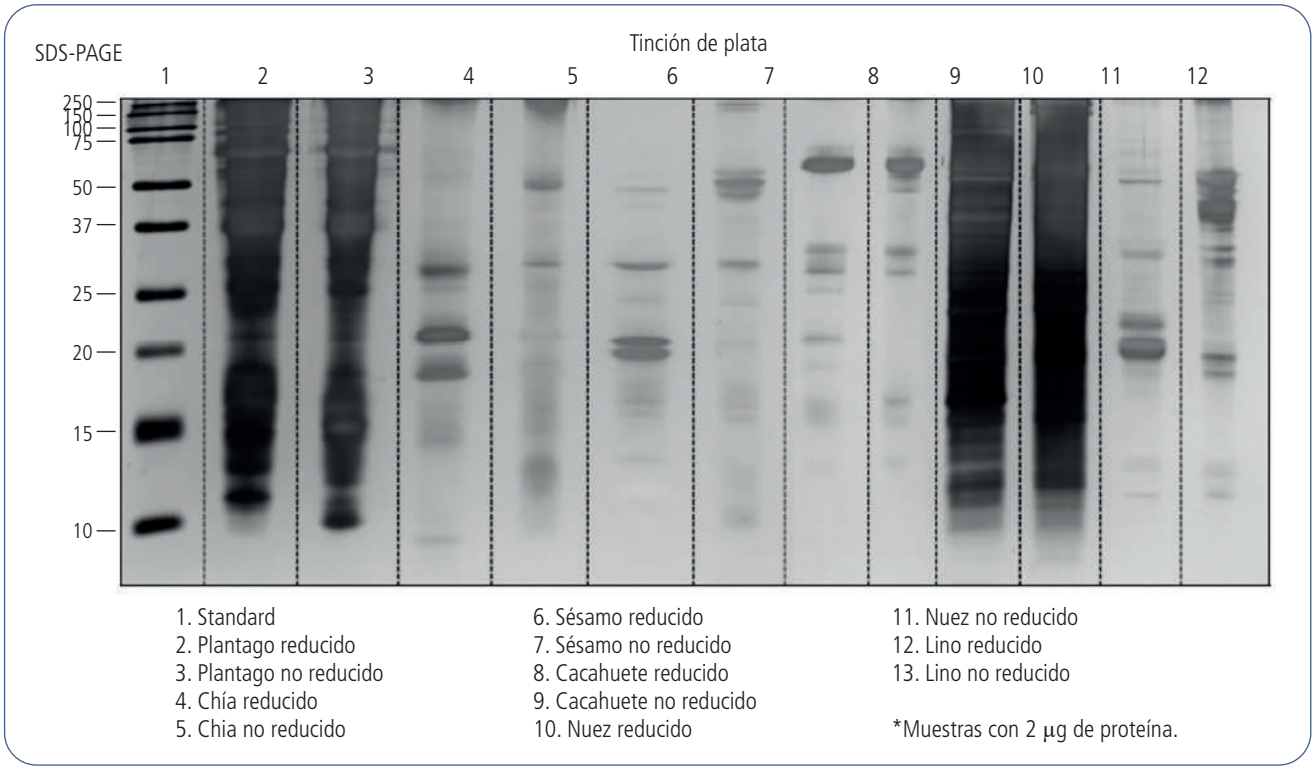



**Figura 1.** Perfil electroforético (SDS-PAGE).

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas para sésamo, chía y lino, y negativas para frutos secos.

El estudio *in vitro* reflejó IgE total de 550,4 UI/m y específica a *Plantago ovata* 4,19 $kU_A/L$; y por ALEX[2]: sésamo 8,91 $kU_A/L$, Ses i 1 34,3 $kU_A/L$, con positividad leve para Ara h 6, Ber e 1, cebada y girasol.

El *immunoblot* identificó bandas (kDa) compatibles con 11S globulinas, 7S vicilinas y 2S albúminas, con patrones similares entre chía y sésamo. Además, se detectó sensibilización al extracto del lino con una banda compatible con la globulina 11S.

**Conclusión**

La positividad para chía, sésamo y lino sugiere reactividad cruzada debida a proteínas de almacenamiento, relevante para el manejo dietético y seguimiento.

Es esencial identificar los alérgenos específicos para orientar el tratamiento y prevenir futuras reacciones.

## Angioedema y urticaria inducidos por contacto e ingesta de quesos: un reto diagnóstico poco común

Méndez Infante RJ[1,2], Prat Vergés L[3], Escobar Bolaños C[1]

[1] Hospital Dr. Josep Trueta, Girona
[2] Sanna, Centre de Salut, Girona
[3] Hospital Santa Caterina, Girona

**Objetivo/Introducción**

La alergia alimentaria a quesos puede deberse tanto a proteínas lácteas como a contaminantes biológicos incluyendo hongos usados en la maduración. Los quesos curados y azules contienen especies fúngicas que pueden actuar como alérgenos y generan reacciones inmediatas o tardías en individuos sensibilizados.

**Material y métodos**

Mujer de 24 años que, desde hace varios años, presenta episodios recurrentes de prurito orofaríngeo y angioedema palpebral en relación con la ingesta de fuet, queso de cabra y queso tipo Roquefort. El angioedema palpebral también aparece tras el contacto con dichos alimentos y posterior manipulación facial.

Tolera leche de vaca entera, quesos sin corteza tipo Cheddar, Edam y yogures.

Se realiza estudio alergológico con *prick test*, analítica sanguínea y *prick by prick*.

**Resultados**

- *Prick test* de alimentos: negativa.
- *Prick test* a neumoalérgenos: *Lepidoglyphus* 3 × 4 mm, *Plantago* 4 × 3 mm, *Olea* 11 × 7 mm, *Betula* 3 × 4 mm y histamina 8 × 8 mm.
- *Prick-prick*: queso Brie (piel), pápula 15 × 8 mm/25 × 30 mm; queso Roquefort parte interna 4 × 5 mm/25 × 30 mm; queso Roquefort parte azul 10 × 18 mm/30 × 30; piel de fuet 15 × 10/30 × 30.

**Conclusión**

La alergia a quesos contaminados por hongos, especialmente de maduración mediante mohos (p. ej., *Penicillium*), es una entidad poco frecuente pero probablemente infradiagnosticada.

La sensibilización a hongos puede manifestarse clínicamente tras la ingesta o incluso el contacto con alimentos contaminados, produciendo síntomas cutáneos y orofaríngeos.

La tolerancia a productos lácteos no contaminados o a quesos sin corteza/maduración fúngica orienta hacia una alergia específica a proteínas de mohos más que a proteínas de la leche.

El *prick test* con extractos de hongos puede ser útil en el diagnóstico, aunque debe interpretarse en el contexto clínico.

El manejo se basa en la evitación selectiva de alimentos implicados, con buena evolución clínica en la mayoría de los casos.

Es importante considerar esta entidad en pacientes con síntomas alérgicos relacionados con alimentos fermentados o curados.

**Tabla.**

| Negativo | Positivo | Otros |
|---|---|---|
| Alfa-lactoalbúmina | *Penicillium notatum* | |
| Beta-lactoglobulina | 6,69 kU/L | IgE total: 49,60 kU/L |
| Leche de vaca | Quesos con moho | |
| Leche de cabra | (Camembert, Brie, Gorgonzola, Roquefort) | |
| *Lepidoglyphus* | 1,11 kU/L | |
| *Plantago* | | |
| *Betula verrucosa* | | |
| *Fraxinus* | | |
| Ole e 1 | | |
| Quesos (cheddar, manchego) | | |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

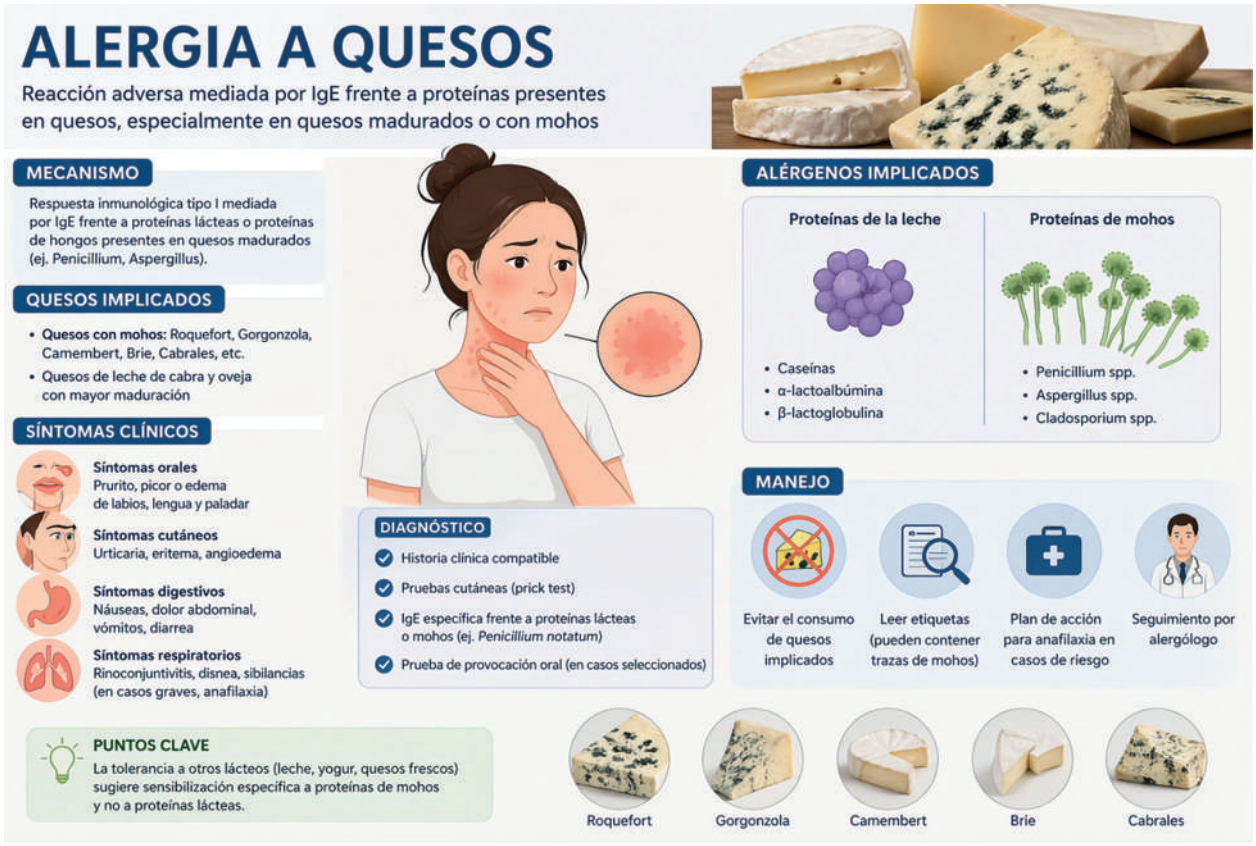



**Figura.**

Volver al índice

## ¿En qué te puede ayudar tu enfermera si tienes alergia alimentaria?

Gómez García M

Hospital Universitario Clínic Barcelona, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

El objetivo de este póster es dar a conocer a los pacientes y sus familias el papel de la enfermera en el proceso de la alergia alimentaria (AA).

Se ha escogido el formato de infografía para facilitar una presentación visual y rápida de las funciones de enfermería, permitiendo identificar de forma clara en qué aspectos puede solicitarse ayuda a lo largo del proceso clínico relacionado con la AA. Por ello, se plantea la creación de una infografía de acompañamiento para pacientes y familias con AA que unifique las principales áreas de intervención del profesional de enfermería.

**Material y métodos**

Diseño de una infografía en formato póster donde se describen las diferentes áreas de actuación de la enfermera en pacientes con AA: pruebas diagnósticas (*prick test* con alérgenos comerciales, *prick by prick* y pruebas de exposición oral); reconocimiento de signos y síntomas de reacción alérgica; kit de emergencias (medicación oral, inhalatoria y autoinyectores de adrenalina); consejos alimentarios (dietas de eliminación, prevención de contaminaciones cruzadas); tratamientos específicos (inmunoterapia oral y tratamientos biológicos); y enlaces de interés a sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

**Resultados**

Se elabora un póster con imágenes y textos divulgativos sobre la alergia alimentaria, destinado a su utilización en consultas, unidades asistenciales y ámbitos formativos de enfermería.

**Conclusión**

La alergia alimentaria es una patología potencialmente grave que genera un alto nivel de preocupación en pacientes y familias. La creación de esta infografía puede contribuir a reducir el miedo asociado a la enfermedad, aumentar el conocimiento y potenciar una mayor autonomía y autocontrol en su manejo.

## Caracterización y perfil etiológico de las pruebas de provocación oral con alimentos en el área de salud de Plasencia

Reyero Hernández MDM, Nieto Reyero JA, San Martín García L, Boza Cabrera AM, Domínguez Domínguez E, Blanco Pérez RM

Servicio Extremeño de Salud, Plasencia, Cáceres

**Objetivo/Introducción**

Las pruebas de provocación oral con alimentos constituyen el estándar de referencia para el diagnóstico y seguimiento de la alergia alimentaria, permitiendo confirmar o descartar la tolerancia en pacientes sensibilizados.

*Objetivo:* Describir el perfil clínico y etiológico de las pruebas de provocación oral con alimentos realizadas en el hospital de día de alergología a los pacientes del Área de Salud de Plasencia.

**Material y métodos**

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, procediendo a la identificación de las pruebas de provocación oral con alimentos realizadas en el hospital de día de alergología del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, durante el año 2025.

**Resultados**

Se registraron 687 procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. De estos, el 64,5% correspondieron a pruebas cutáneas y/o de provocación con medicamentos, el 18,2% a pruebas cutáneas y/o inmunoterapia con venenos de himenópteros, y el 17,3% a pruebas de provocación oral con alimentos.

Se realizaron pruebas de provocación oral con alimentos a 119 pacientes, correspondiendo el 62,2% al sexo masculino y el 37,8% al sexo femenino. La distribución por grupos de alimentos fue la siguiente: el 52,10% se realizaron con huevo (44 varones y 18 mujeres), el 20,17% con leche (14 varones y 10 mujeres), el 16,81% con frutos secos (11 varones y 9 mujeres), el 6,72% con pescados y mariscos (6 varones y 2 mujeres), el 2,52% con frutas (2 varones y 1 mujer) y el 1,68% con legumbres (2 varones).

**Conclusión**

Las pruebas de provocación oral con alimentos en el Área de Salud de Plasencia se realizaron mayoritariamente con huevo y leche, que juntos representan más del 70% de la actividad en este ámbito. Estas pruebas se llevaron a cabo en población pediátrica, lo cual es consistente con la epidemiología conocida de la alergia alimentaria en la infancia. Se observó un predominio de pacientes del sexo masculino en todos los grupos de alimentos analizados.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Anafilaxia por semillas de lino: caracterización clínica y molecular

Tsopana Granatello A[1], Ruiz Valero M[1], Quiñones Obando ML[1], Moreno Fernández A[1], Galán Díez T[2], Pineda de la Losa F[2]

[1] Hospital Universitario de Cuenca, Cuenca
[2] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a semillas de lino (*Linum usitatissimum*) es poco frecuente, aunque potencialmente grave, y su caracterización molecular es limitada. Presentamos un caso clínico con estudio alergénico detallado.

**Material y métodos**

Mujer de 40 años con antecedentes de rinoconjuntivitis estacional y sensibilización a LTP, que presenta reacción inmediata sistémica compatible con anafilaxia tras ingesta accidental de alimento contaminado con semillas de lino. Se realizaron pruebas cutáneas estándar y *prick-prick* con alimentos implicados, determinación de IgE específica sérica y estudio del perfil proteico y alergénico de lino mediante SDS-PAGE e IgE-Western blot en condiciones reductoras y no reductoras.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas para semillas de lino (dorado y marrón), así como para otros alimentos vegetales, mientras que la IgE específica sérica mostró sensibilización a LTP y niveles bajos o negativos para otras semillas. El IgE-Western blot mostró reconocimiento en condiciones reductoras de cuatro bandas, dos de ellas con un peso molecular menor a 10 kDa, otra a 22 kDa y la última a 48 kDa. En condiciones no reductoras el perfil de bandas es muy diverso, destacando bandas de 13 kDa y 21 kDa. Estas bandas de menor peso molecular en ambas condiciones podrían corresponder a Lin u 1, también llamado conlinina (2S-albúminas), puesto que se ha descrito con un tamaño de 13 kDa, que tras el uso de un agente reductor se observa a 10 y 3 kDa. Por otro lado, las bandas de mayor tamaño corresponden probablemente a proteínas de almacenamiento, 11S-globulinas.

**Conclusión**

Se confirma sensibilización a semillas de lino, pudiendo estar mediada por proteínas de almacenamiento, 2S-albúminas y 11S-globulinas. Este caso subraya la relevancia de estudios moleculares para identificar alérgenos implicados en reacciones graves a alimentos poco habituales y mejorar el diagnóstico en alergia alimentaria compleja.

## Entre alergia y tóxico: desenmascarando una reacción tras congrio

López Abad R[1], Fernández Fernández AE[2], Pineda de la Losa F[2], Martín Lázaro J[1], García Paz V[1]

[1] Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones adversas tras la ingesta de pescado pueden deberse a mecanismos inmunológicos (alergia a proteínas del pescado o a *Anisakis simplex*) o no inmunológicos, como la escombroidosis. Diferenciarlas es clave para el diagnóstico y tratamiento, especialmente en pacientes con tolerancia previa. Este estudio analiza un caso de reacción tras ingesta de congrio en un paciente con dieta basada en pescado crudo y poco cocinado.

**Material y métodos**

Se evaluó a un paciente con reacción sistémica tras consumir congrio, mediante estudio alergológico completo: pruebas cutáneas, IgE específica y microarrays. Se prepararon extractos proteicos de congrio (crudo y cocinado) y *Anisakis simplex*, analizados mediante SDS-PAGE e IgE-Western blot con suero del paciente para identificar proteínas implicadas.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron negativas para pescado, pero positivas para *Anisakis*. El *prick-prick* fue positivo para la pieza implicada y negativo con otra distinta. La IgE específica fue negativa para pescado y positiva para *Anisakis* (Ani s 3 negativa en ALEX$^2$).

El Western blot reveló reconocimiento IgE exclusivo frente a proteínas de *Anisakis*, con bandas predominantes en ~15 kDa, ~37 kDa y ~40 kDa, compatibles con Anis s 8, Anis s 13 y Anis s 3. No hubo reconocimiento en extractos de congrio.

**Conclusión**

Estos hallazgos demuestran que la reacción no está mediada por las proteínas del pescado, sino probablemente por histamina (escombroidosis) o por contaminación por *Anisakis simplex* en la pieza ingerida.

La discordancia entre *prick-prick* positivo y Western blot negativo sugiere la presencia de epítopos conformacionales o contaminación parasitaria. Sin embargo, la anamnesis (la rotura de la cadena de frío y la tolerancia del paciente a otros pescados crudos) orienta hacia un mecanismo no inmunológico.

Este caso destaca la importancia de integrar la caracterización molecular e historia clínica para evitar diagnósticos erróneos y restricciones dietéticas innecesarias.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia recurrente por alergia a especias: el comino como alérgeno emergente

Planas Vinós M, Ribó González P, Giménez Licitra NM, Martínez Lezcano P, Monge González N, Casas Saucedo R

Hospital General de Granollers, Granollers, Barcelona

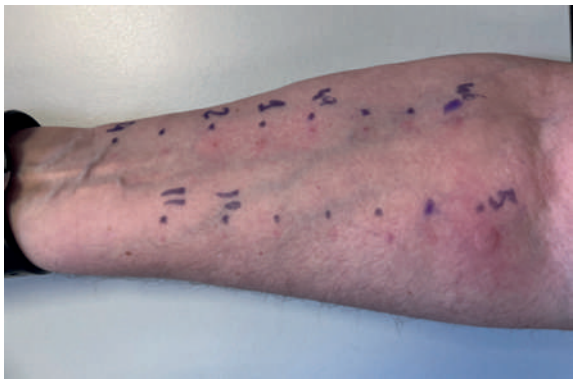


**Figura.** *Prick by prick* positivo a comino (número 5).

**Objetivo/Introducción**

La alergia a especias es una causa poco reconocida de anafilaxia, frecuentemente infradiagnosticada porque las especias pueden encontrarse como alérgenos ocultos en alimentos procesados. El comino (*Cuminum cyminum*), perteneciente a la familia *Apiaceae*, puede inducir reacciones IgE mediadas potencialmente graves.

El objetivo es describir un caso de anafilaxia recurrente asociada a múltiples exposiciones alimentarias, en el que se identifica el comino como alérgeno responsable.

**Material y métodos**

Mujer de 62 años, con antecedentes de rinoconjuntivitis alérgica, derivada para estudio de alergia alimentaria tras múltiples episodios de anafilaxia en los últimos 5 años. Las reacciones incluyeron prurito palmoplantar, urticaria generalizada, disnea y angioedema, requiriendo en varias ocasiones tratamiento con adrenalina intramuscular. Los episodios se asociaban a la ingesta de pipas de girasol, hummus, chips de kale con especias, aceite picante, entre otros alimentos procesados. Se realizó estudio alergológico con *prick test* a neumoalérgenos y alimentos, *prick by prick* con alimentos implicados, determinación de IgE total, triptasa basal y ampliación diagnóstica con estudio molecular (ALEX).

**Resultados**

El *prick test* mostró positividad para pólenes (*Olea* 6 × 10 mm, *Parietaria* 7 × 12 mm y artemisa 6 × 14 mm) y para pipas de girasol (4 × 4 mm). El *prick by prick* mostró una respuesta claramente positiva a comino (8 × 10 mm), siendo el resto de los alimentos negativos. El estudio molecular está en curso.

En conjunto, la historia clínica, la sensibilización a artemisa y la positividad a comino permitieron establecer el diagnóstico de alergia alimentaria IgE mediada a comino y pipas de girasol, en el contexto de síndrome polen-alimento.

**Conclusión**

Se presenta un caso de anafilaxia recurrente en el que el comino actúa como alérgeno oculto. Este caso resalta la dificultad diagnóstica de la alergia a especias y la necesidad de considerarlas en casos de anafilaxia de causa no filiada. La identificación precisa del alérgeno responsable es clave para establecer medidas de evitación y reducir el riesgo de nuevas reacciones graves.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Semillas de lino como alérgeno emergente: estudio de un caso clínico

Domingo González C[1], Acero Sainz S[1], Jiménez Blanco MA[1], García Grande Á[1], Martínez Martínez MJ[2], Pineda de la Losa F[2]

[1] Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a semillas de lino (*Linum usitatissimum*) es una entidad emergente con escasa caracterización molecular. Su diagnóstico puede ser complejo debido a la variabilidad clínica y a la limitada identificación de alérgenos implicados.

**Material y métodos**

Mujer de 42 años que presenta síntomas inmediatos (prurito oral, eritema labial y vómitos) tras ingesta de pan con semillas de lino, con tolerancia posterior a otros ingredientes. Se realizaron pruebas cutáneas con aeroalérgenos y alimentos, así como determinación de IgE específica sérica. Se obtuvo un extracto proteico de semillas de lino y se llevó a cabo el análisis del perfil proteico y alergénico mediante SDS-PAGE e IgE-Western blot en condiciones reductoras y no reductoras.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas para semillas de lino, con IgE específica sérica positiva (4,86 kU/L), confirmando la sensibilización. El perfil proteico mostró una banda predominante en torno a 23 kDa en condiciones reductoras y entre 37-50 kDa en condiciones no reductoras. El IgE-Western blot evidenció un reconocimiento diferencial según condiciones: una banda principal de 20 kDa en condiciones reductoras y múltiples bandas (50, 20 y 14 kDa) en condiciones no reductoras. La banda de menor peso molecular (~14 kDa) es compatible con la 2S-albúmina Lin u 1 (conlinina), principal alérgeno descrito en lino. La ausencia de bandas esperadas en condiciones reductoras sugiere reconocimiento de epítopos conformacionales.

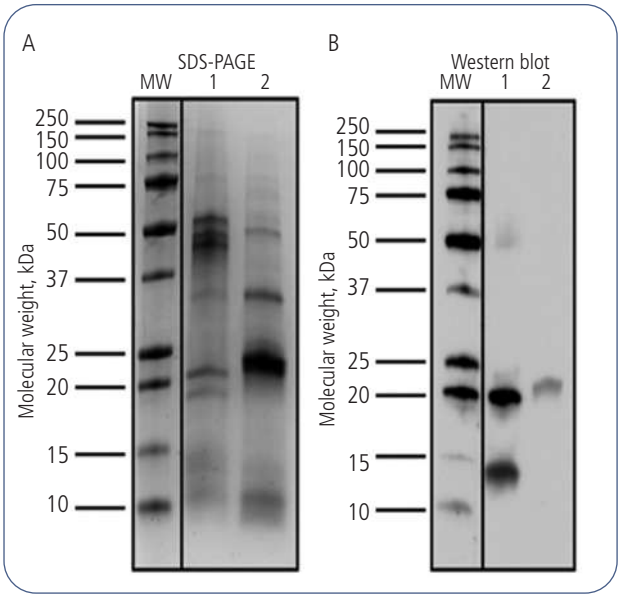



**Figura.** SDS-PAGE/IgE-Western blot. Semillas de lino en condiciones no reductoras (A) y reductoras (B).

**Conclusión**

Se confirma alergia a semillas de lino mediada por proteínas de almacenamiento, especialmente 2S-albúminas, con posible implicación de epítopos conformacionales.

Este caso resalta la heterogeneidad en la respuesta inmunológica frente al lino y la utilidad de técnicas moleculares para mejorar la caracterización alergénica en alimentos emergentes.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Alergia selectiva a proteínas de leche de cabra y oveja con tolerancia a leche de vaca

Martín Fernández E[1], Cabrera Hernández V[1], Peña Acevedo Y[1], López Fernández C[1], Galán Díez T[2], Pineda de la Losa F[2]

[1] Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a proteínas de leche de mamíferos se caracteriza por una elevada reactividad cruzada entre especies debido a homología estructural de sus principales alérgenos, especialmente las caseínas. Existen fenotipos clínicos poco frecuentes en los que se observa sensibilización selectiva a determinadas leches con tolerancia a otras. La caracterización molecular de estos casos es clave para una adecuada orientación diagnóstica.

**Material y métodos**

Varón que refiere varias anafilaxias tras la ingesta de queso de oveja y cabra y leche de cabra. Tolera leche y queso de vaca, mozzarella, carnes de vaca, cabra y oveja.

Pruebas cutáneas positivas para la leche de cabra y negativas a leche de vaca, ALA, BLG, caseína, BSA.

IgE total 1029 UI/mL, IgE>100 kU/L leche de cabra y oveja, leche de vaca 0,66 kU/L, caseina 32,4 kU/L.

Se prepararon extractos proteicos de leche de vaca, cabra y oveja, analizados mediante SDS-PAGE e IgE-Western blot en condiciones reductoras. Se realizó ensayo de ELISA inhibición para evaluar reactividad cruzada y potencia alergénica entre las distintas leches.

**Resultados**

El Western blot mostró reconocimiento IgE intenso frente a proteínas en el rango de las caseínas en leche de cabra y oveja. No se observó reactividad frente a proteínas de leche de vaca.

El ELISA confirmó mayor unión de IgE a leche de cabra y oveja en comparación con leche de vaca. El ELISA de inhibición evidenció una clara reactividad cruzada entre leche de cabra y oveja, con una mayor potencia biológica de la leche de cabra.

Estos resultados son consistentes con la elevada homología entre caseínas de cabra y oveja (predomina β-caseína A2), frente a una menor similitud estructural con las de vaca (predomina αs1-caseína).

**Conclusión**

Este caso demuestra la existencia de un patrón de sensibilización selectiva a leches de cabra y oveja mediado por caseínas (posiblemente β-caseína A2), con ausencia de reactividad frente a leche de vaca. Combinando técnicas inmunoquímicas podemos no solo confirmar la reactividad cruzada entre especies, sino también establecer diferencias en potencia alergénica con implicaciones clínicas directas.

## Urticaria tras ingesta de queso de cabra en paciente adulto con reciente diagnóstico de esofagitis eosinofílica

Santos Larrubia C[1], Vázquez Fuertes L[1], Aldama Marín IM[1], Toapanta Rea EZ[1], Bernaola Abraira M[1], Sanz Gómez N[2]

[1] Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid
[2] Laboratorios Diater, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Varón de 34 años que presenta urticaria generalizada y angioedema labial inmediato tras la ingesta de queso de rulo de cabra fresco con *Penicillium* y miel. Antecedentes de alergia a leche no IgE mediada en la infancia, actualmente resuelta. Dispepsia con diagnóstico de esofagitis eosinofílica (EoE), en tratamiento con IBP con mejoría histológica. Tolerancia a leche y queso de vaca madurado.

**Material y métodos**

- Pruebas cutáneas con extractos comerciales de neumoalérgenos y hongos.
- *Prick-prick* con alimentos frescos (miel, leche y queso de cabra con moho).
- Determinación de IgE específica (ImmunoCAP™) frente a leche de vaca, cabra y oveja, proteínas lácteas, carne de ternera y hongos.
- Prueba de provocación oral con miel.
- Estudio inmunológico mediante *immunoblot* con extractos de leche y queso de cabra, oveja y vaca en condiciones reductoras y no reductoras (betamercaptoetanol).

**Resultados**

Las pruebas cutáneas mostraron positividad para neumoalérgenos (pólenes, ácaros, epitelios de perro y gato) y *Aspergillus f*, y negatividad para *Alternaria a*. y profilina. El *prick-prick* fue negativo para miel y corteza del queso de cabra, y positivo en el centro y a leche de cabra. La determinación de IgE específica evidenció sensibilización a leche de vaca, cabra y oveja, así como a alfa-lactoalbúmina (ALA) y, en menor grado, caseína, con negatividad para beta-lactoglobulina y hongos (*Penicillium n*). La prueba de provocación oral con miel fue negativa. El *immunoblot* mostró reconocimiento de proteínas lácteas en extractos de leche y queso de cabra, oveja y vaca, con positividad en condiciones reductoras y negatividad en condiciones no reductoras.

**Conclusión**

Se evidencia alergia a proteínas de leche de cabra, con aumento de reactividad según el grado de procesamiento del alimento en condiciones reductoras. Se detecta reconocimiento de proteínas de leche de otros mamíferos (oveja y cabra). Se indica dieta de eliminación de leche y posterior valoración de respuesta de la EoE.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Del síndrome de alergia oral a la reacción sistémica: caso de alergia al caqui

Giraldo Tugores MS[1], Macías Murelaga TL[1], Sanz Gómez N[2], Gutiérrez Hernández M[2], Sousa Pérez MV[3], Prieto Rodríguez MB[1]

[1] Hospital de Zumárraga, Gipuzkoa
[2] Laboratorio Diater, Madrid
[3] Hospital Universitario Donostia, Gipuzkoa

**Objetivo/Introducción**

El caqui (*Diospyros kaki*) es una fruta tropical de consumo moderado en España. Hasta el momento se han descrito cuatro alérgenos responsables de alergia al caqui: homólogos de Bet v 1 (Dio k 1), profilina (Dio k 2), isoflavona reductasa (Dio k IFR) y taumatina.

Presentamos el caso de una paciente con alergia al caqui y buena tolerancia al resto de frutas.

**Material y métodos**

Mujer de Rumanía (38 años), sin clínica de alergia respiratoria, que tras la ingesta inmediata de medio caqui, presentó prurito oral, ótico y ocular, tos seca, dolor torácico y disfagia. Cedió tras la administración de antihistamínicos y corticoides. Cinco años antes presentó síndrome de alergia oral.

Se realizaron pruebas cutáneas con batería de inhalantes, panalérgenos vegetales, *prick-prick* con caqui, IgE total y específica por ImmunoCAP™. Se prepararon extractos alergénicos de caqui y melocotón, y se determinaron los perfiles electroforético y alergénico a través de SDS-PAGE e *immunoblot*.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron negativas con batería de inhalantes y panalérgenos vegetales (profilina, *Betula verrucosa* y LTP). El *prick-prick* con caqui fue positivo (10 × 8 mm).

Los niveles de IgE total y específica del caqui fueron 38,90 y 0,87 $kU_A/L$, respectivamente. El *immunoblot* identificó en ambiente no reductor dos bandas; una de ~18 kDa (compatible con PR-10 o profilina) y otra de ~43 kDa (compatible con IFR), lo que sugiere reconocimiento de un epítopo conformacional. Se detectaron bandas débiles en el melocotón no coincidentes con las del caqui.

**Conclusión**

Presentamos un caso clínico de alergia al caqui con sensibilización compatible con dos panalérgenos termosensibles que inducen una reacción más allá del síndrome de alergia oral esperado. Es necesario seguir caracterizando los determinantes antigénicos del caqui por su consumo en aumento, al igual que desarrollar extractos comerciales con representación proteica adecuada, para mejorar el diagnóstico y estratificación del riesgo en estos pacientes.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Diagnóstico y manejo de la esofagitis eosinofílica en Canarias (CAN-EoE). Encuesta sobre práctica clínica de profesionales sanitarios en esofagitis eosinofílica

Hernández Suárez HR[1], Vatnani Moolchandani V[1], Fernández Cabrera I[2], González Almeida A[3], San Juan Acosta M[4], Poza Guedes P[5], Grupo de trabajo multidisciplinar de esofagitis eosinofílica en Canarias

[1] Servicio de Alergia, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas De Gran Canaria
[2] Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas De Gran Canaria
[3] Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas De Gran Canaria
[4] Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria, Santa Cruz De Tenerife
[5] Servicio de Alergia, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz De Tenerife

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una patología inflamatoria crónica $T_H2$ con incidencia creciente. Su manejo exige la integración de especialistas en digestivo, alergología y pediatría. Evaluar la adherencia a las guías de práctica clínica es fundamental para identificar la variabilidad en la toma de decisiones y mitigar barreras asistenciales como el retraso diagnóstico.

Presentamos el desarrollo metodológico del estudio CAN-EoE, cuyo objetivo es analizar la práctica clínica actual en el diagnóstico, manejo y seguimiento para estandarizar el cuidado integral a largo plazo.

**Material y métodos**

Estudio observacional descriptivo-analítico y transversal, mediante una encuesta *online* multicéntrica. La población diana comprende especialistas en aparato digestivo (adultos-pediátricos) y alergología en Canarias, con n=100 especialistas; el instrumento consta de ocho secciones que integran escalas Likert y análisis FODA. Se analizan variables como el perfil socioprofesional, recursos estructurales, criterios diagnósticos, estrategias terapéuticas.

**Resultados**

El grupo de trabajo mantiene reuniones periódicas y ha desarrollado la encuesta obteniendo la aprobación del CEIm de Las Palmas (2026-152-1). El análisis se orientará a detectar puntos de discordancia clínica y falta de uniformidad, evaluando el uso sistemático de escalas estandarizadas de gravedad y calidad de vida (EREFS, DSQ, oEHSS), la elección de terapias de primera línea (IBP, corticoides tópicos y dietas de eliminación), acceso a terapias biológicas $T_H2$, circuitos multidisciplinares, programas de transición del paciente pediátrico y la monitorización de la remisión profunda (histológica y endoscópica) frente a la mejoría sintomática.

**Conclusión**

CAN-EoE validará la hipótesis de variabilidad asistencial y determinará el grado de alineación con el enfoque *treat-to-target*. La identificación de debilidades-amenazas facilitará la creación de protocolos locales orientados a prevenir la progresión fibrostenótica. La sinergia entre digestivos, alergólogos y pediatras es una vía para una gestión eficaz de la cronicidad. Este estudio aportará una contribución decisiva para garantizar la equidad y la calidad asistencial de los pacientes con EoE en las Islas Canarias.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Proteínas ocultas, riesgo real: anafilaxia por concentrado de suero de leche en paciente adulto

León Hervias P, Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, Palazuelos Cayón N, Duque Rodríguez MS, García Gutiérrez I

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

La anafilaxia alimentaria en adultos representa un reto diagnóstico, especialmente cuando el desencadenante se encuentra en alimentos procesados o suplementos nutricionales con alérgenos ocultos. La presencia de proteínas alimentarias no siempre reconocibles por el paciente puede ocasionar reacciones graves en individuos sensibilizados, por lo que una correcta identificación resulta esencial para establecer medidas de evitación y valorar posibles alternativas dietéticas.

**Material y métodos**

Varón de 69 años que presentó, una hora tras la ingesta de un batido proteico, disnea, angioedema labial y lingual junto con urticaria generalizada, por lo que acudió a urgencias. A su llegada se encontraba hemodinámicamente estable y recibió tratamiento con corticoterapia intravenosa, antihistamínicos y broncodilatadores nebulizados, con resolución clínica tras observación hospitalaria. El paciente comenzó a evitar leche de vaca. Se descartó la interacción de cofactores.

**Resultados**

El estudio alergológico mostró pruebas cutáneas positivas para leche de vaca, caseína, α-lactoalbúmina y β-lactoglobulina, así como *prick by prick* positivo con el suplemento implicado. La triptasa sérica durante el episodio agudo fue de 16,8 µg/L, con triptasa basal de 4,07 µg/L. El estudio inmunológico reveló IgE total de 220 IU/mL, IgE específica para leche de vaca de 10,8 $kU_A$/L, α-lactoalbúmina de 10,8 $kU_A$/L y β-lactoglobulina de 2,82 $kU_A$/L y caseína 0,6 $kU_A$/L. La revisión del producto confirmó la presencia de concentrado de proteína de suero de leche al 98%. Se realizó prueba de provocación oral con leche horneada, que fue bien tolerada tanto en medio hospitalario como en seguimiento domiciliario. Posteriormente, también se comprobó la tolerancia al queso de vaca y al yogur.

**Conclusión**

Presentamos un caso de anafilaxia por proteínas de leche de vaca secundaria a un suplemento con proteínas séricas ocultas en un adulto, destacando la importancia del estudio alergológico dirigido y de la provocación oral para definir tolerancia y optimizar restricciones dietéticas.

## Más allá del alérgeno: la importancia de los cofactores

León Hervias P, Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, Palazuelos Cayón N, López Gutiérrez J, García Gutiérrez I

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

Los cofactores son moduladores de la respuesta alérgica que, sin constituir desencadenantes primarios, disminuyen el umbral de reactividad y aumentan la probabilidad de anafilaxia. Están implicados en aproximadamente el 15-30% de las anafilaxias y hasta en el 20-40% de las anafilaxias alimentarias. Entre los principales cofactores se incluyen ejercicio físico, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), alcohol, infecciones, cambios hormonales, ayuno y estrés. Tri a 19 (ω-5 gliadina) es el principal alérgeno molecular del trigo implicado en la anafilaxia dependiente de trigo inducida por ejercicio.

**Material y métodos**

Mujer de 38 años que, tras la ingesta de café con leche y tostadas de pan de molde, inició ejercicio aeróbico, presentando a los 10 minutos urticaria generalizada, mareo, náuseas, astenia e hipotensión arterial (80/56 mmHg), precisando atención urgente con fluidoterapia intravenosa, antihistamínicos y corticoterapia, con evolución favorable. Se descartaron otros cofactores, AINE y menstruación. Además, refería habones localizados tras contacto cutáneo directo con pan de trigo, con resolución espontánea. Presentó también episodios de diarrea y dolor abdominal tras ingesta de maicena, asociados a cansancio físico.

**Resultados**

La analítica en urgencias no presentó alteraciones en bioquímica ni hemograma. Las pruebas cutáneas con trigo fueron negativas. El estudio alergológico mostró IgE total de 133 IU/mL, IgE específica para Tri a 19 de 2,81 $kU_A$/L y triptasa sérica basal de 5,12 µg/L. El perfil clínico e inmunológico fue compatible con anafilaxia dependiente de trigo inducida por ejercicio asociada a sensibilización a ω-5 gliadina. Respecto a maicena, las pruebas cutáneas, *prick* invertido, ELISA fueron negativos, descartando sensibilización IgE mediada. Se propuso provocación oral con maíz para descartar síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias, rechazándolo. Se instauró evitación de trigo y maíz, así como del contacto, permaneciendo asintomática.

**Conclusión**

Presentamos un caso de anafilaxia por trigo inducida por ejercicio asociada a Tri a 19, destacando el diagnóstico molecular para identificar el alérgeno causal.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Recuperando alimentos, recuperando calidad de vida: evaluación en alergia alimentaria múltiple

León Hervias P, Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, Palazuelos Cayón N, López Gutiérrez J, García Gutiérrez I

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

Las alergias alimentarias múltiples en la infancia pueden asociarse a evitaciones dietéticas prolongadas, con potencial repercusión nutricional y deterioro de la calidad de vida del paciente y su entorno familiar. En pacientes con sensibilización múltiple, la adecuada correlación entre historia clínica y pruebas alergológicas resulta esencial para orientar el diagnóstico y establecer estrategias individualizadas de manejo.

**Material y métodos**

Adolescente de 14 años que acude a alergología por alergias alimentarias múltiples. Inicia con múltiples reacciones adversas alimentarias cuando era lactante, inicialmente caracterizadas por manifestaciones cutáneas tras exposición indirecta o contacto con diversos alimentos, incluyendo leche, frutos secos, legumbres y soja. Posteriormente presentó episodios compatibles con anafilaxia tras ingesta de pescado blanco y exposición a productos con trazas de pescado.

Refería tolerancia previa a determinados pescados azules, mariscos, frutas y verduras. Ante la complejidad clínica y las múltiples restricciones dietéticas mantenidas a su llegada a consulta, se realizó reevaluación alergológica integral incluyendo pruebas cutáneas, estudio de IgE específica y diagnóstico molecular por componentes, con posterior planificación escalonada de pruebas de provocación oral.

**Resultados**

El estudio evidenció sensibilización variable a múltiples alimentos (Tabla). La integración de la historia clínica, pruebas cutáneas y diagnóstico molecular permitió priorizar la reintroducción secuencial de alimentos con menor riesgo estimado. La paciente presentó tolerancia confirmada a calamar, leche de vaca, cacahuete, piñones y semillas, sin incidencias. Actualmente continúa en proceso de ampliación dietética mediante nuevas provocaciones dirigidas para pescados y frutos secos seleccionados.

**Tabla.** Pruebas *in vivo* e *in vitro* de la paciente.

| Alimento/Grupo | *Prick test* | IgE/Molecular ALEX | IgE/ Molecular |
|---|---|---|---|
| IgE total | | 284 IU/mL | 191 IU/mL |
| Caseína | 7 × 5 | 3,05 $kU_A/L$ | 0,36 $kU_A/L$ |
| Alfa lactoalbúmina | 11 × 7 | <0,1 $kU_A/L$ | <0,1 $kU_A/L$ |
| Beta lactoalbúmina | 11 × 6 | 2,13 $kU_A/L$ | 0,34 $kU_A/L$ |
| Nuez | 17 × 10 | Jugr1 21,36 $kU_A/L$ | 67,8 $kU_A/L$ |
| Pistacho | 10 × 5 | Pisv3 2 $kU_A/L$ | 2 $kU_A/L$ 0,1 |
| Atún | 4 × 5 | 10,74 $kU_A/L$ | |
| Merluza | 20 × 10 | | 3,75 $kU_A/L$ |
| Sardina | 7 × 6 | | 1 $kU_A/L$ |
| Calamar | 2 × 2 | <0,1 $kU_A/L$ | |
| Cacahuete | 5 × 4 | Ara h9 0,55 $kU_A/L$ | |

**Conclusión**

Este caso destaca la importancia de la evaluación alergológica en pacientes con historia de alergias alimentarias múltiples, subrayando el valor del diagnóstico molecular y de las pruebas de provocación oral para establecer correlación clínico-analítica, optimizar restricciones dietéticas y favorecer una ampliación segura de la dieta, con mejoría significativa en calidad de vida, autonomía y normalización social.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Alergia ocupacional al pulpo en manipuladora de alimentos

Rodríguez Jiménez B[1], Fernández Fernández AE[2], Pineda de la Losa F[2], Flores Infante C[1], Muñoz García E[1], Veza Perdomo S[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las alergias a productos del mar constituyen una causa relevante de patología ocupacional en la industria alimentaria. Los cefalópodos, aunque menos estudiados que otros mariscos, pueden inducir reacciones alérgicas por contacto, inhalación o ingestión.

Presentamos un caso de sospecha de alergia ocupacional al pulpo con el objetivo de identificar el origen de la sensibilización y caracterizar los alérgenos implicados.

**Material y métodos**

Se realizó estudio clínico completo: pruebas cutáneas (*prick test*) con batería de mariscos y pulpo fresco, así como determinación de IgE total y específica mediante ImmunoCAP™. Paralelamente, se desarrolló un estudio experimental con muestras de pulpo, calamar y sepia en estado crudo y cocinado. Los extractos proteicos se obtuvieron mediante homogeneización, incubación en tampón, centrifugación, filtración, diálisis y liofilización. La cuantificación proteica se realizó mediante el método de Bradford. Los perfiles proteicos y alergénicos se analizaron mediante SDS-PAGE y Western blot utilizando suero de la paciente.

**Resultados**

La paciente presentó clínica oculonasal y cutánea exclusivamente tras la manipulación de pulpo crudo en su entorno laboral. Las pruebas cutáneas mostraron positividad leve al pulpo, siendo negativas para otros mariscos. La IgE total estaba elevada y la IgE específica frente a pulpo fue baja pero detectable, con resultados negativos para otros cefalópodos. El estudio de Western blot identificó una banda inmunorreactiva en torno a 37 kDa en el extracto de pulpo crudo, lo que sugiere una sensibilización frente a la tropomiosina Oct v 1, sin detectarse reactividad en pulpo cocinado ni en calamar o sepia.

**Conclusión**

Los resultados sugieren una sensibilización específica al pulpo crudo de probable origen ocupacional. La ausencia de reactividad frente al pulpo cocinado indica que el alérgeno implicado podría ser termolábil o sufrir modificaciones estructurales tras el procesamiento térmico. Este caso resalta la utilidad del abordaje integrado clínico-experimental en alergia ocupacional y la importancia de medidas preventivas en entornos laborales de riesgo.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Prueba de provocación oral en niños con alergia a pescado: nuestra experiencia

Moreno Lotero C, de los Ríos Ospina LM, González Rausell MA, de la Borbolla Morán JM, Birolo Ávila F, Ferré Ybarz L

Servicio de Alergología, Hospital Sant Joan de Déu, Althaia Xarxa Assistencial Universitaria, Manresa, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

La alergia a pescado es frecuente en niños de países del mediterráneo, prevalencia estimada del 0,1-0,5% en Europa, y suele conllevar dietas restrictivas con impacto nutricional.

El objetivo fue evaluar la reintroducción del pescado implicado en la reacción inicial (RI) y/o pescados alternativos, en pacientes pediátricos diagnosticados de alergia IgE y/o no IgE mediada mediante prueba de exposición controlada (PEC), considerando la clínica y la clasificación filogenética.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de 38 pacientes (6 meses-16 años) diagnosticados de alergia a pescado IgE y/o no IgE mediada, valorados en hospital de día entre 2021-2024. La tolerancia se definió como PEC negativa con posterior reintroducción del alimento en la dieta. Las PEC se realizaron según: orden filogenético de los pescados (perciforme, clupeiforme, salmoniforme, lophiiforme, gadiforme y pleuronectiforme) y la sintomatología presentada en la RI: IgE (mucocutáneos 56%, respiratorios 11% y anafilaxia 33%) o no IgE (diarrea 5%, vómitos 85% y FPIES -hematoquezia, letargia, palidez, dolor abdominal, hipotensión- 10%). Cuando fue posible se realizó PEC con el pescado implicado en la RI. En reacciones no IgE y anafilaxia, se realizó PEC con pescado alternativo.

**Resultados**

Se incluyeron 38 pacientes (22 niñas/16 niños). La edad media de la reacción fue 1,2 años y la edad media de PEC 3,4 años. RI: IgE mediadas 47% (18/38) y no IgE mediadas 53% (20/38). Pescado involucrado: Merluza 53%, atún 16%, bacalao 11%, salmón 11%, rape 5% y boquerón 4%. Resto de datos referente a tipo de reacción, PEC y tolerancia se refleja en la tabla.

**Conclusión**

En pacientes donde el atún fue el implicado, se realizó PEC directa, tolerando el 100%. En reacciones no IgE el 85% (17/20) se pudo introducir pescados alternativos, de este grupo 65% toleró posteriormente el pescado de la RI. La reintroducción controlada basada en la clasificación filogenética permite reducir dietas restrictivas innecesarias en la población pediátrica. La implementación de un protocolo estandarizado permite reducir la variabilidad en la práctica clínica y el riesgo de reacciones durante las PEC.

**Tabla.**

| Pescado implicado en la reacción inicial | Tipo de reacción | | | | | | Nº de pacientes con PEC directa con pescado implicado reacción inicial 34% (13/38) | Nº de pacientes con PEC a pescado alternativo a reacción inicial 66% (25/28) | Nº de pacientes con tolerancia final al pescado implicado reacción 65% (25/38) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pacientes con reacción IgE: 47% (18/38) | | | Pacientes con reacción No IgE: 53% (20/38) | | | | | |
| | Mucocutánea 56% (10/18) | Respiratorio 11% (2/18) | Anafilaxia 33% (6/18) | Diarrea 5% (1/20) | Vómito 85% (17/20) | FPIES 10% (2/20) | | | |
| Atún: 16% | 4 | | | | 2 | | 6 | | 6 |
| Merluza: 53% | 3 | 2 | 6 | 1 | 6 | 2 | 3 | 17 | 8 |
| Bacalao: 11% | 1 | | | | 3 | | 1 | 3 | 3 |
| Boquerón: 4% | | | | | 2 | | | 2 | 2 |
| Rape: 5% | | | | | 2 | | | 2 | 2 |
| Salmón: 11% | 2 | | | | 2 | | 3 | 1 | 4 |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Intolerancia a la histamina en pacientes adultos con sospecha de alergia alimentaria: entidad heterogénea y potencial simulador clínico

Correas del Prado T, Guerra Auyanet CM, Pérez Arqueros MDM, Ouda Yousef M, Valbuena Garrido T, Reche Frutos M

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La intolerancia a la histamina es una entidad controvertida, con presentación clínica heterogénea y frecuentemente indistinguible de otras reacciones adversas alimentarias.

*Objetivo:* Describir el perfil clínico-analítico y la evolución de una serie de pacientes adultos con sospecha de histaminosis.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con sospecha de intolerancia a la histamina. Se analizaron variables demográficas y clínicas y se realizó un estudio alergológico incluyendo pruebas cutáneas y/o IgE específica, junto con triptasa sérica basal. En la evaluación inicial se determinó histamina en orina de 24 horas.

En todos los casos se indicó dieta baja en histamina y, en aquellos con déficit enzimático de diamino-oxidasa (DAO), su suplementación. Se evaluó la evolución clínica y, en los casos disponibles, se repitió la determinación de histamina.

**Resultados**

Se incluyeron 7 pacientes, todas mujeres, con una mediana de edad de 43 años. Todas presentaron histamina urinaria elevada al inicio (mediana 109 µg/24 h). El 71,4% presentó síntomas con tres o más grupos de alimentos, siendo el marisco el desencadenante más frecuente (57,1%), seguido de lácteos, cereales y frutas.

Las manifestaciones clínicas fueron heterogéneas, con predominio de síntomas digestivos y cutáneos (85,7%). Un 42,9% presentó clínica compatible con anafilaxia.

El estudio de alergia IgE mediada fue negativo en todos los casos, y la triptasa se mantuvo dentro de la normalidad.

Tras el inicio de la dieta, se observó mejoría clínica en la mayoría de los casos, así como tolerancia a alimentos previamente implicados y disminución de la histamina urinaria en pacientes con segunda determinación disponible.

**Conclusión**

La intolerancia a la histamina presenta elevada variabilidad clínica y un papel aún poco definido en pacientes con sospecha de reacciones adversas a alimentos. Este estudio contribuye a describir su comportamiento en práctica clínica y apoya la necesidad de estudios prospectivos con metodología estandarizada para definir mejor su relevancia.

## Alergia a huevo de inicio en el adulto

Brito Negrín C, Rodríguez Siverio P, Armas Sosa E, Piñero Cáceres T, Martínez Tadeo JA, Pérez Rodríguez EM

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

**Objetivo/Introducción**

Es poco frecuente que la alergia al huevo se inicie en la edad adulta, y suele ser consecuencia del desarrollo del síndrome ave-huevo.

Mujer de 31 años, camarera, con antecedentes de rinoconjuntivitis leve y asma intermitentes con sensibilización a ácaros del polvo, dermografismo, alergia a látex y mariscos. Presenta episodio de prurito ótico, eritema cutáneo, angioedema facial, disnea, tos y sibilancias de forma inmediata tras ingesta de tortilla española. Requiere atención urgente con administración de adrenalina im., corticoides y antihistamínicos, con mejoría. Niega contacto con aves y previamente toleraba huevo en todas sus presentaciones, no recuerda si presentaba síntomas con la ingesta en la infancia.

**Material y métodos**

Solicitamos pruebas cutáneas y estudio multiplex ALEX.

**Resultados**

- Pruebas cutáneas con huevo y proteínas del huevo: dermografismo.
- ALEX: IgE total 192 kU/L, Ovoalbúmina Gald d 2 1,45 $kU_A$/L.

**Conclusión**

La alergia al huevo suele iniciarse en la infancia. En la literatura hay casos similares descritos, pero los estudios sobre cómo se altera la tolerancia en la edad adulta a alimentos previamente consumidos son limitados, siendo dicho mecanismo desconocido.

La hipótesis que se plantea en nuestro caso es la posibilidad de que la paciente fuera alérgica desde la infancia al huevo, presentando reacciones inadvertidas, pero mantuviera la ingesta regular, ocasionando la desensibilización al alimento. En la edad adulta, tras una temporada con escasa ingesta de huevo en la dieta, se podría haber perdido la tolerancia adquirida previamente, ocasionando la aparición de síntomas a la exposición.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia por manzana con estudio alergológico convencional negativo: papel de las proteínas reguladas por giberelina (Pru p 7)

Morales Hidalgo A[1], Mur Gimeno MP[1], Joyanes Romo JB[1], Famoso Rivallo A[1], Fernández Fernández AE[2], Pineda de la Losa F[2]

[1] Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a manzana se asocia clásicamente a LTP (Mal d 3) y PR-10 (Mal d 1). Sin embargo, en pacientes con clínica sugestiva y estudio convencional negativo, deben considerarse alérgenos emergentes como las proteínas reguladas por giberelina (GRP). Presentamos el caso de una paciente de 23 años, con antecedentes de rinoconjuntivitis por alergia a polen de gramíneas y plátano de sombra, así como sensibilización subclínica a *Cupressaceae*, que desarrolló anafilaxia tras la ingesta de manzana, con estudio inicial negativo para extracto completo de manzana, PR-10 y LTP.

**Material y métodos**

Se realizó prueba cutánea mediante técnica *prick-prick* con manzana fresca. El diagnóstico molecular se llevó a cabo por ImmunoCAP™ y ALEX³. Además, se analizaron extractos de manzana y semilla de manzana mediante SDS-PAGE e IgE-Western blot, completándose el estudio con IgE-Western blot frente a Pru p 7 recombinante.

**Resultados**

El *prick-prick* con manzana fresca fue positivo. El estudio de IgE específica por ImmunoCAP™ frente a manzana, LTP y PR-10 resultó negativo. Ante la discrepancia clínico-analítica, se amplió el estudio molecular mediante ALEX³, objetivándose IgE específica frente a Pru p 7 (0,56 $kU_A/L$). Para valorar la relevancia de este hallazgo, se realizó *immunoblot* con Pru p 7 recombinante, observándose reconocimiento IgE dependiente de la concentración. El estudio con extractos completos no mostró reactividad en IgE-Western blot, sugiriendo sensibilización a GRP no detectable mediante extractos naturales.

**Conclusión**

La sensibilización a GRP debe considerarse en pacientes con anafilaxia por manzana y pruebas convencionales negativas. La escasa representación de estos alérgenos en extractos naturales y los bajos niveles de IgE pueden dificultar su detección, siendo fundamental el diagnóstico molecular y el empleo de proteínas recombinantes para evitar el infradiagnóstico. La asociación entre GRP y sensibilización a pólenes de *Cupressaceae* respalda la implicación de mecanismos de reactividad cruzada en la fisiopatología de estas reacciones.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia alimentaria por proteínas de almacenamiento: caracterización clínica e inmunológica mediante SDS-PAGE y Western blot

Elices Apellániz A[1], Fernández Fernández AE[2], Domínguez Estirado A[1], Chamorro Gómez M[1], Sánchez Moreno GV[1], Pineda de la Losa F[2]

[1] Sección de Alergología, Hospital Universitario del Henares, Madrid
[2] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La sensibilización a proteínas de almacenamiento se asocia habitualmente con cuadros de anafilaxia grave. La determinación de IgE específica permite una caracterización parcial del perfil de sensibilización, siendo necesarias técnicas *in vitro* más complejas para definir patrones de reconocimiento en casos seleccionados.

**Material y métodos**

Varón de 67 años, con historia de anafilaxia recurrente tras ingesta de frutos secos y semillas (anacardo, sésamo, pistacho, pipas de girasol), sin cofactores asociados. Tolera legumbres, frutas peladas y resto de vegetales.

Se realizaron pruebas cutáneas en *prick test* (batería estándar inhalantes, alimentos, frutos secos y cereales), hemograma, bioquímica, IgE total y específica (método Siemens) y determinación de triptasa basal y tras uno de los episodios agudos.

Se realizó análisis mediante SDS-PAGE y Western blot, utilizando extractos de avellana, cacahuete, pistacho, anacardo, piñón, nuez, pipa de girasol y sésamo.

**Resultados**

El hemograma, bioquímica, triptasa basal e IgE total fueron normales, detectándose en uno de los episodios de anafilaxia, triptasa de 24,2 mcg/mL.

Las pruebas cutáneas fueron muy positivas (mm) para anacardo (10 × 6), pistacho (7 × 7), sésamo (15 × 6) y pipas de girasol (5 × 6).

La IgE específica fue positiva para estos alimentos; así como para Arao3 (1,01 kU/L) y Prup3 (1,07 kU/L). Nuestro laboratorio no determinó otras proteínas de almacenamiento.

En SDS-PAGE y Western blot se detectaron bandas compatibles con varias proteínas de almacenamiento 2S, 7S y 11S (Cora 9, Cora 11, Jugr 4, Jugr 2, Ses i1, Ses i2 y Ara o3).

**Conclusión**

Presentamos un caso de anafilaxia recurrente por sensibilización múltiple a proteínas de almacenamiento de frutos secos y semillas.

El análisis mediante SDS-PAGE y Western blot aporta una caracterización molecular más precisa del perfil de sensibilización, y evidencia reconocimiento de IgE frente a albúminas 2S en anacardo y sésamo, y globulinas 7S y 11S de otros frutos secos.

Los resultados pendientes de ALEX-inhibición ayudarán a diferenciar entre un fenómeno de reactividad cruzada o cosensibilización.

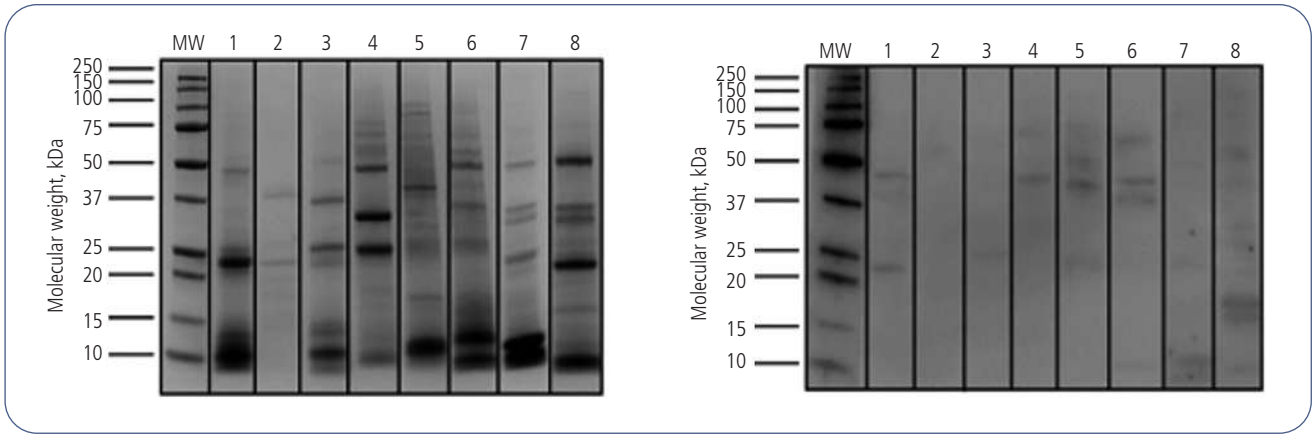



**Figura.** SDS-PAGE/IgE-Western blot. MW, Molecular Weight (marcador de peso molecular). Carril 1, avellana. Carril 2, cacahuete. Carril 3, pistacho. Carril 4, piñón. Carril 5, nuez. Carril 6, pipa de girasol. Carril 7, sésamo. Carril 8, anacardo.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Banda proteica de 41-42 kDa en plátano: ¿un nuevo alérgeno por caracterizar?

Vatnani Moolchandani V[1], Cuesta Apausa MP[1], Sanz Gómez N[2], Gutiérrez Hernández M[2], González Cuervo H[1], Ortega Rodríguez NR[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria
[2] Departamento de Diagnóstico de Precisión, I+D, Laboratorios Diater, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El plátano, fruta de elevado consumo en Canarias, presenta un perfil alergénico complejo que incluye proteínas de transferencia de lípidos (nsLTP), profilinas, quitinasas de clase I, β-1,3-glucanasas y catalasas. Sin embargo, su caracterización molecular no está completamente definida, y la existencia de alérgenos aún no descritos podría explicar casos en los que las pruebas convencionales resultan negativas pese a una clínica compatible.

**Material y métodos**

Se presenta el caso de una paciente de 46 años con episodios de prurito oral tras la ingesta de plátano, sin clínica con otros alimentos.

Se realizaron pruebas cutáneas con plátano, profilina y LTP, así como estudio *in vitro* mediante ALEX$^2$. La reactividad de IgE específica se evaluó mediante *immunoblot*.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas con plátano, profilina y LTP resultaron negativas. El ALEX$^2$ mostró positividad para nsLTP (Ara h 9, Zea m 14, Act d 10). El *immunoblot* confirmó sensibilización a plátano con tres bandas reactivas: una banda de 32 kDa, compatible con la quitinasa Mus a 2 o la β-1,3-glucanasa Mus a 5; una banda de 41-42 kDa, sin correspondencia con alérgenos documentados; y una banda de 56 kDa, compatible con la catalasa Mus a 7, alérgeno de descripción reciente.

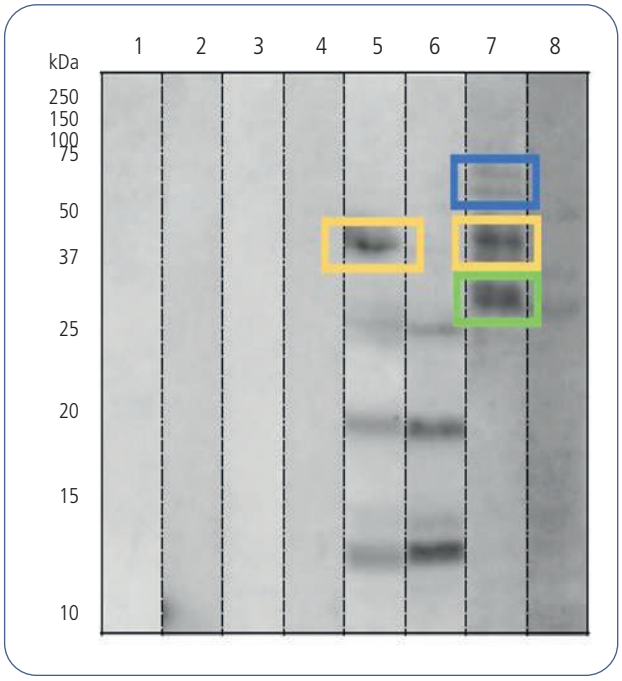



**Figura.** Perfil alergénico. *Immunoblot* de extracto de plátano en condiciones reductoras (carriles 5-6) y no reductoras (carriles 7-8).

**Conclusión**

El *immunoblot* confirmó sensibilización a plátano mediada por alérgenos distintos de las nsLTP, las cuales no fueron detectadas pese a la positividad en el ALEX$^2$ para otras fuentes alergénicas.

Destaca la identificación de una banda a 41-42 kDa sin correspondencia con ningún alérgeno registrado, que podría representar un alérgeno del plátano aún no caracterizado.

Estos hallazgos refuerzan el valor del *immunoblot* como herramienta complementaria en el diagnóstico de alergias alimentarias.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Sensibilización a chufa en el área de Valencia: ¿hallazgo incidental o relevancia clínica?

Bosch Requena A, Mencía Sánchez G, Llusar Gay R, Piña Yungasaca R, García Prado E, Burches Baixauli E

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

**Objetivo/Introducción**

La chufa (*Cyperus esculentus*) es un tubérculo de elevado consumo en la Comunidad Valenciana, principalmente en forma de horchata, en un entorno de alta producción local. Sin embargo, existe escasa información en la literatura sobre su potencial alergénico.

*Objetivo:* Describir la sensibilización a chufa en pacientes atendidos en consultas de alergología y analizar su relación con la clínica tras la ingesta, así como explorar la posible implicación de panalérgenos (PR-10, profilina, polcalcina y LTP).

**Material y métodos**

Estudio descriptivo realizado durante 12 meses en 8.853 pacientes atendidos en consultas de Alergología del Hospital Clínico Universitario de Valencia. A todos los pacientes se les añadieron, a la batería estándar de aeroalérgenos, extractos de chufa y horchata (realizando *prick test*, Roxall). Además, se hizo determinación sérica de IgE específica frente a panalérgenos (Phl p7, Phl p12, Pru p3, Bet v1 y v2). Se analizó la positividad a chufa, su relación con la clínica tras la ingesta y posibles patrones de reactividad cruzada.

**Resultados**

De los pacientes evaluados, 10 presentaron pruebas cutáneas positivas a chufa. De ellos, únicamente 4 manifestaron síntomas tras la ingesta (síndrome de alergia oral, disfagia, náuseas o angioedema de úvula), mientras que la mayoría permanecieron asintomáticos. En relación con los panalérgenos, se evidenció una sensibilización heterogénea, sin patrón definido: PR-10 2 pacientes, profilina 2 pacientes, polcalcina 0 pacientes y un paciente positivo para LTP y PR-10. Todos presentaron sensibilización a pólenes.

**Conclusión**

En un área de alto consumo y producción de chufa, el número de pacientes con pruebas positivas es reducido y, en la mayoría de los casos, no se asocia a clínica. Existe una notable discordancia entre positividad y síntomas. No se evidencia asociación clara con panalérgenos conocidos. Con los datos actuales, no parece útil incluir sistemáticamente chufa y horchata en la batería estándar de aeroalérgenos en Valencia.

## Anafilaxia por ingestión de hongos de maduración: el *Penicillium* como alérgeno oculto en quesos y embutidos

Fluxa Rechach ML, Pérez Escalera LM, Sánchez de Vicente J, Arrien de Lecea Á, Galán Gimeno C, Martínez Antón MD

Osakidetza, Baracaldo

**Objetivo/Introducción**

*Penicillium chrysogenum* es un moho ambiental ubicuo, responsable, en ocasiones, de patología respiratoria. Sin embargo, su papel como alérgeno alimentario es relevante debido a su uso industrial en la maduración de quesos y embutidos, donde coloniza la superficie para aportar aroma y sabor.

La alergia por ingesta de estos productos puede derivar de una sensibilización previa por vía inhalatoria o por la presencia de alérgenos fúngicos resistentes al procesado.

**Material y métodos**

Presentamos a un varón de 30 años con antecedentes de asma bronquial extrínseca por ácaros y alergia conocida a crustáceos.

El paciente acude por un episodio de anafilaxia tras la ingesta de queso Camembert y frutos rojos (arándanos), presentando prurito palmoplantar, eritema generalizado, mareo, vómitos y disnea a los 15 minutos de la ingesta. Posteriormente, en otra ocasión, refiere clínica de "estorbo en faríngeo" tras la ingesta de fuet.

**Resultados**

- Analítica: IgE total elevada (281 $kU_A/L$), triptasa basal: 2,88 µg/L. IgE específica negativa (<0,1 $kU_A/L$) para proteínas de leche de vaca, oveja y cabra, para carnes (ternera, cerdo), BSA, CCD, galactosa-alfa-1,3-galactosa, Omega-5 gliadina y arándanos (azul y rojo). IgE específica positiva para *Penicillium chrysogenum* (0,78 $kU_A/L$).
- *Prick by prick*: positividad intensa a queso azul, queso Cabrales y piel de fuet.

**Conclusión**

Se trata de una anafilaxia por hipersensibilidad mediada por IgE a *Penicillium chrysogenum* utilizada en los procesos de maduración alimentaria (quesos de corteza blanca, quesos azules y embutidos curados).

Este caso destaca la importancia de investigar los componentes no primarios de los alimentos en pacientes con reacciones sistémicas. En pacientes sensibilizados a mohos ambientales, el consumo de alimentos con cultivos de maduración fúngica representa un riesgo de anafilaxia que debe ser considerado, más allá de la evitación de la proteína animal (queso y cerdo en este caso).

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia por suplemento de proteínas de leche de vaca tras cirugía bariátrica en adulto con tolerancia previa a leche fresca

Bas Bellver L, Bracamonte Odreman S, Iniesta Tejera E, Serrano de Pablo S, Gómez Torrijos E

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

**Objetivo/Introducción**

La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) mediada por IgE es poco frecuente en adultos y se presenta con fenotipos atípicos. La cirugía bariátrica (CB) se ha considerado como cofactor en reacciones alérgicas como consecuencia de la alteración en la digestión gástrica, la exposición intestinal acelerada a proteínas digeridas de manera incompleta y cambios en la microbiota.

*Objetivo:* Describir el caso de un paciente varón de 36 años con tolerancia previa y posterior a leche de vaca que desarrolló una anafilaxia tras la ingesta de un suplemento de concentrado de proteínas del suero (SCPS) en el postoperatorio de una CB.

**Material y métodos**

- *Prick-prick* con SCPS.
- *Prick test* con leche de vaca, beta-lactoglobulina, alfa-lactoglobulina y caseína.
- IgE específica a leche de vaca, beta-lactoglobulina, alfa-lactoalbumina y caseína.
- SDS-PAGE (electroforesis en gel de poliacrilamida con dodecilsulfato sódico).
- *Immunoblot*.

**Resultados**

- 10 × 10 mm (positivo).
- Beta-lactoglobulina 5 × 6 mm (positivo), resto: negativos.

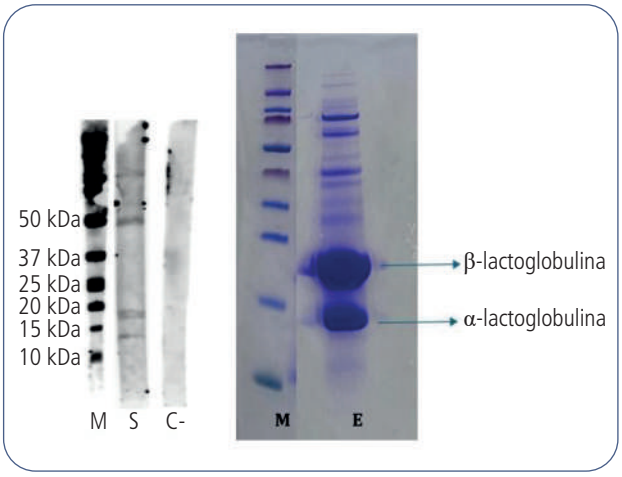



**Figura.** SDS-PAGE e *immunoblot* del extracto del suplemento de concentrado de proteínas del suero (SCPS). M, marcador; S, suero del paciente; C, control negativo; E, extracto SCPS.

- Beta-lactoglobulina: 3,58 $kU_A/L$, resto de proteínas y leche de vaca completa: negativas.
- Banda de beta-lactoglobulina de 18,3 kDa y de alfa-lactoalbúmina 14,2 kDa (Figura).
- Banda de 20 kDa (beta-lactoglobulina), de 15 kDa (alfa-lactoalbúmina) y de 50 kDa (compatibles con agregados proteicos formados durante el procesamiento industrial) (Figura).

**Conclusión**

Presentamos el caso de un paciente adulto con tolerancia a leche de vaca y derivados, sensibilizado a beta-lactoglobulina que, tras consumir un SCPS, desarrolló una anafilaxia probablemente por la alta concentración de beta-lactoglobulina, en la que tanto la CB como el tratamiento con pantoprazol pudieron actuar como cofactores.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Inmunoterapia con leche de cabra y oveja en paciente previamente tratado con inmunoterapia oral con leche de vaca

Bas Bellver L, Bracamonte Odreman S, Iniesta Tejera E, Serrano de Pablo S, Borja Segade J

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

**Objetivo/Introducción**

Hasta el 26% de los pacientes tratados con inmunoterapia oral (ITO) con leche de vaca mantienen alergia a leches de otros mamíferos, principalmente cabra y oveja, con anafilaxia en la mitad de los casos, lo que obliga a evitación estricta. Presentamos el caso de un paciente adulto con buena tolerancia a leche de vaca (200 mL al día) tras ITO en 2014, con alergia a leche de cabra y oveja que fue tratada con ITO.

**Material y métodos**

Se realizaron pruebas cutáneas (*prick* y *prick-prick*) e IgE específica a leche de vaca, cabra y oveja. Se propuso ITO conjunta con leche de oveja y cabra mediante protocolo hospitalario de 3 días, seguido de escalado domiciliario cada 3 días hasta alcanzar 200 mL (100 mL de cada leche) en 43 días, con pretratamiento con cetirizina.

**Resultados**

*Prick test* positivo a leche de vaca (15 × 10 mm), caseína (5 × 7 mm), alfa-lactoalbúmina (6 × 5 mm). *Prick-prick* positivo con queso de oveja (14 × 10 mm) y cabra (12 × 14 mm). IgE específica a leche de vaca 3,21 kU/L, caseína 5,63 kU/L, leche de oveja 12,2 kU/L y leche de cabra 8,87 kU/L. Presentó prurito oral y faríngeo leve durante la fase de inducción, sin progresión sistémica. No se registraron reacciones en la fase domiciliaria. Alcanzó dosis de mantenimiento de 100 mL de leche de oveja y 100 mL de leche de cabra, que mantiene actualmente.

**Conclusión**

La alergia a leche de cabra y oveja puede persistir tras ITO con leche de vaca y es susceptible de tratamiento mediante ITO específica. Un protocolo combinado con ambas leches ha permitido alcanzar dosis de mantenimiento en un periodo corto, aunque son necesarios más estudios que confirmen su seguridad, reproducibilidad y la tolerancia a productos con alta carga proteica, especialmente quesos.

## Anafilaxia por infusiones: cuando el etiquetado no explica la reacción

Guerrero Huertas N, Sánchez Méndez LC, Carrón Herrero A, Barranco Jiménez R

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La anafilaxia por infusiones plantea un reto diagnóstico, ya que hay que considerar que no todos los alérgenos son de declaración obligatoria, como es el caso de algunas apiáceas. Se han descrito reacciones alérgicas al té, que incluyen dermatitis, asma ocupacional y casos de anafilaxia, aunque la evidencia disponible limitada, heterogénea y sin un mecanismo claro.

**Material y métodos**

Una mujer de 29 años con rinoconjuntivitis por alergia a pólenes presentó una anafilaxia grave tras la ingesta de dos infusiones quemagrasa de diferentes marcas comerciales, sin cofactores asociados. Se realizaron pruebas cutáneas en *prick prick* con las infusiones implicadas, los ingredientes declarados y los posibles alérgenos ocultos, entre los que se incluyeron apio, hinojo, anís verde, cilantro, comino, eneldo, alcaravea, anís estrellado y jengibre. Además, se realizaron pruebas cutáneas en cinco individuos sanos no atópicos.

**Resultados**

El *prick-prick* con ambas infusiones fue positivo, siendo negativo en los controles. Todos los ingredientes declarados resultaron negativos. Entre los alérgenos potencialmente ocultos, resultaron positivos el apio, la alcaravea y el jengibre fresco, siendo el resto (hinojo, anís verde, cilantro, comino, eneldo, anís estrellado, jengibre molido) negativos. Las pruebas con Pru p 3, ácaros de almacenamiento, hongos, abedul y artemisa fueron negativas.

**Conclusión**

Se presenta una anafilaxia probablemente IgE mediada por un alérgeno no declarado en infusiones. La realización de un estudio alergológico que incluya pruebas cutáneas con alérgenos ocultos y otros no sujetos a declaración obligatoria es esencial para realizar un correcto diagnóstico.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia por ingestión de fuet: *Penicillium chrysogenum* como alérgeno alimentario emergente

Salvany Pijuan A[1], Pineda de la Losa F[2], Martínez Martínez MJ[2], Marquès Amat L[1], Lara Alcón S[1], Garnica Velandia D[1]

[1] Hospital Universitari Santa Maria, Lleida
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a productos cárnicos curados puede deberse no solo a los componentes de la carne, sino también a alérgenos diferenciales introducidos durante su procesamiento. Se presenta el caso de una paciente con reacciones alérgicas específicas a una marca de fuet, sugiriendo la implicación de un agente externo al embutido base.

**Material y métodos**

Se presenta el caso de un paciente de 15 años con antecedentes de múltiples episodios de anafilaxia y angioedema lingual de aparición inmediata tras ingerir fuet comercializado por una marca específica, que toleraba otras marcas (especialmente sin piel) y a la carne de cerdo. Se realizaron pruebas cutáneas (*prick by prick*) y analíticas, seguidas de un estudio molecular detallado. Se obtuvieron extractos proteicos de piel y carne de fuet (positivo y negativo en *prick*), así como de *Penicillium chrysogenum*, hongo utilizado en la curación de este alimento.

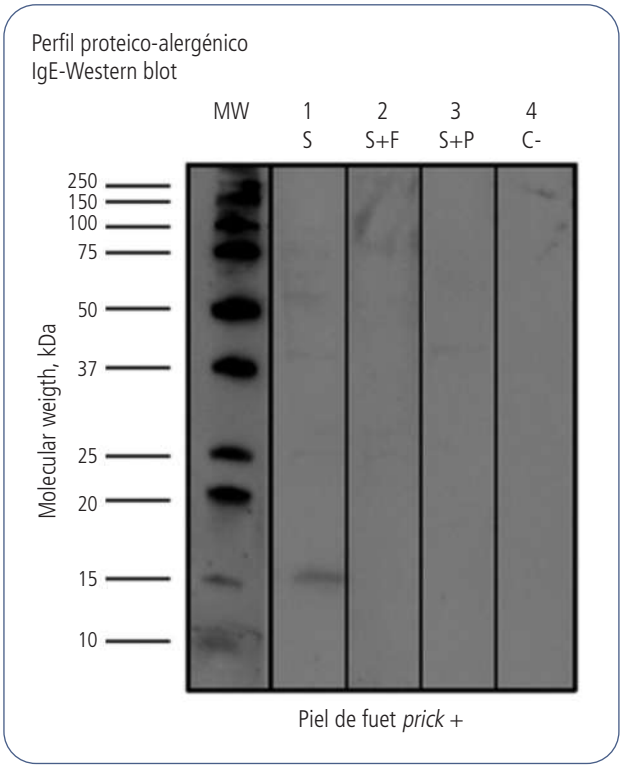



**Figura 2.** Western blot inhibición. Condiciones reductoras. Fase sólida: piel de fuet *prick* +. Carril 1, suero sin inhibir. Carril 2, suero inhibido con piel de fuet *prick* +. Carril 3, suero inhibido con *Penicilium chrysogenum*. Carril 4, control -.

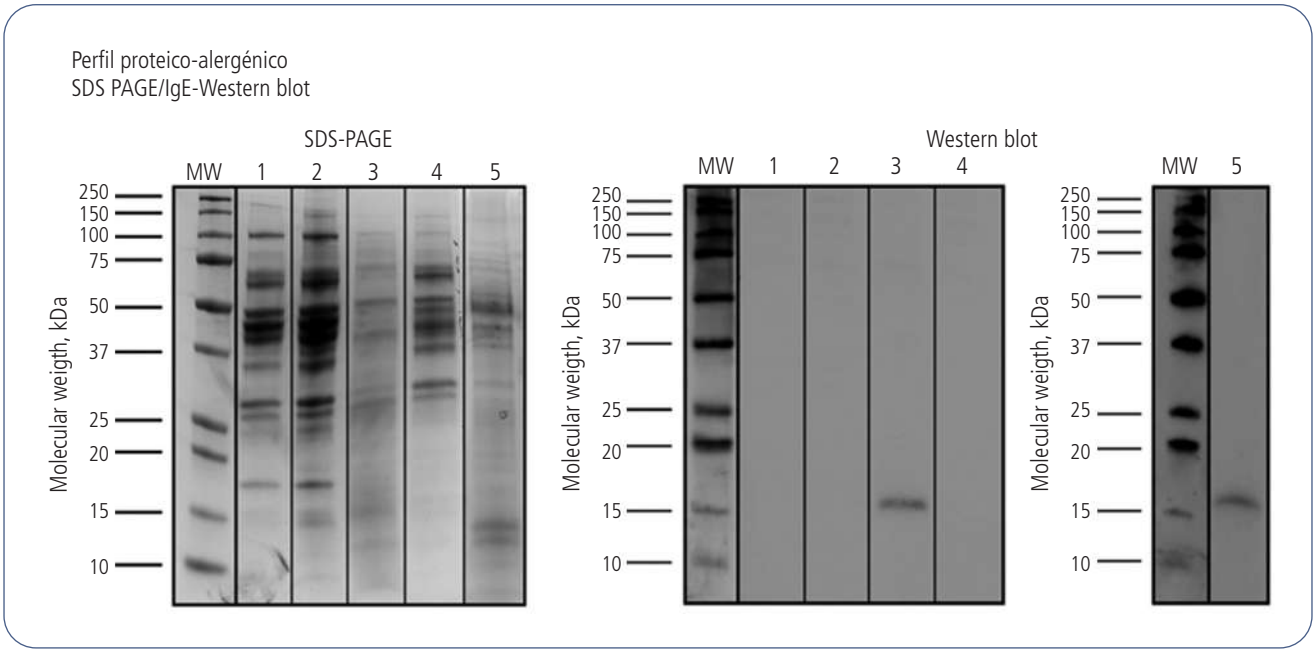



**Figura 1.** SDS-PAGE/Western blot. Condiciones reductoras. Carril 1, piel de fuet *prick* -. Carril 2, carne de fuet *prick* -. Carril 3, piel de fuet *prick* +. Carril 4, carne de fuet *prick* +. Carril 5, *Penicillium chrysogenum.*

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

Se emplearon técnicas de SDS-PAGE y Western blot para analizar el perfil proteico y alergénico, así como la reactividad cruzada entre extractos.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas únicamente para la piel del fuet recubierto de moho comestible (5 × 5 mm). El perfil alergénico mediante Western blot reveló una banda de reconocimiento de IgE de aproximadamente 16 kDa, presente exclusivamente en la piel del fuet *prick* positivo y en el extracto de *Penicillium chrysogenum*, que por su peso molecular podría corresponder al alérgeno Pen ch 33. El ensayo de inhibición entre estos extractos mostró una desaparición completa de la señal, confirmando que la proteína responsable en la piel del embutido es la misma que la del hongo.

**Conclusión**

Se identifica a *Penicillium chrysogenum* como el agente causal de la alergia alimentaria en esta paciente. La proteína de 16 kDa detectada es compatible con el alérgeno Pen ch 33, poco descrito funcionalmente. Este caso destaca la importancia de considerar los mohos empleados en el procesamiento de alimentos como fuentes alergénicas relevantes.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Perfil de sensibilización a albúmina 2S en la práctica clínica: estudio transversal descriptivo en Cáceres (2020-2025)

Prieto Martínez ML, Alvarado Izquierdo MI, Colomer García MC, Navarro Salgado SC, Hernández Romero I, Porcel Carreño SL

Servicio de Alergología, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres

**Objetivo/Introducción**

Las albúminas 2S son proteínas de almacenamiento presentes en frutos secos y semillas, consideradas marcadores de sensibilización primaria; asociándose a mayor riesgo de reacciones sistémicas graves, incluida la anafilaxia. La caracterización del perfil molecular en pacientes con alergia a frutos secos permite una mejor aproximación diagnóstica y pronóstica.

*Objetivo:* Describir las características demográficas, clínicas y moleculares de los pacientes con sensibilización a albúminas 2S en pacientes con sospecha de alergia a frutos secos, así como analizar posibles patrones de polisensibilización molecular.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo transversal realizado sobre una base de pacientes con sospecha de alergia a frutos secos atendidos en consultas de alergología de Cáceres entre 2020-2025. Se seleccionaron aquellos con sensibilización a albúminas 2S. Se recogieron variables demográficas, fruto seco índice, clínica, comorbilidades atópicas y perfil molecular. Se analizó el número de albúminas 2S como marcador de carga molecular.

**Resultados**

Se incluyeron 22 pacientes, que representaron el 27,5% de la muestra total. El 59,1% eran varones y la mayoría tenía entre 5 y 10 años (45,5%). La manifestación clínica más frecuente fue la anafilaxia (31,8%), seguida de angioedema y prurito (27,3% cada uno). La nuez fue el fruto seco índice más frecuente (40,9%), seguida del pistacho (22,7%) y del cacahuete (18,2%). El 77% presentaba rinoconjuntivitis, el 50% asma y el 18% dermatitis atópica. Presentaron sensibilización a una albúmina 2S el 46%; el 45% entre 2-3; y el 9% a 4. El patrón molecular más repetido fue Cor a 14, Jug r 1 y Ana o 3 (27%).

**Conclusión**

La sensibilización a albúminas 2S identifica un subgrupo predominantemente pediátrico con elevada carga atópica y frecuencia relevante de anafilaxia. La polisensibilización molecular y la repetición de determinados patrones sugieren mayor complejidad clínica y potencial relevancia pronóstica, apoyando la utilidad del diagnóstico molecular en la estratificación del riesgo y el manejo individualizado.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxias de repetición por alimento dependientes de ejercicio: no siempre son los cereales

Millaruelo Rami P[1], Ahenke Francisco C[1], Vera Berrios RN[1], Marco Martín G[1], Freundt Serpa N[1], Férnandez Rivas M[1,2]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Clínico San Carlos, IdiSSC, Madrid
[2] Universidad Complutense, Madrid

**Objetivo/Introducción**

En las urticarias y anafilaxias dependientes del ejercicio, los cereales y los alimentos vegetales son los principales alimentos implicados. Los principales alérgenos responsables son la ω5-gliadina y las proteínas de transferencia de lípidos (nsLTP).

**Material y métodos**

*Caso clínico:* niño de 14 años con antecedentes de polinosis que refiere múltiples episodios de anafilaxias en relación con la toma de diferentes alimentos (Tabla).

*Métodos:* se realizan pruebas cutáneas (PC), hemograma, ImmunoCAP™, ISAC, triptasa basal, proteinograma, inmunoglobulinas y serología equinococo.

**Resultados**

- Hemograma, bioquímica, proteinograma, inmunoglobulinas, serología equinoco, triptasa: normal/negativo.
- PC inhalantes positivas: arizónica, plátano de sombra, olivo, gramíneas, Artemisa, *Salsola*, *Plantago*, *D. Pteronyssinus*, cucaracha, gato, perro.
- PC cereales positivas: arroz, cebada y maíz.
- PC positiva para mostaza, tomate, lechuga y profilina. Negativo: sésamo y Prup 3 (LTP).
- ImmunoCAP™ ($kU_A/L$): tomate 6,55, alforfón 1,52, guisante 0,37, soja 2,42, trigo 2,91, maíz 4,52, arroz 6,79.
- ISAC positivo para alérgenos de gramíneas, cupresáceas, perro, gato, profilinas (abedul, látex, mercurial, hierba timotea); resto negativos incluyendo ω5-gliadina, nsLTP, PR10, alfa-gal y proteínas de almacenamiento.

El paciente ha presentado reacciones en algunos casos tras la ingesta de cereales y realización de ejercicio y en otros en los que ha comido cereales no ha presentado reacción. Frutos secos y frutas nunca han estado implicados. El tomate ha estado presente en todas las reacciones con ejercicio y cereales con o sin gluten. Se identifica el tomate como principal alérgeno responsable y se le recomienda evitar su ingesta en relación con el ejercicio, con lo que no presenta más anafilaxias en el año siguiente.

**Conclusión**

Presentamos un caso de anafilaxias por ejercicio dependientes de la ingestión de tomate. Este desencadenante puede ser difícil de identificar ya que su ingestión se asocia frecuentemente con cereales.

**Tabla.**

| Fecha | Alimentos | Ejercicio | Síntomas | Tratamiento |
|---|---|---|---|---|
| 07/06/2023 | Pizza | Sí | Disnea + congestión nasal + urticaria | Antihistamínico + salbutamol |
| 06/11/2023 | Pasta con tomate | Sí | Broncoespasmo + urticaria | Salbutamol + corticoide |
| 31/05/2024 | Carne en salsa y pan | Sí | Prurito + angioedema + tos + congestión nasal | Antihistamínico + salbutamol + corticoide |
| 30/01/2025 | Pasta con tomate | Sí | Urticaria + angioedema + disnea | Antihistamínico + salbutamol + corticoide |
| 24/02/2025 | Albóndigas en salsa y yogur | Sí | Urticaria + disnea | Antihistamínico + corticoide |
| 03/05/2025 | Arroz con tomate | Sí | Urticaria + edema facial | Antihistamínico + corticoide |
| En varias ocasiones | Barritas de cereales con trigo | Sí | No | No |
| En varias ocasiones | Pasta carbonara | Sí | No | No |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Más allá del diagnóstico convencional en alergia al trigo

Peña Acevedo Y[1], Martel Martín C[1], López Fernández C[1], Cabrera Hernández V[1], Martínez Martínez MJ[2], Pineda de la Losa F[2]

[1] Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia al trigo presenta una elevada complejidad diagnóstica debido a la diversidad de proteínas implicadas. En este contexto, la identificación de alérgenos específicos es clave para el manejo clínico.

**Material y métodos**

Paciente de 11 años con antecedentes de rinitis y asma por alergia a los ácaros del polvo. Refiere episodios de urticaria aguda recurrente asociados a ingesta de trigo y cofactores como ejercicio físico (juego o natación), tolerando trigo en ausencia de ejercicio físico. El estudio alergológico incluyó pruebas cutáneas intraepidérmicas frente a cereales y gluten, con resultados negativos. La determinación de IgE específica frente a trigo y sus principales componentes moleculares, Tri a 19 (ω-5 gliadina) y Tri a 14 (nsLTP), fue negativa. Se realizó estudio para urticaria *a frigore* y test del cubito de hielo, cuyo resultado fue negativo.

Se estudió el perfil proteico y alergénico de diferentes extractos de trigo, con el objetivo de identificar las proteínas implicadas en la sensibilización del paciente.

**Resultados**

El IgE-Western blot reveló reconocimiento de varias proteínas en el extracto salino de harina de trigo, con bandas de 37, 50 y 70 kDa. Según el peso molecular, la banda de menor tamaño podría corresponder a gamma-gliadina (Tri a 20), mientras que la de mayor tamaño podría asociarse a omega-5-gliadina (Tri a 19), a pesar de resultados negativos previos en pruebas convencionales.

**Conclusión**

El estudio confirma sensibilización a proteínas del trigo no detectadas mediante técnicas convencionales, destacando el posible papel de las gliadinas como principales alérgenos implicados. Esta discrepancia podría explicarse por la mayor sensibilidad de la técnica de Western blot en comparación con otros ensayos analíticos. Además, en un estudio realizado por Le *et al.* se observó que un número considerable de pacientes alérgicos a esta proteína presentaban resultados negativos en pruebas convencionales frente a trigo.

La paciente está tolerando trigo en ausencia de ejercicio físico.

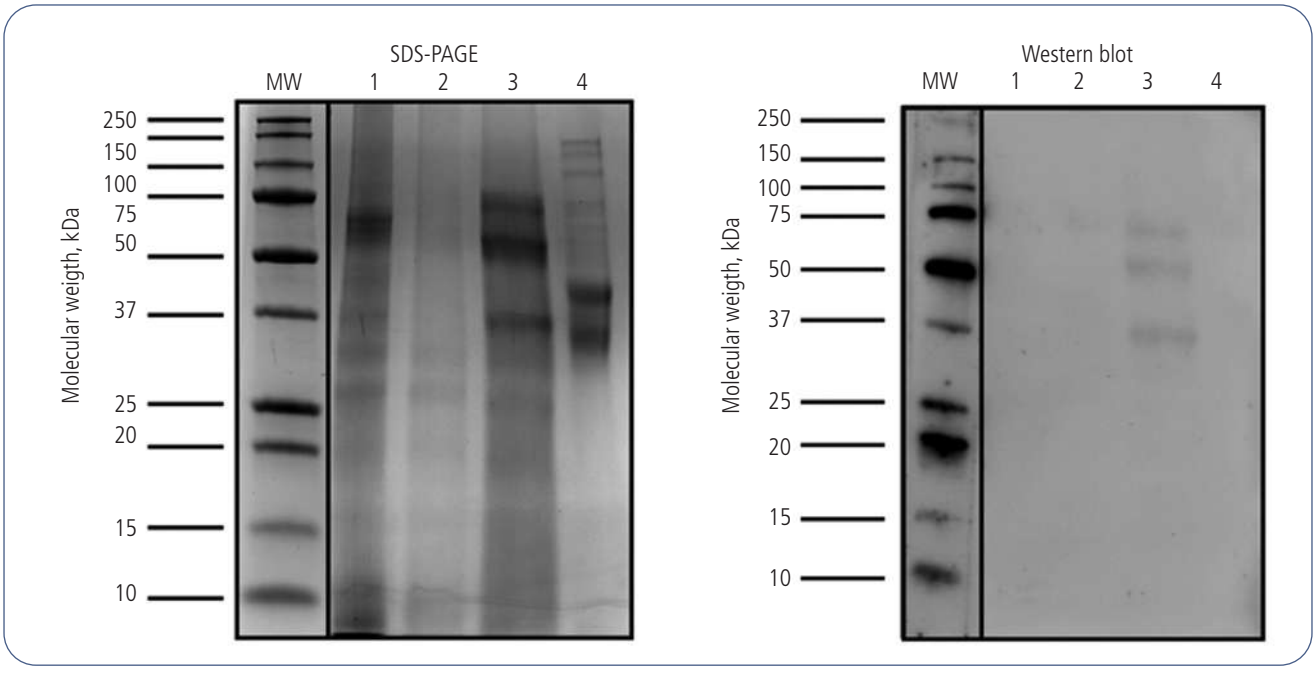



**Figura.** SDS-PAGE. Condiciones reductoras. Carril 1, harina de trigo. Carril 2, salvado de trigo. Carril 3, harina de trigo extracción salina. Carril 4, harina de trigo, extracción alcohólica.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Embutidos y preparados cárnicos: un nuevo desafío en la seguridad alimentaria de pacientes alérgicos a leguminosas

Ahenke Francisco C[1], Millaruelo Rami P[1], Henao Escobar S[1], Marco Martín G[1], Vera Berrios RN[1], Fernández Rivas M[1,2]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Clínico San Carlos, IdiSSC, Madrid
[2] Facultad Medicina, Universidad Complutense, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La introducción creciente en alimentos procesados de ingredientes de origen vegetal no incluidos en el listado de alérgenos de declaración obligatoria supone un riesgo para los consumidores alérgicos a los mismos, además de ser un reto diagnóstico.

Presentamos 2 casos que ilustran este problema de seguridad alimentaria.

**Material y métodos**

*Casos clínicos:*

– Niña de 6 años con antecedentes de alergia al polen, legumbres y huevo. Refiere a los minutos de comer salchichón y chorizo tos, eritema facial y vómito. Previamente había presentado prurito oral tras tomar rodajas de chorizo, y tos y prurito oral con carne picada. En su composición, el chorizo contenía proteína de guisante, y el preparado de carne picada proteína de haba.
– Niño de 11 años con antecedentes de dermatitis atópica, alergia al polen y cacahuete. Consulta por angioedema facial y urticaria generalizada mientras jugaba al fútbol tras comer una hamburguesa. La carne de hamburguesa contenía proteína de guisante.

*Métodos:* Se realizaron pruebas cutáneas (PC), ImmunoCAP™ e ISAC.

**Resultados**

*Caso 1:*

– PC positivas para cacahuete, guisante, haba, garbanzo, judía blanca y lenteja.
– ImmunoCAP™ ($kU_A/L$): guisante 97,6, cacahuete 9,57, soja 3,97, garbanzo 88,6, altramuz 27.
– ISAC positivo a huevo (Gal d 2-3), cacahuete (Ara h 1) y soja.

*Caso 2:*

– PC positivas para cacahuete, guisante, judía blanca, lenteja y soja.
– ImmunoCAP™ ($kU_A/L$): guisante 0,41, cacahuete 29,9, garbanzo 0,42, judía verde 0,43, altramuz 0,36.
– ISAC positivo para cacahuete (Ara h 1-2-3-6), alérgenos mayores de gramíneas, olivo, ciprés, plátano, perro y gato.

**Conclusión**

Estos casos evidencian la relevancia de las leguminosas que no son de declaración obligatoria como causa de reacciones alérgicas, y la necesidad de reforzar la educación del paciente en la lectura del etiquetado para prevenir exposiciones accidentales. Es necesario que la industria alimentaria liste todos los ingredientes incluso cuando no estén sujetos a declaración obligatoria.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# De la infancia a la edad adulta: resolución de alergia a proteínas de leche de vaca tras más de dos décadas de evitación

Harguindeguy Blanco D, Letón Cabanillas P, Sanchís Merino ME, Gutiérrez Matos G, Méndez Alcalde J, Mejías Affinito RP

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) afecta al 2-3% de lactantes, con resolución espontánea en la mayoría durante la infancia. La seroalbúmina bovina (BSA, Bos d 6) es un alérgeno termolábil que se asocia con sensibilización persistente y reactividad cruzada con carnes de mamíferos. Presentamos el caso de un paciente con APLV con debut en la infancia y sensibilización persistente a BSA hasta la edad adulta.

**Material y métodos**

Varón de 28 años con antecedente de alergia a huevo superada y APLV que en la infancia presentó clínica de anafilaxia tras la toma de leche de vaca. Perdió seguimiento por alergología manteniendo evitación estricta de leche de mamíferos y ternera, tolerando trazas y otras carnes. Se realiza estudio alergológico con *prick test* e IgE específica a leche y fracciones y finalmente provocación con leche de vaca, carne de vacuno bien cocida y queso de oveja.

**Resultados**

Desde 2017, presentó *prick test* positivos a leche y fracciones, así como IgE específica para leche de 12,7 kU/L, BSA 6,94 kU/L y caseína 1,31 kU/L. En la evaluación más reciente, los *prick test* fueron positivos para leche, α-lactoalbúmina y seroalbúmina, y negativos para caseína, β-lactoglobulina, leche de cabra, oveja y ternera. La IgE específica mostró persistencia de sensibilización a leche (4,88 kU/L), y BSA (3,33 kU/L), resto de fracciones negativas. Se realizó provocación, evidenciando tolerancia a leche de vaca (200 mL), ternera bien cocida, queso de oveja y cabra. Actualmente, tolera estos alimentos en la dieta sin incidencias.

**Conclusión**

Este caso demuestra que la resolución de la APLV puede ocurrir en la edad adulta y que la sensibilización a BSA no implica necesariamente alergia clínica. La tolerancia a productos procesados térmicamente refleja su naturaleza termolábil, por lo que se recomienda comprobar su tolerancia para evitar restricciones dietéticas innecesarias.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia por sésamo y el valor de las fracciones liposolubles

Albarracín Contreras Á[1], Galán Díez T[2], Pineda de la Losa F[2], Ortiz Aljaro PA[1], León Hervias P[1], García Gutiérrez I[1]

[1] Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander
[2] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a las semillas de sésamo (*Sesamum indicum*) es una causa emergente de reacciones alérgicas graves. A menudo, las pruebas cutáneas y la IgE específica con extractos convencionales pueden ser negativas debido a la baja representación de alérgenos hidrofóbicos como las oleosinas. Presentamos un caso de anafilaxia grave con discordancias entre pruebas convencionales y técnicas moleculares.

**Material y métodos**

Varón de 64 años con historial de 10 episodios de anafilaxia por sésamo (semillas, aceite y vapores), destacando un último episodio de edema de la vía aérea refractario a adrenalina que precisó traqueotomía de urgencia. Presenta tolerancia clínica al resto de semillas y frutos secos consumidos habitualmente. Se realizaron:

- *Prick by prick* con sésamo.
- Determinación de IgE específica (ImmunoCAP™) y macroarray ALEX.
- Estudio del perfil proteico (SDS-PAGE) y alergénico (IgE-Western blot) utilizando extractos de sésamo diferenciados en fracción hidrosoluble y liposoluble.

**Resultados**

El *prick by prick* mostró un resultado positivo débil (2 × 3 mm) y la IgE específica fue negativa para todos los componentes, entre los que se incluian las oleosinas. Sin embargo, el IgE-Western blot reveló sensibilización a ambas fracciones:

- Fracción hidrosoluble: reconocimiento de bandas a ~40 y 45 kDa, compatibles con globulinas, y una banda de 11 kDa en condiciones reductoras, compatible con Ses i 1.
- Fracción liposoluble: se reconoció una banda proteica a 17 kDa compatible con oleosinas (Ses i 4), estando ausente en la fracción hidrosoluble.

**Conclusión**

Se confirma la sensibilización a múltiples proteínas del sésamo, probablemente a globulinas y oleosinas. La alta sensibilidad del Western blot y el uso de fracciones liposolubles permitieron identificar la sensibilización en un paciente con resultados serológicos convencionales negativos. Consecuentemente, es necesaria la inclusión de alérgenos hidrofóbicos en el diagnóstico de reacciones graves al sésamo, especialmente cuando existe una sospecha clínica clara, pero pruebas convencionales negativas.

**Tabla.** Cantidad de proteína en las muestras seleccionadas.

| Alérgeno | Proteína (µg/mL)1 |
|---|---|
| Sésamo hidrosoluble | 3569 |
| Sésamo liposoluble | 7728 |

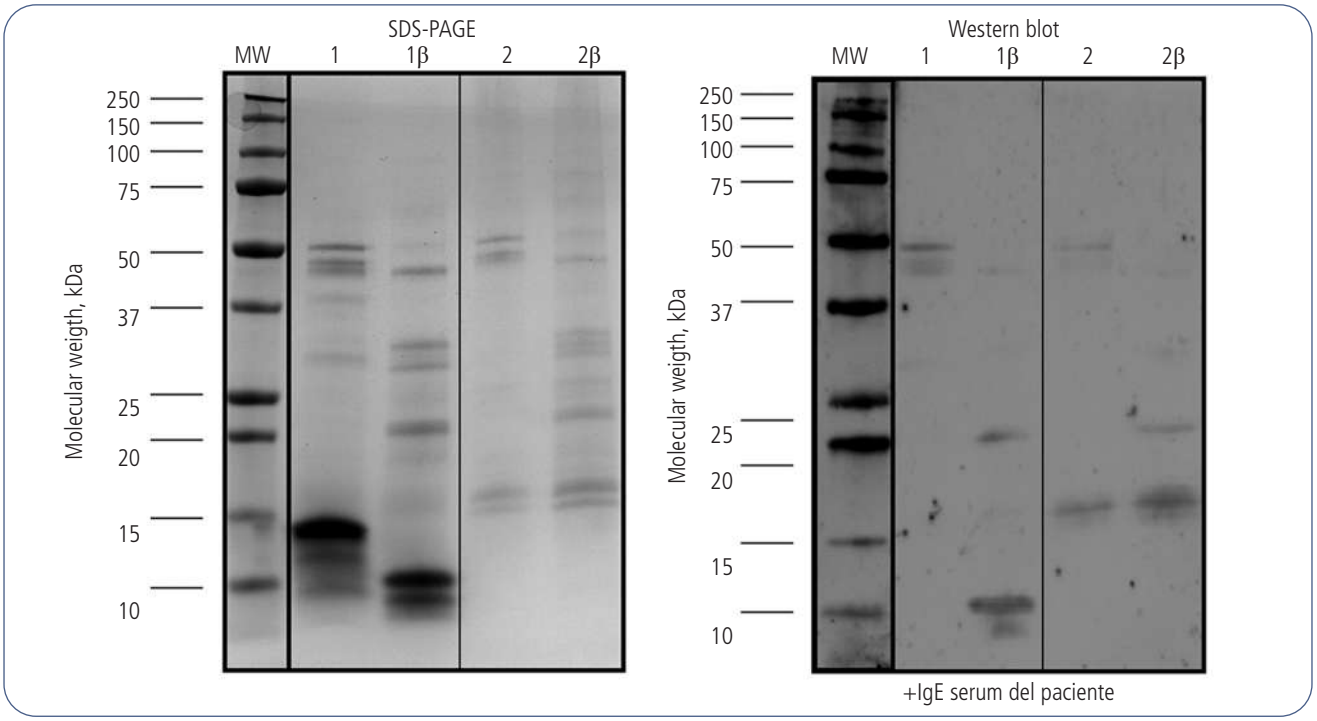



**Figura.** SDS-PAGE/IgE-Western blot en condiciones reductoras (ß) y no reductoras. MW: marcador de peso molecular. Carril 1, sésamo hidrosoluble. Carril 2, sésamo liposoluble.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Síndrome gato-cerdo: evaluación de un caso

Armas Sosa E, Piñero Cáceres T, Brito Negrín C, Hernández Santana GL, Pérez Rodríguez EM

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

**Objetivo/Introducción**

El síndrome gato-cerdo es una alergia alimentaria mediada por IgE causada por reactividad cruzada entre la albúmina sérica del gato (Fel d 2) y la del cerdo (Sus s 1). Aunque las seroalbúminas suelen ser termosensibles, algunas pueden conservar su capacidad alergénica tras la cocción. Presentamos un caso diagnosticado mediante estudio de componentes moleculares.

**Material y métodos**

Varón de 31 años con rinitis alérgica moderada-grave por exposición a gatos, urticaria aguda espontánea y probable asma intermitente. Fue remitido tras dos episodios de anafilaxia con edema facial, prurito, disfagia, dificultad respiratoria y síntomas abdominales tras la ingesta de productos cárnicos y garbanzos. Se realizaron pruebas cutáneas tipo *prick test* e IgE específicas mediante ImmunoCAP™ y ALEX.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas para carne de conejo y cordero. Las IgE específicas mostraron sensibilización frente a carne de cerdo, ternera, proteínas séricas de conejo y albúmina sérica de cerdo. El estudio molecular evidenció sensibilización a múltiples seroalbúminas: Fel d 2, Sus s 1, Can f 3, Bos d 6, Gal d 5 y Equ c 3. A pesar de ello, el paciente toleraba carnes bien cocinadas y sus derivados, sin nuevos episodios tras evitar únicamente carnes poco hechas. No se realizaron pruebas de provocación oral debido a la alta sospecha diagnóstica.

**Conclusión**

Este caso representa un síndrome gato-cerdo clásico con sensibilización primaria al gato y reactividad cruzada con carne de cerdo. El diagnóstico molecular permitió identificar el mecanismo subyacente de sensibilización cruzada y evitar restricciones dietéticas innecesarias.

## Al margen del patrón clásico: FPIES atípico inducido por huevo

García Canuto E, Márquez Hernández DM, de León Castillo MC, Rodríguez Calderón L, Uchupaille Torres PY, Rodríguez Trabado A

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de la dieta (FPIES) es una forma de alergia alimentaria no mediada por IgE que se caracteriza clínicamente por la aparición de síntomas digestivos, generalmente varias horas después de la ingesta del alimento desencadenante.

Esta entidad heterogénea engloba diversos fenotipos clínicos entre los cuales destaca la variante FPIES atípico, presentación en la que se detecta IgE específica frente al alimento causal, a pesar de que los pacientes no suelen presentar los síntomas característicos de alergia IgE mediada.

**Material y métodos**

Estudiamos a un paciente de 20 meses de edad con antecedentes personales de dermatitis atópica y episodios de hiperreactividad bronquial en contexto de infecciones respiratorias, que mantiene lactancia materna, alimentación complementaria reglada y calendario vacunal actualizado.

El paciente a los 6 meses de edad, tras la quinta toma de huevo en tortilla (había tolerado cuatro tomas previas sin incidencias), presentó a las 2 horas vómitos incoercibles, estado letárgico y palidez con intensa afectación del estado general. Acudió a urgencias donde se administró sueroterapia y antiemético IV con mejoría en unas horas. No presentó lesiones cutáneas asociadas. Al día siguiente, episodio autolimitado de deposiciones diarreicas.

**Resultados**

- *Prick test*: yema y ovoalbúmina positivas.
- IgE total: 49 UI/mL (0-13)
- IgE Gal d clara de huevo: 0,52 kU/L
- IgE Gal d yema: 0,30 kU/L
- IgE Gal d 2 ovoalbúmina: 0,45 kU/L
- IgE Gal d 1 ovomucoide: 0,14 kU/L.
- IgE específicas se mantienen al alza en revisiones posteriores.
- Anticuerpos celiaquía: negativos.

**Conclusión**

La presentación clínica de la sintomatología determina FPIES, con un patrón atípico al hallarse determinación IgE específica frente a huevo y pruebas cutáneas positivas. Se vincula a peor pronóstico, por lo que se mantiene dieta estricta exenta de huevo, valorando provocación oral en el futuro.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Anafilaxia múltiple por frutas con perfil molecular atípico: estudio proteómico

Martínez Sendino M[1], Moreira García MG[1], Frías López A[1], Romero Sánchez-Brunete M[1], Alcover Díaz J[2], Moro Moro MDM[1]

[1] Hospital Universitario de Toledo, Toledo
[2] Laboratorio Diater, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La anafilaxia inducida por frutas se asocia clásicamente a sensibilización frente a panalérgenos como proteínas de transferencia lipídica (LTP) o profilinas. Sin embargo, existen formas mediadas por alérgenos no convencionales, infrarrepresentadas en la práctica clínica. Presentamos un caso de anafilaxia recurrente por frutas con perfil de sensibilización atípico, cuyo objetivo fue identificar los alérgenos implicados mediante técnicas proteómicas.

**Material y métodos**

Mujer de 59 años, sin clínica respiratoria, con sensibilización subclínica a pólenes, que presentó episodios repetidos de anafilaxia tras la ingesta de melocotón, paraguaya, cereza, fresa y frutos rojos. Precisó tratamiento urgente con corticoides sistémicos, antihistamínicos y adrenalina. Toleraba otras frutas y frutos secos. Se realizó un estudio alergológico mediante *prick test*, *prick-prick* con alimento fresco y determinación de IgE específica. Ante la discordancia clínico-analítica, se completó estudio con caracterización proteómica mediante cuantificación (Bradford), SDS-PAGE, inmunodetección (IgE-Western blot) e identificación por espectrometría de masas.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas mostraron una positividad selectiva, con negatividad para LTP y profilina, confirmada por IgE específica (rPru p 3 y rPru p 4 indetectables). El *prick-prick* fue positivo. La triptasa basal fue normal. El estudio proteómico evidenció ausencia de reconocimiento IgE en bandas de 10-13 kDa (LTP/profilinas) e identificó como principal alérgeno una quitinasa de clase III (31 kDa) en frambuesa, junto con una *(R)-mandelonitrile lyase* (61 kDa) en melocotón. Se detectaron, además, proteínas de alto peso molecular no descritas en bases de datos IUIS.

**Conclusión**

Se describe un caso de anafilaxia múltiple mediada por IgE a frutas de las familias *Prunoideae* y *Pomoideae*, con un perfil molecular independiente de panalérgenos clásicos (LTP y profilina). El estudio proteómico permitió identificar una quitinasa de clase III (31 kDa) en frambuesa como principal alérgeno implicado. Este caso pone de manifiesto la relevancia de alérgenos emergentes y subraya la necesidad de incorporar técnicas moleculares avanzadas en pacientes con alta sospecha clínica y estudios convencionales.

## Primer caso descrito de alergia IgE mediada a açaí (*Euterpe oleracea*): anafilaxia tras exposición cosmética

Campagner C[1], Haroun Díaz E[1], Pérez Alzate DV[1], Sanz Gómez N[2], Ruano Pérez FJ[1], Prieto-Moreno Pfeifer A[1]

[1] Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid
[2] Laboratorio de Diagnóstico de Precisión Diater, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El açaí es el fruto de una palmera amazónica denominada *Euterpe oleracea*. Es un alimento cuyo consumo se ha incrementado en los últimos años por sus propiedades antioxidantes. Hasta la fecha, no se ha descrito alergia a este fruto.

**Material y métodos**

Presentamos el primer caso clínico descrito de alergia al açaí en una mujer de 42 años con antecedentes de rinoconjuntivitis leve secundaria a pólenes, quien presentó un episodio de anafilaxia leve tras aplicarse una crema cosmética. Mejoró tras recibir tratamiento con metilprednisolona. Se realizaron pruebas cutáneas en *prick-prick* con la crema y con los ingredientes de forma aislada: extracto de ortiga, savia de sangre de drago, aloe-vera, manzanilla y extracto de açaí. Se realizó *prick-prick* con dátil y arándano y *prick* con LTP y profilina, así como *immunoblotting* con suero del paciente y extracto de açaí.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas para *prick-prick* con la crema cosmética, açaí, dátil y arándano; el *prick* fue negativo para LTP y profilina. Con el objetivo de identificar las proteínas implicadas en la alergia a açaí, se realizó un *immunoblotting*, observándose reconocimiento de bandas en el extracto de açaí en torno a 17, 21, 25, 45 y 70 kDa en condiciones reductoras, compatibles con proteínas de almacenamiento al estar presente en las semillas o PR-10, pendiente de determinar.

**Conclusión**

Este caso constituye la primera evidencia de alergia IgE mediada al açaí, demostrada mediante pruebas cutáneas e *immunoblotting*. Las pruebas cutáneas mostraron sensibilización a arándanos y dátil. Existe proximidad filogenética entre el árbol de las bayas de açaí y la palma del dátil. Estudios adicionales de inhibición e identificación de los alérgenos permitirían determinar potenciales reactividades cruzadas con dátil u otras bayas. El caso destaca la necesidad de vigilar alérgenos emergentes que pueden incluso desencadenar una reacción sistémica en pacientes sensibilizados.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Alergia a vino y cerveza con sensibilización no atribuible a levaduras

González Bravo L[1], Sánchez González MJ[1], Barbarroja Escudero J[1], Monjo Paz J[1], Pineda de la Losa F[2], Fernández Fernández AE[2]

[1] Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones adversas a bebidas fermentadas como vino y cerveza constituyen un desafío diagnóstico debido a la complejidad de sus matrices, que incluyen proteínas de origen vegetal, levaduras, hongos y compuestos derivados del procesado. Aunque *Saccharomyces cerevisiae* se ha propuesto como alérgeno potencial, la evidencia de su implicación directa es limitada.

**Material y métodos**

Mujer de 45 años, derivada por prurito y sensación de cuerpo extraño faríngeo inmediato tras consumo de determinados vinos y cervezas. Se realizaron:

- *Prick-prick* con cervezas y vinos implicados.
- Analítica-ImmunoCAP™: IgEs específicas de *Saccharomyces cerevisiae*, hongos, cereales, uva, Phl p 12 y Pru p 3.
- SDS-PAGE e IgE-Western blot en condiciones no reductoras, utilizando suero de la paciente, y extractos proteicos de cepas de *Saccharomyces cerevisiae*, cervezas y vinos implicados (incluyendo un extracto concentrado), lías y *Penicillium*.

**Resultados**

- *Prick-prick*: todos positivos.
- IgE específicas: negativas (<0,10 k $U_A$/L), excepto para cebada (0,37 kU/L), Phl p 12 (0,74 kU/L) y *Penicillium notatum* (0,17 kU/L). IgE total: 104 IU/mL.
- Western blot: negativo para la mayoría de los extractos, incluidas las levaduras y *Penicillium*, lo que descarta su papel como fuente primaria de sensibilización.

En las cervezas, la ausencia de reactividad contrasta con pruebas cutáneas positivas, lo que sugiere una pérdida de epítopos conformacionales. En los vinos, la ausencia probablemente sea debido a su baja concentración proteica. El extracto de vino previamente concentrado mostró reconocimiento IgE en una banda de 15-20 kDa, lo que sugiere la implicación de una proteína minoritaria no caracterizada.

**Conclusión**

La alergia a bebidas fermentadas puede estar mediada por alérgenos minoritarios o poco abundantes, cuya detección depende críticamente de la concentración proteica y de la integridad estructural de los epítopos. La ausencia de reactividad frente a levaduras sugiere que otros componentes de la matriz, posiblemente proteínas vegetales residuales o modificadas durante el procesado, son responsables de la clínica. Estos hallazgos subrayan la necesidad de enfoques analíticos adaptados a matrices complejas en el diagnóstico de alergias alimentarias atípicas.

## ¿Garantiza la inmunoterapia con pistacho la tolerancia al anacardo?

Ojeda Fernández P[1], Galán Díez T[2], Ojeda Fernández I[1], Pesántez Méndez C[1], Pineda de la Losa F[2]

[1] Clínica de Asma y Alergia Dres. Ojeda, Madrid
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a frutos secos de las familias *Anacardiaceae* (anacardo, pistacho) y *Juglandaceae* (nuez) suele estar mediada por proteínas de almacenamiento. Aunque existe una alta homología entre alérgenos de la misma familia botánica, como ocurre entre el pistacho y el anacardo, la respuesta clínica puede no ser uniforme. Presentamos un caso de disociación clínica tras ITO múltiple analizado mediante estudios de inhibición.

**Material y métodos**

Se estudió un paciente varón con antecedente de edema facial y de úvula tras la ingesta de anacardo a los 3 años. El paciente realizó un protocolo de inmunoterapia oral (ITO) con un preparado magistral (pistacho, nuez y avellana), logrando alcanzar las dosis de mantenimiento previstas.

Para la caracterización molecular, se realizaron:

- Determinación de IgE específica (ImmunoCAP™) y ALEX.
- Perfiles proteico/alergénico por SDS-PAGE e IgE-Western blot, respectivamente.
- Técnicas de inhibición para determinar el grado de reactividad cruzada entre pistacho y anacardo.

**Resultados**

El paciente alcanzó con éxito las dosis de mantenimiento de la mezcla (6 pistachos, 2 nueces y 6 avellanas). Los niveles de sIgE fueron de 11 kU/L para pistacho y 8,96 kU/L para anacardo.

Sin embargo, al intentar introducir el anacardo de forma controlada, el paciente presentó síntomas de SAO y dolor abdominal, incluso con dosis bajas (1 unidad). En el Western blot se reconocieron bandas compatibles con albúminas-2S y globulinas en ambos frutos.

Los resultados del ELISA inhibición demostraron una alta reactividad cruzada entre pistacho y anacardo, este último con una mayor potencia alergénica. Esto evidencia que, a pesar de una mayor sensibilización a pistacho, la desensibilización a este no fue suficiente para inducir una tolerancia clínica completa al anacardo.

**Conclusión**

La práctica clínica demuestra que la desensibilización a una fuente (pistacho) no garantiza necesariamente la tolerancia plena a otra fuente de la misma familia (anacardo), a pesar de la reactividad cruzada demostrada *in vitro* mediante ELISA de inhibición.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Alergia al plátano en paciente con prueba cutánea e IgE específica negativas

Figueroa Rivero J[1,2], López Matas MÁ[3], Caballero Naranjo E[1,2], Cabrera Hernández RM[1,2], Gallego Segovia MD[1,2], Martínez Beltrán D[1,2]

[1] Sección de Alergología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
[2] Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (IISC), Las Palmas de Gran Canaria
[3] Unidad de I+D, Alergia e Inmunología, LETI Pharma, S.L.U., Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia al plátano ha sido descrita ampliamente en la literatura asociada frecuentemente a síndromes de reactividad cruzada. Presentamos un caso clínico de una mujer de 45 años que refería varios episodios de cuadros inmediatos de disnea, tos, sibilancias, opresión torácica y sensación de mareos que asociaba al consumo de plátano, sobre todo maduro, sin referir ninguna clínica con otros alimentos de origen vegetal ni clínica respiratoria alguna.

**Material y métodos**

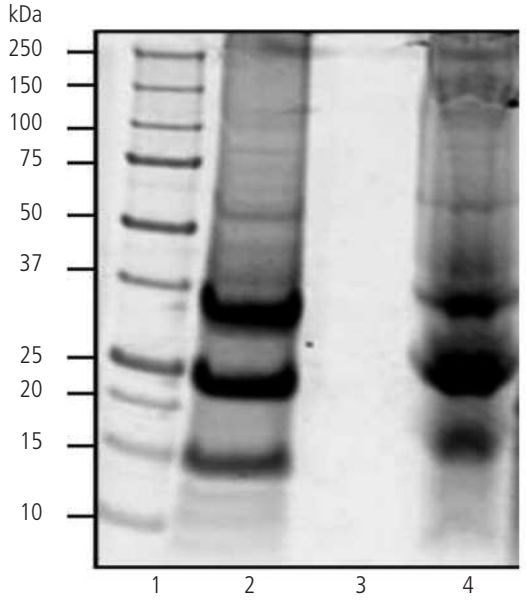
Se realizaron pruebas cutáneas en *prick* con batería de aeroalérgenos habituales y batería de frutas, así como *prick prick* con plátano. Se realizaron también pruebas *in vitro* que incluyeron determinación de IgE total e IgE específica a plátano (ImmunoCAP™), diagnóstico molecular por componentes (ALEX²), prueba de exposición oral controlada y SDS-PAGE e *immunoblot* con extractos de plátano verde, plátano maduro y plátano óptimo para consumo (normal).

**Resultados**

Todas las pruebas cutáneas realizadas fueron negativas incluyendo el *prick-prick* con plátano. La IgE total fue de 2,3 kU/L y la IgE específica a plátano <0,1 kU/L. La triptasa sérica basal observada fue de 6,71 µg/L y el ALEX² resultó negativo (≤0,10) en todas las determinaciones. La prueba de exposición oral controlada fue positiva, por lo que se realizó el SDS-PAGE que mostró bandas de entre 10 y aproximadamente 80 kDa en los extractos de plátano normal y maduro. No se observó ninguna banda en el extracto de plátano verde. En el *immunoblot*, la IgE de la paciente reconoció las bandas de 23 y 32 kDa de los extractos de plátano maduro y normal.

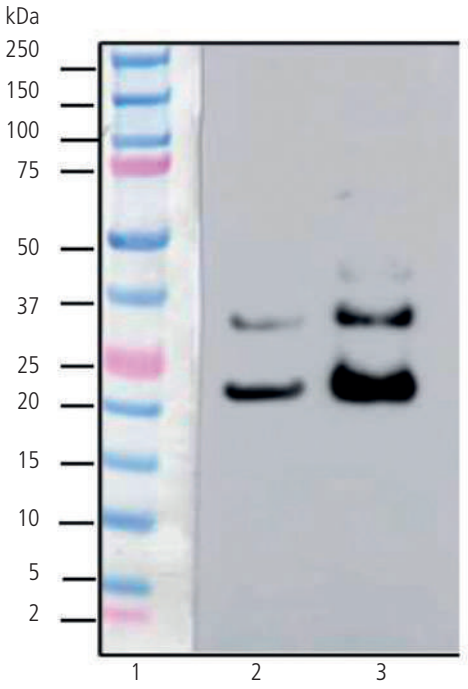
**Conclusión**

Se confirma alergia al plátano en paciente con pruebas cutáneas e IgE específicas negativas. El diagnóstico de alergia al plátano, cuando se presenta de manera aislada sin asociación a síndromes de reactividad cruzada, puede entrañar dificultades con los métodos diagnósticos actualmente disponibles.




1. Marcador de peso molecular Precision Plus (BioRad)
2. Plátano muy maduro (200 µg de luofilizado)
3. Plátano verde (200 µg de liofilizado)
4. Plátano normal (200 µg de liofilizado)

**Figura 1.** Perfil proteico (SDS-PAGE).




1. Marcador de peso molecular Precision Plus (BioRad)
2. Plátano muy maduro (100 µg de luofilizado)
3. Plátano verde (100 µg de liofilizado)

Suero del paciente a dilución ½

**Figura 2.** Perfil alergénico (*immunoblot*).

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Reactividad cruzada entre *Anacardiaceae* y *Juglandaceae*: un caso de anafilaxia infantil

Ojeda Fernández I[1], Galán Díez T[2], Rubio Olmeda G[1], Ochando Díez-Canseco M[1], Pineda de la Losa F[2]

[1] Clínica de Asma y Alergia Dres. Ojeda, Madrid
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a frutos secos de las familias *Anacardiaceae* (anacardo, pistacho) y *Juglandaceae* (nuez) suele implicar sensibilización a 2S-albúminas y 11S-globulinas. Estas proteínas de almacenamiento son termoestables y resistentes a la digestión, siendo marcadores de reacciones sistémicas graves y persistentes. Presentamos un caso clínico de una paciente pediátrica con anafilaxia por frutos secos, en el que el estudio molecular y de reactividad cruzada mediante técnicas de inhibición permitió precisar el perfil de riesgo.

**Material y métodos**

Se estudió a una paciente de 8 años con antecedentes de anafilaxia a los 3 años tras la ingesta de un mix de frutos secos (clínica de urticaria, angioedema facial, sudoración y desmayo). La paciente presenta sensibilización conocida a nuez, pistacho y anacardo, aunque mantiene tolerancia clínica a avellana, almendra y cacahuete.

Para la caracterización molecular del caso se realizaron:

- *Prick test*.
- Determinación de IgE específica (ImmunoCAP™) y ALEX².
- Estudio del perfil proteico/alergénico mediante SDS-PAGE/IgE-Western blot, respectivamente.
- Técnicas de inhibición para evaluar la reactividad cruzada entre las proteínas de almacenamiento de las familias implicadas.

**Resultados**

La analítica mostró una tIgE de 1545 kU/L. Los resultados de sIgE revelaron una fuerte sensibilización a nuez (99,3 kU/L), con un valor muy elevado para el marcador de gravedad Jug r 1 (74,9 kU/L). Para anacardo, la sIgE fue 14,3 kU/L con positividad a Ana o 3 (7,90 kU/L), y para pistacho 22 kU/L.

El Western blot confirmó el reconocimiento de bandas intensas compatibles con albúminas-2S y globulinas-11S. Los ensayos de inhibición (ELISA y ALEX) ratificaron la existencia de una reactividad cruzada significativa entre las proteínas de almacenamiento de pistacho y anacardo, pero no de estas con nuez.

**Conclusión**

La caracterización molecular confirma una fuerte sensibilización a proteínas de almacenamiento. El uso de técnicas como Western blot y ELISA inhibición resulta esencial para identificar con precisión los alérgenos responsables de reacciones graves y entender las complejas relaciones de reactividad cruzada.

## Desetiquetando la anafilaxia idiopática: a propósito de un caso

Monje Tejedor S, Trondina A, Herráez Herrera L, Enríquez Matas A

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La anafilaxia idiopática se define como aquella sin desencadenante identificable y representa un reto diagnóstico y un riesgo significativo para el paciente. En los últimos años, la incorporación del diagnóstico molecular ha permitido identificar causas previamente no reconocidas.

**Material y métodos**

*Caso clínico:* varón de 54 años con antecedentes de rinoconjuntivitis y asma por alergia a pólenes, remitido por episodios recurrentes de anafilaxia y urticaria aguda recidivante idiopática de 20 años de evolución, diagnosticados en otro centro. A la anamnesis refería episodios de urticaria generalizada y angioedema, asociados en varias ocasiones a disnea e hipotensión, entre 30 y 60 minutos tras la ingesta alimentaria, requiriendo en múltiples ocasiones asistencia urgente y tratamiento con adrenalina. Otros episodios los relacionaba con la toma de ácido acetilsalicílico y metamizol. Se realizaron hemograma, perfil renal y hepático, triptasa sérica, determinación de adrenalina, dopamina, normetanefrina, metanefrina, 3-metoxitiramina y ácido 5-OH-indolacético en orina de 24 horas, así como IgE total e IgE específicas séricas frente a *Anisakis simplex*, Tri a 19, Pru p 3 y alfa-gal.

**Resultados**

Las pruebas complementarias se encontraban dentro de los rangos de referencia, con triptasa de 2,90 µg/L, excepto por la elevación de IgE total sérica (1.810 kU/L) e IgE específica frente a gluten (8,84 $kU_A$/L) y Tri a 19 (15,90 $kU_A$/L). Ante estos hallazgos, se indicó la retirada del gluten de la dieta, permaneciendo el paciente asintomático hasta la actualidad. Asimismo, evita antiinflamatorios no esteroideos, salvo paracetamol, que tolera.

**Conclusión**

Presentamos un caso de urticaria aguda recidivante y anafilaxia de repetición por alergia a omega-5-gliadina exacerbada por antiinflamatorios no esteroideos. La determinación de omega-5-gliadina resulta fundamental en el diagnóstico de anafilaxia idiopática.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Angioedema por *Hypsizygus marmoreus* y *Pleurotus eryngii*: ¿un nuevo patrón de reactividad selectiva en el área mediterránea?

Cortés Bonilla I, Blanco Mota CA, Cabanillas Martín B, Carrón Herrero A, Skrabski Skalba F, Barranco Jiménez R

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las setas son alimentos ampliamente consumidos en el mundo. La alergia respiratoria a hongos ha sido ampliamente estudiada; sin embargo, su alergia alimentaria es menos conocida y probablemente subestimada. En estos casos, la sensibilización ocurre vía inhalatoria o digestiva. No se han descrito previamente casos de angioedema por shimeji (*Hypsizygus marmoreus*) ni seta de cardo (*Pleurotus eryngii*) tras sensibilización digestiva primaria. Presentamos un caso de angioedema inducido por shimeji y seta de cardo, con buena tolerancia al consumo de champiñón.

**Material y métodos**

Una paciente de 56 años presentó edema hemifacial inmediato tras consumir un revuelto de setas con shiitake (*Lentinula edodes*), seta de cardo, shimeji y champiñones (*Agaricus bisporus*), precisando asistencia urgente y corticoides sistémicos.

Se realizaron pruebas cutáneas con inhalantes y alimentos, *prick-prick* con setas, determinación de IgE a champiñón y provocación controlada con champiñón. Además, se prepararon extractos proteicos de las setas y se realizó inmunodetección mediante Western blot utilizando el suero de la paciente.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas a inhalantes fueron negativas para pólenes, ácaros, epitelios y hongos, incluyendo *Cladosporium*, *Aspergillus* y *Alternaria*. La IgE específica para champiñón resultó negativa. El *prick-prick* fue negativo para shiitake y champiñón, positivo para seta de cardo y shimeji, con controles sanos negativos. La prueba de provocación controlada con champiñón resultó negativa. Se realizó inmunodetección con el suero de la paciente frente a extractos de seta de cardo, shimeji y shiitake. El análisis mostró el reconocimiento de proteínas de unión a IgE de aproximadamente 23 kDa en shimeji, así como de bandas de 65, 20 y 15 kDa en la seta de cardo. No se observó reactividad frente a proteínas del extracto de shiitake.

**Conclusión**

Se demuestra sensibilización primaria por vía digestiva a la seta de cardo y al shimeji, destacando la importancia de considerar dichas setas como posibles fuentes alergénicas dado su creciente consumo en la actualidad.

## Evaluación del impacto de la inmunoterapia sublingual con Pru p 3 sobre la calidad de vida de pacientes con alergia a LTP tras 1 año de tratamiento

Bernal Rubio L, Peña González NC, Padilla Parras L, Arévalo Machuca NM, Mora Gálvez-Cañero B, González de Olano D

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia alimentaria genera un importante impacto negativo en la calidad de vida (CV). La alergia a proteínas de transferencia de lípidos (LTP) da lugar a un amplio espectro de manifestaciones clínicas, frente a un amplio número de alimentos. La inmunoterapia sublingual (SLIT) con Pru p 3 ha demostrado eficacia clínica, pero su efecto sobre la CV en estos pacientes ha sido poco explorado.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del tratamiento con SLIT Pru p3 en la CV de pacientes con alergia a alimentos mediada por LTP.

**Material y métodos**

Estudio prospectivo observacional longitudinal en pacientes de 12-65 años con alergia a LTP confirmada. La CV se evaluó mediante los cuestionarios FAQLQ-AF (específico) y SF-12 (genérico) al inicio (T0) y tras 12 meses (T12) de tratamiento con SLIT Pru p 3. Se analizaron las diferencias pre-post mediante pruebas para datos apareados.

**Resultados**

Se incluyeron 17 pacientes, de los cuales 13 completaron el estudio. Tras 12 meses de tratamiento, se observó una mejoría significativa en la puntuación global del FAQLQ-AF (media T0: 4,94 vs. T12: 4,34; $p$=0,017). Por dominios, la mejoría fue significativa en restricción dietética (AADR) e impacto emocional (IE). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el cuestionario genérico SF-12.

**Conclusión**

El tratamiento con SLIT Pru p 3 logra una mejoría significativa en la CV de los pacientes con alergia a LTP, especialmente en los dominios relacionados con la restricción alimentaria y el impacto emocional, reforzando su papel como estrategia terapéutica integral.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia selectiva a espinaca de huerto: identificación de un nuevo alérgeno

González Guzmán LA[1], Núñez Orjales R[1], Martínez Martínez MJ[2], Pineda de la Losa F[2], Carballada González F[1]

[1] Hospital Lucus Augusti, Lugo
[2] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a la espinaca (*Spinacia oleracea*) es excepcional y poco caracterizada. Las diferencias entre variedades o condiciones de cultivo pueden influir en la expresión de proteínas alergénicas y en la clínica del paciente.

**Material y métodos**

Mujer de 25 años con dos episodios de anafilaxia tras la ingesta de espinacas de cultivo propio, con tolerancia a espinacas comerciales. El estudio alergológico convencional (pruebas cutáneas e IgE específica) fue negativo. Se realizaron pruebas *prick by prick* con diferentes muestras, así como un estudio proteico comparativo entre espinacas de huerto y comerciales. Se prepararon extractos proteicos, que fueron analizados mediante SDS-PAGE e IgE-Western blot con suero del paciente. La proteína reconocida por la IgE del paciente se identificó mediante LC-MS/MS.

**Resultados**

Las pruebas *prick by prick* fueron intensamente positivas para espinacas de huerto (crudas y cocidas) y negativas para espinacas comerciales. El IgE-Western blot mostró reconocimiento de una única banda de aproximadamente 35 kDa exclusivamente en el extracto de espinaca de huerto, tanto en condiciones reductoras como no reductoras. Esta banda no corresponde por peso molecular a alérgenos descritos previamente en bases de datos. El análisis proteómico identificó dicha proteína como fructosa bisfosfato aldolasa, una enzima metabólica ampliamente conservada con potencial alergénico descrito en otras fuentes.

**Conclusión**

Se describe un caso de anafilaxia selectiva a espinaca de huerto mediada por una proteína no previamente reconocida como alérgeno en esta fuente, la fructosa bisfosfato aldolasa. Las diferencias en expresión proteica entre variedades o condiciones de cultivo podrían explicar la discrepancia clínica. Este caso destaca la importancia del estudio molecular en alergias alimentarias atípicas y sugiere nuevos alérgenos candidatos en espinaca.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Estudio observacional retrospectivo de desarrollo de esofagitis eosinofílica en pacientes sometidos a inducción tolerancia oral (ITO) al huevo en los años 2019-2025

González López P[1], Moncada Salinero A[2], Gajate Fernández P[2], Micozzi S[2], Bastidas Parlanti JA[2]

[1] Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid
[2] Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El objetivo de este proyecto es valorar la prevalencia de desarrollo de esofagitis eosinofílica (EoE) en pacientes que han realizado previamente una inducción de tolerancia oral (ITO) por alergia al huevo.

**Material y métodos**

Revisión observacional retrospectiva de los pacientes que en los años 2019-2025 realizan ITO huevo en nuestro hospital de día de alergia: valoración retrospectiva de seguimiento, comorbilidades asociadas, éxito o no en dicho tratamiento, así como en el desarrollo posterior de EoE para valorar su importancia en desarrollo de dicha entidad.

**Resultados**

Cohorte de 76 niños incluidos en protocolo de ITO, iniciando dicho procedimiento con una media de edad de 7,26 años. El protocolo tiene una media de duración de 9 semanas, en los que se realiza subida de dosis gradual en el hospital de día.

Se adjuntan las Figuras 1 y 2 que describen la cohorte y se presentan las diferentes comorbilidades asociadas, así como datos descriptivos de partida analítica.

**Conclusión**

El conocimiento sobre la historia natural de EoE es limitado y en muchos aspectos incompletamente definido. Los datos

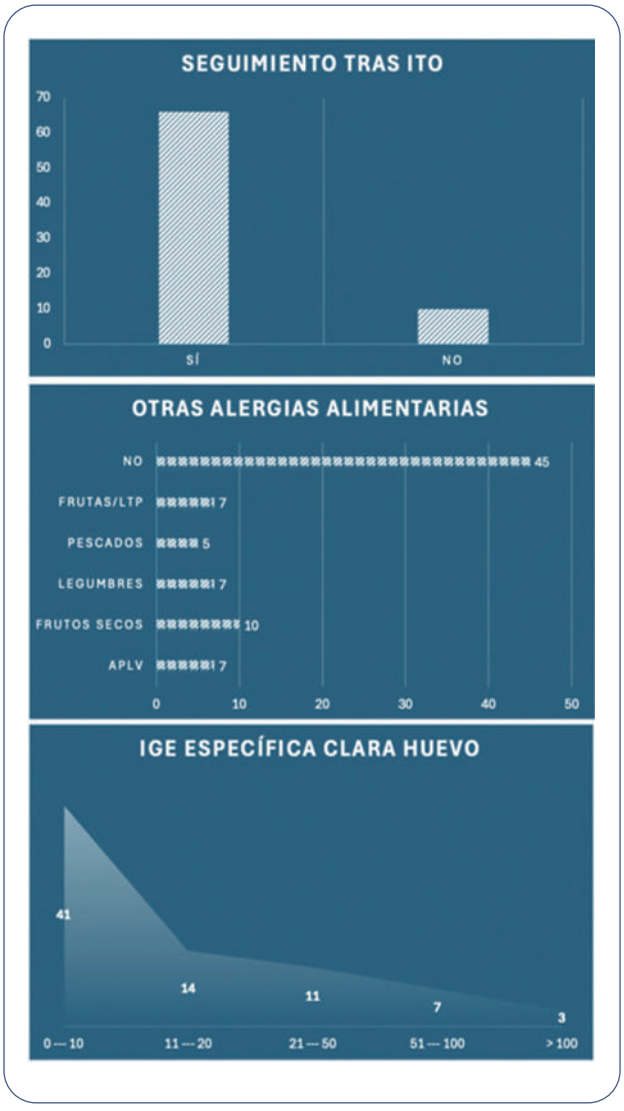



Figura 1.

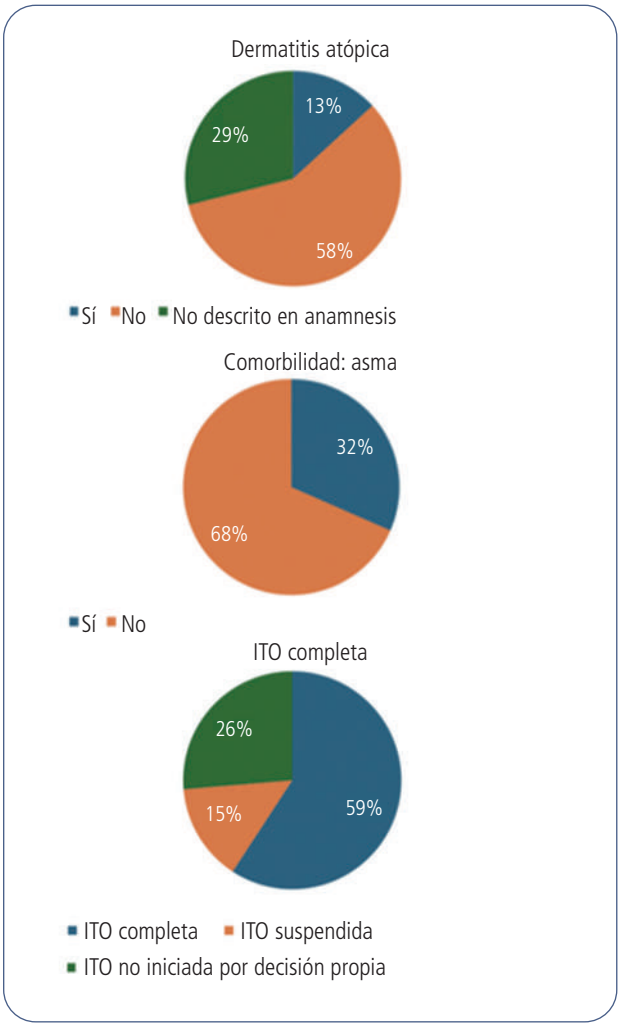



Figura 2.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

disponibles no sugieren que la EoE afecte a la expectativa de vida o asociación. con cáncer, pero existe la preocupación de que la inflamación crónica no controlada puede resultar en un daño irreversible estructural esofágico, lo que lleva a fibrosis, estenosis y función esofágica alterada.

En el estudio retrospectivo analizado, no objetivamos asociación actual entre ITO y desarrollo posterior de EoE en la cohorte actualmente analizada. Sin embargo, son necesarios más estudios observacionales con una mayor cohorte y años de evolución para conocer mejor la asociación de ambas entidades.

## Sensibilización independiente a aves de corral y pescado en un adulto joven

Martínez Martínez MJ[1], Saura Foix MDP[2], Pineda de la Losa F[1], Castillo Marchuet MJ[2], Domínguez Izquierdo A[2], Viñas Domingo M[2]

[1] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid
[2] Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa

**Objetivo/Introducción**

La alergia a la carne de ave y al pescado es poco frecuente, y diferenciar entre reactividad cruzada y cosensibilización requiere un análisis molecular detallado.

**Material y métodos**

Se presenta el caso de un varón de 18 años con reacciones anafilácticas recurrentes tras la ingesta de pollo, pavo, pato y salmón. El paciente permaneció asintomático tras eliminar estas carnes de su dieta, tolerando otros pescados.

Las pruebas cutáneas (*prick test*) fueron positivas para pollo, salmón, merluza y gambas. Los estudios mediante ALEX² e ImmunoCAP™ evidenciaron sensibilización a parvalbúminas y tropomiosina.

Se prepararon extractos proteicos de pollo, salmón, merluza y gambas, tanto crudos como cocinados. Posteriormente, se realizaron técnicas de Western blot e inhibición para evaluar posibles reactividades cruzadas entre alérgenos de aves, pescado y marisco.

**Resultados**

El Western blot de IgE mostró en pollo crudo bandas de baja intensidad de 36 y 40 kDa, siendo esta última compatible con la aldolasa. En pollo cocinado se observaron bandas de 25 y 15 kDa, esta última compatible con parvalbúmina. Tanto el pollo crudo como el cocinado presentaron una banda de 50 kDa compatible con la β-enolasa (Gal d 9).

En salmón se identificó una banda de 12 kDa correspondiente a la β-parvalbúmina (Sal s 1), mientras que la merluza cruda mostró una banda tenue de igual peso molecular, también compatible con β-parvalbúmina.

Los extractos de gamba evidenciaron unión de IgE a proteínas de 35 y 22 kDa, correspondiendo la de 35 kDa a la tropomiosina (Pen a 1).

El Western blot de inhibición con pollo cocinado no mostró reactividad cruzada con salmón, merluza ni gamba, confirmando sensibilizaciones independientes.

**Conclusión**

Este caso demuestra una cosensibilización a múltiples fuentes de proteínas animales, con implicación clínica de la aldolasa y β-enolasa del pollo, así como de las β-parvalbúminas del pescado, sin evidencia de reactividad cruzada entre ellas.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Anafilaxia tras el consumo de cangrejo de río con fuerte sensibilización a *Anisakis simplex*

Galán Díez T[1], San Román Sirvent S[2], Pineda de la Losa F[1]

[1] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid
[2] Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante

**Objetivo/Introducción**

La alergia a los crustáceos se asocia clásicamente a la tropomiosina. Sin embargo, algunas reacciones atípicas pueden estar mediadas por proteínas no convencionales o por reactividad cruzada con *Anisakis simplex*. Presentamos un caso de anafilaxia tras consumo de cangrejo de río en un paciente con sensibilización marcada a *Anisakis* y describimos los hallazgos clínicos y moleculares asociados.

**Material y métodos**

Un varón de 49 años presentó una reacción anafiláctica minutos después de ingerir cigalas, con mareo, prurito generalizado, rubor facial y eritema periorbitario, requiriendo atención urgente. Se realizó un estudio alergológico completo que incluyó pruebas cutáneas (*skin prick test*) y *prick by prick* con gamba y cangrejo de río crudos y cocidos. Se prepararon extractos proteicos mediante métodos estándar y se analizaron mediante SDS-PAGE y Western blot para caracterizar los perfiles proteicos y alergénicos.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas únicamente para *Anisakis*. El *prick by prick* mostró positividad débil para gamba cruda y cocida, y fuerte para la cabeza de gamba cocida. La IgE específica frente a *Anisakis* fue elevada (29,7 kU/L), sin detección de IgE frente a otros mariscos o pescados analizados. La IgE total fue de 137,6 kU/L y la triptasa de 5 µg/L. El Western blot reveló múltiples bandas reactivas frente a *Anisakis*, incluyendo una banda de ~130 kDa compatible con paramiosina (Ani s 2), así como una proteína de ~75 kDa presente en todos los extractos analizados.

**Conclusión**

Los hallazgos clínicos y moleculares apoyan que la sensibilización a *Anisakis* es el mecanismo subyacente de la reacción, posiblemente debido a un alérgeno termoestable compartido o a epítopos reactivos derivados de la contaminación por *Anisakis*.

## Alérgenos termoestables del huevo en una paciente con reacciones graves a huevo crudo y cocinado

Rodríguez Cabreros MI[1], Martínez Martínez MJ[2], Pineda de la Losa F[2], Plaza Díaz A[3], Aznar Cubillo M[1]

[1] Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid
[2] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid
[3] Hospital Universitario Quirónsalud, Pozuelo de Alarcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia al huevo de gallina suele iniciarse en la infancia y está habitualmente mediada por proteínas como la ovoalbúmina y el ovomucoide. El procesado térmico suele reducir la alergenicidad, permitiendo la tolerancia al huevo cocinado u horneado. Sin embargo, un subgrupo presenta reactividad persistente a proteínas termoestables, lo que sugiere sensibilización a componentes resistentes al calor.

**Material y métodos**

Una mujer de 52 años refería dificultad respiratoria durante la cocción del huevo y síntomas gastrointestinales y sistémicos tras la ingesta de huevo crudo o poco cocinado, incluyendo un episodio de anafilaxia tras consumir huevo crudo. Desde entonces evitaba el huevo, tolerando únicamente trazas en productos horneados.

Se realizó un estudio alergológico con pruebas cutáneas, determinación de IgE total y específica (huevo completo, clara, yema, ovoalbúmina y ovomucoide) y triptasa basal. Se prepararon extractos proteicos de huevo crudo (completo, clara y yema), huevo cocido y huevo horneado (200 °C). Los perfiles proteicos se analizaron mediante SDS-PAGE y la unión de IgE mediante Western blot con suero de la paciente.

**Resultados**

La IgE específica fue elevada para huevo completo (80,4 kU/L), clara (94 kU/L), yema (71,4 kU/L), ovoalbúmina (72,9 kU/L) y ovomucoide (>100 kU/L), con IgE total de 359 kU/L.

El SDS-PAGE mostró bandas correspondientes a las principales proteínas del huevo en todos los extractos. El Western blot evidenció unión de IgE a una banda de ~45 kDa (compatible con ovoalbúmina) y a una banda de 25-30 kDa (compatible con ovomucoide) en huevo crudo, cocido y horneado. Además, se observó una banda adicional de ~100 kDa en clara cruda. La reactividad persistió tras el cocinado, indicando reconocimiento de epítopos termoestables.

**Conclusión**

La paciente presenta una fuerte sensibilización a proteínas de la clara, con reconocimiento de ovomucoide y ovoalbúmina parcialmente resistente al calor. Este perfil explica la reactividad clínica persistente al huevo cocinado.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Identificación de un alérgeno de 25 kDa en la sandía

Martínez Martínez MJ[1], Raducan I[2], Pineda de la Losa F[1], Llano Ceballos N[2], Collado Arocha MA[2], Enrique Miranda E[2]

[1] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid
[2] Hospital General Universitari de Castelló, Castelló de La Plana

**Objetivo/Introducción**

La alergia a las cucurbitáceas es poco frecuente y, a menudo, se atribuye a la profilina o a la proteína de transferencia de lípidos. Sin embargo, algunos pacientes presentan reacciones dentro de la familia a pesar de resultados negativos para estos panalérgenos, lo que sugiere la implicación de alérgenos alternativos.

**Material y métodos**

Presentamos el caso de una mujer de 26 años alérgica al melón, la sandía y el pepino, todos pertenecientes a la familia de las cucurbitáceas. También experimentaba síntomas de alergia oral al consumir chufa, cacahuetes, nueces y kiwi, y padecía rinitis primaveral. Se realizaron pruebas cutáneas (*prick test*) con sandía, melón, pepino, chufa, kiwi, cacahuete y nuez. Se analizaron los niveles de IgE específica (sIgE) de la paciente frente a estos alimentos y a alérgenos inhalantes comunes.

Para ampliar el estudio molecular, se prepararon extractos proteicos de sandía, melón y pepino utilizando métodos validados. Se realizaron SDS-PAGE y Western blot de IgE en condiciones reductoras y no reductoras. Una banda de sandía fue identificada mediante LC-MS/MS.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas únicamente para sandía, melón y pepino. La sIgE sérica fue negativa para profilina y LTP. El Western blot reveló una única e intensa banda de ~25 kDa exclusivamente en la sandía. El análisis proteómico mostró homología de secuencia con glutatión-S-transferasas V (GST) de *Cucumis melo* y *Cucumis sativus*, aunque no se han descrito GST para *Citrullus lanatus* en UniProt. Pequeñas variaciones de secuencia entre especies son suficientes para modificar epítopos conformacionales, lo que explica por qué la unión de IgE ocurrió solo en la sandía, a pesar de la presencia de proteínas homólogas en frutos relacionados.

**Conclusión**

Este caso identifica una proteína tipo glutatión-S-transferasa de 25 kDa como el probable alérgeno responsable de la alergia a la sandía en una paciente sensibilizada a las cucurbitáceas.

## Anafilaxia bifásica por alergia a *psyllium* (*Plantago ovata*), componente principal de una salchicha vegetal

Barreto-Puebla M[1], Zambrano Ibarra G[1], Berzal Plaza L[1], Morales Gutiérrez L[1], Martínez Martínez MJ[2], Palomino Lozano L[1]

[1] Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[2] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El *psyllium* (*Plantago ovata*) es un alérgeno en aumento en la dieta actual. Su incorporación como fibra funcional en alimentos procesados de origen vegetal incrementa el riesgo de reacciones alérgicas ocultas.

**Material y métodos**

Se describe el caso de una mujer de 21 años con antecedentes de asma alérgica, anafilaxia por kiwi y prurito orofaríngeo previo tras ingestión de *psyllium*. Minutos después de consumir un perrito caliente vegetal, presentó dolor abdominal, prurito faríngeo, disnea, disfonía, vómitos, diarrea y mareo. Requirió tratamiento urgente con adrenalina intramuscular, corticoides y antihistamínicos. Aunque los síntomas remitieron inicialmente, a las siete horas presentó una segunda fase clínica, compatible con anafilaxia bifásica.

El producto implicado contenía un 41% de fibra de *psyllium*, además de gluten de trigo, huevo, cebolla, harina de soja, azúcar, zumo de limón y trazas de leche y frutos secos. La paciente toleraba todos estos alimentos sin síntomas.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas en *prick* fueron positivas para polen de *Plantago* y negativas para LTP, profilinas, soja, mostaza, apio, cebolla, frutos secos y semillas. El *prick-prick* realizado con *Plantago ovata* resultó positivo (3 × 4 mm). El diagnóstico molecular (ISAC) confirmó sensibilización a Act d 1 (kiwi) y a diversos pólenes, siendo negativo para proteínas de almacenamiento y PR-10.

El Western blot de IgE con extractos de la salchicha y de *P. ovata* mostró bandas coincidentes a 27 kDa (no reductoras) y 32/22 kDa (reductoras). Los ensayos demostraron inhibición completa con *P. ovata*, mientras que el polen de *Plantago lanceolata* no mostró inhibición y presentó un perfil distinto, descartando la reactividad cruzada entre ambos.

**Conclusión**

*Plantago ovata* puede actuar como alérgeno alimentario oculto clínicamente relevante en productos vegetales. Además, en este caso se observa una cosensibilización más que una reactividad cruzada con *Plantago lanceolata*.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Pruebas *prick-prick* con alimentos naturales realizadas durante 2025 en el Complejo Asistencial Universitario de León: experiencia desde enfermería

García Álvarez MP, Herrero Crespo AM, Arenillas Villacorta RA

CAULE, León

**Objetivo/Introducción**

El *prick-prick* con alimentos naturales es una técnica utilizada en el estudio de alergia alimentaria que requiere una correcta estandarización y ejecución por parte de enfermería.

**Material y métodos**

Se realizaron pruebas cutáneas mediante la técnica *prick prick* con alimentos naturales durante un año en el hospital de día de las consultas de alergología del Hospital de León, en población mayor de 14 años. El procedimiento fue llevado a cabo por personal de enfermería entrenado, siguiendo un protocolo estandarizado: preparación del material, selección de alimentos, aplicación de controles (histamina como control positivo y suero fisiológico como negativo) y lectura a los 15 minutos.

Se consideró resultado positivo un habón ≥3 mm respecto al control negativo. Los alimentos se agruparon en diferentes categorías.

**Resultados**

Los resultados fueron:

– Frutas: 151 pruebas realizadas, 80 positivas.
– Frutos secos: 161 pruebas realizadas, 78 positivas.
– Legumbres: 6 pruebas realizadas, 3 positivas.
– Cereales: 18 pruebas realizadas, 8 positivas.
– Huevos: 8 pruebas realizadas, 3 positivas.
– Crustáceos/moluscos: 50 pruebas realizadas, 11 positivas.
– Lácteos: 10 pruebas realizadas, 2 positivas.
– Vegetales: 23 pruebas realizadas, 3 positivas.
– Pescados: 42 pruebas realizadas, 2 positivas.

La mayor frecuencia de positividad se registró en frutas (53%) y frutos secos (48%).

Legumbres (50%), cereales (44%) y huevos (37%) mostraron valores intermedios.

La sensibilización fue menor en crustáceos/moluscos (22%), lácteos (20%) y vegetales (13%), siendo baja en pescados (5%).

**Conclusión**

El *prick-prick* con alimentos naturales es una técnica útil en la práctica clínica, cuya fiabilidad depende en gran medida de la correcta realización por parte de enfermería.

El personal de enfermería desempeña un papel clave en la preparación, ejecución y lectura de las pruebas, contribuyendo a la identificación de patrones de sensibilización alimentaria.

Es fundamental correlacionar los resultados con la clínica del paciente.

## Urticaria por cafeína: una entidad poco conocida

López Camba P

Servicio de Alergología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Ourense

**Objetivo/Introducción**

La hipersensibilidad a la cafeína y a otros compuestos xantínicos constituye una entidad escasamente documentada. La cafeína es la metilxantina de mayor consumo, aunque los casos de reacciones de hipersensibilidad a este compuesto son anecdóticos y su mecanismo no es bien conocido.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de un caso clínico. Varón de 25 años sin antecedentes personales relevantes. Desde hace años presentaba episodios recurrentes de lesiones habonosas pruriginosas de aparición inmediata tras la ingesta de bebidas con cafeína (café, Coca-Cola, Red Bull o Monster) y teína, que remitían espontáneamente tras 4 horas, sin clínica sistémica acompañante. Las lesiones variaron en intensidad y número en función de la cantidad ingerida. Se realizó un estudio alergológico completo y se extrajo suero del paciente.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas con batería estándar comercial de alimentos y *prick-prick* con café resultaron negativas. IgE total: 53,40 kU/L, IgE específica (ImmunoCAP™ - Thermo Fiscer) frente a café: negativa.

La prueba de exposición oral controlada con café fue positiva: a los 15 minutos el paciente desarrolló lesiones habonosas pruriginosas en tronco y cuello, sin síntomas sistémicos. El cuadro se resolvió en una hora tras medicación.

El *immunoblotting* con extracto de café (condiciones reductoras y no reductoras) y ELISA con extracto de cafeína pura, cafeína ligada a BSA (1:1) y BSA solo (como control negativo), no evidenciaron unión de IgE sérica del paciente a los extractos evaluados, si bien no se pudieron recrear las condiciones fisiológicas necesarias por limitaciones en las técnicas de laboratorio.

**Conclusión**

Presentamos un caso de hipersensibilidad a la cafeína confirmado mediante prueba de exposición oral controlada, en ausencia de sensibilización IgE demostrable, lo que sugiere mecanismos alternativos, posiblemente mediados por metabolitos secundarios que actúan como haptenos o por mecanismo no inmunológico. La prueba de exposición oral controlada se confirma como herramienta diagnóstica imprescindible para esta entidad.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia bifásica tras ingesta de anacardo

Moncada Salinero A, Gajate Fernández P, Micozzi S, Bastidas Parlanti JA, González López P

Hospital Rey Juan Carlos I, Móstoles

**Objetivo/Introducción**

La anafilaxia bifásica es una entidad poco frecuente a tener en cuenta en pacientes con reacciones iniciales graves y persistentes. Este caso clínico analiza su presentación clínica y el perfil de sensibilización asociado.

**Material y métodos**

Niña de 3 años acudió al servicio de urgencias por un episodio de tos, vómitos y disnea tras comer anacardo. A la exploración física presentaba TA (mmHg): 104/71; $SatO_2$ (%): 94. Exantema con habones en pliegues y tórax, tiraje a tres niveles e hipoventilación generalizada y edema de úvula. Se administraron salbutamol nebulizado, prednisolona y dexclorfeniramina oral que vomita. Se monitorizó y se objetivó $SatO_2$ 90%, se administró adrenalina 0,15 mg intramuscular (im). A los 30 minutos presentó nuevo vómito, se pautó adrenalina 0,15 mg (im), dexclorfeniramina, metilprednisolona, ondansetrón vía intravenosa (iv) y oxigenoterapia. Tras ello cedió la reacción progresivamente.

A las 18 horas se encuentra asintomática y realiza tolerancia oral.

A las 24 horas se objetivó urticaria en MMII y edema palpebral bilateral, se administraron dosis de dexclorfeniramina oral y corticoide (iv) a 1 mg/kg con resolución.

**Tabla 1.** Pruebas cutáneas con frutos secos (batería comercial).

| Pruebas cutáneas a batería comercial de frutos secos |
|---|
| Cacahuete: 0 mm |
| Castaña: 0 mm |
| Almendra: 0 mm |
| Avellana: 0 mm |
| Nuez de nogal: 0 mm |
| Pipas de girasol: 0 mm |
| LTP: 0 mm |
| Profilina: 0 mm |
| Pistacho: 8 mm |
| Anacardo: 9 mm |
| Histamina 8 mm, salino 0 mm |

**Tabla 2.** Analítica de sangre con IgE a frutos secos.

| Analítica de sangre 04/06/2025 |
|---|
| IgE total ** 473.00 UI/mL |
| IgE rAra h 2 Cacahuete (*Arachis hypogaea*) ac 0,00 kU/L |
| IgE rAra h 9 Cacahuete (*Arachis hypogaea*) 0,01 $kU_A/L$ |
| IgE rCor a 8 LTP, Avellana (*Corylus avellana*) 0,00 $kU_A/L$ |
| IgE rAra h2 Cacahuete 0,00 kU/L |
| IgE rPru p 3 LTP Melocotón (*Prunus persica*) 0,01 kU/L |
| IgE rAra h 1 Cacahuete (*Arachis hypogaea*) ac 0,00 kU/L |
| IgE rAra h 3 Cacahuete (*Arachis hypogaea*) ac 0,15 kU/L |
| IgE rAra h 8 PR-10 Cacahuete ac. IgE (F352) 0,00 kU/L |
| IgE Cacahuete (*Arachis hypogaea*) ac. IgE 0,79 kU/L |
| IgE Avellana (*Corylus avellana*) ac. IgE 2,50 kU/L |
| IgE Almendra (*Amygdalus communis*) ac. IgE 2,11 kU/L |
| IgE Castaña (*Castanea sativa*) ac. IgE 1,22 kU/L |
| IgE Pistacho (*Pistacia vera*) ac. IgE >100 kU/L |
| IgE Piñón (*Pinus edulis*) ac. IgE 0,00 $kU_A/L$ |
| IgE Nuez lisa (*Pacana, Carya illinoensis*) ac 0,27 kU/L |
| IgE Anacardo (*Anacardium occidentale*) ac. Ig >100 kU/L |
| IgE Nuez de nogal (*Juglans* spp) ac. IgE 2,97 kU/L |
| IgE Semilla de girasol ac. IgE 1,50 kU/L |

**Resultados**

Se realizan pruebas cutáneas en *prick* comercial con monosensibilización a pistacho y anacardo (Tabla 1) y alta sensibilización sérica a pistacho y anacardo (Tabla 2). En la anamnesis se confirma tolerancia a cacahuete y cremas de cacao con avellana, nunca había probado anacardiáceas. Se diagnostica anafilaxia bifásica tras ingesta de anacardo por alta sensibilización a anacardiáceas.

**Conclusión**

La anafilaxia bifásica ocurre hasta en un 4% de las reacciones alérgicas y requiere observación hospitalaria durante un mínimo de 24 h, especialmente si el cuadro inicial presenta síntomas de gravedad y/o si se retrasa la administración de adrenalina. La adrenalina intramuscular precoz es fundamental para prevenir o minimizar la severidad de la fase bifásica.

En este caso, la demora en su administración pudo condicionar la aparición de la fase bifásica en un caso de anafilaxia grave.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Anafilaxia tardía en pediatría: síndrome alfa-gal como causa emergente

Albarracín Contreras Á[1], Andrea Aljaro P[1], León Hervias P[1], Palazuelos Cayón N[1], García Gutiérrez I[1], Ruiz de Galarreta Beristain M[2]

[1] Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander
[2] Hospital Universitario de Arava, Vitoria-Gasteiz

**Objetivo/Introducción**

El síndrome alfa-gal es una hipersensibilidad retardada mediada por IgE frente a galactosa-α-1,3-galactosa, asociada a picaduras de garrapata. En edad pediátrica, su reconocimiento es complejo por la latencia de los síntomas tras la ingesta, su presentación atípica y la frecuente ausencia de sospecha clínica inicial.

El objetivo es describir un caso pediátrico representativo y destacar las claves diagnósticas y su relevancia en la práctica clínica.

**Material y métodos**

Varón de 9 años, residente en zona rural, sin antecedentes atópicos relevantes, que presenta episodio de anafilaxia con urticaria generalizada, angioedema y disnea aproximadamente 3 horas tras la ingesta de carne de vacuno. Refiere episodios previos similares tras consumo de carne roja y posible exposición a garrapatas en su entorno habitual.

Se realizó estudio alergológico con pruebas cutáneas y determinación de IgE específica: galactosa-α-1,3-galactosa 35,8 $kU_A/L$; IgE a ternera 13,9 $kU_A/L$; cerdo 7,95 $kU_A/L$; conejo 1,47 $kU_A/L$; pollo negativo.

**Resultados**

Los hallazgos confirmaron sensibilización a alfa-gal con reactividad frente a carne de mamíferos y tolerancia a carne aviar. La cronología retardada de los síntomas, junto con el perfil de sensibilización, permitió establecer el diagnóstico y orientar el manejo clínico y preventivo.

**Conclusión**

El síndrome alfa-gal debe considerarse en pacientes pediátricos con anafilaxia retardada tras ingesta de carne roja. La determinación de IgE específica es fundamental para el diagnóstico. El reconocimiento precoz permite instaurar medidas de evitación dirigidas, incluyendo carne de mamíferos y derivados como gelatina, reduciendo el riesgo de nuevas reacciones graves, optimizando el seguimiento clínico y mejorando la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

## Alergia alimentaria en adultos: un caso de discriminación laboral

García-Iturri Gallego S, Cesar Burgoa PI, Langara Gallastegui O, de Miguel Landabaso A, López Alonso MT, Soriano Galarraga AM

Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, OSI Barrualde-Galdakao, Galdakao-Bizkaia

**Objetivo/Introducción**

La alergia alimentaria está ampliamente distribuida en la población. En función de la etiología tiene un manejo más complejo (alergia a LTP) o más sencillo (alergia a un alimento). En los comedores escolares es habitual y bien manejada, pero ¿qué ocurre cuando hay una alergia potencialmente grave en un comedor laboral?

**Material y métodos**

Varón de 41 años valorado en 2024 tras dos episodios de anafilaxia leve que requirieron atención urgente. El primer episodio ocurrió tras la ingesta de yogur con frutos secos; el segundo, tras manzana, almendras y ejercicio.

*Pruebas:* triptasa 5,69 µg/L; IgE total 47 $kU_A/L$. IgE específica positiva para LTP (Pru p 3: 6,58 kU/L) y sensibilizaciones a lenteja (0,43), cacahuete (1,19), avellana (1,86), nuez (1,57) y melocotón (5,66). Positividad en *prick* no demostrada a garbanzo (0,13), semilla de girasol (0,08) y perejil. Clínicamente, solo se confimó alergia a prunáceas y frutos secos.

*Diagnóstico:* alergia alimentaria por LTP.

*Recomendaciones:* evitar prunáceas y frutos secos, consumir frutas sin piel, evitar cofactores. Se prescribe y entrena para antihistamínicos, corticoides y autoinyector de adrenalina para uso urgente.

**Resultados**

En 2025 presenta nueva anafilaxia, tras la ingesta de menestra (en comedor laboral), un ibuprofeno y la práctica de natación, precisando adrenalina. Se objetivó sensibilización a judía verde (IgE 4,69 kU/L).

Tras este episodio se le prohíbe el uso del comedor laboral hasta aportar informe, que se entrega con analítica. El médico de empresa interpreta erróneamente como alergias las legumbres y otros alimentos con IgE negativas, manteniendo la prohibición del uso del comedor. Se emite nuevo informe con normas de evitación individualizadas y plan de medicación urgente. Pese a ello, se mantiene prohibición, lo que dificulta la conciliación laboral y genera perjucio económico.

**Conclusión**

La alergia a LTP requiere adecuada correlación clínico-analítica. La mala interpretación de pruebas puede conllevar decisiones desproporcionadas con impacto laboral, social y económico. Es fundamental mejorar la formación en alergia en entornos no especializados.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Cuando el ALEX no cuenta toda la historia: discordancia clínico-molecular en alergia alimentaria mediada por LTP

Aleixos Zuriaga M, Alvariño Martín M, Martorell Calatayud C, de las Marinas Álvarez MD, Félix Toledo R, Cerdá Mir JC

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia

**Objetivo/Introducción**

La alergia alimentaria mediada por proteínas transportadoras de lípidos (LTP) constituye una causa relevante de reacciones sistémicas en el área mediterránea. El diagnóstico molecular mediante plataformas multiplex ha mejorado la caracterización de los pacientes, aunque puede presentar discordancias con técnicas de IgE específica convencionales. Presentamos un caso de alergia alimentaria con discrepancias entre ALEX e ImmunoCAP™, destacando la importancia de la integración diagnóstica.

**Material y métodos**

Varón de 20 años con rinitis alérgica y múltiples episodios de reacciones inmediatas tras ingesta de alimentos vegetales (melocotón, albaricoque, plátano, kiwi, pimiento y coco), con clínica que incluye urticaria, angioedema y síntomas sistémicos. Se realizaron pruebas cutáneas con aeroalérgenos, alimentos y panalérgenos, *prick by prick*, determinación de IgE específica mediante ImmunoCAP™ y ALEX³.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas mostraron sensibilización a aeroalérgenos (ácaros, pólenes, hongos y epitelios) y alimentos, con positividad a melocotón, kiwi, plátano, pimiento, almendra y avellana. El ALEX³ evidenció sensibilización a PR-10 (Cor a 1) y aeroalérgenos, sin sensibilización relevante a LTP (solo trazas de Api g 6 y Zea m 14). Sin embargo, ImmunoCAP™ mostró IgE total 331 kU/L y positividad para melocotón y Pru p 3 (0,45 kU/L), además de reactividad a avellana y almendra (Tabla).

**Conclusión**

Este caso demuestra que la negatividad de LTP en ALEX no excluye sensibilización clínicamente relevante, evidenciada por ImmunoCAP™. La discrepancia entre ALEX e ImmunoCAP™ se relaciona con diferencias en la sensibilidad diagnóstica y en la capacidad de cada técnica para detectar distintas fracciones de la IgE. El paciente presenta un fenotipo mixto de alergia alimentaria mediado por LTP y PR-10, posiblemente modulado por cofactores, lo que subraya la necesidad de una interpretación integrada de la clínica, pruebas cutáneas y técnicas serológicas dirigidas. El ALEX aporta valor global, pero no sustituye a la determinación individual cuando la sospecha clínica es elevada.

**Tabla.**

| Alimento | Clínica | Pruebas cutáneas (SPT / *prick by prick*) | ALEX³ | ImmunoCAP™ |
|---|---|---|---|---|
| Melocotón | Obstrucción nasal, edema palpebral, disnea | piel 2+pulpa 2+LTP 1+ | | IgE melocotón 1,31 kU/L; Pru p 3 0,45 kU/L |
| Plátano | Epigastralgia inmediata, urticaria generalizada | 2+ | | 0,17 kU/L |
| Kiwi | Prurito oral intenso | 3+ | | 0,29 kU/L |
| Pimiento (global) | Urticaria generalizada, edema facial | 2+ | | |
| Pimiento amarillo | Urticaria generalizada, edema facial | *Prick by prick* 2+ | | |
| Almendra | Sin clínica (evitación) | 2+ | | 0,69 kU/L |
| Avellana | Sin clínica (evitación) | 2+ | Cor a 1 (PR-10) | 2,81 kU/L |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Inmunoterapia oral con huevo. Experiencia en la práctica clínica

Iniesta Tejera E, Bracamonte Odreman S, Bas Bellver L, Serrano de Pablo S, García Rodríguez C

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia oral (ITO) con huevo se ha consolidado como una alternativa terapéutica en pacientes con alergia persistente, especialmente en aquellos con elevado impacto dietético y riesgo de reacciones accidentales. Sin embargo, muchos pacientes presentan sensibilizaciones múltiples y enfermedades atópicas concomitantes que condicionan la evolución clínica y la tolerancia al tratamiento.

El objetivo fue describir la evolución clínica y la tolerancia de pacientes pediátricos sometidos a ITO con huevo en práctica clínica habitual.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos con alergia IgE mediada al huevo sometidos a ITO entre 2020 y 2025. Se analizaron antecedentes atópicos, sensibilizaciones asociadas, pruebas cutáneas, perfil molecular, incidencias durante la inducción y evolución en mantenimiento.

**Resultados**

La mayoría de los pacientes presentaban comorbilidades atópicas, destacando dermatitis atópica (70%), rinoconjuntivitis (50%) y asma (40%). Más del 60% presentaban sensibilización a otros alimentos, principalmente a frutos secos, pescado o marisco. El perfil molecular mostró sensibilización predominante a ovomucoide y clara de huevo.

Durante la inducción, aproximadamente el 65% presentó alguna reacción leve, fundamentalmente prurito oral, eritema perioral, dolor abdominal o urticaria localizada. En torno al 30% requirió modificaciones de pauta o enlentecimiento del protocolo por síntomas persistentes o presencia de cofactores como infecciones intercurrentes, ejercicio físico o mal control respiratorio. No se registraron reacciones graves mantenidas ni abandonos definitivos relacionados con anafilaxia.

El 85-90% de los pacientes alcanzó tolerancia mantenida a tortilla, huevo cocinado o alimentos procesados que contenían huevo, manteniendo posteriormente ingesta regular en domicilio sin incidencias relevantes. La ITO permitió ampliar la dieta y disminuir las reacciones

**Conclusión**

La ITO con huevo mostró un perfil de seguridad favorable y elevada eficacia incluso en pacientes con alergia alimentaria compleja y múltiples sensibilizaciones asociadas. El seguimiento individualizado y el control de cofactores resultaron fundamentales para alcanzar una tolerancia mantenida.

## Anafilaxia por trigo en paciente con enfermedad celíaca: un reto en el manejo de la dieta de exclusión. A propósito de un caso

Palomino Lozano L, Arana-Arce S, Morales Gutiérrez L, Rodríguez Mazariego ME, Seoane Reula ME, Zambrano Ibarra G

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La enfermedad celíaca (EC) es un trastorno autoinmune de predominio $T_H1$ que requiere dieta sin gluten. La alergia a trigo/gluten IgE-mediada implica una respuesta $T_H2$ y puede causar reacciones inmediatas graves. Aunque su coexistencia es infrecuente, supone un reto clínico, ya que las trazas en productos "sin gluten" podrían no ser seguras en pacientes alérgicos.

**Material y métodos**

Varón de 50 años, sin antecedentes de atopia, diagnosticado de EC a los 14 años y en dieta sin gluten desde entonces. A los 42 años, tras ingerir una albóndiga con gluten, presentó anafilaxia con eritema generalizado, disnea, disfagia, angioedema e hipotensión, precisando tratamiento urgente con adrenalina y medicación de soporte. Refería además varios episodios previos de prurito cutáneo y mareo tras ingestas accidentales de mínimas cantidades de gluten. También presentó urticaria generalizada y mareo tras consumir cerveza sin gluten y vinagre de Módena con trazas de gluten.

**Resultados**

Estudio alergológico: *prick test* positivo: gluten, harina de trigo, cebada, centeno.

IgE total: 200 kU/L; gluten: >100 kU/L; trigo: 74,1 kU/L; centeno: 51 kU/L; cebada: 31,9 kU/L. Tri a 19 (omega5gliadina): 4,18 kU/L; Tri a 14: 8,86 kU/L. Triptasa basal en suero: 2,02 mcg/L.

**Conclusión**

Presentamos un caso de EC con reacciones graves tras ingestas accidentales de cereales y alta sensibilización a trigo y gluten. En pacientes celíacos, las trazas de cereales en productos etiquetados como "sin gluten" podrían favorecer la sensibilización. Aunque el límite de gluten <20 ppm se considera seguro para la EC, puede no serlo en pacientes con alergia a trigo/gluten. La coexistencia de ambas entidades requiere mayor estudio, ya que sus mecanismos no están completamente definidos.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Anafilaxia nocturna de repetición: alérgeno oculto con sinergia de cofactores

Resano Redín LR, Núñez Samayoa AS, González Romero LJ, Esperesate Arenaza A, Palomo Álvarez S, Garrido Fernández S

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

En determinados pacientes con alergia a proteínas de transferencia de lípidos (LTP), la suma de cofactores disminuye el umbral de tolerancia favoreciendo la aparición de reacciones graves.

Presentamos el caso de un varón de 42 años con antecedente de anafilaxia por LTP, y episodios de anafilaxia nocturna de repetición, asociados a compromiso cardiovascular.

Como antecedente refiere la ingesta de alimentos vegetales variados, cerveza y práctica de enduro/motocross de alta intensidad entre 8-10 horas antes de los episodios. No refería toma de fármacos.

**Material y métodos**

Se realizaron pruebas cutáneas con la batería de alimentos, cereales, verduras, carnes y *prick-prick* con cerveza, uva blanca y vino tinto. Se determinó triptasa sérica basal e IgE específica (ImmunoCAP™-Phadia) frente a α-gal, ω-5-gliadina, LTP de trigo, lúpulo y carne de ternera y mediante técnicas multiplex (ImmunoCAP™-ISAC/ALEX²).

**Resultados**

Las pruebas cutáneas resultaron positivas a múltiples alimentos vegetales. El diagnóstico molecular evidenció sensibilización a alérgenos moleculares nsLTP en las distintas plataformas, incluyendo Tri a 14 (valores entre 0,7 y 7,72 ISU-E) y a Vit v 1 (LTP de uva) (14,95 ISU-E) y Pru p 3 (10,38 ISU-E) en ALEX². Triptasa basal de 4,4 mcg/L.

Tras una anamnesis dirigida, se identificó consumo habitual de vino tinto en las cenas previas a los episodios.

El paciente toleraba el vino en ausencia de ejercicio y el ejercicio sin alcohol, reproduciéndose la clínica únicamente con la combinación de ambos.

**Conclusión**

Se reporta un caso de anafilaxia de repetición por LTP de uva (Vit v 1) presente como alérgeno inesperado en el vino tinto. El ejercicio físico previo y el alcohol actuaron como cofactores sinérgicos y amplificadores, contribuyendo a la aparición diferida de síntomas graves. La anamnesis dirigida y el diagnóstico molecular son fundamentales para identificar desencadenantes ocultos/inadvertidos y prevenir recurrencias.

## Sensibilización selectiva a la gamba con ausencia de reactividad cruzada con pescado

Acuña Vila G[1], Fernández Fernández AE[2], Pineda de la Losa F[2]

[1] Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las alergias a marisco y pescado pueden coexistir clínicamente, aunque sus perfiles moleculares difieren y la reactividad cruzada suele sobreestimarse. El análisis molecular puede clarificar discrepancias diagnósticas.

El objetivo es evaluar la presencia de reactividad cruzada mediante caracterización proteica en un paciente con sospecha de alergia a marisco y pescado.

**Material y métodos**

Paciente con urticaria recurrente y síntomas sistémicos tras ingesta de marisco. Se realizaron extractos proteicos de gamba, camarón, atún y lubina (crudos y cocinados), analizados mediante SDS-PAGE, *immunoblot* IgE y ensayos de inhibición con suero del paciente.

**Tabla.** Cantidad de proteína en las muestras seleccionadas.

| Alérgeno | Proteína (mcrg/mL)[1] |
|---|---|
| Gamba cruda | 1311 |
| Langostino crudo | 1462 |

**Resultados**

El SDS-PAGE mostró patrones proteicos claros para gamba y camarón, pero el Western blot de IgE no evidenció bandas reactivas a IgE en el camarón, en concordancia con las pruebas cutáneas negativas y la tolerancia clínica. En cambio, en los extractos de gamba se reconocen diferentes bandas alrededor de ~75 kDa y ~20 kDa que, según las bases de datos, podrían corresponder a la hemocianina de 76 kDa (Pen m 7) y a la proteína fijadora de calcio sarcoplásmica de 21 kDa (Pen m 4), tanto en condiciones reductoras como no reductoras.

Los extractos de pescado mostraron reconocimiento por IgE de bandas de 45 kDa (aldolasa) y 50 kDa (enolasa) únicamente en muestras crudas, lo que es consistente con su labilidad térmica. Los ensayos de inhibición demostraron que ni los extractos de pescado crudo ni cocinado redujeron la unión de IgE a los alérgenos de la gamba, confirmando la

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

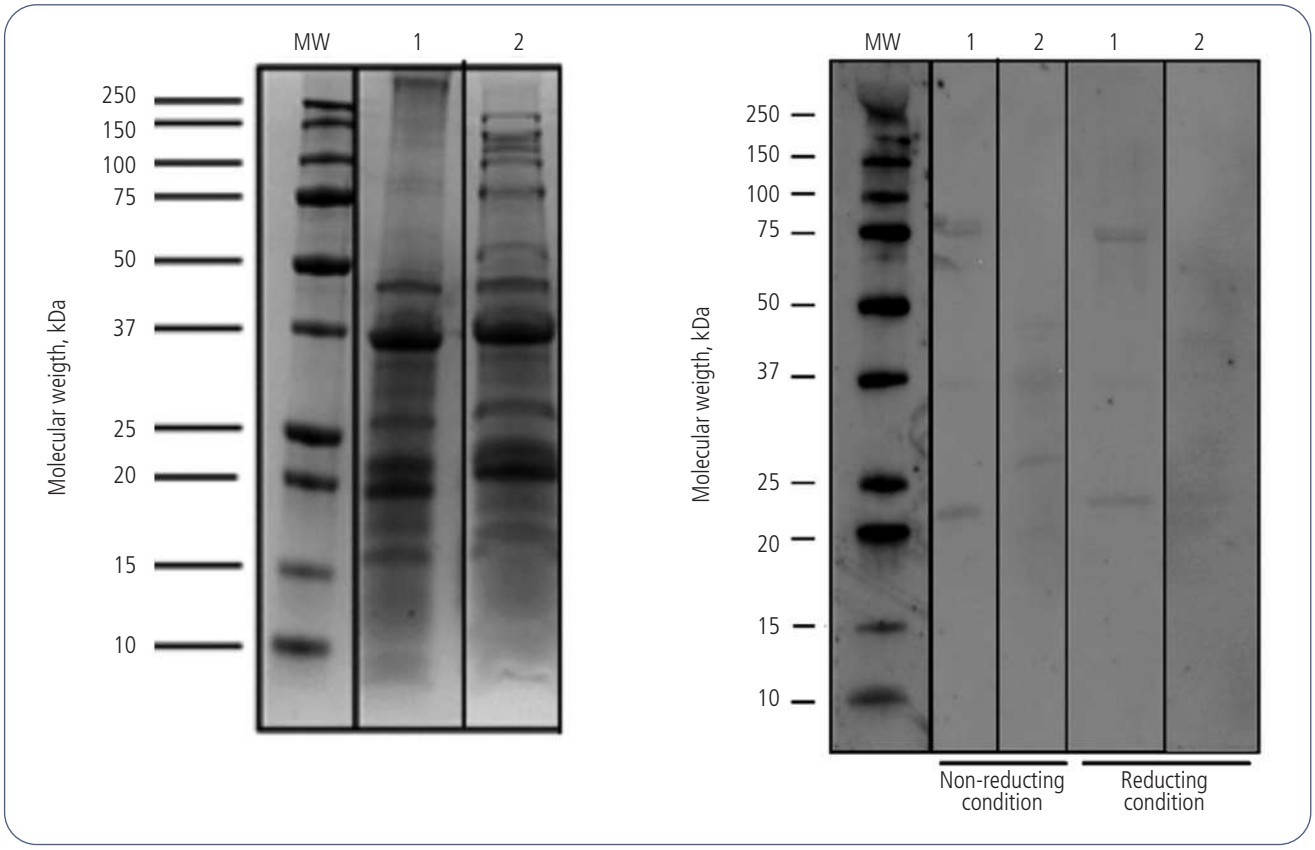



**Figura 1.** SDS-PAGE en condiciones reductoras. Carril 1, gamba cruda. Carril 2, langostino crudo. IgE-Western blot. Carril 1, langostino crudo. Carril 2, gamba cruda.

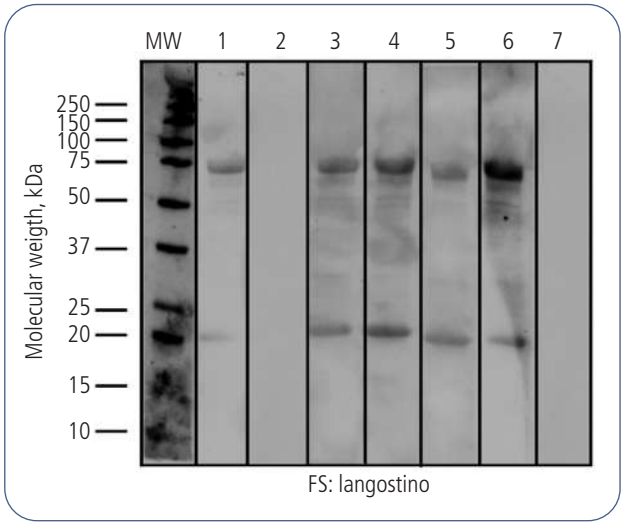



**Figura 2.** Western blot inhibición. Condiciones reductoras. MW, marcador de peso molecular. Fase sólida, extracto de langostino. Fase líquida: carril 1, suero sin inhibir (control positivo). Carril 2, suero inhibido con extracto de langostino (control de la inhibición). Carril 3, suero inhibido con extracto de atún cocinado. Carril 4, suero inhibido con extracto de atún crudo. Carril 5, suero inhibido con extracto de lubina cocinada. Carril 6, suero inhibido con extracto de lubina cruda. Carril 7, Buffer de bloqueo (control negativo).

ausencia de reactividad cruzada entre las proteínas del pescado y los alérgenos de gamba del paciente.

**Conclusión**

Se evidencia una sensibilización selectiva a la gamba sin reactividad cruzada con pescado. Este caso resalta el valor del *immunoblot* IgE y los ensayos de inhibición para resolver discrepancias diagnósticas y optimizar el manejo clínico.

Volver al índice

## ¿Chufa o susto? El lado amargo de la bebida más dulce: un caso de alergia a horchata

Frías López A, Martínez Sendino M, Ruiz Valero M, Guzmán Rodríguez R, Moral de Gregorio Á, Senent Sánchez CJ

Hospital Universitario de Toledo, Toledo

**Objetivo/Introducción**

La horchata de chufa es una bebida de amplio consumo en la cuenca mediterránea y se considera una alternativa en dietas lácteo-sustitutiva, especialmente en el contexto de auge de las dietas basadas en plantas. Esto ha aumentado la exposición poblacional a este tubérculo, *Cyperus esculentus* (chufa). Aunque su prevalencia es baja, se han descrito reacciones mediadas por IgE que varían desde el síndrome de alergia oral hasta la anafilaxia

La complejidad diagnóstica radica en que no solo puede presentarse de forma primaria, sino también la reactividad cruzada con ciertos pólenes (especialmente gramíneas) y otros alimentos de origen vegetal, así como a proteínas de transferencia de lípidos (LTP). Además, el procesamiento industrial podría alterar la alergenicidad de sus proteínas nativas.

**Material y métodos**

Varón de 39 años con policitemia vera JAK2 mutado (tratado con AAS y acenocumarol). Presentó anafilaxia 10 minutos tras ingerir horchata casera (chufa natural triturada, sin añadidos). El cuadro consistió en edema bipalpebral moderado-grave y disnea, sin clínica gastrointestinal ni cutánea. Precisó tratamiento con metilprednisolona, hidrocortisona y dexclorfeniramina, requiriendo 24 horas de observación. Refería una única ingesta previa de horchata y negaba episodios similares con otros alimentos o fármacos.

**Resultados**

El estudio alergológico mediante *prick test* a pólenes fue positivo para *Phleum, Cynodon, Phragmites, Trisetum, Olea, Cupressus, Artemisia, Plantago, Chenopodium, Salsola, Betula* y profilina, con resultado negativo para LTP. El *prick-prick* con chufa (*Cyperus esculentus*) resultó positivo. La cinética de triptasa mostró: 10 µg/L (reacción), 8,2 µg/L (2 h) y 4,9 µg/L (basal a las 24 h). IgE total: 73,6 UI/mL.

**Conclusión**

La alergia a la chufa sigue siendo un fenómeno infradiagnosticado y apenas documentado en la literatura reciente pese a su consumo extendido en el área mediterránea. La diversidad de los casos históricos (síndromes de alergia oral, urticaria, anafilaxia o neumonitis ocupacional) confirma que no debe subestimarse. Se requiere una mayor sospecha diagnóstica, dada la creciente exposición al tubérculo.

## Anafilaxia por ingestión de especias y caracoles en paciente con polisensibilización a pólenes: identificación de un nuevo alérgeno en comino

Ventosa López A, Rodríguez Cano S, Alba Rull JL, Camacho Arregui C, Peñuelas Menéndez E, Ruiz León B

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones alérgicas a las especias son una causa poco frecuente de anafilaxia y su diagnóstico es complejo debido a la frecuencia de cosensibilizaciones con aeroalérgenos (síndrome apio-*Artemisia*-especias). La identificación de los componentes proteicos responsables es fundamental para un correcto manejo clínico y preventivo del paciente.

**Material y métodos**

Varón de 20 años con antecedentes de rinoconjuntivitis y sensibilización a pólenes (olivo, gramíneas, compuestas) que presentó anafilaxia grado 3 con disnea, angioedema faríngeo y eritema generalizado tras ingerir caracoles precocinados con diversas especias. Se realizaron pruebas *prick-prick* con caracol y las especias implicadas, y *prick test* con aeroalérgenos. Se obtuvieron extractos proteicos de comino, cúrcuma, cayena, cilantro, hierbabuena, caracol y polen de *Artemisia vulgaris*. La reactividad cruzada entre las especias y el polen de *Artemisia* se analizó por ALEX-inhibición y la identificación proteica por fragmentación peptídica (LC-MS/MS).

**Resultados**

El estudio de *prick-prick* fue positivo para las cinco especias, así como a caracoles. El IgE-Western blot reveló reconocimiento de bandas de 37-75 kDa en comino, 17 kDa en cúrcuma, un *smear* de alto peso molecular en cayena, una banda de 25 kDa en *Artemisia* (compatible con Art v 1) y una banda de 75 kDa en caracol. El ensayo ALEX-inhibición descartó reactividad cruzada entre las especias y la artemisa, y confirmó el reconocimiento de Art v 1 por el suero del paciente. El análisis por proteómica identificó la banda de 37 kDa del comino como glucano endo-1,3-β-D-glucosidasa, perteneciente a la familia de proteínas de defensa PR-2.

**Conclusión**

Se confirma un caso de alergia múltiple a especias y caracol con cosensibilización a *Artemisia vulgaris* sin reactividad cruzada demostrable entre el polen y las especias. Este estudio describe por primera vez la β-1,3-glucanasa como alérgeno relevante en el comino, subrayando la utilidad de los análisis *in vitro* para identificar alérgenos en fuentes no caracterizadas previamente.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a navajuelas con tolerancia a otros moluscos

Fernández Bolívar AA[1], Gómez Nieves ME[1], Rodríguez Martín E[1], Córdova Calderón WO[1], Gutiérrez Hernández M[2], Sanz Gómez N[2]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Don Benito Villanueva, Badajoz
[2] Laboratorio de Diagnóstico de Precisión, Diater, Leganés, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La navajuela (*Ensis macha*) es un molusco bivalvo de la familia *Solenidae*. Se han descrito alérgenos responsables de reactividad cruzada en moluscos como la tropomiosina, la arginina-kinasa, la paramiosina y la triosa-fosfato isomerasa.

Presentamos el caso de una mujer de 43 años con rinoconjuntivitis por ácaros que, a los 30 minutos de ingerir navajuelas enlatadas (previamente toleradas), desarrolló prurito orofaríngeo, parestesias y angioedema labial, y precisó metilprednisolona con resolución en 6 horas. La reacción se repitió a los 3 meses, tolerando el resto de los moluscos, crustáceos y pescados.

El objetivo fue evaluar una posible sensibilización primaria a navajuela.

**Material y métodos**

Se realizaron *prick test* con moluscos, crustáceos, pescados y aeroalérgenos, IgE total y específica (moluscos y rPen a 1) y *prick-prick* con navajuela. Se obtuvieron extractos proteicos de navajuela y navaja, caracterizados por SDS-PAGE, y se estudió la sensibilización mediante *immunoblot*.

**Tabla.** Resumen de los principales resultados obtenidos con las pruebas diagnósticas *in vivo* e *in vitro*.

| | |
|---|---|
| Test cutáneos (mm) | *Prick-prick* navajuela 7<br>*Prick* con ácaros *D. farinae* 5 y *L. destructor* 16<br>Resto de alimentos y aeroalérgenos negativo |
| Analítica | IgE total 27,10 kU/L<br>IgE específica negativa para caracol, almeja, mejillón, calamar, camarón y rPen a 1 |
| SDS-PAGE | Navajuela: Bandas desde 15-250 kDa<br>Navaja: Bandas desde 10-250 kDa |
| *Immunoblot* | Navajuela: 250, 150, 100, 88, 63 y 50 kDa<br>Navaja: 250, 120 y 35 kDa |

**Resultados**

El *prick-prick* con navajuela fue positivo. Los *prick* de ácaros *D. farinae* y *L. destructor* fueron positivos, y el resto negativos. La IgE total fue de 27,10 kU/L, y las IgE especificas negativas. Mediante SDS-PAGE se caracterizaron proteínas de entre 10-250 kDa para ambos extractos. El suero de la paciente reconoció bandas de 250, 150, 100, 88, 63 y 50 kDa para navajuela, y 250, 120 y 35 kDa para navaja.

**Conclusión**

Presentamos un caso de alergia alimentaria a navajuela con tolerancia al resto de moluscos, crustáceos y pescados. Las bandas descritas en *immunoblot* sugieren sensibilización primaria. Las bandas 150-100 kDa de navajuela podrían corresponderse con paramiosina. La banda de 35 kDa de navaja podría corresponder a tropomiosina. Sin embargo, no se evidencia sensibilización a rPen a 1 (tropomiosina) y la paciente tolera otros moluscos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de caracterizar los alérgenos específicos de *Ensis macha* para optimizar el diagnóstico y el manejo de casos infrecuentes de alergia selectiva a moluscos.

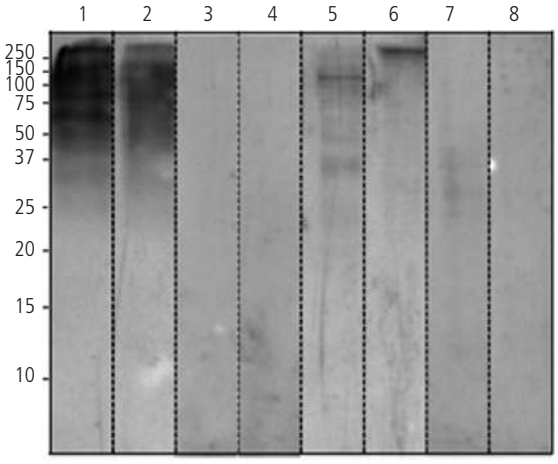



**Figura.** Perfil alergénico. *Immunoblot* realizado con los extractos de navajuela (1-4) y navaja (5-8) en ambiente reductor (1,3,5,7) y no reductor (2,4,6,8) según el método discontinuo de Laemli, con exposición al suero del paciente (1,2,5,6). En el control negativo no hay exposición al suero del paciente (3,4,7,8).

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia selectiva a *Pleoticus muelleri* (gambón) con tolerancia a otros crustáceos: projectina como posible nuevo alérgeno

Morales Hidalgo A[1], Rodríguez de Guzmán J[1], Joyanes Romo JB[1], Pineda de la Losa F[2], Fernández Fernández AE[2], Mur Gimeno MP[1]

[1] Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a crustáceos se asocia habitualmente a sensibilización frente a tropomiosina y reactividad cruzada entre especies. Sin embargo, algunos pacientes presentan reacciones selectivas, lo que sugiere la participación de alérgenos alternativos. Describimos un caso de alergia selectiva a *Pleoticus muelleri* y su caracterización molecular.

**Material y métodos**

Varón de 18 años con tres episodios inmediatos reproducibles tras la ingesta de *P. muelleri* (dolor abdominal y rinoconjuntivitis), con resolución tras antihistamínico oral. Toleraba gambas, cigalas, moluscos y pescado. Se realizaron pruebas cutáneas en *prick* con extractos comerciales de crustáceos y *prick by prick* con gambón (*P. muelleri*) y gamba crudos y cocinados. Se prepararon extractos proteicos de *P. muelleri* y gamba a partir de cabeza, caparazón, músculo y agua de cocción. Se efectuaron SDS-PAGE, Western blot IgE y análisis proteómico.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas con extractos comerciales, incluida tropomiosina, fueron negativas. El *prick by prick* fue positivo con *P. muelleri* crudo y cocido, con mayor respuesta en cabeza, y también con gamba pese a tolerancia clínica. El Western blot IgE en gamba mostró únicamente una banda tenue de ~20 kDa, compatible por peso molecular con Lit v 3, sin relevancia clínica aparente. En *P. muelleri* se observó una banda intensa de ~150 kDa en cabeza, caparazón y agua de cocción, ausente en gamba. El análisis proteómico de la región IgE-reactiva identificó péptidos compatibles con projectina (UniProt A0A423T5F8), proteína miofibrilar de alto peso molecular no descrita previamente como alérgeno humano en crustáceos.

**Conclusión**

Presentamos un caso de alergia selectiva a *P. muelleri* asociado a una proteína de unión a IgE distinta de tropomiosina, probablemente derivada de projectina. La identificación de alérgenos no clásicos podría mejorar el diagnóstico molecular en pacientes con reacciones selectivas y estudio convencional negativo.

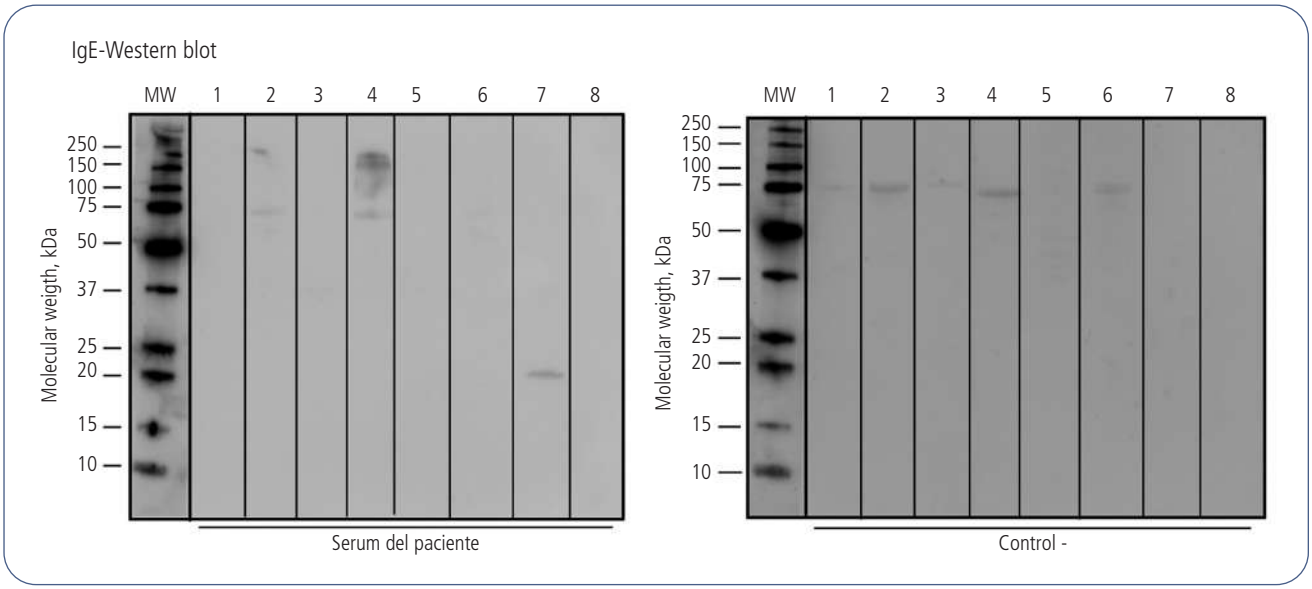



**Figura.** *Immunoblotting* utilizando el suero del paciente con diferentes extractos de crustáceos. MW: marcador de peso molecular. Carril 1, cuerpo de gambón crudo pelado. Carril 2, cáscara de gambón cruda. Carril 3, cuerpo de gambón cocinado pelado. Carril 4, extracto de cáscara + cabeza + agua de cocción de gambón. Carril 5, cabeza de gamba cruda. Carril 6, cabeza de gamba cocinada. Carril 7, cuerpo de gamba crudo. Carril 8, cuerpo de gamba cocinado. La unión de IgE más intensa se observó en el extracto de cáscara + cabeza + agua de cocción, con bandas reactivas en torno a 150-250 kDa. Las bandas detectadas en los carriles 1-4 alrededor de 75 kDa en el control negativo (sin suero) se consideraron inespecíficas y no se tuvieron en cuenta.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Tolerancia al huevo a los 5 años de haber finalizado un protocolo de inducción de tolerancia oral con huevo

Ouda Yousef M, Reche Frutos M, Pérez Arqueros MDM, Correas del Prado T, de Vicente Jiménez T, Valbuena Garrido T

Servicio de Alergología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de Los Reyes, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La inducción de tolerancia oral (ITO) ha demostrado ser eficaz para acelerar la adquisición de tolerancia a huevo, aunque los datos sobre su mantenimiento a largo plazo son limitados.

*Objetivo:* Describir la tolerancia clínica a huevo a los 5 años tras la finalización de un protocolo de ITO con huevo.

**Material y métodos**

Muestra de pacientes pediátricos que realizaron ITO con clara cruda pasteurizada. Una vez finalizado el protocolo, tras 5 años, se les pregunta por tolerancia en el momento actual de huevo en todas sus formas, así como reacciones accidentales y si les gusta o no el sabor del huevo. Se registró, además, la presencia de otras variables atópicas como la alergia a otros alimentos, la dermatitis atópica, rinitis o asma alérgica.

**Resultados**

Se incluyeron 13 pacientes (6 varones, 7 mujeres), con una edad media actual de 12,46 años. La tolerancia a huevo tras cinco años de haber acabado la ITO fue de un 53% (7/13 pacientes). El 38% (5/13 pacientes) manifestó que le gustaba el huevo en todas sus formas. A lo largo de los 5 años de evolución han tenido reacción alérgica con huevo un 30% (4/13). Ninguna de estas reacciones alérgicas fue anafiláctica.

En cuanto a comorbilidades atópicas, 7 pacientes presentan alergia a frutos secos, 4 tienen asma bronquial, 12 síntomas de rinoconjuntivitis alérgica y 5 dermatitis atópica.

**Conclusión**

En esta muestra de pacientes, tras la ITO con huevo, han mantenido tolerancia clínica a largo plazo aproximadamente la mitad de los casos. Es llamativo el gran porcentaje de pacientes que aun tolerando huevo no les gusta el sabor del mismo y rechazan su ingesta. El aspecto más positivo es la ausencia de reacciones anafilácticas en el seguimiento de estos pacientes.

## Anafilaxia por leche de soja en paciente inicialmente diagnosticada de alergia a proteínas PR-10 y profilina

González Jáimez A[1], Baptista Serna L[1], Fernández Fernández AE[2], Pineda de la Losa F[2], Cuesta Herranz J[1]

[1] Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las PR-10 y profilinas son proteínas presentes en plantas y en alimentos de origen vegetal asociadas al síndrome polen-alimentos. Los síntomas alimentarios suelen ser leves en forma de síndrome de alergia oral.

El objetivo de este estudio fue la evaluación de una mujer de 24 años que presentó una anafilaxia por leche de soja con positividad en ImmunoCAP™ a proteínas PR-10 y profilinas, pese a que las reacciones sistémicas sean atípicas en estos casos.

**Material y métodos**

Se analizaron extractos de leche de soja, melocotón y *Betula verrucosa* mediante SDS-PAGE e IgE-Western blot en condiciones reductoras. Las bandas reconocidas se sometieron a análisis proteómico mediante huella peptídica para su identificación molecular, complementando los resultados obtenidos mediante microarrays (ALEX²).

**Resultados**

El Western blot mostró reconocimiento de IgE frente a diferentes bandas en leche de soja, destacando una en el rango de 25-37 kDa y otra débil en 10-15 kDa. El análisis proteómico identificó la banda principal como subunidades G1/G2 de glicinina (Gly m 6) con alta probabilidad. Este reconocimiento no fue detectado en ALEX², donde Gly m 6 se presenta como extracto nativo, lo que sugiere que los epítopos relevantes se exponen únicamente tras desnaturalización proteica. Adicionalmente, se observó reconocimiento de *Betula verrucosa* (~20 kDa), compatible con Bet v 1 (PR-10) y una banda en melocotón (~70 kDa) posiblemente correspondiente a (R)-mandelonitrilo liasa.

**Conclusión**

Presentamos el caso de una paciente con anafilaxia por leche de soja e ImmunoCAP™ positivo para proteínas PR-10 y profilina, pero cuyo Western blot muestra reconocimiento de subunidades de la proteína de almacenamiento (Gly m6) no detectables mediante plataformas diagnósticas convencionales y que podrían justificar la clínica sistémica de la paciente. Este hallazgo subraya el valor del análisis inmunoquímico avanzado, con implicaciones directas en la estratificación del riesgo clínico y en la interpretación de resultados de diagnóstico molecular en pacientes polisensibilizados.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Anafilaxia por alimentos dependiente del cofactor AINE: distintos perfiles moleculares en un único paciente

Rodríguez Calderón L[1], Márquez Hernández DM[1], Bastidas Parlati JA[1], Moreno Ancillo Á[2], Peñalver Mellado M[3], Vicente López JJ[3]

[1] Hospital de Guadalajara, Guadalajara
[2] Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo
[3] Probelte Pharma SLU, Murcia

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones por alimentos asociadas a un cofactor son cada vez más frecuentes en las consultas, presentando un desafío diagnóstico debido a la variabilidad de los umbrales de reactividad y la posible coexistencia de distintos perfiles de sensibilización molecular en un mismo individuo.

**Material y métodos**

Varón de 56 años, sin antecedentes relevantes, que presenta reacciones sistémicas (anafilaxia) tras la ingesta combinada de alimentos de origen vegetal y fármacos: hipotensión y angioedema tras el consumo de pasta y naproxeno; y urticaria con disnea tras lentejas y dexketoprofeno. Al año siguiente, presentó una nueva reacción (disnea y edema de úvula) tras ingerir espárragos, champiñón e ibuprofeno. Dado que el paciente tolera todos los componentes de forma aislada, intentamos caracterizar su perfil de sensibilización proteica.

Se realizaron pruebas de *prick-prick*, determinación de IgE específica (extractos y componentes: Art v 3, Pru p 3, Tri a 14, rPru p 7), *immunoblotting* (SDS-PAGE) con espárrago y pruebas de exposición oral (PEC) con AINE.

**Resultados**

Pruebas cutáneas positivas para espárrago, lechuga, tomate, LTP y frutos secos. Se confirmó sensibilización a espárrago (1,4 $kU_A$/L) y Art v 3 (1,64 kU/L), con Pru p 3 y Tri a 14 negativos. Triptasa basal de 7,8 mcg/L, elevándose a 28 mcg/L en último episodio. El *immunoblotting* reveló una banda de fijación de IgE en el espárrago de 45-50 kDa, sin bandas en el peso típico de las LTP. Las PEC con AINE (dexketoprofeno, naproxeno y Aspirina®) fueron negativas.

**Conclusión**

Se describe un caso de anafilaxia por alimentos dependiente de cofactor (AINE) vinculada a una proteína de alto peso molecular (45-50 kDa) en el espárrago, independiente del perfil de sensibilización a LTP convencional. Los valores de triptasa basal y la recurrencia de episodios obligan a descartar activación mastocitaria secundaria, siendo esencial el control estricto de cofactores y el uso de AINE alternativos para garantizar su seguridad clínica.

## Anafilaxia por semillas de cáñamo en contexto ocupacional

Andreu Costa D[1], Pérez Calderón R[1], Astrain Sánchez B[1], Sánchez Piñero I[1], Peñalver Mellado M[2], Vicente López JJ[2]

[1] Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz
[2] Probelte Pharma, Murcia

**Objetivo/Introducción**

El incremento del uso industrial y alimentario del cáñamo (*Cannabis sativa*) se ha asociado a un aumento de la patología alérgica respiratoria y alimentaria. Se han descrito múltiples alérgenos, incluyendo profilina (Can s 2), proteína transportadora de lípidos (LTP, Can s 3) y proteínas de almacenamiento.

*Objetivo:* Describir un caso de alergia ocupacional al cáñamo con anafilaxia tras la ingesta de semillas y caracterizar su perfil de sensibilización.

**Material y métodos**

Mujer de 38 años, con polinosis y alergia a nuez y pistacho desde la infancia, trabajadora en industria agroalimentaria. Presentó rinoconjuntivitis, asma ocupacional y urticaria de contacto tras la exposición a fibras y flores de *Cannabis sativa*, así como dos episodios de anafilaxia tras la ingesta de semillas de cáñamo. Se realizó un estudio alergológico con pruebas cutáneas con extractos comerciales y propios (hojas, semillas y cáscara), *rub test*, IgE específica, análisis por componentes (ISAC), extracción proteica, *immunoblot* e *immunoblot*-inhibición con extractos de nuez, pistacho y LTP purificada.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas para pólenes, LTP, nuez y pistacho, así como para extractos de *Cannabis sativa*, siendo negativas en controles sanos. El *rub test* fue positivo. El ISAC mostró sensibilización a LTP (Tri a 14, Cor a 8, Jug r 3), junto con PR-10 y profilinas, sin sensibilización a proteínas de almacenamiento de frutos secos.

El *immunoblot* con extracto de semillas reveló bandas IgE-reactivas en ~10 kDa, 14 kDa, ~37 kDa y 50-75 kDa. En el *immunoblot*-inhibición, nuez y pistacho inhibieron la banda de ~37 kDa y parcialmente la de 50-75 kDa, mientras que la banda de ~10 kDa fue completamente inhibida por LTP purificada.

**Conclusión**

Se describe un caso de alergia ocupacional a *Cannabis sativa* con anafilaxia tras la ingesta de semillas en una paciente con sensibilización a LTP con reactividad cruzada con nuez y pistacho y a proteínas de almacenamiento de cáñamo.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

| **Tabla.** Resultados. | |
|---|---|
| Pruebas intraepidérmicas (*prick test*) inhalantes y extractos de alimentos implicados | Positivas para:<br>– Pólenes de gramíneas (*Poa, Lolium, Cynodon, Phragmites*), árboles (olivo, plátano de sombra, ciprés), malezas (*Chenopodium y Parietaria*) y panalérgenos profilina y LTP.<br>– Extractos de cáscara, hojas y semillas de cáñamo.<br>Negativas para resto de inhalantes testados (ácaros, hongos y epitelios) y para alimentos: sésamo, harinas de arroz, maíz, trigo, cacahuete, nuez de nogal, pistacho. |
| *Prick test* con extractos elaborados con hojas, semillas y cáscara de semillas de *Cannabis* | Positivas en la paciente con todos los extractos.<br>Negativas en 5 controles sanos. |
| Analítica general | Hemograma, coagulación y bioquímica general: valores normales. Triptasa basal normal 2,95 µg/L.<br>IgE específica (kU/L) para:<br>– *Cannabis sativa* 7,28<br>– *Phleum pratense* 73,10; rphl p1 IgE 22,70; rPhl p12 IgE 0,24<br>– *Cupressus arizonica* 0,25; Cup a 1 0,31<br>– *Olea europaea* 0,16; nOle e 1 0,20<br>– Melocotón IgE 0,18; rPru p 1 3,13; rPru p 3 0,12; rPru p 4 0,18; rPru p 7 0,12<br>– Avellana 0,17; rCor a 1 2,12; rCor a 8 0,26<br>– Calabacín 0,14<br>– rTri a 14 (trigo recombinante) 0,52<br>Resultado <0,10 kU/L (clase 0) para: semillas de calabaza y sésamo, arroz, maíz, cacahuete, nuez de nogal, pistacho y recombinantes Omega 5 (r Tri a 19), nCor a 9, rCor a 14, rphl p7 IgE, nOle e 7 LTP, rOle e 9 Acs IgE. |
| IgE total | 112 UI/mL |
| IgE específica | *Cannabis sativa*:<br>– Primera determinación: 7,28 kU/L<br>– Segunda determinación: 11,30 $kU_A$/L<br>Can s 3 (LTP):1,62 $kU_A$/L |
| IgE específica alimentos (kU/L) | Positivos para:<br>– Melocotón: 0,18; rPru p 1: 3,13; rPru p 3 0,12; rPru p 4: 0,18; rPru p 7: 0,12<br>– Avellana: 0,17; rCor a 1: 2,12; rCor a 8 0,26<br>– Calabacín: 0,14<br>– rTri a 14 (LTP): 0,52<br>Negativos para: semillas de calabaza y sésamo, arroz, maíz, cacahuete, nuez de nogal, pistacho, rTri a 19, nCor a 9 y rCor a 14 |
| ISAC | Positivos:<br>LTP (nsLTP): Tri a 14 (+), Cor a 8 (+), Jug r 3 (+)<br>PR-10: Cor a 1 (+), Pru p 1 (+)<br>Profilinas: Hev b 8 (+), Mer a 1 (+)<br>Pólenes (gramíneas): Phl p 1 (+), Phl p 2 (+), Phl p 4 (+), Phl p 5 (+)<br><br>Negativos<br>Proteínas de almacenamiento (2S, 7S, 11S) y resto de componentes. |
| Rub test con semilla de cáñamo | Positivo |
| Reactividad del suero de la paciente con los diferentes materiales manipulados (*dot blot*) | Semilla de cáñamo: reactividad media-alta<br>Procesado de cáñamo: reactividad baja<br>Cannabis medicinal: reactividad muy alta |
| Estudios de función pulmonar | Espirometría basal normal: $FEV_1$ 110% (3,58), FVC 116% (4,37), $FEV_1$/FVC 82%, MMEF 75/25 91% (3,55).<br>Prueba broncodilatadora: $FEV_1$ 116% (3,77), FVC 116%, $FEV_1$/FVC 87%, MMEF 75/25 107%.<br>Resultado positivo: aumento de $FEV_1$ 12% y 200 mL con respecto a valor teórico (3,25).<br>Registro de PFE no fue valorable, error de la paciente. |
| *Immunoblot* de semilla, cannabis y procesado de cannabis | Bandas IgE-reactivas en ~10 kDa (LTP, Can s 3), 14 kDa (profilina, Can s 2), ~37 kDa (globulina 11S) y en el rango 50-75 kDa (proteínas de almacenamiento tipo vicilinas/BiP). |
| *Immunoblot*-inhibición | Inhibición de la banda de ~37 kDa y de parte de las bandas de 50-75 kDa con extractos de pistacho y nuez, sugiriendo reactividad cruzada mediada por proteínas de almacenamiento. La banda de 14 kDa no mostró inhibición significativa. La banda correspondiente a LTP fue parcialmente inhibida por extractos vegetales y completamente inhibida por LTP purificada. |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Identificadas proteínas de unión a IgE de 70 y 100 kDa en anafilaxia por centeno: ¿un nuevo fenotipo de alergia a cereales?

Mora Gálvez-Cañero B, de la Calzada Bustingorri MP, Díaz Montalvo L, Martínez-Botas Mateo J, Machuca Arévalo NM, Peña González NC

Hospital Ramón y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

*Shock* anafiláctico sin cofactores, inmediato tras primera ingesta de bebida de centeno, previamente tolerado en otras formas. Posterior tolerancia a trigo, cebada, maíz y arroz, lo que cuestiona la proteína responsable de la reacción alérgica, por no cumplirse la reactividad cruzada con trigo, típica de alergia al centeno.

*Objetivo:* Detección de tipo de sensibilización a las proteínas del centeno mediante análisis inmunológico avanzado.

**Material y métodos**

Caso de mujer sana de 51 años, con *shock* anafiláctico, consistente en disfagia, exantema pruriginoso, vómitos, diarrea, hipotensión (90/60 mmHg) y desaturación (89-90%), que requiere de tratamiento estándar y adrenalina.

Pruebas complementarias: triptasa basal 4,4 ng/mL; *prick test* a centeno positivo (5 mm); test de activación de basófilos con leche de centeno negativo; exposición oral controlada a trigo, cebada, maíz y arroz negativas; no realizada con centeno.

Las proteínas del centeno previamente identificadas son:

– Gamma-secalinas: 75 (PM 70 kDa), 40 (PM 35 kDa) y 50 (PM 40 kDa).
– Gluproteínas: 15 y 18 kDa.

Se realiza estudio inmunológico:

– Slot-Blot con extracto completo de centeno.
– Western blot tras electroforesis y revelado con anti-IgE (HRP) y quimioluminiscencia, que mostró unión IgE-específica a:

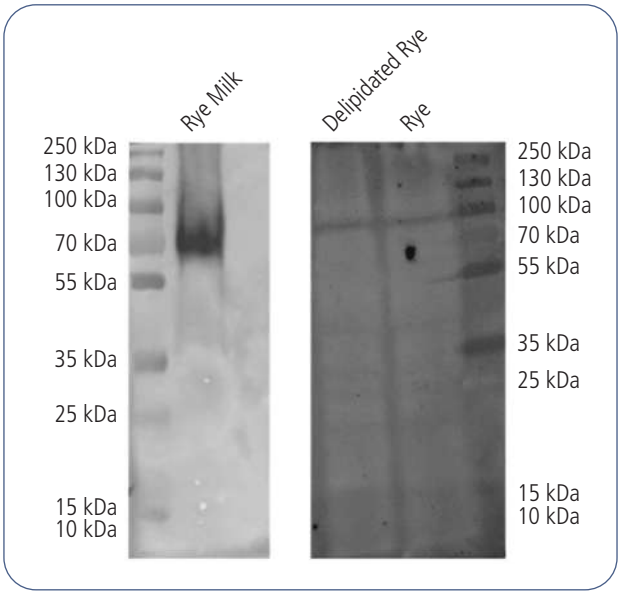



**Figura.**

- Una banda predominante de ~70 kDa en el extracto de bebida de centeno.
- Una banda de ~100 kDa en el extracto de centeno nativo.

**Resultados**

El suero de la paciente mostró un patrón similar de unión IgE-específica a ambas proteínas, lo que plantea que la banda de 70 kDa de la bebida podría originarse por modificaciones estructurales por procesamiento industrial de la proteína de 100 kDa del centeno nativo.

**Conclusión**

El Western blot identifica dos proteínas IgE-reactivas (100/70 kDa) con comportamiento similar, lo que sugiere que la de 70 kDa en la leche de centeno deriva de modificaciones de la de 100 kDa del centeno nativo y define un posible nuevo perfil de sensibilización primaria al centeno.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Más allá de las pruebas convencionales: anafilaxia por sésamo mediada por oleosinas

Rubio Olmeda G[1], Galán Díez T[2], Pesántez Méndez C[1], Pineda de la Losa F[2], Ojeda Fernández I[1], Ojeda Fernández P[1]

[1] Clínica de Asma y Alergia Dres. Ojeda, Madrid
[2] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las oleosinas del sésamo son alérgenos lipofílicos poco representados en los extractos diagnósticos habituales y se han implicado en reacciones sistémicas graves. Presentamos un caso que pone de manifiesto esta discordancia clínico-analítica.

**Material y métodos**

Varón de 62 años, sin antecedentes relevantes. Consultó por tres episodios de anafilaxia tras la ingesta accidental de alimentos con aceite de sésamo. En dos de ellos presentó urticaria generalizada, disfagia y malestar, por lo que precisó tratamiento con adrenalina; en uno de ellos, además, presentó pérdida de conciencia.

Refería, además, urticaria tras la ingesta de semillas de sésamo con buena respuesta a corticoides. Toleraba trazas y otros frutos secos y semillas.

El estudio alergológico incluyó triptasa basal (4,44 µg/L), IgE total (313 kU/L) e IgE específica frente a sésamo (0,3 kU/L), así como pruebas cutáneas con extracto comercial que fueron negativas.

**Resultados**

Ante la discordancia clínico-analítica, se decidió ampliar el estudio mediante caracterización molecular de los alérgenos del sésamo.

Se realizó una extracción diferencial en fracciones hidrosoluble y liposoluble. El SDS-PAGE mostró perfiles claramente distintos entre ambas fracciones. El IgE-Western blot evidenció reconocimiento de proteínas en ambas fracciones: en la hidrosoluble, bandas compatibles con globulinas; y en la liposoluble, una banda de 17 kDa, compatible con oleosinas (Ses i 4) (Figura).

Dado que las globulinas están presentes en los extractos diagnósticos habituales, estos hallazgos por sí solos no justificarían la negatividad de las pruebas, apoyando el papel de las oleosinas.

**Conclusión**

Nuestro caso ilustra cómo la sensibilización a oleosinas puede explicar una anafilaxia por sésamo con pruebas convencionales negativas. La identificación de estos alérgenos permite entender la discordancia clínico-analítica y pone de manifiesto la necesidad de técnicas inmunológicas más laboriosas para un diagnóstico de precisión.

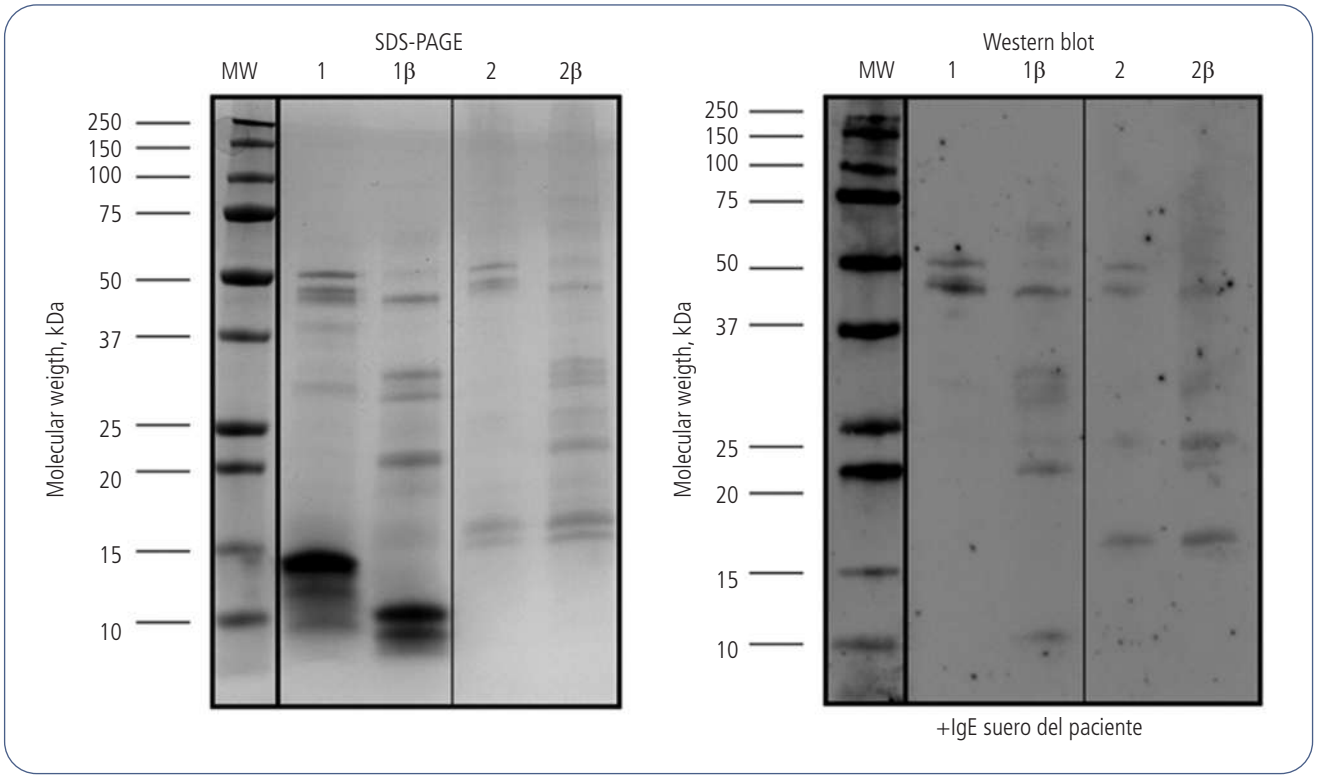



**Figura.** SDS-PAGE/IgE-Western blot en condiciones reductoras (β) y no reductoras. MW: marcador de peso molecular. Carril 1, sésamo hidrosoluble. Carril 2, sésamo liposoluble

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## ¿Es la alergia a las proteínas PR-10 una alergia leve en el área mediterránea?

Niegowska MA, Galván Blasco P, Labrador Horrillo M, Guilarte Calvero M, Vila Rabell A, Cardona Dahl V

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

Las proteínas PR-10 se han considerado clásicamente alérgenos lábiles responsables principalmente del síndrome de alergia oral (SAO). Sin embargo, en los últimos años se han descrito cada vez más casos de reacciones sistémicas asociadas a sensibilización PR-10.

El objetivo fue describir las reacciones sistémicas mediadas por PR-10 en un servicio de alergología del área mediterránea.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de pacientes adultos evaluados en nuestro servicio de alergología por reacciones sistémicas a alimentos vegetales por sensibilización a las proteínas PR-10. Se analizaron antecedentes atópicos y personales, enfermedades alérgicas, características clínicas, cofactores y exposición a aeroalérgenos. El estudio diagnóstico incluyó evaluación molecular y pruebas de provocación oral controladas.

**Resultados**

Se incluyeron cuatro pacientes, todos sensibilizados primariamente al polen de abedul en Europa central y del norte. No obstante, las reacciones sistémicas aparecieron tras varios años de residencia en el área mediterránea y todas fueron anafilaxias grado 3.

Los alimentos implicados fueron avellana, mezcla de frutos secos y bebida de soja. Se identificaron cofactores en tres pacientes: estrés emocional, ejercicio físico y cambios hormonales. Todos los pacientes presentaban previamente clínica de SAO con vegetales crudos, siendo el alimento más implicado la manzana.

El estudio serológico mostró una relación IgE específica/IgE total para abedul, con una mediana de 0,095 (rango 0,049-0,227). El estudio molecular demostró sensibilización a proteínas PR-10 en el 100% de los pacientes sin otros alérgenos vegetales causantes de reacciones sistémicas.

Solo dos pacientes aceptaron una prueba de provocación oral con el alimento implicado, realizada fuera de la estación polínica y sin cofactores; una fue positiva, con reacción grado 3 tratada con adrenalina intramuscular.

**Conclusión**

Las proteínas PR-10 pueden asociarse a reacciones sistémicas graves en pacientes sensibilizados al abedul que residen en áreas mediterráneas. La disminución de la exposición ambiental al polen de abedul podría reducir la tolerancia inmunológica natural y favorecer reacciones alimentarias más intensas.

## Desafíos en el manejo de alergia alimentaria en la Patagonia chilena: una mirada desde la ruralidad y el acceso sanitario

Oakley Inzunza DF

Unidad de Inmunización e Inmunología, Hospital Regional Coyhaique, Región de Aysén

**Objetivo/Introducción**

La alergia alimentaria constituye un problema de salud en aumento a nivel mundial, especialmente en la población pediátrica. En zonas extremas de Chile persisten dificultades relacionadas con el acceso a especialistas, el diagnóstico oportuno, el seguimiento clínico y la educación familiar. La realidad sanitaria de la Patagonia chilena representa un escenario particular debido a las barreras geográficas, dispersión territorial y limitada disponibilidad de recursos especializados, factores que pueden influir directamente en el manejo integral de estos pacientes y en la calidad de vida de sus familias.

*Objetivo:* Describir las principales dificultades asociadas al manejo de pacientes pediátricos con alergia alimentaria en un hospital de la Patagonia chilena, considerando acceso sanitario, el seguimiento clínico y la educación familiar.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional mediante revisión de registros clínicos de pacientes pediátricos diagnosticados de alergia alimentaria atendidos en un centro hospitalario de la Patagonia chilena. Se analizaron variables demográficas, tipo de alergia alimentaria, acceso a derivación especializada, continuidad de controles y dificultades asociadas al manejo clínico en contexto de ruralidad.

**Resultados**

Se identificaron dificultades en el acceso a evaluación especializada y seguimiento clínico, destacando tiempos prolongados de derivación, barreras geográficas y limitaciones en la educación familiar. Estas dificultades afectaron principalmente a pacientes provenientes de sectores rurales y alejados de centros de mayor complejidad, evidenciando inequidades en el acceso a la atención especializada.

**Conclusión**

El manejo de pacientes pediátricos con alergia alimentaria en zonas extremas de Chile presenta desafíos relevantes asociados a la ruralidad y al acceso sanitario. Se requiere fortalecer la derivación oportuna, la educación familiar y el seguimiento multidisciplinario para mejorar la atención integral de esta población pediátrica.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a avena con IgE específica sérica negativa: del diagnóstico clínico a la caracterización alergénica

Rosmaninho I[1], Pinhal Pinhal AL[1], Galán Díez T[2], Pineda de la Losa F[2], Coimbra Coimbra A[1]

[1] Centro Hospitalar Universitário São João, Unidade Local de Saúde São João, Porto, Portugal
[2] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid, España

**Objetivo/Introducción**

La alergia a avena es una causa poco habitual de alergia alimentaria y su diagnóstico puede ser complejo, especialmente cuando las pruebas *in vitro* convencionales son negativas. Presentamos un caso de alergia a avena con IgE específica sérica indetectable, confirmado mediante provocación oral y estudio de inmunodetección.

**Material y métodos**

Mujer de 30 años con episodios repetidos tras la ingesta de productos con avena. Inicialmente presentó tres episodios de dolor abdominal intenso tras consumir una barrita de cereales, galletas y tortitas con avena, por lo que inició evitación estricta. Años después, tras la ingesta inadvertida de bebida de avena, presentó prurito y opresión orofaríngea de inicio inmediato, prurito palmar, exantema generalizado y síntomas nasales. Toleraba otros cereales. Se realizó estudio alergológico con IgE específica sérica, *prick-prick* con copos de avena, provocación oral abierta y caracterización proteica mediante SDS-PAGE/IgE-Western blot con extractos salino y alcohólico de avena.

**Resultados**

La IgE total fue 35 kU/L, con IgE específica a trigo y avena <0,01 kU/L. El *prick-prick* con avena fue positivo (11 × 5 mm; histamina 7 × 6 mm). La provocación oral con copos de avena fue positiva con dosis acumulada de 1,52 g, reproduciendo prurito/opresión faríngea, prurito palmofacial, rinitis y urticaria troncular, con resolución tras tratamiento antihistamínico y corticoide. El SDS-PAGE mostró perfiles diferenciales según el método de extracción. El suero reconoció por IgE una banda de 55 kDa en el extracto salino en condiciones no reductoras, que en condiciones reductoras correspondió a bandas de 23 kDa y, en menor medida, 35 kDa; la reactividad frente al extracto alcohólico fue prácticamente nula.

**Conclusión**

Este caso confirma una alergia a avena clínicamente relevante pese a IgE sérica específica negativa. El patrón de inmunodetección sugiere sensibilización a proteínas de la fracción globulina, probablemente globulina 12S, y no a aveninas. El *prick-prick* y la provocación oral resultaron esenciales para el diagnóstico.

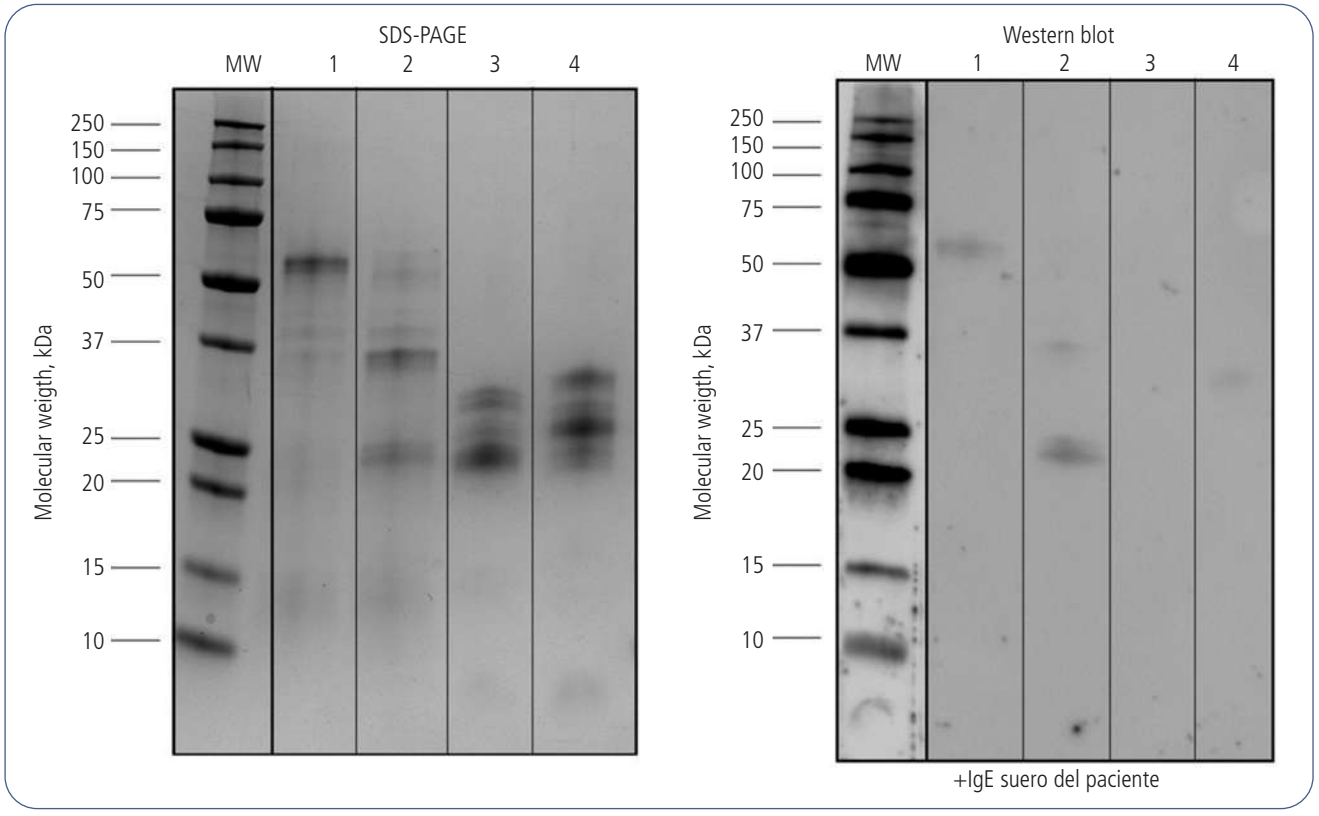



**Figura.** SDS-PAGE/IgE-Western blot. MW, marcador de peso molecular. Carril 1, copos de avena extracción salina. Carril 2, copos de avena extracción salina condiciones reductoras. Carril 3, copos de avena extracción alcohólica condiciones no reductoras. Carril 4, copos de avena extracción alcohólica condiciones reductoras.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## FPIES grave con secuelas neurológicas isquémicas: más allá de la afectación intestinal

Rodríguez Calderón L, Garbán Camero AA, Bastidas Parlati JA, García Canuto E, Uchupaille Torres PY, Rodríguez Trabado A

Hospital de Guadalajara, Guadalajara

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) es una alergia alimentaria no mediada por IgE que, en sus formas más graves, puede cursar con hipotensión y *shock*. Aunque la clínica predominante es gastrointestinal, las complicaciones neurológicas secundarias a la hipoperfusión sistémica son excepcionalmente raras. Se presenta un caso de FPIES grave con secuelas isquémicas cerebrales tras el episodio inicial ocurrido a los seis meses de edad.

**Material y métodos**

Niña de 3 años remitida tras un episodio compatible con FPIES tras la primera ingesta de yogur. Se revisaron la historia clínica, parámetros analíticos del evento agudo, pruebas de neuroimagen (TAC cerebral) y el estudio alergológico completo mediante *prick test* e IgE específica frente a proteínas de leche de vaca.

**Resultados**

Durante el episodio agudo, la paciente presentó vómitos profusos, diarrea sanguinolenta, hipotonía e hipotensión severa, con leucocitosis (39.000/µL) y neutrofilia marcada (30.000/µL). Posteriormente, desarrolló seis crisis convulsivas. El TAC cerebral evidenció infartos isquémicos cortico-subcorticales bilaterales de predominio frontoparietal, relacionados con la hipoperfusión sistémica durante el *shock*. El estudio alergológico resultó negativo, confirmando un mecanismo no mediado por IgE.

**Conclusión**

El FPIES puede ser una emergencia médica letal en la que la hipoperfusión desencadena daño multiorgánico, incluyendo infartos cerebrales, lo que subraya la necesidad de soporte hemodinámico inmediato. La paciente no ha repetido crisis de epilepsia. Actualmente, tolera ingestas accidentales de trazas de leche (en zumos o yogur), y está pendiente de realizar una prueba de exposición controlada (PEC) con leche de vaca.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a himenópteros

## Reacciones alérgicas por picaduras de *Vespa crabro* en el Área de Salud de Plasencia

Reyero Hernández MDM, Nieto Reyero JA, San Martín García L, Boza Cabrera AM, Díaz Sánchez LD, Domínguez Domínguez E

Servicio Extremeño de Salud, Plasencia

**Objetivo/Introducción**

La alergia al veneno de himenópteros es una causa relevante de reacciones alérgicas sistémicas en la población adulta, con una prevalencia en Europa que oscila entre el 0,3% y el 7,5%. Entre los agentes causales destaca *Vespa crabro* (avispón europeo), cuyo veneno puede desencadenar reacciones alérgicas de gravedad variable, desde reacciones locales hasta reacciones sistémicas potencialmente mortales.

*Objetivo:* Describir las reacciones alérgicas producidas tras la picadura de *Vespa crabro* en los pacientes del Área de Salud de Plasencia.

**Material y métodos**

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes que presentaron reacciones alérgicas tras la picadura de *Vespa crabro*, y que durante el año 2024 recibieron inmunoterapia especifica con veneno de himenópteros en el Hospital Virgen del Puerto perteneciente al Área de Salud de Plasencia (Cáceres).

**Resultados**

Durante el periodo indicado, se incluyeron 22 pacientes: 17 hombres (77,27%) y 5 mujeres (22,73%).

El 96,77% de las picaduras se produjeron en el medio rural y el 3,23% en el medio urbano.

En mujeres, 2 pacientes (40%) presentaron reacciones sistémica Müller II, 1 paciente (20%) reacción sistémica Müller III y 2 pacientes (40%) reacciones sistémica Müller IV.

En hombres, 1 paciente (5,88%) presentó reacción sistémica Müller I, 7 pacientes (41,18%) reacciones sistémica Müller II, 5 pacientes (29,41%) reacciones sistémicas Müller III y 4 pacientes (23,53%) reacciones sistémicas Müller IV.

**Conclusión**

En este estudio observamos que *Vespa crabro* provocó un elevado número de reacciones sistémicas de intensidad moderada-grave, predominantemente en el medio rural. El sexo masculino representó el 77,27% de los casos, con mayor proporción de reacciones Müller II, mientras que en mujeres destacaron las reacciones Müller II y IV.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Utilidad del diagnóstico por componentes en alergia a himenópteros: ¿cuál es el responsable?

Sánchez López P[1], Rico Collado P[1], Juárez Rodríguez C[1], Monsalve Clemente R[2]

[1] Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez, Madrid
[2] Departamento I+D ALK-Abelló, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Aclarar cuál es el himenóptero responsable en una reacción alérgica supone un reto diagnóstico de cara a pautar el tratamiento específico para el paciente. Para ello, es fundamental realizar una historia clínica detallada, y un estudio alergológico completo con analítica y pruebas cutáneas en *prick* e intradermorreacción. Sin embargo, en ocasiones, los resultados no son concluyentes y surgen las dudas, por lo que es necesario ampliar el estudio.

**Material y métodos**

Presentamos el estudio realizado en cuatro pacientes:

- *Paciente 1:* mujer con reacción local extensa-anafilaxia leve tras una picadura. Pruebas cutáneas en *prick* e IDR con himenópteros, negativas. Sensibilización a *Polistes* (0,51 kU/L). Triptasa 3,7 mcg/L.
- *Paciente 2:* varón con angioedema labial intenso y sensación de dificultad para la deglución. Pruebas cutáneas positivas en IDR para *Vespula* a 0,0001 mcg/mL y *Polistes* a 0,1 mcg/mL. Sensibilización frente a *Vespula* (10 kU/L) y *Polistes* (2,30 kU/L). Triptasa 3,9 mcg/L.
- *Paciente 3:* varón con anafilaxia (síncope, prurito y dificultad respiratoria) tras una picadura. Pruebas cutáneas positivas en IDR para *Vespula* a 1 mcg/mL. Sensibilización frente a *Vespula* (59,70 kU/L), *Polistes* (6,89 kU/L) y *Apis* (0,93 kU/L). Triptasa 6,5 mcg/L.
- *Paciente 4:* varón con anafilaxia (mareo, urticaria y urgencia defecatoria) tras una picadura. Pruebas cutáneas en *prick* e IDR con himenópteros, negativas. Sensibilización a *Vespula* (18,90 kU/L), *Polistes* (1,44 kU/L) y *Apis* (1 kU/L). Triptasa 2,5 mcg/L. Descartada mastocitosis así como HAT.

**Tabla 1.** Valores en origen.

| | Triptasa (mcg/L) | IgE (UI/mL) | *Apis m.* (kU/L) | *Vespula* (kU/L) | *Polistes* spp (kU/L) |
|---|---|---|---|---|---|
| Pac 1 | 3,7 | 1464 | <0,10 | 0,3 | 0,51 |
| Pac 2 | 3,9 | 68 | <0,10 | 10 | 2,3 |
| Pac 3 | 6,5 | 6240 | 0,94 | 59,7 | 6,89 |
| Pac 4 | 2,5 | 675 | 1 | 18,9 | 1,44 |

Abreviatura: Pac, paciente.

**Tabla 2.** sIgE-ImmunoCAP™.

| | rVes v1 | rVes v5 | Pol d1 | Pol d5 |
|---|---|---|---|---|
| Pac 1 | 0,18 | 0,06 | 2,29 | 0,08 |
| Pac 2 | 11,59 | 0,37 | 3,68 | 0,33 |
| Pac 3 | >100 | 0,41 | 18,54 | 0,88 |
| Pac 4 | 15,18 | 0,02 | 5,19 | 0,02 |

Abreviatura: Pac, paciente.

**Resultados**

- *Paciente 1:* sensibilización a *Polistes*
- *Paciente 2:* sensibilización a *Vespula*.
- *Paciente 3:* sensibilización primaria a *Vespula* con posible reacción cruzada a *Polistes*. Estudio CAP inhibición: doble sensibilización frente a *Vespula* spp. (altos valores frente a Ves v1) y *Polistes* (Pol d3). Recomiendan doble inmunoterapia.
- *Paciente 4:* sensibilización primaria a *Vespula*.

**Conclusión**

En pacientes con reacciones alérgicas frente a himenópteros es fundamental hacer un estudio alergológico completo con el objetivo de llegar a administrar al paciente el tratamiento más adecuado.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Evaluación de pruebas intradérmicas con veneno de himenópteros con dispositivo Nexkin DSPT®: prueba piloto

González López C, Martínez Marín N, Grau Vergés M, Henríquez Falcón D, Álvarez-Sala Caballero P, Dordal Culla MT

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

El diagnóstico de alergia a veneno de himenópteros (VH) se basa en pruebas cutáneas, como el *prick test* (SPT) y las pruebas intradérmicas (ID), cuya lectura requiere experiencia clínica. Con el objetivo de facilitar este proceso y reducir posibles errores, se ha desarrollado el dispositivo Nexkin DSPT®, capaz de realizar la lectura de las ID mediante escaneo automatizado y determinar resultados positivos o negativos según criterios predefinidos (incremento de pápula >3 mm y presencia de eritema). El dispositivo Nexkin DSPT® cuenta con la certificación CE, clasificado como dispositivo de Clase lm según el Reglamento (UE) 217/745 (MDR).

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la capacidad del dispositivo Nexkin DSPT® para detectar resultados positivos en pruebas ID con VH, en comparación con la lectura realizada por personal especializado, así como identificar posibles diferencias entre ambos métodos.

**Material y métodos**

Se diseñó una prueba piloto con lecturas paralelas mediante técnica convencional y el dispositivo Nexkin DSPT®. Se realizaron pruebas ID con extractos de *Apis mellifera*, *Polistes dominula* y *Vespula vulgaris* a distintas concentraciones (0,001; 0,01 y 0,1 mcg/mL), con lectura a los 20 minutos, primero por personal especializado y posteriormente con el dispositivo. Se incluyeron 8 pacientes con sospecha de alergia a VH.

**Resultados**

De los 8 pacientes incluidos en el estudio, 7 presentaron resultados positivos. En todos los casos se obtuvo concordancia en el diagnóstico final entre ambos métodos. En 7 pacientes coincidió también la concentración positiva, mientras que en un caso el profesional identificó positividad en una concentración inferior respecto a la detectada por el dispositivo.

Se observó una concordancia global del 87,5% entre ambos métodos.

**Conclusión**

El dispositivo Nexkin DSPT® muestra resultados comparables a la técnica tradicional, lo que sugiere que podría ser una herramienta útil en el diagnóstico de alergia a himenópteros, aunque se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

## Reacción local tardía por picadura de *Apis mellifera* con sensibilización subclínica a véspidos

Palomino Lozano L, Rodríguez Mazariego ME, Arquero Urbanos G, Zambrano Ibarra G

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones por himenópteros se clasifican según su cronología y extensión. Las reacciones locales tardías ocurren en el 2,4-26,4% de la población general y se mantienen durante >24 h. En la mayoría se detectan niveles positivos de IgE específica hasta en el 80,7% de los pacientes vs. el 95,2% de los pacientes con reacciones sistémicas. Algunas reacciones aparecen pasadas las 24 h. Estas reacciones tardías son heterogéneas y sugieren un mecanismo de hipersensibilidad tipo IV.

**Material y métodos**

Mujer de 39 años derivada tras picadura de insecto en región facial cerca de una colmena. El insecto, identificado como abeja, logró retirarse conservando el aguijón. Asintomática inicialmente, a las 24 h comenzó con edema local intenso, sin síntomas sistémicos, que resolvió en 7 días con corticoterapia y antihistamínicos orales. Refería buena tolerancia previa a picaduras de avispas.

**Resultados**

IgE específica (kU/L):
- Negativa para *Apis mellifera* y rApi mL.
- *Vespula* spp: 5,46, rVes v 5: 5,61.
- *Polistes dominula*: 5,08, rPol d 5: 6,34.
- CCD y triptasa basal normales.

Pruebas cutáneas:
- *Prick* negativo para *Apis*, *Vespula* y *Polistes*.
- Intradermorreacción (ID) positiva a 1 µg/mL para *Apis* y *Vespula*.
- Lectura tardía (24 h): positiva para abeja desde concentraciones de 0,001-1 µg/mL.

**Conclusión**

La ausencia de aguijón no excluye que la picadura sea de *Apis mellifera*. En picaduras superficiales o tangenciales, el aguijón puede no anclarse, permitiendo al insecto retirarse indemne.

La ID con lectura positiva a las 24-48 h junto con la negatividad de la IgE específica sugiere un mecanismo celular.

La positividad analítica a véspidos (rVes v 5/rPol d 5) sin correlación clínica constituye una sensibilización subclínica que podría requerir seguimiento por la posibilidad de que se vuelva clínicamente relevante.

Dado que la inmunoterapia no está indicada en reacciones locales tardías, el tratamiento se basa en prevención y tratamiento sintomático en caso de reacción.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Alergia a himenópteros y gammapatía monoclonal de significado incierto

Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

La alergia a himenópteros es una reacción de hipersensibilidad inmediata mediada por IgE con potencial riesgo vital. La identificación del insecto responsable y la indicación de inmunoterapia con veneno (ITV) son claves para prevenir recurrencias.

El objetivo es describir el abordaje diagnóstico y terapéutico en un caso de anafilaxia por picadura de himenóptero.

**Material y métodos**

Varón de 64 años, peón forestal, con antecedentes de HTA, dislipemia y gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI), sin atopia. Tras recibir dos picaduras de avispa, presentó, a los 2 minutos, prurito y habones, que progresaron en 5-10 minutos a urticaria generalizada, angioedema facial y lingual, disnea y sensación faríngea. Requirió dos dosis de adrenalina intramuscular, antihistamínicos y corticoides, con resolución completa.

Estudio alergológico: pruebas intradérmicas positivas a avispa (20 × 26 mm) y *Polistes* (6 × 8 mm). IgE total 119 IU/mL; IgE específica elevada para *Vespula* (40,7 $kU_A$/L) y *Polistes* (13,4 $kU_A$/L), con predominio de componentes Ves v 5 (26 $kU_A$/L) frente a Pol d 5 (5 $kU_A$/L). Triptasa basal 7,8 µg/L y REMA <2. HiCaVi: 2 puntos.

**Resultados**

Se evidenció doble sensibilización a *Vespula* y *Polistes*, con clara dominancia de *Vespula* (ratio Ves v 5/Pol d 5=5,2). Dado el riesgo elevado (anafilaxia grado III, exposición laboral y mala calidad de vida), se indicó ITV con veneno de *Vespula* al 100%, iniciada sin incidencias.

**Conclusión**

La alergia a himenópteros requiere un abordaje individualizado basado en la historia clínica y el diagnóstico molecular. La determinación de componentes permite identificar la sensibilización predominante en casos de doble positividad y optimizar la indicación de ITV, reduciendo el riesgo de nuevas reacciones graves.

## Del tratamiento a la vida real: persistencia de la protección tras inmunoterapia con veneno de himenópteros

Camacho Arregui C[1], Muñoz Bolaños S[1], Alba Rull JL[1], Serrano Delgado MDP[1], Ruiz León B[1,2]

[1] Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
[2] Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Universidad de Córdoba, Córdoba

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia con veneno de himenópteros (ITV) es altamente eficaz para prevenir reacciones sistémicas tras picaduras. Sin embargo, la duración óptima del tratamiento y la persistencia de la protección tras su suspensión siguen siendo objeto de debate. La repicadura intrahospitalaria (RIH) constituye el estándar de referencia para evaluar la tolerancia clínica.

El objetivo de este estudio fue analizar la protección a largo plazo tras la finalización de la ITV mediante RIH controlada.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con alergia a veneno de himenópteros que completaron al menos 5 años de ITV y posteriormente se sometieron a RIH en nuestra unidad.

**Resultados**

Se incluyeron 49 pacientes (40 hombres y 9 mujeres), con una edad media de 49,8 ± 14,4 años. La alergia fue mayoritariamente a veneno de abeja (77,6%), seguida de véspidos (22,4%). El tiempo desde la finalización de la inmunoterapia hasta la repicadura fue de mediana 29 meses (RIC 19-71).

La RIH se realizó con abeja en 38 pacientes y con véspidos en 11 pacientes (8 *Polistes* y 3 *Vespula*). Tras la repicadura, 46 pacientes (91,8%) presentaron tolerancia completa, mientras que 3 pacientes desarrollaron reacciones sistémicas leves (grado I de Müller), dos tras repicadura con abeja y uno con *Vespula*.

Diez pacientes fueron sometidos a más de una RIH, todas ellas con abeja, manteniendo buena tolerancia en todos los casos.

**Conclusión**

La ITV proporciona una protección clínica sostenida tras su suspensión, con una alta tasa de tolerancia en la RIH incluso años después de finalizar el tratamiento.

Las reacciones observadas fueron escasas y de baja gravedad, lo que refuerza la seguridad y eficacia a largo plazo de esta intervención.

La RIH se consolida como una herramienta útil para evaluar la persistencia de la protección en pacientes seleccionados.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Cumplimiento de la inmunoterapia con veneno de himenópteros (ITVH)

Morales Sánchez P, Huete Herrera M, Gutiérrez Posso JM, Matta Pérez JI, Pérez Fernández E, Alfaya Arias T

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia con veneno de himenópteros (ITVH) es un tratamiento altamente eficaz en pacientes alérgicos al veneno de himenópteros (AVH). Sin embargo, el cumplimiento no siempre es óptimo, lo que supone un riesgo para los pacientes.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con AVH estudiados en nuestra unidad entre 2021 y 2025. Se seleccionaron pacientes que, a pesar de tener indicación, no iniciaron ITVH o no completaron el tratamiento. Se analizaron datos demográficos, clínicos, diagnósticos y de tratamiento.

**Resultados**

Se incluyeron 76 pacientes. De ellos, 19 (25%) mostraron un mal cumplimiento: el 57,9% abandonó la ITVH y el 42,1% no la inició.

La mediana de edad de los pacientes con bajo cumplimiento fue 50,56 años (RIC: 33,16-55,20) y el 52,6% eran hombres. El 84,2% presentaba un alto riesgo de exposición. El 62,5% de los pacientes se encontraba en activo, principalmente en el sector servicios (25,0%).

En cuanto a la reacción, en el 84,2% fue grave (grados 3-4 de Müller) y a 4 pacientes (22,2%) se les diagnosticó mastocitosis.

**Tabla.**

| | Mediana y RIC |
|---|---|
| IgE total (U/mL) | 103,50 (23,00 - 392,25) |
| Triptasa (mcg/L) | 5,16 (3,65 - 8,50) |
| *Polistes* (kU/L) | 2,32 (0,50 - 9,61) |
| *Vespula* (kU/L) | 0,81 (0,16 - 1,88) |
| *Apis* (kU/L) | 0,08 (0,01 - 0,65) |
| Pol d 5 ($kU_A$/L) | 0,75 (0,18 - 0,97) |
| Ves v 1 ($kU_A$/L) | 0,03 (0,023 - 0,99) |
| Ves v 5 ($kU_A$/L) | 0,33 (0,03 - 1,02) |
| Api m 1 ($kU_A$/L) | 0,01 (0,01 - 0,08) |
| CCD ($kU_A$/L) | 0,02 (0,02-0,02) |

La Tabla muestra los niveles de IgE específica. El diagnóstico final fue: alergia a *Polistes dominula* (63,2%), *Vespula* spp (10,5%), *Vespula* y *Polistes* (10,5%) y *Apis mellifera* (10,5%).

La mediana de la duración de la ITVH en el grupo que interrumpió el tratamiento fue de 620 días (RIC: 267-959).

No se encontraron diferencias significativas en edad, sexo, actividad laboral, gravedad de la reacción o insecto causante entre pacientes cumplidores y no cumplidores.

**Conclusión**

Encontramos un alto porcentaje de pacientes con mal cumplimiento de ITVH. En este estudio no pudimos establecer un perfil demográfico ni clínico de los pacientes no cumplidores. Es fundamental realizar un seguimiento exhaustivo de estos pacientes para evitar que abandonen el tratamiento y garantizar una protección adecuada.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Eficacia a corto-medio plazo de la inmunoterapia con venenos evaluada mediante test de repicadura

Rodríguez Cano S[1], Alba Rull JL[1], Ventosa López A[1], Santacreu Cabeza L[1], Serrano Delgado MDP[1], Ruiz León B[1,2]

[1] Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
[2] Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia con veneno de himenópteros está indicada en pacientes que hayan sufrido una reacción sistémica tras la picadura de un insecto y se demuestre una sensibilización IgE. A pesar de ser un tratamiento altamente eficaz, es necesario demostrar su grado de protección. A falta de otra herramienta, la repicadura intrahospitalaria se convierte en la prueba *gold standard* para evaluar la eficacia de este tratamiento.

Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia de la inmunoterapia con venenos (ITV) a corto-medio plazo mediante test de repicadura intrahospitalaria (RIH).

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con alergia a venenos de himenópteros (abeja y véspidos) que iniciaron inmunoterapia específica (ITV) entre los años 2023 y 2025. Durante este periodo, se realizó repicadura intrahospitalaria (RIH) para evaluar la eficacia clínica de la ITV.

**Resultados**

Se evaluaron 86 pacientes que recibían inmunoterapia frente a abeja: 32 (37,2%), *Polistes dominula*: 30 (34.8%), *Vespula* spp: 6 (7%); doble extracto (*Polistes dominula* y *Vespula* spp.): 18 (21%).

Se realizaron un total de 56 RIH en 46 pacientes. Abeja: 20 pacientes (<12 meses: 7; 12-24 meses: 7; 24-36 meses: 12). *Polistes dominula*: 17 pacientes (<12 meses: 10; 12-24 meses: 7). *Vespula* spp 2 pacientes (<12 meses: 1; 12-24 meses: 1). Doble sensibilización véspidos: 7 pacientes (<12 meses: 7; 12-24 meses: 4). Todas ellas con resultado negativo.

**Conclusión**

La RIH confirmó la eficacia de la ITV a corto-medio plazo en pacientes alérgicos a veneno de himenópteros, observándose una protección del 100% en los pacientes repicados con abeja (62,5%), *Vespula* spp. (37,5%) y *P. dominula* (50%), incluyendo casos con mastocitosis sistémica y doble sensibilización.

Sería deseable evaluar esta eficacia en la totalidad de los pacientes. Sin embargo, las limitaciones técnicas de la prueba constituyen un obstáculo relevante.

## Inmunoterapia con veneno de himenópteros en Cádiz: análisis retrospectivo de un registro en práctica clínica real

Sáez Salas BI, Tejido Suárez MP, Gutiérrez Fernández D

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia con veneno (ITV) es el único tratamiento modificador de la enfermedad para reacciones sistémicas por picaduras de himenópteros. Los registros de práctica clínica real permiten describir patrones de sensibilización, seguridad y evolución tras nuevas picaduras.

**Material y métodos**

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de un registro monocéntrico de pacientes de la provincia de Cádiz tratados con ITV frente a *Apis mellifera* y véspidos (*Vespula* spp./*Polistes* spp.), incluida ITV dual. Se recogieron la reacción índice, IgE específica frente a venenos y componentes, acontecimientos adversos durante la ITV, evolución tras nuevas picaduras y datos clínicos relevantes.

**Resultados**

Se incluyeron 67 pacientes y 68 ciclos de ITV. La indicación principal fue anafilaxia en 43/68 ciclos (63%), seguida de reacción local extensa en 17/68 (25%) y reacción local en 7/68 (10%). Las prescripciones fueron *Apis* 11/68 (16%), *Vespula* 12/68 (18%), *Polistes* 17/68 (25%) y *Vespula* + *Polistes* 4/68 (4,4%). La mediana de edad al inicio fue de 47 años. En *Apis*-ITV, la sensibilización a componentes mostró positividad para Api m1 en el 80%, Api m10 en el 56%, Api m5 en el 63%, Api m3 en el 33% y Api m2 en el 22%. En ITV frente a véspidos, las tasas de positividad fueron del 69% para *Vespula*, 88% para *Polistes*, 58% para Ves v1, 34% para Ves v5 y 56% para Pol d5. Se documentaron acontecimientos adversos en 13/68 ciclos, con 5 reacciones locales y 2 sistémicas. Hubo información sobre nuevas picaduras en 24/68 ciclos: no se registraron reacciones sistémicas. Cuatro pacientes presentaban mastocitosis.

**Conclusión**

La ITV mostró un perfil de seguridad favorable y resultados tranquilizadores tras nuevas picaduras, incluidos casos con mastocitosis. Estos datos apoyan su utilidad en la práctica clínica real y confirman el valor del diagnóstico molecular para seleccionar el veneno más adecuado en pacientes de Cádiz de forma individualizada.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a medicamentos

## Cuando la lactancia materna se convierte en riesgo de anafilaxia

Domínguez Estirado A, Chamorro Gómez M, Sánchez Moreno GV, Elices Apellániz A

Sección de Alergología, Hospital Universitario del Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El contacto con alérgenos por vía cutánea puede ocasionar reacciones locales, pero es raro que desencadenen reacciones alérgicas graves. Existen casos descritos de anafilaxia por contacto cutáneo, sobre todo con alimentos en niños con dermatitis atópica y reacciones sistémicas al contacto con medicamentos tópicos, aunque no suelen ser graves.

**Material y métodos**

Mujer de 34 años diagnosticada de *shock* anafiláctico por amoxicilina en 2011, que posteriormente ha presentado varios episodios de urticaria generalizada tras el contacto de manos con amoxicilina en jarabe para preparársela a sus hijos, y tras esto había evitado el contacto. En 2026, inmediatamente después de amamantar a su bebé, que había tomado la primera dosis de amoxicilina vía oral dos horas antes, comienza con urticaria y prurito en el pecho, que posteriormente se generalizó, asociando sensación de cuerpo extraño faríngeo y dificultad respiratoria, que fue tratada con adrenalina 0,5 IM, corticoides y antihistamínicos, precisando repetir dosis de corticoide parenteral para resolverse. La paciente no presentaba grietas en el pezón ni eccema.

**Resultados**

Estudio alergológico:

- 2011: IgE total 44 UI/mL, IgE betalactámicos: negativo, triptasa basal 5,5 mcg/L. Test cutáneos batería betalactámicos *prick* e ID: *prick* positivo con amoxicilina (no se realizó ID), resto negativas. Se comprobó tolerancia a cefuroxima y cefixima.
- 2026: IgE total 39 UI/mL, IgE betalactámicos: amoxicilina 0,11 kU/L, resto negativo (>0,10 kU/L), triptasa basal 5,4 mcg/L. Test cutáneos batería betalactámicos *prick* e ID: *prick* con penicilina e ID con MDM positivas, resto negativas. Se comprobó tolerancia a meropenem.




**Figura.** Estudio alergológico en 2026 con pruebas cutáneas con batería de betalactámicos en *prick* e ID: *prick* con penicilina e ID con MDM positivas. No se realizaron pruebas cutáneas con aminopenicilinas por positividad previa y reacciones graves con amoxicilina.

**Conclusión**

Presentamos un caso de anafilaxia tras contacto con amoxicilina a través de la lactancia materna. El episodio ocurrió tras la toma de amoxicilina por su bebé y sin alteración de la barrera cutánea de la paciente, lo cual evidencia que existen pacientes con una alta sensibilización y deben adoptarse medidas para evitar el contacto por cualquier vía, tanto en domicilio como en centros sanitarios.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Reacciones adversas a medios de contraste yodados: estudio descriptivo y prospectivo

Pichardo Santos MA, Garcés Sotillos MDM, Zambrano Cedeño KJ, Amaya Molina AJ, Wilson Salazar E, Fraj Lázaro J

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones a medios de contraste yodados (MCi) son un motivo de consulta cada vez más frecuente en el servicio de alergología.

El objetivo fue describir las características de los pacientes, las reacciones y la evolución tras nuevas administraciones, con o sin premedicación.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo en pacientes consecutivos, derivados por reacciones adversas a MCi. Se recogieron variables sobre el motivo de la administración, las características de las reacciones, el tiempo transcurrido desde la reacción hasta el estudio, los resultados de pruebas alergológicas (*prick*, intradermorreacción, epicutáneas y provocación), y si presentaron alguna reacción tras nueva administración con las recomendaciones pautadas.

**Resultados**

Se incluyeron 40 pacientes consecutivos y la mayoría de las reacciones fueron leves. Predominaron las reacciones inmediatas frente a tardías. Un 60% de los pacientes derivados correspondían a pacientes oncológicos.

El *prick* fue negativo en todos los pacientes la intradermorreacción fue positiva en 7 casos, dos de ellos asociados a reacciones severas (anafilaxia grado II y *shock* anafiláctico). Se realizaron pruebas de provocación en 3 pacientes, siendo positivas a ioversol e iopromida.

En 11 de los pacientes se pudo identificar el contraste administrado, predominando el iomeprol.

De los 11 casos en los que se administró de nuevo MCi solo 1 presentó reacción, esta ocurrió en el grupo sin premedicación, mientras que no se registraron recurrencias en los pacientes premedicados.

**Conclusión**

En nuestro estudio predominan las reacciones a MCi leves e inmediatas. El tipo de paciente que es derivado con más frecuencia es el oncológico. La intradermorreacción se destaca sobre el *prick test* en el diagnóstico de casos graves. Solo en 11 de los 40 pacientes estudiados se volvió a administrar MCi. Las nuevas administraciones parecen ser seguras bajo premedicación, registrándose una única reacción.

## Seguridad y eficacia de la inmunoterapia subcutánea administrada en pauta clúster en pacientes con rinoconjuntivitis y/o asma sensibilizados al polen de olivo con o sin sensibilización a gramíneas

Sanchidrián Aguilar IM[1], Rodríguez de Guzmán J[1,2,3], Velasco Henao N[1], Núñez R[2], Torres Jaén MJ[1,2,3], Labella Álvarez M[1,2]

[1] Unidad de Alergia, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga
[2] Precision Allergy Translational Hub (PATH), Allergy Group, IBIMA Plataforma BIONAND, Málaga
[3] Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, Málaga

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia con alérgenos es el único tratamiento que modifica la evolución natural de las enfermedades alérgicas mediadas por IgE por aeroalérgenos. Las pautas agrupadas de inmunoterapia subcutánea (ITSC) con extractos *depot* hipoalergénicos permiten acortar el periodo de escalada de dosis manteniendo un perfil de seguridad favorable. Sin embargo, existen escasos datos específicos sobre el uso de extractos de *Olea europaea*, sola o combinada con gramíneas, especialmente en población mediterránea.

**Material y métodos**

El estudio OLGA es un estudio multicéntrico, retrospectivo y observacional en vida real realizado en 16 centros de alergología de España. Se incluyeron pacientes con rinoconjuntivitis alérgica y/o asma IgE mediadas con sensibilizados a *Olea europaea*, asociada o no a alergia gramíneas, tratados con ITSC en pauta clúster. Se evaluaron la seguridad y la eficacia clínica durante un año mediante el registro de reacciones adversas y la variación de la puntuación de síntomas nasales, no nasales y asmáticos.

**Resultados**

Se analizaron 245 pacientes (51% varones; media 26,6 años). Tras la administración de ITSC se produjo una mejoría significativa clínicamente relevante en todos los dominios sintomáticos: síntomas nasales, no nasales y puntuación total ($p$<0,001). Asimismo, se observó una reducción significativa de las exacerbaciones asmáticas; $p$<0,001. Más del 93% de los pacientes presentó mejoría clínica relevante. Un total de 67 pacientes (27,3%) presentó al menos una reacción adversa, registrándose 154 reacciones en total, predominantemente locales (82,5%). Las reacciones sistémicas fueron infrecuentes (17,5%) y todas se clasificaron como grado 1-2 según la WAO, consistiendo en tos leve, disnea o síntomas cutáneos. No se registraron reacciones grado ≥3 ni fue necesario el uso de adrenalina.

No se observaron diferencias significativas entre pacientes tratados con olivo 100% y mezclas olivo-gramíneas.

**Conclusión**

La ITSC con constituye una estrategia segura, eficaz y práctica en pacientes sensibilizados a *Olea europaea*, apoyando su uso rutinario en la práctica clínica.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## El colirio traidor: cuando tu tratamiento se vuelve contra ti

Frías López A, Martínez Sendino M, Moreira García MG, Guzmán Rodríguez R, Moral de Gregorio Á, Senent Sánchez CJ

Hospital Universitario de Toledo, Toledo

**Objetivo/Introducción**

Los aminoglucósidos oftálmicos son esenciales en la terapia ocular, pero su capacidad para inducir hipersensibilidad tipo IV representa un reto diagnóstico, al mimetizar infecciones persistentes o toxicidad epitelial. La neomicina es el principal alérgeno de esta familia, aunque el uso extensivo de tobramicina ha incrementado su incidencia en la literatura.

**Material y métodos**

Varón de 53 años con evisceración de ojo derecho en 2023 tras traumatismo. Presenta edema y eritema palpebral y conjuntival a los 2-3 días de iniciar Tobradex® (tobramicina/dexametasona) por conjuntivitis de ojo izquierdo, por lo que lo sustituyeron por Gentadexa® (gentamicina/dexametasona) empeorando el cuadro.

No hubo afectación en el ojo izquierdo (no expuesto). Los síntomas remitieron tras suspender ambos colirios y pautar pomada de Terracortril®. El paciente no refería antecedentes alérgicos ni exposición previa conocida a estos fármacos. No ha vuelto a utilizar aminoglucósidos.

**Resultados**

El estudio con tobramicina, gentamicina y dexametasona mediante pruebas epidérmicas e intradérmicas fue negativo en lectura inmediata y positivo en intradérmicas en lectura tardía (48 h) con tobramicina y gentamicina, persistiendo dexametasona negativa. Se realizó una prueba de provocación intraocular con dexametasona, la cual resultó negativa.

**Conclusión**

Presentamos un caso de alergia a aminoglucósidos en colirio (tobramicina y gentamicina). Pese a la baja prevalencia de reacciones alérgicas de estos fármacos hasta la fecha, su incidencia está en aumento.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a clorhexidina tras sondaje uretral

Goñi Yeste MDM, Yago Meniz A, Juárez Guerrero A, Bueso Fernández A

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La clorhexidina es un antiséptico ampliamente utilizado en la práctica clínica, presente en múltiples productos sanitarios como soluciones tópicas, colutorios y geles lubricantes. En los últimos años se ha descrito un aumento de las reacciones de hipersensibilidad inmediata asociadas a este compuesto, especialmente en el contexto perioperatorio, donde su identificación puede resultar compleja debido a la exposición simultánea a múltiples agentes.

**Material y métodos**

Varón de 59 años que acude a urgencias por estenosis uretral. Se le realiza una uretroplastia mediante sondaje vesical con gel lubricante estéril Aquatouch Jelly® (lidocaína y clorhexidina), ya tolerado previamente en anteriores sondajes.

A las 2 horas del procedimiento, el paciente comenzó con prurito localizado en glúteos, testículos y pene. Posteriormente progresó a prurito palmoplantar, urticaria generalizada y edema labial. Acudió nuevamente a urgencias, donde fue tratado con corticoides y antihistamínicos con resolución completa del cuadro.




Figura 1.




Figura 2.

**Resultados**

El estudio alergológico posterior mostró pruebas cutáneas negativas con lidocaína (*prick* e intradermorreacción) y con el gel lubricante Aquatouch Jelly®, mientras que el *prick-prick* con clorhexidina fue positivo (3 mm), control de histamina 10 mm. Se determinó IgE específica frente a clorhexidina que fue de 0,41 $kU_A/L$. Estos hallazgos confirmaron el diagnóstico de urticaria/angioedema por clorhexidina.

**Conclusión**

La clorhexidina debe considerarse una causa relevante de alergia en procedimientos perioperatorios. Su reconocimiento precoz y la correcta identificación etiológica son fundamentales para evitar nuevas exposiciones, recomendándose su exclusión en cualquier presentación (antisépticos, geles o colutorios) en pacientes sensibilizados.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia al ácido fólico: un diagnóstico poco común

Goñi Yeste MDM, Yago Meniz A, Juárez Guerrero A, Bueso Fernández A

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El ácido fólico es una vitamina hidrosoluble ampliamente utilizada y generalmente bien tolerada. Las reacciones de hipersensibilidad inmediata asociadas a su administración son excepcionales.

**Material y métodos**

Mujer de 74 años con déficit de ácido fólico, a la que se prescribe ácido fólico oral (Acfol® 5 mg). Tras la toma del primer comprimido, de forma inmediata presentó prurito generalizado, de predominio genital, asociado a habones cutáneos. Fue atendida en urgencias, donde recibió antihistamínico, con resolución rápida del cuadro.

La paciente cree no haber tomado previamente este fármaco ni presentar antecedentes relevantes de alergia medicamentosa.

**Resultados**

El estudio alergológico mostró *prick-prick* con ácido fólico negativo. Posteriormente, se realizó una prueba de exposición oral controlada en hospital de día, administrándose una primera dosis de 2,5 mg que fue bien tolerada. A los 30 minutos, tras una segunda dosis de 2,5 mg, la paciente presentó de forma inmediata prurito en región genital y retroauricular, junto con la aparición de habones en región inframamaria y lumbar, con constantes hemodinámicas estables. Se administraron antihistamínicos y corticoides, con resolución completa en menos de una hora.

**Conclusión**

Las reacciones de hipersensibilidad inmediata al ácido fólico son raras, pero deben considerarse ante clínica compatible. La negatividad de las pruebas cutáneas no excluye el diagnóstico, siendo la prueba de exposición oral fundamental para su confirmación.

Este caso resalta la importancia de un estudio alergológico completo para establecer el diagnóstico y evitar nuevas exposiciones.



Figura 1.



Figura 2.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Exantema fijo por naproxeno

Goñi Yeste MDM, Yago Meniz A, Juárez Guerrero A, Bueso Fernández A

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El exantema fijo medicamentoso (EFM) es una reacción de hipersensibilidad cutánea tardía caracterizada por la aparición recurrente de lesiones en la misma localización tras la reexposición al fármaco implicado. Los antiinflamatorios no esteroideos son una causa frecuente.

**Material y métodos**

Mujer de 22 años con episodios mensuales de máculas eritematosas localizadas en región facial (comisura labial derecha y maxilar derecho). Según refiere, esto coincide con la toma de naproxeno para el dolor menstrual y le dura varios días, presentando descamación posterior. Desaparece con corticoide tópico. Posteriormente, toleró ibuprofeno sin incidencias. Se realizaron pruebas epicutáneas con naproxeno (no fue posible colocarlas en la comisura labial/maxilar derecho) con lecturas a 48 y 72 horas, resultando negativas. Luego se realizó una prueba de exposición oral controlada en hospital de día, administrándose una dosis acumulada de 625 mg de naproxeno.

**Resultados**

La paciente toleró la provocación oral sin incidencias inmediatas y fue dada de alta. Sin embargo, aproximadamente 3 horas tras la finalización de la prueba, desarrolló nuevamente la misma erupción cutánea en la comisura labial y maxilar derecho. Este hallazgo, junto con la historia clínica de recurrencia topográfica tras la exposición al fármaco, permitió establecer el diagnóstico de EFM inducido por naproxeno. La paciente no ha presentado recurrencias tras la evitación del fármaco y ha tolerado ibuprofeno en repetidas ocasiones.



**Figura.**

**Conclusión**

El EFM por naproxeno puede presentar pruebas epicutáneas negativas y requerir un tiempo de observación prolongado tras la provocación oral para su confirmación diagnóstica. La recurrencia lesional en la misma localización tras reexposición es el criterio diagnóstico clave.

A la paciente se le recomienda la evitación estricta del naproxeno y se le permite el uso del resto de AINE relacionados estructuralmente, como el ibuprofeno, ya que no existe reactividad cruzada.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Reacciones adversas al contraste yodado: ¿se siguen las recomendaciones?

Henríquez Falcón D[1], Rodas Robayo R[2], Martí Garrido J[1], Vázquez Revuelta P[1], Álvarez-Sala Caballero P[1], Dordal Culla MT[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona
[2] Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones adversas a contrastes yodados (RA-CY) son frecuentes y motivan derivación a alergología para su estudio y emisión de recomendaciones. Sin embargo, se desconoce el grado de adherencia en la práctica clínica.

El objetivo de este estudio es analizar la adherencia a las recomendaciones tras el estudio alergológico de RA-CY.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes >18 años remitidos por sospecha de RA-CY entre octubre de 2024 y octubre de 2025. Se recogieron variables demográficas, contraste implicado, tipo de reacción (clínica, latencia y gravedad), estudio alergológico, tipo de recomendaciones y grado de adherencia posterior a las mismas.

**Resultados**

Se incluyeron 67 pacientes (mediana 65 años; 44/67 mujeres [66%]), registrándose 85 RA-CY. El contraste implicado fue: 28/85 (33%) no identificado, 36/85 (42%) iodixanol y 21/85 (25%) iomeprol. El 41/85 (48%) de las reacciones fueron inmediatas, 38/85 (45%) retardadas y en 6/85 (7%) se desconoce. Predominó la afectación cutánea (57/85 [67%]), seguida de la respiratoria (13/85 [15%]); 9/85 (11%) casos fueron compatibles con anafilaxia.

En 12/67 pacientes se obtuvieron 17 pruebas cutáneas positivas en intradermorreacción frente a iodixanol (n=9; 5 inmediatas y 4 retardadas), iomeprol (n=6; 3 inmediatas y 3 retardadas) e iohexol (n=2; 1 inmediata y 1 retardada). Se realizó una prueba de exposición con iobitridol, que fue bien tolerado.

Las recomendaciones fueron: evitación de al menos un CY en 15/67 pacientes, premedicación en 23/67, posmedicación en 9/67 y administración según práctica habitual en 27/67. Tras el estudio se reexpusieron 31/67 pacientes, con 56 exploraciones con CY. En 12/56 (21%) exploraciones no se siguieron las recomendaciones, todas relacionadas con pre/posmedicación. Se registraron nuevas RA-CY en 4/31 (13%) pacientes reexpuestos (3 cutáneas y 1 anafilaxia).

**Conclusión**

Aproximadamente en dos de cada diez exploraciones con CY no se siguieron las recomendaciones de alergología, siempre en relación con la pre/posmedicación, lo que refuerza la necesidad de mejorar la coordinación entre alergología y radiología.

## Exantema fijo medicamentoso por contrastes yodados con reactividad cruzada parcial y tolerancia a iopramida

Vargas Días MDLA, Tello Montúfar DM, Méndez Brea P, Rodríguez Vázquez V

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela (CHUS), Santiago de Compostela

**Objetivo/Introducción**

El exantema fijo medicamentoso (EFM) por medios de contraste yodados (MCI) es una reacción cutánea tardía poco frecuente. Presentamos un caso con reacciones reproducibles tras exposición a iohexol e iobitridol, con tolerancia demostrada a iopramida, lo que apoya un patrón de reactividad cruzada parcial.

**Material y métodos**

Mujer de 68 años con antecedente de carcinoma seroso de ovario, tratada con quimioterapia adyuvante, que presentó una reacción de hipersensibilidad inmediata grave a paclitaxel, con tolerancia posterior a Abraxane®. En octubre de 2025, a las 24 horas de la realización de una tomografía computarizada (TAC) con iohexol 90 mL a 3 mL/s, presentó lesiones cutáneas eritematovioláceas, bien delimitadas y localizadas en miembros inferiores, descritas como "placas de quemadura", que forman ampolla y posterior hiperpigmentación residual. Un año antes había tolerado el MCI y, además, al menos tres administraciones de iopramida, sin incidencias.

**Resultados**

Se realizan pruebas cutáneas (*prick test* e intradermorreacción 1/10) con iopramida, iobitridol, ioversol, iohexol e iodixanol con resultado negativo en lectura inmediata. A los 7 días, la paciente refiere reaparición espontánea de las lesiones cutáneas en localización previa. Una vez resueltas las lesiones se realiza prueba de exposición controlada (PEC) con iobitridol, tolerada inicialmente. Sin embargo, 5 días más tarde acude a urgencias por rebrote de las mismas lesiones, precisó tratamiento con corticoide tópico, añadiéndose 2 semanas después curas locales, por persistencia de lesión ulcerativa en región pretibial derecha, logrando cicatrización completa en dos meses. Un mes después, se realizó nueva PEC con iopramida, que fue bien tolerada, sin reproducción de lesiones.

**Conclusión**

Se trata de un EFM inducido por iohexol, con reactividad cruzada a iobitridol y tolerancia demostrada a iopramida. El caso es un claro ejemplo de una reactividad cruzada selectiva, con patrones impredecibles y de la baja correlación entre estructura química y reactividad clínica, resaltando la importancia de la historia clínica y de la evaluación individualizada.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Superando la hipersensibilidad múltiple a AINE

Albarracín Prados S, Sosa Domínguez P, González Cuervo H, Vatnani Moolchandani V, Parra Rojas S, Ortega Rodríguez NR

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

**Objetivo/Introducción**

La urticaria/angioedema inducida por antiinflamatorios no esteroideos (NIUA) es el fenotipo más frecuente de hipersensibilidad a estos fármacos. Aunque se ha descrito la adquisición de tolerancia con el tiempo, la evidencia es limitada.

*Objetivo:* Describir tres pacientes con hipersensibilidad múltiple a AINE en los que se confirma tolerancia posterior mediante prueba de exposición.

**Material y métodos**

- *Caso 1:* mujer de 36 años con antecedentes de rinoconjuntivitis y asma bronquial intermitente por sensibilización a ácaros, en tratamiento activo con inmunoterapia específica (ITE). Diagnosticada de hipersensibilidad múltiple a AINE en 1998 tras prueba de exposición positiva con ácido acetilsalicílico (AAS) 250 mg (angioedema palpebral). En los últimos 3 años refiere tolerancia a arilpropiónicos y metamizol.
- *Caso 2:* mujer de 50 años con rinitis y asma persistente moderada por ácaros, bien controlada tras ITE. Hipersensibilidad múltiple a AINE diagnosticada en 2007 tras pruebas positivas con ibuprofeno 400 mg y diclofenaco 50 mg (urticaria). Refiere tolerancia a dexketoprofeno e ibuprofeno desde hace 1 año.
- *Caso 3:* varón de 58 años con hipersensibilidad múltiple a AINE confirmada en 2002 mediante prueba positiva con AAS 300 mg y diclofenaco 50 mg (angioedema palpebral). Refiere tolerancia reciente a dexketoprofeno y metamizol.

En los tres casos se realizó prueba de exposición controlada a simple ciego con AAS (500 mg).

**Resultados**

Las pruebas de exposición fueron negativas en los tres pacientes, sin aparición de síntomas durante el procedimiento ni en el periodo de observación posterior. Estos hallazgos permitieron descartar hipersensibilidad múltiple a AINE en el momento actual.

**Conclusión**

Nuestros casos apoyan la hipótesis de que la hipersensibilidad múltiple a AINE tipo NIUA puede remitir con el tiempo en un subgrupo de pacientes. La reevaluación mediante pruebas de exposición controlada en pacientes que refieren tolerancia clínica podría permitir retirar diagnósticos previos y ampliar las opciones terapéuticas, evitando restricciones innecesarias.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia perioperatoria IgE mediada por rocuronio: a propósito de un caso

Planas Vinós M, González Jiménez OM, Lázaro López L, Suárez Lorenzo I

Hospital Quirónsalud, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

La anafilaxia perioperatoria es una complicación potencialmente mortal (1/5.000-10.000 anestesias generales), siendo los bloqueantes neuromusculares (BNM) una de las causas más frecuentes. El rocuronio presenta una de las mayores incidencias.

El objetivo es describir un caso de anafilaxia perioperatoria IgE mediada por rocuronio confirmada mediante estudio alergológico completo.

**Material y métodos**

Mujer de 55 años sin antecedentes alérgicos que, tras inducción anestésica con midazolam 2 mg, fentanilo 150 µg, lidocaína 60 mg, propofol 150 mg y rocuronio 50 mg, presentó a los pocos minutos urticaria generalizada e hipotensión. Se administró tratamiento con adrenalina intramuscular, corticoides endovenosos y antihistamínicos, con resolución completa del cuadro. Se determinaron triptasa sérica aguda y basal. El estudio alergológico se realizó a las 6 semanas, incluyendo pruebas cutáneas (*prick* e intradermorreacción) con BNM y otros fármacos perioperatorios, así como antibióticos, AINE, excipientes, látex y clorhexidina.

**Resultados**

Se confirmó activación mastocitaria con una elevación de triptasa sérica aguda de 7,3 µg/L y una triptasa basal de 3,9 µg/L. Las pruebas cutáneas fueron positivas para rocuronio (intradermorreacción a 0,01 mg/mL), resultado que se confirmó en una repetición posterior (*prick* a 10 mg/mL). Las pruebas con cisatracurio fueron negativas, con controles negativos. El resto de los agentes testados resultaron negativos. Los hallazgos fueron compatibles con anafilaxia IgE mediada por rocuronio.



**Figura.** Resultados de la prueba cutánea: (+) Histamina: positivo. (-) Solución salina fisiológica: negativo. (1) Prueba intradérmica de midazolam 5 mg/mL dilución 1/100: negativa. (2) Prueba intradérmica de fentanilo 0,5 mg/mL dilución 1/100: negativa. (3) Prueba intradérmica de lidocaína 20 mg/mL dilución 1/10: negativa. (4) Prueba intradérmica de propofol 10 mg/mL dilución 1/10: negativa. (5) Prueba intradérmica de rocuronio 10 mg/mL dilución 1/100: positiva.

**Conclusión**

Se presenta un caso de anafilaxia perioperatoria IgE mediada por rocuronio confirmada por elevación de triptasa y pruebas cutáneas positivas. Dada la elevada reactividad cruzada entre BNM aminosteroideos, se recomienda evitar rocuronio, vecuronio y pancuronio. Los BNM benzilisoquinolínicos constituyen alternativas seguras tras estudio negativo. Este caso resalta la importancia de un estudio alergológico sistemático, incluyendo la determinación de triptasa y la realización de pruebas cutáneas a todos los fármacos implicados, para identificar el agente causal y optimizar la seguridad en futuras anestesias.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Síndrome DRESS secundario a cefuroxima: a propósito de un caso

Bermúdez Bejarano M, Jiménez López FJ, Ruiz González CM, Fernández de Alba I, Alcántara Villar M

Hospital Universitario de Jaén, Jaén

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de hipersensibilidad sistémico inducido por fármacos (DRESS) es una reacción de hipersensibilidad no inmediata tipo IVb ocasionada por un fármaco, potencialmente mortal, que puede cursar con afectación cutánea, fiebre, adenopatías, eosinofilia y afectación multisistémica. La clínica suele producirse entre 2 y 8 semanas tras la exposición al fármaco responsable, lo que puede dificultar su identificación.

**Material y métodos**

Varón de 42 años, sin antecedentes personales de interés. Inicia fiebre con faringoamigdalitis y exantema macular pruriginoso en tronco y en miembros inferiores. Ante la sospecha de mononucleosis infecciosa, recibe tratamiento sintomático con paracetamol, ibuprofeno y cetirizina sin mejoría. En los días posteriores, persiste fiebre y el exantema progresa a eritrodermia generalizada con afectación mucosa y posterior descamación en manos y pies.

Acude a urgencias objetivándose enantema en paladar blando y adenopatías cervicales, axilares e inguinales. Analíticamente destaca eosinofilia de 5730 eosinófilos/µL, alteración hepática y deterioro renal precisando ingreso. En la anamnesis dirigida refiere tratamiento con cefuroxima 500 mg durante 15 días tras cirugía por fístula escrotal un mes antes.

Se inició tratamiento con corticoides, antihistamínicos y antibioterapia con evolución favorable.

**Resultados**

Se completó el estudio con serologías virales y hemocultivos, todos negativos. La biopsia cutánea mostró hallazgos compatibles con toxicodermia. Según criterios de RegiSCAR, se obtuvo una puntuación de 7 (caso definitivo).

Tres meses tras el episodio agudo, se realizó estudio alergológico:

- *Prick test* e intradermorreacción con paracetamol, ibuprofeno y cefuroxima: negativos.
- Pruebas epicutáneas: positivas a cefuroxima a las 48 y 96 horas.
- Test de exposición controlada con paracetamol e ibuprofeno: negativos.

No se realizó test de transformación linfocitaria por falta de disponibilidad en el centro.

**Conclusión**

El diagnóstico precoz del síndrome de DRESS es crucial para evitar complicaciones graves. La identificación del agente o agentes causales es esencial para poder prohibir ese fármaco y evitar peligrosas reexposiciones futuras al paciente.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Desensibilización a natalizumab con omalizumab como adyuvante

Torres Rojas I, Guerra Auyanet CM, Núñez Acevedo B, Rubio Pérez M, Padial Vílchez MA, Valbuena Garrido T

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Natalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido contra la subunidad α4 de la integrina (VLA-4) que inhibe la migración de linfocitos a través de la barrera hematoencefálica, reduciendo la entrada de células inflamatorias al sistema nervioso central. Está aprobado como monoterapia para la esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR), y ha demostrado una alta eficacia. Es de elección en pacientes con deseo genésico. Actualmente, el omalizumab (OMA) es el adyuvante biológico con mayor evidencia en las reacciones Tipo I mediadas por IgE para el manejo de desensibilizaciones a fármacos refractarias a protocolos estándar.

*Objetivo:* Presentar un caso de desensibilización exitosa a natalizumab empleando esta estrategia.

**Material y métodos**

Presentamos el caso de una mujer de 30 años con EMRR. Dada la presencia de actividad clínica y radiológica, junto con el deseo genésico de la paciente, en junio de 2024 se inicia tratamiento con natalizumab. Durante el tercer ciclo, presenta de forma inmediata un episodio de urticaria generalizada (Figura).

**Resultados**

Se realizan pruebas cutáneas (*prick* e intradermorreacción [ID]) para natalizumab. La ID resultó positiva a 0,2 mg/mL. Se inicia un protocolo de desensibilización con natalizumab en 3 bolsas y 12 pasos (Tabla). La paciente presenta múltiples reacciones, con progresión de las reacciones a pesar de la reducción de la velocidad de perfusión y la introducción de premedicación. Por tanto, se inicia un protocolo con OMA como adyuvante a dosis de 300 mg cada 4 semanas, administrado una semana antes de la desensibilización, observándose buena tolerancia en todos los ciclos posteriores.

**Conclusión**

Presentamos el primer caso de desensibilización a natalizumab con omalizumab como adyuvante. Este caso ilustra la necesidad de emplear estrategias personalizadas en las reacciones de hipersensibilidad a fármacos biológicos. Son necesarios estudios adicionales para definir las indicaciones, la duración y el coste-efectividad de esta estrategia de desensibilización con omalizumab.



**Figura.** Urticaria generalizada presentada por la paciente en la reacción inicial.

**Tabla.** Protocolo de desensibilización de natalizumab en 3 bolsas y 12 pasos.

| Paso | Solución | Ritmo (mL/h) | Tiempo | Volumen suministrado por paso (mL) | Dosis administrada en este paso (mg) | Dosis acumulada (mg) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 2,0 | 15 | 0,50 | 0,0060 | 0,0060 |
| 2 | 1 | 5,0 | 15 | 1,25 | 0,0150 | 0,0210 |
| 3 | 1 | 10,0 | 15 | 2,50 | 0,0300 | 0,0510 |
| 4 | 1 | 20,0 | 15 | 5,00 | 0,0600 | 0,1110 |
| 5 | 2 | 5,00 | 15 | 1,25 | 0,1500 | 0,2610 |
| 6 | 2 | 10,0 | 15 | 2,50 | 0,3000 | 0,5610 |
| 7 | 2 | 20,0 | 15 | 5,00 | 0,6000 | 1,1610 |
| 8 | 2 | 40,0 | 15 | 10,00 | 1,2000 | 2,3610 |
| 9 | 3 | 10,0 | 15 | 2,50 | 3,0000 | 5,3610 |
| 10 | 3 | 20,0 | 15 | 5,00 | 6,0000 | 11,3610 |
| 11 | 3 | 40,0 | 15 | 10,00 | 12,0000 | 23,610 |
| 12 | 3 | 80,0 | 172,899375 | 230,53 | 276,6390 | 300,0000 |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Hipersensibilidad a subcitrato de bismuto con fenómeno de *flare-up*

Laiseca García J, Beitia Mazuecos JM, Villalobos Violán V, Mohedano Vicente E, Trujillo Trujillo MJ, González Mancebo E

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones de hipersensibilidad a sales de bismuto son excepcionales y escasamente descritas, lo que dificulta su reconocimiento y confirmación diagnóstica, especialmente en formulaciones combinadas.

Describimos el primer caso de alergia a subcitrato de bismuto con *prick test* positivo y fenómeno de *flare-up* confirmado mediante prueba de provocación, aportando evidencia novedosa en esta entidad.

**Material y métodos**

Mujer de 28 años con infección sintomática por *H. pylori* que, a los 90 minutos de iniciar terapia cuádruple con Pylera® (subcitrato de bismuto 140 mg, metronidazol 125 mg y tetraciclina 125 mg) y omeprazol 20 mg, desarrolló un exantema eritematoso y angioedema palpebral. Se realizó un estudio alergológico que incluyó pruebas cutáneas (*prick* e intradérmicas) con lectura inmediata y retardada (24 h), pruebas de provocación oral controladas con los principios activos implicados y estudio dirigido a descartar la implicación de excipientes como el polietilenglicol (PEG).

**Resultados**

Las pruebas cutáneas en *prick* en la lectura retardada para Pylera® y subcitrato de bismuto fueron de 4 mm en ambos casos, siendo el resto negativas. Las pruebas de provocación con omeprazol, metronidazol y doxiciclina fueron negativas, al igual que el estudio con PEG. La provocación oral con subcitrato de bismuto, realizada tres semanas después, reprodujo la sintomatología cutánea y desencadenó un fenómeno de *flare-up* en el punto donde previamente se había realizado el *prick test*, confirmando el diagnóstico de hipersensibilidad y sugiriendo un mecanismo inmunológico retardado con reactivación local de la memoria cutánea (Figura).



**Figura.** Fenómeno de *flare-up*.

**Conclusión**

Se presenta el primer caso descrito de alergia a subcitrato de bismuto con *prick test* positivo y fenómeno de *flare-up*, confirmado mediante prueba de provocación. Este caso resalta el valor diagnóstico del fenómeno de *flare-up* y subraya la necesidad de considerar las sales de bismuto como posibles agentes etiológicos en reacciones cutáneas tras terapia erradicadora.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# En busca del contraste

García Villamuza Y, Sobrino García M, Garcimartín Galicia MI

Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones alérgicas a medios de contraste radiológico han aumentado en la última década debido al incremento de las pruebas radiológicas solicitadas, siendo la tercera causa de las reacciones alérgicas a medicamentos por detrás de los antibióticos betalactámicos y de los antiinflamatorios no esteroideos.

Presentamos el caso de una mujer de 63 años con un carcinoma de mama, que tras varios TAC con contraste radiológico (ioversol) presenta a las 24 horas exantema generalizado pruriginoso.

**Material y métodos**

Se inicia estudio alergológico con pruebas cutáneas (*prick*, intradermorreacción y epicutáneas) con ioversol, iopromida e iohexol. Tras el resultado se realizaron pruebas cutáneas (*prick* e intradermorreacción) y prueba de exposición controlada (PEC) con iobitridol e iopamidol.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas (*prick* e intradermorreacción) en lectura inmediata y tardía a todos los contrastes testados fueron negativas.

Las pruebas epicutáneas fueron positivas a ioversol e iohexol (Figura 1). La PEC con iobitridol fue positiva, presentando a las 24 horas exantema maculopapular generalizado y pruriginoso, por lo que se llevó a cabo PEC con iopamidol sin incidencias.

**Conclusión**

El diagnóstico de nuestra paciente fue de exantema tardío por ioversol e iobitridol en paciente sensibilizada a ioversol, iohexol e iobitridol. Se comprueba tolerancia a iopamidol.

Para obtener un correcto diagnóstico de las reacciones alérgicas a los medios de contraste radiológicos, es necesario tener en cuenta la estructura química del contraste, realizar un estudio alergológico e incluir la PEC. Se debe realizar con el contraste implicado y/o alternativo cuyo estudio alergológico haya resultado negativo y que tenga una estructura química diferente 1-2. Nuestra paciente estaba sensibilizada a ioversol e iohexol que comparten la cadena carbamoil básica, iobitridol, que tiene la cadena carbamoil metilada, tolerando iopamidol con cadena carbamoil con estructura de propano (Figura 2).




**Figura 1.**

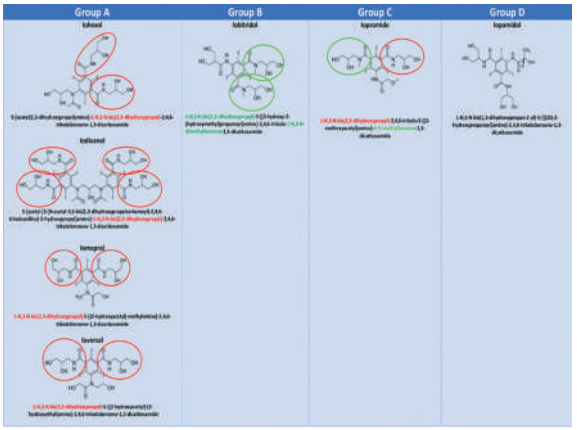



**Figura 2.** Vega *et al.* European Radiology (2024)34:75837588.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Implementación de un protocolo de seguridad (*check-list*) de enfermería en la administración de medios de contraste radiológicos: sinergia entre radiodiagnóstico y alergología

Martín Rincón P, Hernández Gutiérrez I, Morales Castillo ML, Flores Infante C, Muñoz García E, Veza Perdomo S

Hospital Universitario de Getafe, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La administración de medios de contraste (MC) en las unidades de imagen diagnóstica conlleva un riesgo intrínseco de reacciones de hipersensibilidad. La enfermería, en su rol de gestora del cuidado y de la seguridad, actúa como el último filtro crítico antes de la infusión. Una evaluación protocolizada permite identificar factores de riesgo que, de otro modo, podrían pasar inadvertidos.

El objetivo principal fue evaluar la efectividad de una lista de verificación (*check-list*) de enfermería para la detección precoz de pacientes con riesgo de reacciones alérgicas. El objetivo secundario fue establecer un canal de comunicación directo y eficiente entre los servicios de radiodiagnóstico y alergología para la gestión de pacientes de alto riesgo.

**Material y métodos**

Se ha diseñado un estudio descriptivo y prospectivo sobre la implementación de un "*check-list* de seguridad de contraste" en una unidad de imagen. La herramienta consta de 7 ítems clave: antecedentes de asma bronquial, reacciones previas a MC (yodados/gadolinio), alergias medicamentosas, uso de betabloqueantes, insuficiencia renal, consentimiento informado y estado de la vía venosa. El protocolo se aplica de forma sistemática por el personal de enfermería previo a la prueba.

**Resultados**

La aplicación sistemática del *check-list* permite:

- *Categorizar el riesgo:* identificación de pacientes que requieren premedicación profiláctica según protocolos de alergología.
- *Reducción de eventos críticos:* disminución de reacciones anafilácticas graves mediante la detección de contraindicaciones relativas.
- *Calidad percibida:* aumento de la seguridad clínica percibida por el paciente y disminución de la ansiedad periprocedimiento.

**Conclusión**

La enfermería especializada en el área de rayos y alergología es la pieza clave para la seguridad del paciente. El uso de herramientas de verificación estandarizadas minimiza el error humano, optimiza los tiempos de respuesta y garantiza una asistencia de alta calidad, transformando la prevención en un pilar fundamental del servicio.

## Hipersensibilidad al ácido zoledrónico en mieloma múltiple: desensibilización rápida con protocolo en una sola bolsa

Gassol Puigjaner J[1,2], Villamor Martín T[1,2,3], Dalmau Duch G[1,2,3], Valor Llácer B[1,2,3], Perdomo Sterling PC[1,2,3], Gázquez García V[1,2]

[1] Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Tarragona
[2] Institut de Recerca Biomèdica Catalunya Sud, Tarragona
[3] Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

**Objetivo/Introducción**

El ácido zoledrónico (AZ) es un bifosfonato de nueva generación utilizado para prevenir las complicaciones óseas en pacientes con mieloma múltiple. Se han descrito reacciones de hipersensibilidad que pueden obligar a suspender el tratamiento.

Describimos un caso de hipersensibilidad a AZ y su manejo mediante desensibilización.

**Material y métodos**

Paciente de 65 años, sin antecedentes de atopia, diagnosticado de mieloma múltiple en tratamiento con daratumumab, lenalidomida y dexametasona.

Durante la primera administración de AZ, a los 21 minutos y tras haberse administrado 70 mL del fármaco a 200 mL/h, presentó erupción cutánea eritematosa macular, sobreelevada y pruriginosa en tronco, sin otra sintomatología. Se suspendió la perfusión con resolución completa del cuadro tras 24 horas de tratamiento antihistamínico.

Posteriormente se realizaron pruebas cutáneas en *prick test* e intradermorreacción (ID) con AZ (5 mg/100 mL) a concentraciones de 0,005 mg/mL, 0,05 mg/mL y 0,5 mg/mL.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron negativas en *prick test* y positivas en ID a la concentración de 0,05 mg/mL, con aparición de una pápula de 5 × 5 mm (control de histamina 4 × 4 mm), confirmando el diagnóstico de hipersensibilidad a AZ.

Dada la necesidad de mantener el tratamiento con AZ (dosis requerida 4 mg), se realizó una desensibilización en una sola bolsa con 10 pasos.

Durante la primera desensibilización, a los 4 minutos del inicio del paso 8, el paciente presentó eritema no pruriginoso en el cuello, sin otros síntomas, que cedió en 10 minutos tras la administración de ebastina 20 mg oral, permitiendo completar el procedimiento.

Posteriormente se ajustó la pauta de desensibilización en una sola bolsa con 11 pasos, que el paciente toleró sin incidencias en dos ocasiones.

**Conclusión**

Presentamos un caso de desensibilización a AZ mediante una pauta en una sola bolsa con 11 pasos, bien tolerada. Esta estrategia difiere de la publicada previamente, que utiliza protocolos de 3 bolsas.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Pustulosis exantemática generalizada aguda por benznidazol con uso seguro de nifurtimox en paciente pediátrico

Morejón Núñez LE, Fernández Izquierdo M, Bellon Heredia T, Gandolfo Cano M, Gómez Traseira C

Hospital Universitario La Paz, Madrid

## Objetivo/Introducción

El benznidazol es el tratamiento de primera en la enfermedad de Chagas. Sin embargo, está asociado a reacciones cutáneas adversas, de moderadas a severas. Por lo tanto, un correcto estudio alergológico es crucial para confirmar el fármaco implicado y para identificar alternativas terapéuticas cuando el tratamiento de primera línea está contraindicado.

## Material y métodos

Mujer de 15 años, natural de Bolivia, sin antecedentes alérgicos, en seguimiento por enfermedad de Chagas crónica en consulta externa de enfermedades tropicales. Fue derivada a nuestro servicio de alergia en junio de 2018. Inició tratamiento con benznidazol el 11 de junio de 2018 en pauta ascendente. Comenzó con dosis de 50 mg/día y se incrementó 50 mg/día hasta 150 mg cada 12 horas al sexto día.

## Resultados

Al octavo día de tratamiento presentó eritema malar, edema facial y exantema micropapular pruriginoso con fiebre 38,1 °C, progresando a afectación generalizada con pústulas y ampollas sin compromiso mucoso. Analíticamente destacaba leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada, sin eosinofilia ni afectación hepatorrenal. La biopsia cutánea fue compatible con reacción medicamentosa. El estudio serológico viral fue negativo. Se instauró tratamiento con corticoides sistémicos y antihistamínicos con resolución progresiva en 7 días.

El estudio alergológico posterior mostró un test de transformación linfocitaria (TTL) positivo para benznidazol, sugestivo de hipersensibilidad mediada por células T, con posible reactividad cruzada con metronidazol. Las pruebas epicutáneas con nifurtimox fueron negativas y toleró la prueba de provocación oral controlada (dosis acumulada 120 mg). Se inició tratamiento con nifurtimox ambulatorio en pauta ascendente (120 mg en desayuno y comida, y 240 mg en cena), completándose 90 días sin incidencias.

**Tabla 1.** Test de transformación linfocitaria (TTL) es considerado positivo cuando el IE es >2. PHA (Phytohemaglutinina): control positivo.

| | Índice estimulación (IE) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Concentración | Benznidazol | Metronidazol | Nifurtimox | Ácido valproico | PHA |
| 100 µg/mL | 6,73 | 2,20 | | 0,54 | |
| 50 µg/mL | 10,86 | 2,30 | | 1,27 | |
| 25 µg/mL | 10,36 | 1,64 | | 1,30 | |
| 10 µg/mL | 12,92 | 1,91 | | 2,68 | |
| 5 µg/mL | 11,22 | 1,59 | 1,85 | | 61,88 |
| 1 µg/mL | | | 1,99 | | |
| 0,5 µg/mL | | | 2,65 | | |

**Tabla 2.** Puntuación de validación de PEGA (EuroSCAR).

| Pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) | | *Score* EuroSCAR | *Score* Paciente |
|---|---|---|---|
| Morfología | | | |
| Pústulas | Típico<br>Compatible<br>Insuficiente | +2<br>+1<br>0 | +1 |
| Eritema | Típico<br>Compatible<br>Insuficiente | +2<br>+1<br>0 | +1 |
| Distribución/patrón | Típico<br>Compatible<br>Insuficiente | +2<br>+1<br>0 | +1 |
| Descamación pospustular | Sí<br>No/<br>Insuficiente | +1<br>0 | +1 |
| Curso | | | |
| Afectación mucosas | Sí<br>No | -2<br>0 | 0 |
| Inicio agudo (≤10 días) | Sí<br>No | 0<br>-2 | 0 |
| Resolución (≤15 días) | Sí<br>No | 0<br>-4 | 0 |
| Fiebre ≥38 °C | Sí<br>No | +1<br>0 | +1 |
| Neutrófilos ≥7000/µL | Sí<br>No | +1<br>0 | +1 |
| Histología | | | |
| Sugestivo otra enfermedad | | -10 | |
| No representativo/no histología | | 0 | 0 |
| Exocitosis de neutrófilos | | +1 | |
| Pústulas inespecíficas no foliculares | | +2 | |
| Pústula subcorneal y/o intraepidérmica con epidermis espongiótica y edema dérmico | | +3 | |
| Total | | | 6 |

*Score* total - ≤0: No caso; 1-4: Posible; 5-7: Probable; ≥8: Definitivo.

## Conclusión

Presentamos un caso de pustulosis exantemática aguda generalizada inducido por benznidazol, confirmado mediante TTL. El estudio alergológico permitió identificar una alternativa segura con nifurtimox, garantizando la continuidad del tratamiento etiológico. Destacamos la importancia del abordaje especializado en reacciones adversas a fármacos en enfermedades importadas.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Pérdida de tolerancia tras desensibilización exitosa con fármaco antituberculoso

Múgica García MV, Alberdi Callejo A, Ruiz Calatayud M, Monllau Colomer S, Buxens Jares R, Blanco Guerra C

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La rifampicina es un fármaco de primera línea en el tratamiento de la tuberculosis, siendo los de segunda línea menos eficaces, más costosos y con mayor toxicidad. En casos de hipersensibilidad confirmada, puede ser necesario realizar procedimientos de desensibilización. La mayoría de los protocolos descritos, generalmente vía oral, han sido exitosos.

**Material y métodos**

Mujer de 36 años, no fumadora, con antecedentes de hipertensión arterial, hidrosadenitis, linfadenitis tuberculosa y rinoconjuntivitis por pólenes, en tratamiento con losartán.

En 2018, por hidrosadenitis, inició clindamicina 300 mg y rifampicina 300 mg cada 12 horas. Los dos primeros días presentó prurito palmar autolimitado, que cedió espontáneamente. Al tercer día se añadió sensación de cuerpo extraño faríngeo, precisando atención urgente.

Posteriormente, toleró clindamicina sin volver a tomar rifampicina hasta requerirla nuevamente por linfadenitis tuberculosa.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas con rifampicina (*prick* 60 mg/mL, intradermorreacción 0,06 mg/mL) fueron positivas en intradermorreacción.

Se realizó un procedimiento de desensibilización intravenosa (1 bolsa, 12 pasos, dosis 600 mg). Al alcanzar una dosis acumulada de 12,69 mg la paciente presentó tos, sensación de cuerpo extraño faríngeo, prurito en extremidades superiores y habón en la espalda. Tras tratamiento sintomático se completó la desensibilización sin incidencias.

Al día siguiente, en el hospital, toleró rifampicina oral 600 mg, manteniendo buena tolerancia domiciliaria durante 6 días. El séptimo día presentó prurito y exantema generalizado a los 60 minutos de la toma, requiriendo atención urgente.

Al día siguiente se administró rifampicina 600 mg con premedicación (antihistamínicos y corticoides), presentando a los 50 minutos prurito palmoplantar, exantema en EESS, tos y opresión torácica, cediendo tras tratamiento sintomático.

**Conclusión**

Presentamos un caso de desensibilización intravenosa con rifampicina exitosa, con pérdida posterior de tolerancia sin objetivar desencadenantes claros, como retrasos de dosis o presencia de cofactores.

A pesar de la positividad de las pruebas cutáneas, no se puede descartar la implicación de mecanismos no IgE mediados que expliquen el fracaso de la tolerancia.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Posible síndrome de enterocolitis inducida por fármacos (DIES, *Drug-Induced Enterocolitis Syndrome*) con amoxicilina: reporte de un caso

Tello Montúfar DM, Vargas Días MDLA, López Freire S, Cadavid Moreno S, Armisén Gil M

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela (CHUS), Santiago de Compostela

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de enterocolitis inducida por medicamentos (DIES, Drug-Induced Enterocolitis Syndrome) es una reacción de hipersensibilidad no IgE mediada, descrita por primera vez en 2014 y considerada el equivalente farmacológico del síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias (SEIPA/FPIES). Los criterios diagnósticos no están completamente establecidos y los propuestos se basan en los descritos para SEIPA.

**Material y métodos**

Mujer de 60 años con antecedente de dermatitis perivascular tras ibuprofeno. Seis meses antes de la consulta, tras iniciar amoxicilina-clavulánico como profilaxis tras una manipulación dental, presentó malestar general, dolor abdominal, náuseas y vómitos en salvas. Completó 10 días de tratamiento y posteriormente desarrolló exantema maculopapular pruriginoso en cuello, escote, región submamaria, axilas, ingles y flancos, sin descamación. Recibió tratamiento con corticoides y antihistamínicos, con resolución progresiva y sin lesiones residuales. Constaba tolerancia previa a penicilinas y derivados, sin nuevas exposiciones posteriores.

**Resultados**

Se realizaron pruebas cutáneas en *prick* e intradermorreacción con PPL, MDM, penicilina G, amoxicilina-clavulánico, ceftriaxona y cefuroxima, con resultados negativos en lecturas inmediata y tardía. Las IgE específicas frente a peniciloil G, peniciloil V y amoxiloil también fueron negativas. Un mes después se realizó prueba de exposición controlada con amoxicilina. Tras una dosis acumulada de 375 mg y 3 horas de observación, inició con dolor abdominal, náuseas progresivas seguidas de palidez marcada, letargia y varios vómitos incoercibles, con escasa respuesta a metoclopramida y clara mejoría tras ondansetrón e hidratación intravenosa con suero salino 0,9%. No presentó clínica cutánea, respiratoria ni cardiovascular asociada. La paciente refirió que la reacción fue superponible a la del episodio índice.

**Tabla.** Criterios diagnósticos de DIES (adaptado de Nowak-Wegrzyn y Arriba-Méndez). Se deben cumplir el criterio mayor y al menos tres criterios menores.

| |
|---|
| **Criterio mayor** |
| Vómitos en el período de 1 a 4 horas tras la ingesta del fármaco sospechoso y ausencia de síntomas cutáneos o respiratorios clásicos de alergia mediada por IgE. |
| **Criterios menores** |
| Segundo episodio de vómitos repetitivos tras la ingesta del mismo fármaco. |
| Episodio de vómitos repetitivos entre 1-4 horas tras la ingesta de un fármaco diferente. |
| Letargia intensa. |
| Palidez marcada. |
| Necesidad de acudir a urgencias. |
| Necesidad de fluidoterapia intravenosa. |
| Diarrea en las 24 horas posteriores (habitualmente entre 5-10 horas) tras la ingesta del fármaco. |
| Hipotensión. |
| Hipotermia. |

**Conclusión**

El DIES es una entidad infradiagnosticada (incidencia menor a 1%), en el que los mecanismos inmunológicos subyacentes no están claramente establecidos, así como la reactividad cruzada potencial. La provocación controlada continúa siendo la herramienta diagnóstica de referencia. Es importante el reconocimiento precoz ya que evita etiquetados erróneos y permite un manejo terapéutico adecuado.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Hipersensibilidad a IBP: más allá de los patrones clásicos

Rozo Acevedo M[1], de Agrela Mendes I[1], Cabañas Moreno R[1,2,3,4], Heredia Revuelto R[1], Rodríguez Pérez R[2,5], de las Vecillas Sánchez L[1,2]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid
[3] Consorcio PIELenRed, Madrid
[4] Centro de Investigación en Red de Enfermedades Raras (CIBERER, U754), Madrid
[5] Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid

**Objetivo/Introducción**

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son fármacos ampliamente utilizados en la práctica clínica y generalmente bien tolerados. En los últimos años se ha observado un aumento de reacciones de hipersensibilidad, probablemente relacionado con su mayor consumo.

**Material y métodos**

Presentamos el caso de un paciente evaluado en alergología por sospecha de hipersensibilidad a IBP. Se realizó un estudio alergológico que incluyó la anamnesis, pruebas cutáneas (*prick test* e intradérmica), test de activación de basófilos (TAB), test de transformación linfocitaria (TTL) y pruebas de exposición controlada (PEC).

**Resultados**

En 2011, el paciente presentó lesiones urticariformes, prurito palmoplantar y angioedema palpebral, aproximadamente dos semanas tras iniciar tratamiento y seis horas después de la última dosis de esomeprazol, con resolución tras antihistamínicos y corticoides; este mismo cuadro se reprodujo en dos ocasiones. Fue reevaluado en 2024 ante la necesidad de tratamiento con IBP por esofagitis. Las pruebas cutáneas con omeprazol, esomeprazol y pantoprazol fueron negativas en lectura inmediata y tardía. El TAB fue negativo para omeprazol, esomeprazol y rabeprazol (lansoprazol no valorable). Ante una latencia de aparición de los síntomas de más de una hora, se solicitó un TTL que fue positivo para esomeprazol, lansoprazol y rabeprazol, y negativo para omeprazol. La PEC con omeprazol fue tolerada, tanto de forma inmediata como tras 30 días de tratamiento.

**Conclusión**

Presentamos un caso de hipersensibilidad a esomeprazol con clínica compatible con reacción inmediata de latencia prolongada y positividad del TTL 13 años tras la reacción inicial. Las reacciones a IBP pueden presentar una cronomorfología atípica, con una latencia mayor entre la ingesta y la aparición de los síntomas. El estudio alergológico integral, incluyendo TAB y TTL, aporta información útil cuando las pruebas cutáneas son negativas, orienta la selección de alternativas terapéuticas seguras y evita restricciones innecesarias.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Más allá de los relajantes neuromusculares: anafilaxia por sugammadex

Calvo Delgado MJ, Algarra García E, Mira Fayos R, Prieto Montaño P, Torrecillas Toro M

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete

**Objetivo/Introducción**

Sugammadex es una γ-ciclodextrina sintética diseñada para bloquear el efecto de los fármacos neurobloqueadores, como rocuronio y vecuronio, favoreciendo la recuperación rápida de la actividad neuromuscular postoperatoria. Es un fármaco seguro y bien tolerado, con menos efectos adversos que los medicamentos convencionales, como la neostigmina, un inhibidor de la acetilcolinesterasa.

**Material y métodos**

Mujer de 48 años que, tras intervención quirúrgica de histerectomía y salpingectomía doble, presenta un cuadro clínico que consiste en prurito generalizado, edema palpebral bilateral y lesiones habonosas a nivel torácico, que cede con la administración de dexclorfenamina e hidrocortisona. Durante la cirugía administraron la siguiente medicación: midazolam, fentanilo, rocuronio, dexametasona, sevoflurano, remifentanilo, paracetamol, dexketoprofeno, droperidol, sugammadex y levobupivacaína.

**Resultados**

Se realizaron pruebas cutáneas según el protocolo de reacciones adversas perioperatorias de nuestro servicio, que incluye suxametonio, cisatracurio, tiopental, propofol, midazolam, morfina, fentanilo, remifentanilo, látex, atropina, neostigmina, yema de huevo, clara de huevo, ovoalbúmina y ovomucoide, soja, maíz, povidona yodada, droperidol y sugammadex. Además, se realizaron test cutáneos en *prick* e intradermorreacción con dexametasona y levobupivacaína. Se realizaron pruebas de exposición controlada a dexketoprofeno y paracetamol.

Se obtuvieron resultados positivos en pruebas cutáneas para sugammadex. El resultado positivo se confirmó al repetir la prueba en el paciente y compararlo con tres pacientes control. El resto de las pruebas resultaron negativas.

Posteriormente, la paciente fue intervenida quirúrgicamente con uso de fentanilo, propofol, remifentanilo, lidocaína, atropina, sin incidencias.

**Conclusión**

- El sugammadex es una dextrina antagonista del bloqueo neuromuscular producida por el rocuronio. Se administra al finalizar la intervención quirúrgica, para acelerar la recuperación neuromuscular.
- Presentamos un caso de reacción perioperatoria al sugammadex con resultado positivo en los tests cutáneos. Se han reportado varios estudios de reacciones de hipersensibilidad moderada-graves por su uso, por lo que se recomienda mantener una observación de al menos 10 minutos después de su administración.



**Figura 1.** Prueba intradérmica sugammadex positivo.



**Figura 2.** Prueba intradérmica sugammadex en control.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Alergia a ácido poli-L-láctico (Sculptra®)

Hernández Uceda S, Hernández Arauzo N, Izquierdo Domínguez A, Schayman Dopico W, Garuz Piqué M, Viñas Domingo M

Hospital de Terrassa, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

El ácido poli-L-láctico (PLLA) es un polímero biodegradable estimulador de colágeno, ampliamente utilizado en medicina estética en los últimos años. Tiene un perfil de seguridad globalmente favorable por ser biocompatible y de baja inmunogenicidad. Las reacciones adversas descritas incluyen fenómenos de inflamación local y formación de nódulos, siendo excepcionales las reacciones de hipersensibilidad inmediata. Se presenta el caso de una mujer de 48 años sin antecedentes de atopia, que 2 horas tras infiltración de Sculptra® (PLLA, manitol, carboximetilcelulosa y lidocaína) presentó prurito intenso y habones generalizados. El cuadro se resolvió en 2-3 horas tras tratamiento antihistamínico y corticoideo. Previamente la paciente había tolerado el mismo procedimiento en varias ocasiones sin incidencias.

**Material y métodos**

Se realizaron pruebas cutáneas mediante *prick test* e intradermorreacción con PLLA, manitol, carboximetilcelulosa, lidocaína y látex, junto con 10 controles sanos para PLLA.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas mostraron positividad inmediata para ácido poli-L-láctico en *prick test* (150 mg concentración 1:1) e intradermorreacción (1:100). las pruebas fueron negativas para el resto de los componentes y en todos los controles sanos. Dichos resultados sugieren un mecanismo de hipersensibilidad inmediata IgE mediada.

**Conclusión**

Según la literatura revisada, hasta la fecha no se han descrito casos de reacción IgE mediada por ácido poli-L-láctico (PLLA), sí algunos con sintomatología compatible, pero sin estudio alergológico positivo. Reportamos el primer caso con pruebas cutáneas positivas para ácido poli-L-láctico. Este caso destaca la importancia de considerar este tipo de reacciones en la práctica clínica de medicina estética.

## ¿DRESS o exantema simple? Claves clínicas y analíticas en pacientes con eosinofilia

Cuevas Bravo C, Cubillo Heras P, Morales Janke A, Tornero Molina P, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado Mellado B

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) es una reacción alérgica grave a fármacos cuyo diagnóstico constituye un reto por la variabilidad clínica y la superposición con exantemas medicamentosos con eosinofilia (DRE). La evidencia reciente sugiere una evolución entre ambas entidades, en el que variables como latencia farmacológica, gravedad de eosinofilia y elevación de transaminasas pueden ayudar en su diferenciación. La aplicación de criterios diagnósticos como RegiSCAR complica clasificar los casos como DRESS probable o definitivo en la práctica clínica.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en 2025 en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, valorados por el Servicio de Alergia por sospecha de DRE. Se analizaron variables demográficas, clínicas (fiebre, adenopatías, extensión cutánea) y analíticas (eosinofilia, función hepática y renal). Se aplicaron criterios RegiSCAR para el diagnóstico de DRESS.

**Resultados**

Se incluyeron 9 pacientes, con una edad media de 58 años y predominio masculino (55,6%). La eosinofilia estuvo presente en el 100% de los casos, con valores medios de 1.500 células/µL, siendo más elevada en los pacientes con mayor puntuación en RegiSCAR. La fiebre se objetivó en 4 pacientes (44%). Solo 3 (33%) alcanzaron ≥4 puntos en la escala RegiSCAR, clasificándose como DRESS probable. Sin embargo, el resto presentó características sugestivas sin cumplir criterios completos. Se objetivó afectación orgánica en 4 pacientes (44%), en forma de elevación de transaminasas (ALT media 120 U/L). Estos hallazgos concuerdan con la literatura, donde mayores niveles de eosinófilos y elevación de ALT se asocian a DRESS.

**Conclusión**

Nuestros resultados refuerzan que el DRESS constituye un espectro clínico más que una entidad dicotómica. Algunos pacientes presentan formas incompletas con implicación sistémica sin alcanzar criterios diagnósticos establecidos. La aplicación estricta de RegiSCAR puede infraidentificar casos clínicamente relevantes. La integración de variables dinámicas, como la evolución analítica y la latencia farmacológica, podría mejorar la precisión diagnóstica y la estratificación del riesgo.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Mucositis grave con afectación cutánea mínima tras eslicarbazepina: no todo es alergia medicamentosa

Ramírez Cortés J, Rodríguez Cabreros MI, Paucar Vidal KC, Turrión Delgado C, Olano López B, Iglesias Cadarso A

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda

**Objetivo/Introducción**

El *Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis* (MIRM) se caracteriza por mucositis severa y afectación cutánea mínima o ausente. El diagnóstico diferencial con el síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica (SJS/TEN) es crucial cuando existe introducción reciente de fármacos. Presentamos un caso tras la exposición a un antiepiléptico cuya evolución fue compatible con MIRM, evitando un etiquetado erróneo de alergia medicamentosa.

**Material y métodos**

Mujer de 21 años con epilepsia focal inició eslicarbazepina. A los 18 días desarrolló mucositis oral severa, conjuntivitis bilateral con pseudomembranas y lesiones cutáneas escasas (5% de superficie corporal): máculas eritematovioláceas en palmas, placas auriculares y eritema tenue en tronco, sin ampollas ni despegamiento epidérmico. Buen estado general, sin fiebre ni síntomas respiratorios. Analítica: leucocitos 8.200/µL, PCR 66 mg/L y función hepatorrenal normal. Se retiró eslicarbazepina, se inició prednisona 1 mg/kg/día y tratamiento ocular tópico. Se realizó estudio serológico, farmacogenético y pruebas cutáneas.

**Resultados**

Mejoría marcada en 24 horas y reepitelización completa en 5 días. Serología compatible con infección reciente por *M. pneumoniae* (IgM positiva, IgG negativa). Estudio farmacogenético: HLA-A31:01 positivo. *Prick* y pruebas epicutáneas con eslicarbazepina negativas. Tras los hallazgos farmacogenéticos se desestima provocación oral por criterios de seguridad según recomendaciones de la guía CPIC. A los 3 meses, permanecía asintomática con ácido valproico, sin secuelas oculares significativas.

**Conclusión**

El fenotipo fue más compatible con MIRM que con SJS/TEN: lesiones cutáneas escasas sin despegamiento epidérmico, ausencia de compromiso sistémico, mejoría rápida y serología compatible. El hallazgo de HLA-A31:01, asociado a reacciones por carbamazepina, aporta valor preventivo para futuras decisiones terapéuticas sin implicar causalidad en el episodio actual. MIRM debe considerarse ante mucositis grave con afectación ocular y cutánea limitada para evitar diagnósticos erróneos de alergia medicamentosa.

## Anafilaxia severa por iopramida e iodixanol con reacción local ocular tras utilización de povidona yodada

García Menaya JM, Astrain Sánchez B, Rodríguez San Blas A, Pérez Rangel I, Sánchez Piñero I, Cordobés Durán C

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones de hipersensibilidad a contrastes yodados constituyen un capítulo cada día más frecuente en nuestra especialidad. Presentamos el caso de una paciente con dos reacciones inmediatas muy severas por diferentes contrastes yodados y una reacción local tras recibir povidona yodada de uso ocular.

**Material y métodos**

Mujer de 50 años sin antecedentes alérgicos de interés, a la que en 2013 se le realizó TAC toracoabdominal utilizando como contraste iopramida (370 mg/mL) a un ritmo de perfusión de 3 mL/segundo. Diez minutos después presentó sensación de calor, escozor faríngeo, náuseas, mareo y pérdida de conocimiento. Inicialmente recibió tratamiento con metilprednisolona, dexclorfeniramina, ranitidina y adrenalina intramuscular, siendo trasladada a UCI donde continuó con tratamiento con adrenalina intravenosa en perfusión. Unas 24 horas después fue dada de alta a planta. Se realizó determinación de triptasa basal, pruebas cutáneas con iodixanol en *prick* puro e intradermorreacción a las diluciones de 1:1000, 1:100 y 1:10 y administración controlada con iodixanol.

Unos 10 años después la paciente recibió tratamiento local a nivel conjuntival con povidona yodada ocular presentando de manera inmediata importante sensación de quemazón local, hiperemia conjuntival y pérdida transitoria de visión en ojo afectado. Recibió tratamiento con corticoide ocular mejorando en 72 horas.

**Resultados**

Triptasa basal normal. Pruebas cutáneas negativas. Administración controlada intravenosa con iodixanol positiva, presentando bruscamente tras recibir una dosis acumulada de 20 mL prurito faríngeo, tos persistente, sensación de calor y eritema generalizados, malestar general e importante mareo con hipotensión arterial. Precisó tratamiento con metilprednisolona, dexclorfeniramina y adrenalina intramuscular.

**Conclusión**

Presentamos el caso de una paciente con dos reacciones sistémicas inmediatas muy severas con diferentes contrastes yodados. Además, sufre una reacción local ocular muy intensa tras utilización de povidona yodada. En la actualidad, no se ha descrito la posibilidad de reacción cruzada entre contrastes yodados radiológicos y povidona yodada.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Dermatitis de contacto alérgica por pomada rectal de diltiazem: reporte de un caso y confirmación diagnóstica mediante pruebas epicutáneas

González Tapias A, Moreno Lotero C, de los Ríos Ospina LM, González Rausell MA, de la Borbolla Morán JM, Ferré Ybarz L

Servicio de Alergología, Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa

**Objetivo/Introducción**

El diltiazem tópico es un bloqueador de los canales de calcio utilizado de forma habitual en el tratamiento de la fisura anal crónica. Aunque su perfil de tolerancia es elevado, se han descrito casos de dermatitis de contacto alérgica (DCA) mediada por hipersensibilidad retardada tipo IV. Puede manifestarse como eccema inespecífico, lo que conduce a retraso en el diagnóstico. Presentamos un caso de dermatitis de contacto alérgica por diltiazem secundario a exposiciones repetidas a un preparado magistral rectal.

**Material y métodos**

Mujer de 48 años, sin antecedentes de atopia ni alergia medicamentosa, remitida para evaluación de dermatitis perianal y vulvar recurrente tras aplicación de múltiples preparados magistrales para el tratamiento de una fisura anal.

Se realizó estudio alergológico completo, incluyendo pruebas epicutáneas abiertas con blastoestimulina (centella asiática) al 1% y 5% en vaselina e hidroxietilcelulosa, y pruebas epicutáneas cerradas con diltiazem al 30% en vaselina, propilenglicol al 20% en agua y la batería estándar True Test. Las lecturas se realizaron siguiendo las guías EAACI/ESCD.

**Resultados**

Las pruebas epicutáneas abiertas y el True Test fueron negativos, salvo una reacción tardía (+) a lanolina, sin relevancia clínica. El propilenglicol fue negativo. El diltiazem 30% en vaselina mostró una reacción positiva (++) a las 48-96 horas, confirmando una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV. La correlación clínico-temporal con las distintas reexposiciones apoyó el diagnóstico de DCA por diltiazem.

**Conclusión**

Presentamos un caso de dermatitis de contacto alérgica por diltiazem tópico. Debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con eccema anogenital persistente, quienes se les prescribe tratamiento tópico por fisura anal. Las pruebas epicutáneas con diltiazem son fundamentales para establecer un diagnóstico preciso, evitar nuevas exposiciones sensibilizantes y orientar adecuadamente el manejo terapéutico. Su reconocimiento temprano permite prevenir síntomas crónicos y tratamientos innecesarios.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Reacción de hipersensibilidad retardada grave a paclitaxel confirmada mediante ELISpot (ensayo de puntos por inmunoadsorción ligado a enzimas) y prueba cutánea en lectura tardía

De Agrela Mendes I[1], de las Vecillas Sánchez L[1,2], Heredia Revuelto R[1], Cabañas Moreno R[1,2,3,4], Bellon Heredia T[2,3]

[1] Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid
[3] Consorcio PIELenRed, Madrid
[4] Centro de Investigación en Red de Enfermedades Raras (CIBERER, U754), Madrid

**Objetivo/Introducción**

Los taxanos son agentes antineoplásicos utilizados en el tratamiento de primera línea de tumores ginecológicos. Previamente se han descrito reacciones de hipersensibilidad (HRS) tanto inmediatas como tardías a estos medicamentos. Presentamos un caso clínico de reacción tardía grave a paclitaxel, confirmado mediante de lectura tardía de pruebas cutáneas (PC) y estudio *in vitro* con ensayo de formación de puntos por inmunoadsorción ligado a enzimas (ELISpot), midiendo la secreción de IFN-γ como citocina de activación.

**Material y métodos**

Mujer de 67 años, diagnosticada de cáncer de ovario seroso de alto grado (estadio IV), inició tratamiento neoadyuvante con carboplatino y paclitaxel, presentando a los 10 días de la primera administración, lesiones eritematosas maculopapulares generalizadas que afectaban palmas y plantas, angioedema labial y fiebre de 38 ºC. Acudió al servicio de urgencias, donde se objetivó creatinina de 2,29 mg/dL, filtración glomerular de 29 mL/min y eosinofilia del 15% (550 células/mcL), requiriendo hospitalización y tratamiento con corticoesteroides intravenosos, con mejoría de las lesiones cutáneas a los 7 días. Se realizó estudio alergológico con PC así como *in vitro* con test de transformación linfocitaria (TTL) e IFN-γ ELISpot.

**Resultados**

*Prick test* e intradermorreacción con carboplatino y paclitaxel a concentraciones no irritantes, resultó positiva (10 mm) en lectura tardía con paclitaxel (dilución 0,1 y 1 mg/mL). El TTL con paclitaxel fue negativo y el IFN-γ ELISpot fue positivo con 1.420,83 unidades formadoras de puntos (UFP/millón) a concentración de 10 µg/mL de paclitaxel (Tabla).

**Conclusión**

Presentamos el primer caso de HRS tardía a paclitaxel demostrada por IFN-γ ELISpot. Al coincidir los resultados con las PC, se demuestra su utilidad para identificar este tipo de reacciones. Dado que las PC y el TTL se ven afectados por el uso de corticoesteroides y antihistamínicos, el ELISpot surge como una alternativa diagnóstica útil para la evaluación de fármacos durante la fase aguda de reacciones tardías a quimioterápicos.

**Tabla.**

| Test de transformación linfocitaria | | | IFN-γ ELISpot | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Paclitaxel | PHA | | Paclitaxel | PHA |
| 5 mcg/mL | | 387,04 | 10 mcg/mL | 1.420,83 | 10.004,50 |
| 500 ng/mL | 0,51 | | 5 mcg/mL | 205,33 | |
| 100 ng/mL | 0,51 | | 1 mcg/mL | 5,50 | |
| 50 ng/mL | 0,70 | | 0,5 mcg/mL | 7,33 | |
| 10 ng/mL | 0,56 | | | | |
| 5 ng/mL | 0,82 | | | | |
| 1 ng/mL | 0,94 | | | | |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Desensibilización a inmunoglobulinas en una paciente con reacciones anafilácticas

Germán Sánchez A[1,2], Viedma Ayllón P[1,2], Llano Ceballos N[1,2], Antolí Martínez H[2], Enrique Miranda E[1,2]

[1] Hospital General Universitario de Castellón, Castellón
[2] Hospital Comarcal de Vinaroz, Vinaroz

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones anafilácticas por inmunoglobulinas son infrecuentes y clásicamente se han relacionado con el déficit de IgA. No obstante, también pueden producirse por otros mecanismos.

**Material y métodos**

Mujer de 36 años con antecedentes de hipotiroidismo iatrogénico y polirradiculoneuropatía desmielinizante crónica, que presenta un cuadro de prurito, edema facial y eritema en diferentes localizaciones asociado a sensación distérmica y escalofríos durante la administración de inmunoglobulinas (Flebogamma). Se objetivó una desaturación de oxígeno del 89% y se administraron 40 mg de metilprednisolona, 200 mg de hidrocortisona y 5 mg de dexclorfeniramina intravenosa con mejoría clínica. Previamente, había recibido tratamiento con inmunoglobulinas sin incidencias en otro centro (Flebogamma, Planmagamma).

Estudio alergológico:

- Pruebas cutáneas en *prick* (1/1) e intradermorreacción (1/100 y 1/10) con Flebogamma y Gammagard.
- Determinación de IgA, triptasa e IL-6 tras los episodios y basal.

**Resultados**

- Pruebas cutáneas: positivas a Flebogamma en intradermorreacción al 1/10.
- Analítica: triptasa (basal 11,2 µg/L, 1º episodio 9,10 µg/L, 2º episodio 25,1 µg/L), IL-6 (1º episodio 7,10 µg/L, 2º episodio 13,8 µg/L) e IgA (225 mg/dL).
- 1º ciclo de desensibilización de 3 días a Flebogamma con premedicación con antihistamínicos H1 y H2 (25 g): día 1 desensibilización sin incidencias, día 2 inicio lento presentando una anafilaxia que precisó la administración de adrenalina con oxigenoterapia (se realizó determinación de triptasa e IL-6), y día 3 nueva desensibilización sin incidencias.
- 2º ciclo de desensibilización de 3 días a Flebogamma con premedicación con antihistamínicos H1 y H2 (25 g): se realiza una desensibilización en cada uno de los días sin nuevas incidencias.
- Prueba de tolerancia a Gammagard (25 g) se realiza inicio lento con premedicación con paracetamol sin incidencias.

**Conclusión**

Presentamos un caso de anafilaxia por inmunoglobulina humana (Flebogamma) sin déficit de IgA que precisó la realización de varias desensibilizaciones hasta la comprobación posterior de tolerancia a otra inmunoglobulina humana (Gammagard).

## De la reacción tardía a la inmediata: anafilaxia por ID tras clínica leve por amoxicilina

Plaza Díaz A, Sierra Maestro E, Novalbos Wischer A, Pérez González L, Pérez Montero A

Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Pozuelo de Alarcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Presentamos un caso de alergia a amoxicilina en el que las pruebas cutáneas produjeron una clínica más severa que la originada por el fármaco, indicando además un mecanismo inmunológico distinto al esperado.

**Material y métodos**

Varón de 15 años de edad que consulta por haber presentado en 2019 un cuadro de *rush* cutáneo localizado en cara, tronco y palmas, a las 3 horas de la toma de amoxicilina tras 4 días de tratamiento. Refiere estudio cutáneo realizado negativo.

No vuelve a recibir penicilinas hasta 6 años después, presentando de nuevo, a las 3 horas de la toma de amoxicilina, un *rush* urticariforme de predominio en tronco al cuarto día de tratamiento.

Se realiza determinación de IgE total y específica frente a betalactámicos.

Tras consentimiento informado se realizan en el hospital de día de alergia pruebas cutáneas en *prick test* e ID con amoxicilina.

**Resultados**

IgE total: 136 UI/mL.

IgE específica negativa para penicilina G y V, amoxicilina, ampicilina y cefalosporina.

Amoxicilina (20 mg/mL):

- *Prick test*: negativo
- ID 1/10: positiva. A los 5 minutos presenta náuseas y habones dispersos en tronco, brazo y nalga con hipotensión leve (anafilaxia grado II). Cede tras administración parenteral de dexclorfeniramina y metilprednisolona.

Test de provocación controlada con cefalosporinas: negativo.

**Conclusión**

En el estudio de alergia a medicamentos con clínica leve, las reacciones adversas desencadenadas por las pruebas cutáneas positivas suelen limitarse a respuestas locales. Sin embargo, hay que considerar la posibilidad de un cambio en el mecanismo inmunológico desde la reacción inicial hasta que se realiza el diagnóstico.

Resaltamos la importancia de realizar el estudio cutáneo a medicamentos en unidades que ofrezcan los recursos clínicos necesarios para tratar posibles anafilaxias.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Hipersensibilidad tipo IVc a pseudoefedrina: caso de exantema fijo medicamentoso y revisión de la literatura

Plaza Díaz A, Sierra Maestro E, Novalbos Wischer A, Pérez González L, Pérez Montero A

Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Pozuelo de Alarcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones alérgicas producidas por pseudoefedrina son escasas. Se han descrito diversos tipos de reacciones. La reactividad cruzada existente entre los derivados de la fenilamina es variada.

Presentamos un caso de exantema fijo medicamentoso (EFM) por pseudoefedrina. Se han publicado solo 14 casos de EFM por pseudoefedrina en revistas indexadas.

El EFM es una reacción de hipersensibilidad retardada (tipo IVc) con afectación cutáneo-mucosa que se manifiesta generalmente por lesiones eritematovioláceas con pigmentación residual, siendo lo más característico la reproducción de la lesión en el mismo sitio tras la reexposición al fármaco.

**Material y métodos**

Varón de 61 años de edad que consulta por haber presentado hace un año una lesión eritematosa no pruriginosa localizada en fosa iliaca izquierda asociada a la toma de Frenadol® Descongestivo (paracetamol, dextrometorfano, clorfenamina, pseudoefedrina) 12 horas antes. Se resolvió de forma autolimitada en 3 semanas tras suspenderlo. Le volvió a ocurrir en dos ocasiones más tras la toma del mismo anticatarral.

Recientemente refiere un cuadro similar con RinoEbastel (ebastina, pseudoefedrina).

Con posterioridad ha tolerado paracetamol y Couldina® (AAS, clorfenamina, fenilefrina).

Se realiza test de provocación controlada con ebastina y dextrometorfano y test epicutáneo aplicado en fosa ilíaca izquierda con pseudoefedrina (en vaselina y agua).

**Resultados**

- Test de provocación oral con ebastina 20 mg y dextrometorfano 15 mg: negativos.
- Test epicutáneo con pseudoefedrina: positivo a las 48 h (eritema localizado con microvesículas).

**Conclusión**

Las reacciones alérgicas a la pseudoefedrina son excepcionales. Dado el acceso libre y el elevado consumo de anticatarrales que llevan pseudoefedrina en su formulación es de esperar que los casos de alergia aumenten en los próximos años.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Hipersensibilidad retardada a heparinas de bajo peso molecular: un clásico que no pasa de moda

Mejías Affinito RP, Álvarez García O, Puerto del Olmo C, Moro Villar MDC, Díaz Donado C, Quiñones Estévez MD

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**Objetivo/Introducción**

Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) son ampliamente utilizadas en la profilaxis y tratamiento de la enfermedad tromboembólica, con un perfil de seguridad bueno. No obstante, se han descrito reacciones de hipersensibilidad, siendo las más frecuentes las de tipo retardado (tipo IV), mediadas por linfocitos T. Estas suelen iniciarse como eritema y prurito en el lugar de inyección y pueden progresar a placas eccematosas o infiltradas si no se identifican precozmente. La elevada reactividad cruzada entre HBPM dificulta el manejo terapéutico, siendo fondaparinux una alternativa segura en la mayoría de los casos descritos.

**Material y métodos**

Mujer de 79 años con antecedentes de múltiples patologías cardiovasculares, incluidas trombosis venosas tratadas con HBPM. En el contexto de tromboflebitis, indican tratamiento con enoxaparina subcutánea. Tras la primera administración presentó prurito y edema leve en el área de inyección, con progresión en días sucesivos hasta desarrollar lesiones eritematoedematosas extensas pruriginosas. Tras la séptima dosis acude a atención primaria, donde ante sospecha de reacción cutánea adversa suspenden el fármaco. Pautan fondaparinux durante 40 días, con buena tolerancia. Las lesiones cutáneas se trataron con antihistamínicos y corticoides tópicos y sistémicos, presentando evolución favorable sin nuevas incidencias.

Se realizaron pruebas cutáneas (*prick test* e intradermorreacción) con heparina sódica, enoxaparina, tinzaparina y fondaparinux.

**Resultados**

La intradermorreacción tuvo lectura inmediata negativa en todos. La lectura tardía fue positiva para enoxaparina y tinzaparina, y heparina sódica, confirmando hipersensibilidad retardada tipo IV con reactividad cruzada. Esto concuerda con lo descrito en la literatura como la forma más frecuente de alergia a heparinas.



Figura 1.



Figura 2.

**Conclusión**

Debe sospecharse hipersensibilidad retardada ante lesiones cutáneas en el punto de inyección. La retirada precoz del fármaco evita la progresión clínica. Existe elevada reactividad cruzada entre HBPM. Fondaparinux representa una alternativa segura incluso sin estudio alergológico previo apoyando su empleo en situaciones que requieren anticoagulación inmediata.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Exantema fijo medicamentoso inducido por trimetoprim-sulfametoxazol en una localización atípica

Juárez Rodríguez C[1], Rico Collado P[1], Sánchez López P[1], Escalada Oliva J[2]

[1] Hospital Universitario del Tajo, Madrid
[2] Centro de Salud Guayaba, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El trimetoprim-sulfametoxazol es un antibiótico de amplio espectro con actividad frente a bacterias Gram positivas, Gram negativas y algunos microorganismos oportunistas. El exantema fijo medicamentoso (EFM) es una reacción inmunomediada caracterizada por la aparición de lesiones eritematovioláceas bien delimitadas que recurren en la misma localización tras reexposición al fármaco implicado. Representa aproximadamente el 2-3% de las reacciones cutáneas a fármacos.

Aunque la mayoría de las reacciones a las sulfonamidas no están mediadas por IgE, está descrita una alta incidencia de EFM. Las localizaciones más frecuentemente descritas son la mucosa genital, especialmente el glande y la mucosa oral.

**Material y métodos**

Mujer de 44 años, sin antecedentes relevantes, remitida desde Urgencias por sospecha de reacción adversa medicamentosa. Había iniciado tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol por infecciones urinarias recurrentes. Tres horas después de la primera dosis presentó eritema, inflamación y prurito cutáneo circunscrito a ambas mamas. Ginecología descartó patología mamaria. En la valoración por Alergología, negó otros posibles desencadenantes. Se indicó tratamiento con bilastina y prednisona oral y se programó estudio alergológico completo.

**Resultados**

Se realizaron pruebas cutáneas en *prick test* (80 mg/mL) e intradermorreacción (0,8 mg/mL), ambas negativas. La prueba de provocación oral controlada hasta dosis total (160/800 mg) reprodujo a los 80 minutos la misma clínica inicial; eritema, edema y prurito mamario bilateral. Se trató con bilastina y prednisona oral presentando descamación posterior y resolución completa en 1 semana. Se diagnosticó de EFM por trimetoprim-sulfametoxazol y se contraindicaron las sulfonamidas.



**Figura 1.** EFM tras provocación oral con trimetoprim-sulfametoxazol.



**Figura 2.** Reacción inicial tras administración de trimetoprim-sulfametoxazo.

**Conclusión**

El EFM por trimetoprim-sulfametoxazol continúa siendo una entidad relevante en la práctica clínica, con posible presentación en localizaciones atípicas. La negatividad de pruebas cutáneas no excluye el diagnóstico, siendo la provocación oral el patrón de referencia en casos seleccionados. La identificación precisa del fármaco implicado es esencial para prevenir recurrencias potencialmente más extensas o graves.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## *Flushing* no siempre es alergia: omeprazol como causa de falso síndrome carcinoide

Pineda Girón AJ, Melgar Reyes CS, Muñoz Pérez de Lazarraga M, Velasco Azagra M, Uriel Villate O, Vaca Balarezo BI

Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, Araba

**Objetivo/Introducción**

El *flushing*, el prurito y el dolor abdominal constituyen motivos frecuentes de consulta en alergología y obligan a descartar reacciones sistémicas como anafilaxia o trastornos mastocitarios. Sin embargo, existen causas no inmunológicas que pueden simular estos cuadros y condicionar estudios innecesarios.

**Material y métodos**

Varón de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular y hernia de hiato en tratamiento con omeprazol. Realizó en 2014 seguimiento en consulta de alergología por alergia *Anisakis*. Es remitido nuevamente para valoración por episodios diarios de *flushing*, acompañado de prurito, dolor abdominal y malestar general desde hace 6 meses, sobre todo por las mañanas.

Se realizó estudio alergológico mediante pruebas cutáneas, IgE total, triptasa basal y estudio analítico con cromogranina A, serotonina y 5-HIAA. Se completó con pruebas de imagen.

**Resultados**

- Pruebas cutáneas en *prick* con batería de alimentos (leche de vaca, huevo entero, pescado, tropomiosina, batería de marisco, LTP, profilina, batería de frutos secos, carne de vaca y trigo): negativas.
- Triptasa basal normal (5,08 ng/mL), descartando patología mastocitaria.
- Elevaciones intermitentes de cromogranina A (hasta 497 ng/mL) y serotonina, sin hallazgos tumorales en TAC, RMN, ecoendoscopía y gammagrafía con octreotide.

*Evolución.* Durante la revisión farmacológica se identificó que el paciente estaba en tratamiento crónico con omeprazol. Se decidió suspender, ya que genera interferencia en las pruebas de laboratorio (concentraciones elevadas de cromogranina A) y puede interferir en las exploraciones de los tumores neuroendocrinos. Tras su retirada, se observó su normalización con resolución de la discordancia analítica.

**Conclusión**

Los inhibidores de la bomba de protones pueden inducir elevaciones de cromogranina A y simular un síndrome carcinoide, dificultando el diagnóstico diferencial del *flushing* en alergología. La revisión detallada de la medicación debe formar parte del abordaje inicial antes de solicitar estudios complejos y/o invasivos.

## Hipersensibilidad múltiple a fármacos tras síndrome de DRESS: sensibilización progresiva a compuestos no relacionados

Solá Fernández M, García Brito RDP, Lucena Torres MV, López Calatayud V, Pérez Francés C

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

**Objetivo/Introducción**

La hipersensibilidad múltiple a fármacos (*multiple drug hypersensitivity*, MDH) es una entidad infrecuente caracterizada por la aparición de reacciones inmunológicas frente a fármacos estructuralmente no relacionados, habitualmente tras episodios iniciales de reacciones cutáneas graves, como el síndrome de DRESS. Su diagnóstico supone un desafío en pacientes con elevada comorbilidad y polimedicación. Se presenta un caso clínico de MDH con sensibilización progresiva a diferentes grupos farmacológicos.

**Material y métodos**

Se describe el caso de un varón de 69 años con colangiocarcinoma metastásico derivado a alergología por múltiples reacciones adversas a fármacos. Se realizó un análisis cronológico detallado de los episodios clínicos junto con estudio alergológico mediante pruebas y pruebas de provocación oral.

**Resultados**

En 2020 el paciente desarrolló un síndrome de DRESS relacionado con alopurinol. Posteriormente, en 2023, presentó un exantema tras la administración intravenosa de contraste yodado (iohexol), con una latencia aproximada de 48 horas. En 2024 volvió a presentar un cuadro similar tras iniciar tratamiento con paracetamol, también con un intervalo de unas 48 horas.

Las pruebas cutáneas fueron positivas en la lectura tardía para iohexol y la prueba de provocación oral con paracetamol resultó igualmente positiva en lectura tardía dos horas después de alcanzar una dosis acumulada de 1 g.

Durante el año 2025, presentó nuevos episodios compatibles con hipersensibilidad, caracterizados por un exantema intensamente pruriginoso en relación con dexketoprofeno, así como tras la administración de gemcitabina y cisplatino. No fue posible completar el estudio de estos fármacos debido a la necesidad de corticoterapia sistémica prolongada secundaria a una nefritis intersticial inducida por durvalumab.

**Conclusión**

El caso es compatible con MDH probablemente secundaria a un episodio inicial de DRESS, con posterior sensibilización a múltiples fármacos no relacionados. Este patrón subraya la importancia del reconocimiento precoz de la MDH para evitar reexposiciones y optimizar la selección terapéutica en pacientes complejos.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Reacción cutánea tardía por iodixanol (Visipaque®) con reactividad cruzada a iohexol (Omnipaque®)

Vatnani Moolchandani V, González Cuervo H, Albarracín Prados S, Mariño Fernández AG, Parra Rojas S, Ortega Rodríguez NR

Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

**Objetivo/Introducción**

Los contrastes yodados son ampliamente utilizados en estudios de imagen y pueden causar reacciones de hipersensibilidad inmediatas y tardías. La identificación del agente implicado y de posibles patrones de reactividad cruzada es esencial para la selección de alternativas seguras.

**Material y métodos**

Varón de 60 años que, cuatro días después de la administración de iodixanol (Visipaque®) para un TAC, desarrolló un exantema maculopapuloso no pruriginoso en extremidades inferiores, sin afectación mucosa ni despegamiento epidérmico inicial. Posteriormente evolucionó con aparición de lesiones ampollosas en muslos y región poplítea. El cuadro remitió tras tratamiento con corticoides sistémicos y antihistamínicos.

Se realizó una biopsia cutánea durante el episodio. Cinco meses después de la resolución clínica, se realizaron pruebas cutáneas en *prick* y pruebas epicutáneas con iodixanol (Visipaque®), iohexol (Omnipaque®), ioversol (Optiray®), iobitridol (Xenetix®), iopromida (Ultravist®), amidotrizoato de meglumina y sodio (Gastrografin®), povidona yodada (Betadine®), ácido gadotérico (Clariscan®) y gadoxetato disódico (Primovist®). Las lecturas se realizaron a las 48, 72 y 96 horas.

**Resultados**

El estudio histopatológico mostró dermatitis espongiótica, con leve infiltrado linfocitario perivascular superficial y eosinófilos ocasionales, sin depósitos de inmunoglobulinas. El *prick test* fue negativo. Las pruebas epicutáneas resultaron positivas frente a iodixanol y iohexol en las lecturas de 48 h (++), 72 h (++) y 96 h (+++); el resto de los contrastes evaluados fueron negativos.

**Conclusión**

Este caso ilustra una reacción de hipersensibilidad tardía a iodixanol con sensibilización cruzada a iohexol, confirmada mediante pruebas epicutáneas.

La elevada reactividad cruzada descrita entre ambos contrastes debe tenerse en cuenta en la planificación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieran su uso en pacientes previamente sensibilizados.

## Protocolo de desensibilización rápida con lenalidomida

Joyanes Romo JB[1], Morales Hidalgo A[1], Mur Gimeno MP[1], Fernández Montesinos Y[1], Pizarro Núñez de Arenas G[1], Martínez Velandia A[2]

[1] Unidad de Alergología, Hospital Santa Bárbara, Puertollano
[2] Unidad de Hematología, Hospital Santa Bárbara, Puertollano

**Objetivo/Introducción**

La lenalidomida, derivado de la talidomida con mayor potencia y mejor perfil de seguridad, es un inmunomodulador utilizado en el tratamiento del mieloma múltiple, síndromes mielodisplásicos y otras hemopatías. Entre sus efectos adversos destacan mielosupresión, síntomas gastrointestinales, fibrilación auricular, fatiga y eventos tromboembólicos. Las manifestaciones cutáneas son frecuentes (12-43%), suelen aparecer durante el primer mes de tratamiento con patrones clínicos variables; raramente se describen reacciones graves como eritema multiforme, necrólisis epidérmica tóxica, etc.

Se administra en ciclos de 28 días, con dosis entre 5-25 mg durante 21 días y una semana de descanso.

Las reacciones cutáneas, especialmente las tardías, pueden obligar a suspender el tratamiento y comprometer el control de la enfermedad. En estos casos, la desensibilización farmacológica es una alternativa eficaz cuando el medicamento implicado es imprescindible y no existen opciones terapéuticas equivalentes. En pacientes polimedicados resulta complejo identificar el fármaco responsable.

*Objetivo:* Describir la tolerancia y seguridad de un protocolo de desensibilización rápida en un día tras una reacción urticariforme tardía con lenalidomida en una paciente con mieloma.

**Material y métodos**

Mujer de 77 años con mieloma múltiple biclonal IgG lambda, IgG kappa, estadio ISS 1 y genética estándar, en tratamiento IMROZ (isatuximab, melfalán, lenalidomida y dexametasona). Al décimo día tomando lenalidomida y trimetoprim sulfametoxazol, desarrolló lesiones maculopapulares en abdomen y ambos fármacos se suspendieron. Tras valoración conjunta entre alergología, hematología y farmacia, se realizó desensibilización rápida a lenalidomida en hospital de día de alergología.

Se empleó un protocolo de 3 horas, iniciado con una dosis oral de 0,025 mg, incrementando cada 15 minutos hasta dosis total acumulada de 25 mg mediante tres diluciones. Premedicada con cetirizina y montelukast.

**Resultados**

La desensibilización con lenalidomida fue segura y bien tolerada, permitiendo mantener un tratamiento clave en mieloma múltiple.

**Conclusión**

La desensibilización es una estrategia útil si se sospecha hipersensibilidad frente a un fármaco imprescindible.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Enteropatía grave por olmesartán: la sospecha clínica es fundamental

Muñoz Díaz EE, Otero Fernández MN, Mazoteras Martínez E, Laffond Yges E, Dávila González I

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

**Objetivo/Introducción**

El olmesartán es un antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA) ampliamente utilizado para el tratamiento de la hipertensión. Desde el primer caso publicado en 2012, se han sucedido las publicaciones de la enteropatía asociada a olmesartán (EAO), manifestada por diarrea crónica grave que histológicamente simula una enteropatía autoinmune con atrofia vellositaria duodenal. La patogenia no es bien conocida, pero parecen claves la desregulación de la inmunidad intestinal con activación de las vías mediadas por células, la inhibición de la señalización del TGF-β y la susceptibilidad.

**Material y métodos**

Mujer de 51 años tratada con olmesartán desde 2020. En 2023, comienza con síntomas digestivos que se agravan progresivamente con intensa diarrea, vómitos y perdida ponderal de 20 kg. Suspende olmesartán durante un mes por hipotensión, con mejoría de la diarrea y empeoramiento al reintroducirlo. En octubre de 2024 es hospitalizada por insuficiencia renal aguda prerrenal, hipopotasemia, acidosis metabólica grave y coagulopatía. Se realizan exploraciones complementarias, gastroscopia y colonoscopia. Tras el alta, es remitida a alergología para descartar alergia/intolerancia a alimentos, realizándose pruebas cutáneas con trofoalérgenos y *Anisakis*, IgE total y específica y triptasa sérica.

**Resultados**

Las exploraciones complementarias realizadas para descartar enfermedad celíaca, infecciones y procesos linfoproliferativos fueron negativas. En la gastroscopia, los cambios más significativos se localizaron en el duodeno, con atrofia vellositaria y marcada infiltración de la lámina propia y el epitelio por linfocitos y eosinófilos. Tras la retirada de olmesartán se produjo la resolución de todas las manifestaciones y la normalización de la biopsia. Cuando fue valorada en alergología, la paciente estaba asintomática, sin seguir restricciones dietéticas. El estudio alérgico fue negativo. Según la clasificación de Naranjo, la relación de causalidad entre el fármaco y la enteropatía sería definitiva.

**Conclusión**

La sospecha clínica de EAO resulta fundamental para evitar las graves repercusiones para los pacientes del retraso en el diagnóstico.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Pustulosis exantemática generalizada aguda inducida por inhibidores de la bomba de protones

De Peña Ávila C[1], Ollo Morales P[1], Goikoetxea Lapresa MJ[2], Sabaté Brescó M[2], de la Viuda Camino E[1], Ruiz de Galarreta Beristain M[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Araba-OSI Araba, Vitoria-Gasteiz, Álava
[2] Servicio de Alergología, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

La pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) es una reacción cutánea grave, infrecuente y generalmente inducida por fármacos, caracterizada por la aparición aguda de pústulas estériles sobre base eritematosa. Aunque los antibióticos son los desencadenantes más habituales, los inhibidores de la bomba de protones (IBP) se han descrito excepcionalmente como causa.

**Material y métodos**

Mujer de 78 años con antecedentes de toxicodermia ampollosa por hidroxicloroquina y exantema por metronidazol/espiramicina. Inició esomeprazol por gastritis que se sustituyó por famotidina a los 15 días por presentar prurito sin lesiones cutáneas. Cinco días después desarrolló lesiones micropapulares pruriginosas y dolorosas en extremidades, con rápida progresión a lesiones pápulo-pustulosas generalizadas, algunas de aspecto exudativo, que evolucionaron a placas eritematoedematosas anulares con pústulas en su interior, sin afectación mucosa ni signo de Nikolsky. Por ello suspendió famotidina.

Requirió ingreso hospitalario y tratamiento con corticoterapia sistémica, con resolución progresiva del cuadro.

Se realizó estudio dermatológico durante la fase aguda que incluyó analítica sanguínea, cultivo y PCR de pústulas y biopsia cutánea. Posteriormente, se realizó estudio alergológico mediante test de transformación linfocitaria (TTL) con esomeprazol, famotidina y excipientes presentes en estos fármacos y compartidos con la hidroxicloroquina y el metronidazol/espiramicina (hipromelosa y polietilenglicol 4.000) y pruebas epicutáneas (PE) con hipromelosa y polietilenglicol 4.000.

**Resultados**

Analíticamente destacó leucocitosis con neutrofilia. El cultivo bacteriano fue negativo y la PCR positiva para herpesvirus 6. El estudio histológico fue compatible con PEGA. El TTL resultó positivo para esomeprazol y negativo para famotidina, hipromelosa y polietilenglicol 4.000. Las PE resultaron negativas.



**Figura.**

**Conclusión**

La identificación del fármaco causal en la PEGA puede resultar compleja, especialmente en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad medicamentosa múltiple. Este caso destaca el valor del abordaje combinado clínico, histológico y del test de transformación linfocitaria para establecer un diagnóstico etiológico preciso.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Reacción de hipersensibilidad retardada por heparinas de bajo peso molecular: a propósito de un caso

Pichardo Santos MA[1], Fraj Lázaro J[1], Amaya Molina AJ[1], Zambrano Cedeño KJ[1], Wilson Salazar E[1], Arias Pérez J[2]

[1] Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza
[2] Hospital Universitario Royo Villanova, Zaragoza

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones de hipersensibilidad a las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) suelen presentarse como lesiones cutáneas no inmediatas, localizadas en el sitio de la inyección. El uso prolongado de heparina en pacientes oncológicos como profilaxis antitrombótica convierte estas reacciones en un desafío clínico importante, sobre todo por la frecuente reactividad cruzada entre ellas. En este caso, describimos el proceso diagnóstico y la búsqueda de alternativas terapéuticas seguras en una paciente con hipersensibilidad confirmada.

**Material y métodos**

Se describe el caso clínico de una mujer de 69 años con patología oncológica que presentó cuadro de lesiones cutáneas eritematosas, pruriginosas, flictenulares, de inicio tardío en zonas de inyección de HBPM, administradas de forma profiláctica. Fármacos implicados: enoxaparina y bemiparina.

**Resultados**

Se realiza estudio alergológico de hipersensibilidad a heparinas:

- Pruebas cutáneas, *prick* e intradérmicas, con lectura inmediata y tardía: positivo a las 48 horas para bemiparina, enoxaparina y tinzaparina.
- Pruebas epicutáneas: positivas a las 98 horas para bemiparina, enoxaparina y tinzaparina.
- Prueba de exposición subcutánea controlada con fondaparinux: negativa.

**Conclusión**

El estudio alergológico, que incluye pruebas cutáneas y epicutáneas, constituye una herramienta esencial para confirmar la hipersensibilidad retardada y valorar la reactividad cruzada entre heparinas. En este caso, aunque se confirmó la positividad para varias HBPM, el fondaparinux resultó ser una alternativa segura y bien tolerada tras una prueba de exposición negativa. Por ello, pacientes que necesitan anticoagulación y presentan hipersensibilidad a las heparinas convencionales, el fondaparinux puede considerarse una opción eficaz.

## Estudio alergológico en pacientes con sospecha de hipersensibilidad a betalactámicos: experiencia de dos años en un servicio de alergología

Cros Alsina A, Hernández Arauzo N, Saura Foix MDP, Castillo Marchuet MJ, Barrena Crespo J, Viñas Domingo M

Consorci Sanitari de Terrassa, Hospital Universitari, Terrassa

**Objetivo/Introducción**

La sospecha de alergia a betalactámicos (BL) constituye un motivo de consulta frecuente en alergología. Sin embargo, tras una evaluación completa, el diagnóstico se confirma en una proporción limitada de pacientes.

*Objetivo:* Determinar la prevalencia de alergia a BL en pacientes derivados por sospecha de hipersensibilidad.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes mayores de 18 años evaluados por sospecha de alergia a BL en un servicio de alergología, entre enero de 2024 y diciembre de 2025. Se analizaron las características demográficas de los pacientes, los datos clínicos de la reacción índice y los resultados del estudio alergológico, basado en determinaciones analíticas, pruebas cutáneas y prueba de exposición controlada.

**Resultados**

Se incluyeron 541 pacientes (64,7% mujeres), con una edad media de 54,5 años. Los fármacos implicados con mayor frecuencia en la reacción índice fueron penicilina (31,9%), amoxicilina (31,4%) y amoxicilina-clavulánico (25,7%). En la mayoría de los pacientes (42,1%), la reacción había ocurrido hacía más de 20 años. La manifestación clínica predominante fue cutánea (60,6%), aunque 61 pacientes (11,2%) refirieron clínica compatible con anafilaxia o *shock* anafiláctico. El estudio *in vitro* fue negativo en el 85% de los pacientes. Se confirmó tolerancia a aminopenicilinas en el 75,8% de los casos. En los pacientes restantes, por gravedad de la reacción inicial, pruebas positivas o comorbilidades, se realizó prueba de exposición con BL alternativos, confirmándose tolerancia a cefuroxima en el 16,6% del total de la cohorte.

**Conclusión**

En nuestra serie, el estudio alergológico permitió descartar alergia a BL en aproximadamente siete de cada diez pacientes derivados por sospecha de hipersensibilidad. Estos resultados ponen de manifiesto el valor de una evaluación sistemática en pacientes etiquetados de alergia a BL para evitar restricciones terapéuticas innecesarias y optimizar así el uso de antibióticos en la práctica clínica habitual.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Síndrome de enterocolitis inducido por fármacos (DIES) asociado a cefuroxima en paciente adulta

Harguindeguy Blanco D, León Cabanillas P, Sánchez Alonso A, Mejías Affinito RP, Fernández Cortés S, Méndez Alcalde J

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de enterocolitis inducido por fármacos (DIES) es una reacción de hipersensibilidad no mediada por IgE, similar al síndrome de enterocolitis inducido por proteínas de la dieta (FPIES), caracterizado por vómitos profusos, diarrea y deshidratación tardíos. Es una entidad rara y principalmente reportada en población pediátrica.

**Material y métodos**

Mujer de 41 años, sin antecedentes médicos de interés, valorada por una reacción ocurrida tres años antes, consistente en vómitos y diarrea 1 hora tras la administración de la primera dosis de cefuroxima oral por infección del tracto urinario. No tenía antecedentes de reacciones con antibióticos betalactámicos.

**Resultados**

Se realizó estudio alergológico con pruebas cutáneas en *prick* e ID con PPL, MDM, penicilina G, amoxicilina, cefuroxima y cefazolina que fueron negativas. Se programó prueba de exposición controlada (PEC) con cefuroxima con dosis secuenciales. A las 2 horas y 30 minutos de haber administrado el 100% de la dosis terapéutica presentó mareo con hipotensión (TA 90/60), palidez, dolor abdominal, vómitos repetidos y diarrea. No asoció lesiones cutáneas ni síntomas respiratorios. Se administró tratamiento con ondansetrón IV, fluidoterapia e ingreso en observación con monitorización. Se extrajo analítica durante la reacción en la que se objetivó neutrofilia. Con el fin de evitar la contraindicación innecesaria de todos los betalactámicos, se propuso PEC con penicilina, que fue rechazada por la paciente.

**Conclusión**

El DIES es una reacción de hipersensibilidad no mediada por IgE, rara y probablemente infradiagnosticada en adultos. Debe sospecharse ante la aparición de síntomas gastrointestinales tardíos tras la exposición a fármacos, especialmente cuando las pruebas cutáneas son negativas. La prueba de exposición controlada es clave en esta entidad, ya que no solo orienta el diagnóstico, sino que evita la exclusión de todo el grupo de betalactámicos, reduciendo así la restricción terapéutica y el impacto en la disponibilidad de opciones antibióticas futuras.

## Síndrome de DRESS inducido por dapagliflozina confirmado mediante test de transformación linfocitaria: a propósito de un caso

Proaño Mosquera SM[1], de las Vecillas Sánchez L[2,3,4], Cabañas Moreno R[2,3,5,4], Lluch Bernal MM[2,4]

[1] Servicio de Alergología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[2] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[3] Consorcio PIEL en Red, Madrid
[4] Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid
[5] Centro de Investigación en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Madrid

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de DRESS (síndrome de hipersensibilidad farmacológica con eosinofilia y síntomas sistémicos) es una reacción adversa potencialmente grave. Aunque clásicamente se ha asociado a anticonvulsivantes o alopurinol entre otros, los inhibidores SGLT2 emergen como posibles desencadenantes. Se han descrito casos con empagliflozina y, recientemente, con dapagliflozina.

**Material y métodos**

Varón de 51 años con enfermedad de Crohn, diabetes mellitus y alergia a betalactámicos. Acude a urgencias por exantema pruriginoso facial y troncal con lesiones habonosas en extremidades. Treinta días antes había iniciado tratamiento con dapagliflozina y metamizol ocasional. En urgencias se objetivó eosinofilia y alteración hepatorrenal (eosinófilos 1,14 × $10^3$/µL, creatinina 1,8 mg/dL (FG 43 mL/min), ALT 59 UI/L, GGT 167 UI/L). El *score* RegiSCAR fue de 4 DRESS probable (*rash* cutáneo +1, >50% +1, órgano involucrado +1, eosinofilia +1). Se suspendieron los fármacos sospechosos e inició tratamiento corticoideo, fue remitido al servicio de alergología para estudio.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas con metamizol fueron negativas en lectura inmediata y tardía. El TTL (test de transformación linfocitaria) fue positivo para dapagliflozina (índice de estimulación máximo 5,1) y negativo para metamizol, además el paciente continuó tomando metamizol sin incidencias, lo que apoya su exclusión como agente causal y el resultado negativo obtenido en el TTL.

**Conclusión**

Se presenta un caso de probable DRESS inducido por dapagliflozina con mecanismo de hipersensibilidad demostrado por TTL, lo que aporta evidencia en un contexto de escasa literatura. Los inhibidores SGLT2 deben considerarse por tanto desencadenantes potenciales de DRESS. Aunque la prueba de exposición controlada es el patrón de referencia, estaría contraindicada por la gravedad del cuadro. Apoyamos el diagnostico en la historia clínica y estudio *in vitro* TTL que podría ser una herramienta útil para identificar el fármaco responsable y optimizar el manejo del paciente. Ampliaremos el estudio para valorar reactividad cruzada *in vitro* entre otros SGLT2.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Reacciones adversas a excipientes en pacientes pediátricos: a propósito de un caso

Mariño Fernández AG, Parra Rojas S, Vatnani Moolchandani V, Sosa Domínguez P, Albarracín Prados S, Ortega Rodríguez NR

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

**Objetivo/Introducción**

La hipersensibilidad a excipientes presentes en medicamentos y alimentos constituye un factor relevante en las reacciones adversas en la población pediátrica, pudiendo ser confundida con alergia a los principios activos. Este hecho hace necesaria una medicina individualizada para un diagnóstico preciso. Entre los excipientes con potencial implicación destacan los colorantes azoicos y los aromatizantes, ampliamente utilizados en formulaciones pediátricas para mejorar la adherencia.

**Material y métodos**

Niña de 8 años con autismo que presenta exantema pruriginoso en cuello, tórax y extremidades superiores tras toma de Apiretal® (paracetamol) y posteriormente tras Dalsy® sabor fresa (ibuprofeno) y desde entonces también con la toma de yogures de fresa presenta la misma clínica. Tolera Dalsy® sabor naranja sin incidencias. No se observaron signos de gravedad y las reacciones cesaron en 1-2 horas de forma espontánea sin tratamiento farmacológico.

Se realiza *prick* con paracetamol, ibuprofeno y Apiretal®.

**Resultados**

Los *prick test* con paracetamol e ibuprofeno fueron negativos, con Apiretal® 4 mm, histamina 4 mm. Se realiza provocación con paracetamol 250 mg que tolera sin incidencias.

Tanto Apiretal® como Dalsy® de fresa tienen en común la azorrubina (E-122), que puede estar presente en algunos yogures de fresa del mercado. En el Dalsy® sabor naranja no está presente. No se puede descartar la hipersensibilidad al aroma de fresa que se presenta tanto en el Dalsy® de fresa como en los yogures.

**Conclusión**

Es importante un enfoque individualizado en el diagnóstico de la alergia farmacológica, considerando la implicación de la hipersensibilidad a excipientes. La identificación de estos componentes es clave para el adecuado manejo de las reacciones alérgicas, evitando etiquetados incorrectos de alergia a fármacos y permitiendo la selección de alternativas terapéuticas personalizadas. Todo ello contribuye a mejorar la seguridad terapéutica y la calidad de vida de los pacientes.

## Reacción adversa tardía a inmunoglobulinas: a propósito de un caso

Escudero Apesteguía R[1], Pinto Capote EC[1], Bosepa Torao MW[1], Gutiérrez Suazo E[1], Gaston Lorente M[1], Arroabarren Alemán E[2]

[1] Hospital Reina Sofía, Tudela
[2] Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

Las inmunoglobulinas endovenosas (IgIV) se utilizan como terapia de reemplazo en inmunodeficiencias primarias o como fármacos inmunomoduladores en numerosas patologías, incluidas enfermedades neurológicas desmielinizantes.

**Material y métodos**

Presentamos el caso de un varón de 55 años diagnosticado de síndrome de Guillén Barré que presentó una reacción cutánea retardada asociada a daño hepático e infección concomitante por virus herpes 6 (VHH6) tras ciclo de tratamiento con IgIV.

**Resultados**

Cuatro días después de la última administración de IgIV (Flebogamma®, 5 dosis en total), presentó leve edema centrofacial, eritema descamación palmoplantar bilateral y, posteriormente, lesiones eritematosas micropapulosas sobre fondo eritematoso generalizado. No presentaba afectación de mucosas ni otros síntomas. En la analítica destacaba GOT 77 U/L, GPT 136 U/L, hemograma normal y función renal conservada. La serología frente a VHH6 fue positiva (IgG e IgM), negativa para sífilis, virus Epstein-Barr, citomegalovirus, hepatitis A, B y C, VIH, *Mycoplasma pneumoniae, C. pneumoniae* y parvovirus.

**Conclusión**

En los últimos 20 años se han descrito diversas reacciones cutáneas en pacientes tratados con altas dosis de IgIV, en su mayoría varones con enfermedades neurológicas desmielinizantes.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basándose en la correlación temporal entre la administración de IgIV y la aparición de la erupción, no pudiéndose realizar pruebas complementarias que lo apoyen. La mayor parte de los pacientes presentan un *rash* cutáneo eritematoso generalizado y descamación palmar, como en nuestro caso, que obliga a interrumpir el tratamiento.

Su causa es desconocida. Se ha relacionado con la autoinmunidad subyacente inherente a las enfermedades desmielinizantes. En nuestro caso, pudo contribuir además una reactivación del VHH6.

Las reacciones cutáneas producidas por IgIV parecen ser más frecuentes de lo que se creía. Se debe informar del riesgo a los pacientes antes de la administración de IgIV, particularmente a los varones con enfermedades neurológicas inmunomediadas y se deben descartar infecciones concomitantes, en particular por VHH6.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Síndrome DRESS secundario a disulfiram

Sánchez González MJ[1], Barbarroja Escudero J[1], Matas Domínguez T[1], Monjo Paz J[1], Bellón Heredia T[2], González Bravo L[1]

[1] Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid
[2] Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid

**Objetivo/Introducción**

El síndrome DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) es una reacción de hipersensibilidad grave, caracterizada por exantema, eosinofilia y afectación sistémica. Clásicamente se asocia a anticonvulsivantes o alopurinol, y fármacos como el disulfiram, indicado para el tratamiento de la dependencia al alcohol, hasta ahora no se había descrito como implicado. La identificación del fármaco causal en el DRESS continúa siendo un reto clínico.

**Material y métodos**

Varón de 42 años con exposición reciente a disulfiram y cefuroxima, que desarrolló cuadro compatible con DRESS. Se realizó valoración clínica, analítica, aplicación de criterios RegiSCAR y estudio alergológico diferido mediante pruebas epicutáneas. Se encuentra en curso el estudio *in vitro* mediante TTL (test de transformación linfocitaria).

**Resultados**

El paciente presentó exantema generalizado, prurito, fiebre, eosinofilia progresiva (hasta 3.850/µL) y afectación hepática grave (GPT 3.995), por lo que requirió ingreso. La latencia desde el inicio de disulfiram fue de aproximadamente 4 semanas. Durante la evolución, presentó empeoramiento cutáneo tras la reducción de corticoides sistémicos, compatible con curso típico de DRESS.

El diagnóstico se apoyó en criterios RegiSCAR (≥4 puntos). Se descartaron causas infecciosas. Las pruebas epicutáneas realizadas tras la resolución del cuadro fueron positivas a disulfiram, confirmando su implicación.

El inicio del exantema previo a la indicación de cefuroxima por ITU y la tolerancia posterior sin reacciones adversas excluye este fármaco como desencadenante.

El estudio mediante TTL se encuentra en curso.

**Conclusión**

El disulfiram constituye una causa infrecuente de DRESS, lo que puede dificultar su reconocimiento.

Las pruebas epicutáneas pueden ser útiles en la identificación del fármaco causal en reacciones tardías.

Este caso destaca la importancia de considerar fármacos no clásicos y de realizar un estudio alergológico completo para confirmar la etiología y evitar la reexposición.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia por celecoxib: a propósito de un caso

De Manueles Tabliega P, Cañada Peña CL, Ruiz González CM, Navarrete del Pino MA, Jiménez López FJ

Hospital Universitario de Jaén, Jaén

**Objetivo/Introducción**

Los inhibidores selectivos de la COX-2 se consideran una alternativa segura en pacientes con hipersensibilidad a los AINE; no obstante, se han descrito reacciones alérgicas tanto inmediatas como retardadas asociadas a su uso.

**Material y métodos**

Mujer de 64 años sin antecedentes personales de interés, derivada para estudio tras presentar un episodio de epigastralgia irradiada a tórax, prurito oral, palpitaciones, náuseas y mareo, asociado a lesiones habonosas generalizadas y deposiciones diarreicas, aproximadamente una hora después de la ingesta de churros con chocolate y un comprimido de celecoxib 200 mg, en el contexto de dolor lumbar. El cuadro se resolvió tras tratamiento con dexclorfeniramina y metilprednisolona.

Previamente había tolerado celecoxib, paracetamol y metamizol sin incidencias.

**Resultados**

En la primera visita se realizaron pruebas cutáneas en *prick test* con cereales (trigo, cebada, centeno, arroz, maíz, avena), soja y alfa-amilasa, con resultados negativos (control de histamina: 7 mm). *Prick test* con leche de vaca y sus proteínas: negativos. *Prick test* para LTP: negativo.

Se completó el estudio mediante técnicas multiplex tanto ISAC como ALEX$^3$, objetivándose únicamente una sensibilización débil a Cup a 1, sin detectarse sensibilización a componentes alimentarios, ni patrones de reactividad cruzada.

Posteriormente, *prick test* con celecoxib: negativo.

Se realizó test de activación de basófilos (TAB) frente a meloxicam, celecoxib y etoricoxib (Tabla), con resultado positivo para todos ellos.

Se llevaron a cabo pruebas de provocación oral simple ciego controladas con placebo con ácido acetilsalicílico y con ibuprofeno, ambas con buena tolerancia y sin incidencias.

**Tabla.**

| | %CD63* | IS |
|---|---|---|
| CN | 1,5 | - |
| $CP_{IMLP}$ | 50,1 | 33,4 |
| $CP_{antiIgE}$ | 48,7 | 32,5 |
| Celecoxib 0,125 mg/mL | 6,7 | 4,5 |
| Celecoxib 0,25 mg/mL | 15,6 | 10,4 |
| Celecoxib 0,5 mg/mL | 5,2 | 3,5 |
| Celecoxib 1 mg/mL | 3,2 | 2,1 |
| Celecoxib 2,5 mg/mL | 23,6 | 15,7 |
| Etoricoxib 0,125 mg/mL | 7,9 | 5,3 |
| Etoricoxib 0,25 mg/mL | 5,8 | 3,9 |
| Etoricoxib 0,5 mg/mL | 6,2 | 4,1 |
| Etoricoxib 1 mg/mL | 5,4 | 3,6 |
| Etoricoxib 2,5 mg/mL | 7,9 | 5,3 |
| Meloxicam 0,125 mg/mL | 2,1 | 1,4 |
| Meloxicam 0,25 mg/mL | 3 | 2 |
| Meloxicamb 0,5 mg/mL | 3,9 | 2,6 |
| Meloxicam 1 mg/mL | 1,9 | 1,3 |
| Meloxicam 2,5 mg/mL | 1,3 | 0,9 |
| Ibuprofeno 0,3 mg/mL | 1,2 | 0,8 |
| Ibuprofeno 1,5 mg/mL | 5 | 3,3 |

Abreviaturas: CN, control negativo; CP FMLP, control positivo FMLP; CP AntiIgE, control positivo AntiIgE; IS, índice de estimulación.
*Se considera positivo cuando el porcentaje de desgranulación de basófilos es superior al 5%.

**Conclusión**

Presentamos el caso de una reacción sistémica con hipersensibilidad selectiva a celecoxib, no mediada por alimentos, cuya prevalencia es muy rara, afectando a menos del 1% en la población general. Las pruebas de provocación realizadas descartan reactividad cruzada a AINE clásicos y amplían las alternativas terapéuticas en nuestra paciente.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Toxicodermia por cinacalcet

Gutiérrez Fajar E, Ortiz de Frutos J, Mielgo Ballesteros R, Tous Romero F

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El objetivo es demostrar que el cinacalcet, fármaco calcimimético para el hiperparatiroidismo, puede inducir reacciones adversas medicamentosas (RAM) graves de tipo IV. Aunque sus efectos secundarios típicos son gastrointestinales, este agente actúa como un inmunógeno capaz de activar respuestas inmunitarias tardías mediadas por células T.

**Material y métodos**

Se analizó la historia clínica detallada de un varón de 67 años, trasplantado renal con hiperparatiroidismo terciario. El diagnóstico se fundamentó con especial énfasis en la cronología de introducción de fármacos y la aparición de síntomas, junto con la realización de una biopsia cutánea para el estudio histopatológico. No se realizaron pruebas alergológicas dada la severidad del cuadro y la fragilidad del paciente.

**Resultados**

Existe una correlación temporal directa entre la toma del fármaco y la clínica: a las dos semanas de iniciar cinacalcet, el paciente presentó de forma brusca prurito intenso y erupción eritematodescamativa que afectó al 90% de la superficie corporal. Es fundamental resaltar que cinacalcet fue el único medicamento nuevo introducido en su esquema terapéutico previo.

La biopsia reveló un infiltrado linfocitario perivascular superficial con eosinófilos y afectación focal de la interfase dermoepidérmica, compatible con toxicodermia. No hubo afectación de mucosas ni alteraciones en la analítica sistémica. El cuadro se clasificó como una reacción de gravedad tipo 3 de la CTCAE. Se resolvió completamente tras la suspensión inmediata del fármaco y el uso de corticoides sistémicos.

**Conclusión**

El cinacalcet puede inducir reacciones medicamentosas tardías de tipo IV. La estricta correlación temporal y la resolución del cuadro únicamente tras retirar el fármaco sospechoso ratifican la causalidad. Es imperativo que los clínicos mantengan una vigilancia estrecha tras la prescripción. La retirada pronta del fármaco es la medida más eficaz para garantizar la seguridad del paciente ante estas señales de seguridad emergentes.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Exantema fijo medicamentoso extenso por levofloxacino: diagnóstico mediante test de provocación oral

Serrano de Pablo S, Bas Bellver L, Iniesta Tejera E, Bracamonte Odreman S, Gómez Torrijos E, Martín Iglesias MA

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

**Objetivo/Introducción**

Las lesiones cutáneas extensas pueden ser desencadenadas por múltiples etiologías, desde picaduras de insectos hasta reacciones alérgicas medicamentosas. Determinar la verdadera causa resulta en ocasiones complejo.

El objetivo es presentar un caso de lesión cutánea macular con pápula central recurrente, extendida desde la rodilla hasta el tobillo en la región lateral de la pierna derecha. Inicialmente valorado en urgencias como picadura extensa de insecto; recidivó con idéntico diagnóstico. En la tercera recidiva fue remitido a dermatología, donde la biopsia cutánea diagnosticó exantema fijo medicamentoso (EFM). Posteriormente se derivó a alergología para estudio etiológico. La revisión de la historia clínica identificó administración de levofloxacino en las tres ocasiones.

**Material y métodos**

- Pruebas del parche (PP): levofloxacino al 30% en agua y vaselina; aplicadas en espalda y en sitio de lesión previa. Lecturas a los días (D) 2 y 4.
- *Prick test* e intradermorreacción (IDT): levofloxacino al 30% en agua; realizadas en espalda. Lectura el día 3 (D3).
- Test de provocación oral (TPO): administración de levofloxacino 500 mg en dos dosis separadas en una hora.

**Resultados**

- PP: negativas en espalda y sitio de lesión a D2 y D4.
- *Prick test*/IDT: negativos a D3.
- TPO: positivo. A las 24 horas desarrolló lesión idéntica en localización coincidente con la presentación inicial.

**Conclusión**

Presentamos un caso de exantema fijo medicamentoso extenso monolesional por levofloxacino en región lateral de pierna derecha. Destacamos la importancia del diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas extensas para evitar demoras diagnósticas y prevenir recurrencias por reacciones alérgicas medicamentosas.

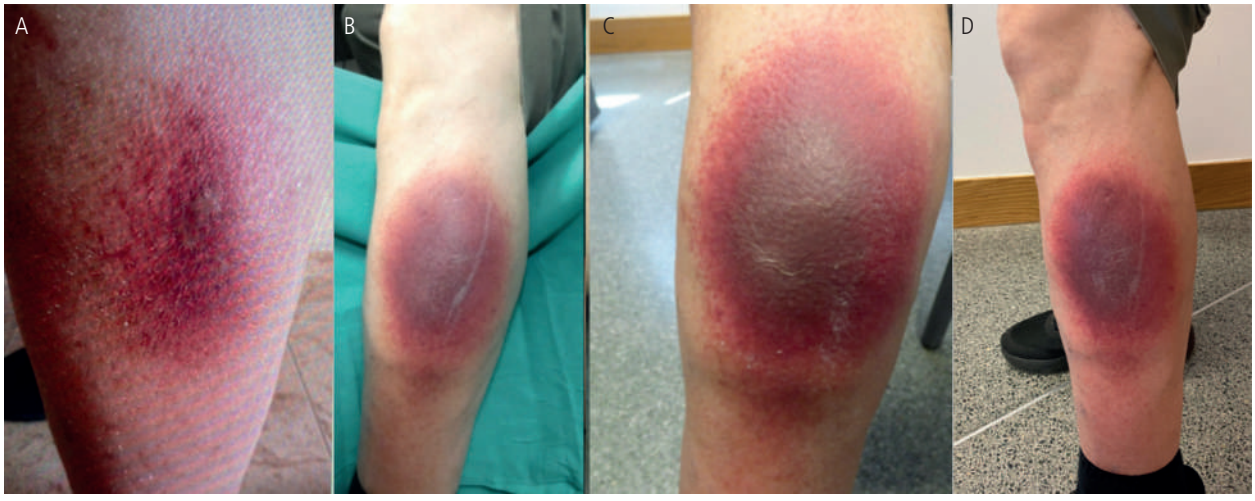



**Figura.** Exantema fijo medicamentoso (EFM) por levofloxacino: A y B: Primera lesión y recurrencia. C: Tercera recidiva y sospecha de EFM. D: Recurrencia de EFM tras prueba de provocación oral con dicho fármaco.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Exantema fijo medicamentoso inducido por piperacilina/tazobactam: a propósito de un caso

Gutiérrez Posso JM, Matta Pérez JI, Huete Herrera M, Morales Sánchez P, Espejo García MV

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El exantema fijo medicamentoso (EFM) es una toxicodermia mediada por linfocitos T, caracterizada por lesiones cutáneas recurrentes en la misma localización tras la reexposición al fármaco. Los antibióticos β-lactámicos son causas frecuentes de reacciones cutáneas, aunque el EFM por piperacilina/tazobactam es infrecuente. El diagnóstico puede requerir pruebas de provocación cuando las pruebas cutáneas son negativas.

**Material y métodos**

Mujer de 70 años quien durante un ingreso por colitis isquémica presentó prurito cervical tras la segunda dosis de 4 g de piperacilina/tazobactam intravenosa. Se desconocía el tiempo de latencia, pero refería no asociar lesiones cutáneas ni síntomas sistémicos, resolviéndose con antihistamínicos orales un par de días después.

Dentro del estudio alergológico se realizaron pruebas cutáneas (SPT) con penicilina G, amoxicilina y piperacilina/tazobactam y provocación intravenosa con el medicamento implicado (dosis acumulada 4000 mg).

**Resultados**

Tanto la lectura inmediata como a las 24 horas de SPT con penicilina G, amoxicilina y piperacilina/tazobactam fueron negativas. No hubo reacción inmediata tras la provocación intravenosa con piperacilina/tazobactam. Sin embargo, a las 6 horas desarrolló prurito en región cervical y una mácula eritematosa bien delimitada a ese nivel de aproximadamente 4 × 3 cm coincidente con el episodio inicial. Evolucionó favorablemente con corticoide intravenoso y antihistamínicos orales, tres días después sin lesión residual.

La latencia de horas y la negatividad de pruebas cutáneas apoyan una reacción retardada. En estos casos, la provocación controlada es el estándar diagnóstico. El EFM por piperacilina/tazobactam es raro, con escasos casos publicados, lo que puede dificultar su diagnóstico.



**Figura.** Mácula eritematosa en el cuello.

**Conclusión**

Este caso resalta la importancia de considerar reacciones retardadas en el estudio de alergia a β-lactámicos y el valor de la provocación controlada para un diagnóstico preciso. El diagnóstico diferencial incluye exantemas maculopapulares o urticaria retardada, pero la localización fija orienta claramente al EFM.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Desensibilización a cefiderocol en bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente: una estrategia terapéutica en un paciente alérgico a betalactámicos

Martínez Jiménez L[1,2], Jiménez Rodríguez TW[1,2], Contreras García MB[1,2], Fernández Barragán A[1,2], Martos Bianqui N[1,2]

[1] Sección de Alergología, Hospital Universitario Dr. Balmis (ISABIAL), Alicante
[2] Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante

**Objetivo/Introducción**

Las infecciones causadas por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente (MDR) suponen un importante desafío terapéutico, que se complica aún más en pacientes con hipersensibilidad documentada a β-lactámicos. Cefiderocol, una nueva cefalosporina siderófora, constituye una opción clave frente a bacilos gramnegativos multirresistentes; sin embargo, su uso puede verse limitado ocasionalmente por reacciones de hipersensibilidad inmediata.

Presentamos el caso clínico de una urticaria aguda inducida por la administración de cefiderocol.

Con el objetivo de mantener la eficacia terapéutica y garantizar la continuidad del tratamiento durante la hospitalización, se implementó un protocolo de desensibilización rápida.

**Material y métodos**

Presentamos el caso de un varón de 77 años ingresado por neumonía por SARS-CoV-2, derrame pleural y bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente. Como antecedentes destacaba anafilaxia grado 3 a amoxicilina, confirmada mediante pruebas intradérmicas positivas y niveles elevados de IgE específica frente a ampicilina (0,29 kU/L), así como tolerancia demostrada a cefuroxima y meropenem.

Tras la administración de la primera dosis intravenosa de cefiderocol (2 g), el paciente presentó anafilaxia (urticaria y mareo) con constantes vitales estables. Los síntomas empeoraron tras la segunda dosis. Se implementó un protocolo de desensibilización de 3 bolsas y 12 pasos, con premedicación mediante cetirizina oral (10 mg) y famotidina (40 mg).

Las soluciones se prepararon en 100 mL y la velocidad final de infusión se estableció en 30 mL/h. Tras la desensibilización, las dosis posteriores de 2 g se diluyeron en 100 mL y se administraron a 30 mL/h, con un tiempo total de infusión de 5,3 horas.

**Resultados**

La desensibilización permitió completar el tratamiento con excelente tolerancia y sin reacciones de hipersensibilidad intercurrentes con un total de nueve dosis tras la desensibilización, sin nuevos episodios de reacción de hipersensibilidad.

**Conclusión**

La desensibilización a cefiderocol permitió un tratamiento seguro y eficaz en paciente alérgico a β-lactámicos, manteniendo continuidad terapéutica óptima a infecciones multirresistentes complejas.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Protocolo de desensibilización a deferasirox en una paciente adolescente con reacción alérgica previa

Panique Lazcano LE[1], de la Rocha Ortiz I[1], de las Vecillas Sánchez L[1,2], Gómez Traseira C[1,2]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital La Paz (IdiPAZ), Madrid

**Objetivo/Introducción**

El deferasirox es un quelante oral del hierro utilizado en pacientes con sobrecarga férrica, por su eficacia, buena tolerancia y facilidad de administración. Sin embargo, puede asociarse a reacciones de hipersensibilidad, dificultando la continuidad de la quelación férrica en un contexto de necesidad clínica.

**Material y métodos**

Adolescente mujer de 17 años con antecedente de leucemia mieloide aguda M2 en remisión tras tratamiento quimioterápico que inició deferasirox a dosis de 720 mg/día por sobrecarga férrica. A los 4 días presentó un exantema maculo-papular-eritematoso y pruriginoso, inicialmente en extremidad superior izquierda, con extensión progresiva a tronco, extremidades inferiores, palmas y plantas, sin clínica sistémica asociada.

El cuadro se resolvió tras prednisona 60 mg vía oral (VO) por 4 días. Se realizó estudio alergológico mediante pruebas epicutáneas, test de transformación linfocitaria (TTL) (Tabla 1) y prueba de exposición oral controlada (PEC).

**Tabla 1.** Test de proliferación linfocitaria (TTL).

| Concentración | Resultado |
|---|---|
| 1 µg/mL | 0,7 |
| 10 µg/mL | 0,9 |
| 50 µg/mL | 0,8 |
| 100 µg/mL | 0,9 |

**Resultados**

Las pruebas epicutáneas (lectura a las 48 y 96 horas) y el TTL fueron negativos. Durante la PEC se alcanzó una dosis acumulada de 720 mg (2 comprimidos de 360 mg con un intervalo de 60 minutos). Cinco horas después presentó un exantema maculo-papular pruriginoso en ambas extremidades superiores, con extensión a extremidades inferiores y rostro, que mejoró en 24 horas tras dexclorfeniramina 2 mg y metilprednisolona 40 mg VO.

Ante la necesidad de mantener el tratamiento, se realizó un protocolo de desensibilización en 14 pasos (Tabla 2), con premedicación diaria (cetirizina 10 mg) y observación hospitalaria. El protocolo se inició con dosis diluidas desde 0,9 mg hasta alcanzar la dosis terapéutica (720 mg/día) de forma progresiva y escalonada en 58 días con buena tolerancia. La paciente mantuvo dicha dosis durante 30 días sin incidencias.

**Conclusión**

La desensibilización a deferasirox es una alternativa eficaz en casos seleccionados de alergia al fármaco, permitiendo su reintroducción progresiva y segura, favoreciendo la continuidad de una quelación oral efectiva, siempre bajo supervisión especializada y con monitorización estrecha.

**Tabla 2.** Protocolo de desensibilización a deferasirox.

| Pasos | Intervalo (días) | Formulación Dilución A (1,8 mg/mL)[a] | Dosis (mg) | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | Dilución A (0,5 mL) | 0,9 mg | Sin reacción |
| 2 | 3 | Dilución A (1 mL) | 1,8 mg | Sin reacción |
| 3 | 4 | Dilución A (2,7 mL) | 2,7 mg | Sin reacción |
| 4 | 3 | Dilución A (3 mL) | 5,4 mg | Sin reacción |
| 5 | 5 | Dilución A (6 mL) | 10,8 mg | Sin reacción |
| 6 | 7 | Comprimido de 90 mg (1/4) | 22,5 mg | Sin reacción |
| 7 | 3 | Comprimido de 90 mg (1/2) | 45 mg | Sin reacción |
| 8 | 4 | Comprimido de 90 mg (1) | 90 mg | Sin reacción |
| 9 | 3 | Comprimido de 90 mg (1 1/2) | 135 mg | Sin reacción |
| 10 | 4 | Comprimido de 90 mg (2) | 180 mg | Sin reacción |
| 11 | 3 | Comprimido de 90 mg (3) | 270 mg | Sin reacción |
| 12 | 4 | Comprimido de 360 mg (1) | 360 mg | Sin reacción |
| 13 | 7 | Comprimido de 360 mg (1 1/2) | 540 mg | Sin reacción |
| 14 | 7 | Comprimido de 360 mg (2) | 720 mg | Sin reacción |

[a]Dilución A: Un comprimido de 90 mg se disolvió en 50 mL de agua para obtener una concentración de 1,8 mg/mL. El protocolo se completó en un total de 58 días, alcanzando una dosis final de 720 mg, sin aparición de reacciones adversas durante la desensibilización.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Reacción cutánea grave por apalutamida confirmada mediante TTL: a propósito de un caso

Correas del Prado T[1], Sáez Vicente A[1], Martínez Feito A[2], Ruiz-Bravo Burguillos E[2], Valbuena Garrido T[1], Núñez Acevedo B[1]

[1] Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid
[2] Hospital Universitario La Paz, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La apalutamida, un inhibidor no esteorideo del receptor androgénico utilizado en el tratamiento del cáncer de próstata, se ha asociado con reacciones cutáneas leves en la mayoría de los casos, mientras que las reacciones cutáneas graves (SCAR), incluido DRESS, se han descrito en casos aislados.

La confirmación diagnóstica mediante test de transformación linfocitaria (TTL) es excepcional, y la reactividad cruzada entre inhibidores del receptor androgénico no está bien establecida.

**Material y métodos**

Se presenta el caso de un varón de 74 años con adenocarcinoma de próstata en tratamiento con apalutamida. Se recogieron datos clínicos, analíticos e histopatológicos. El estudio incluyó TTL frente a los fármacos implicados.

**Resultados**

A las 7 semanas del inicio de apalutamida, el paciente desarrolló edema facial y exantema maculopapular pruriginoso progresivo, con evolución en las semanas posteriores a eritrodermia descamativa generalizada sin afectación mucosa, asociando eosinofilia moderada (900/μL) sin otros datos de afectación sistémica.

La biopsia cutánea mostró hallazgos compatibles con DRESS incluyendo queratinocitos necróticos, degeneración vacuolar basal, infiltrado linfocitario en dermis superficial, paraqueratosis y pústulas en capa córnea, sin eosinófilos. Aplicando criterios RegiSCAR el cuadro se clasificó como posible DRESS.

Tras la suspensión del fármaco y el inicio de corticoterapia sistémica, presentó mejoría progresiva. No obstante, tras la introducción de enzalutamida como alternativa terapéutica, desarrolló un exantema maculopapular a las 72 horas que remitió tras su retirada.

Realizamos TTL con resultado positivo para apalutamida (IE: 5,4) y enzalutamida (IE: 3,8), apoyando un mecanismo inmunológico mediado por linfocitos T y sugiriendo reactividad cruzada entre ambos fármacos.

**Conclusión**

Se describe un caso de posible DRESS por apalutamida con confirmación mediante TTL. La reaparición precoz de la clínica con enzalutamida, junto con la positividad del TTL para ambos fármacos, demuestra la existencia de reactividad cruzada entre estos inhibidores del receptor androgénico, con implicaciones en la selección de alternativas terapéuticas.

## Alergia a midazolam como causa de hipotensión perianestésica severa

Kuljuh Causevic A, Muñoz Ramírez M, Lemes Mendoza C, Boulaich Ouazzani-Hassani M, Sánchez-Guerrero Villajos I

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones de hipersensibilidad perioperatorias constituyen un reto diagnóstico por la administración simultánea de múltiples fármacos. Los relajantes neuromusculares y antibióticos son las causas más frecuentes, mientras que las benzodiacepinas se consideran desencadenantes poco habituales. Presentamos un caso de posible alergia a midazolam manifestada como hipotensión severa aislada.

**Material y métodos**

Paciente de 68 años remitido para estudio tras episodio de hipotensión severa (presión arterial sistólica 40 mmHg) durante inducción anestésica en cirugía programada. Los fármacos administrados fueron: cefazolina, rocuronio, atropina, lidocaína, propofol, fentanilo, dexametasona, sevoflurano y midazolam. No presentó clínica cutánea ni respiratoria y la triptasa sérica fue normal. El paciente refería una reacción similar en 2019 durante una intervención quirúrgica en la que también se había administrado midazolam. Se realizó estudio alergológico con pruebas cutáneas (*prick* e intradermorreacción), test de activación de basófilos (TAB) y pruebas de provocación controlada dependiendo del fármaco.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas con cefazolina, lidocaína, propofol, fentanilo, rocuronio, cisatracurio y dexametasona fueron negativas. Con midazolam, el *prick* fue negativo y la intradermorreacción fue positiva a dilución 1/10 (con 10 controles negativos). El TAB con midazolam y otros fármacos fue negativo. Las pruebas de provocación con cefazolina, dexametasona y lidocaína fueron bien toleradas. Ante la alta sospecha de alergia a midazolam, se aconsejó su prohibición. Posteriormente, el paciente ha sido intervenido, usando todos los fármacos, excepto midazolam, sin incidencias.

**Conclusión**

El midazolam, aunque raramente implicado, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de reacciones perioperatorias. La recurrencia de hipotensión en exposiciones con midazolam y su ausencia tras evitarlo refuerzan su papel causal. La positividad en la intradermorreacción apoya esta hipótesis, pese a que la triptasa fue normal. Es fundamental una evaluación alergológica sistemática para identificar el fármaco responsable y proponer alternativas seguras.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a tocilizumab (y otros anticuerpos monoclonales) por sensibilización a dominios estructurales de la inmunoglobulina G

González Bravo L[1], Sánchez González MJ[1], Barbarroja Escudero J[1], Matas Domínguez T[1], Pineda de la Losa F[2], Galán Díez T[2]

[1] Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid
[2] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones de hipersensibilidad a anticuerpos monoclonales son extremadamente raras y pueden estar mediadas por mecanismos inmunológicos dirigidos frente al fármaco o sus excipientes, como el polisorbato 80. La diferenciación entre ambos mecanismos es esencial para la toma de decisiones terapéuticas.

**Material y métodos**

Mujer de 54 años con HTA, DL, hipotiroidismo y artritis reumatoide, que tras 2 meses de tratamiento semanal con tocilizumab subcutáneo (anti-IL6), presenta eritema pruriginoso inmediato en el lugar de la inyección, con una duración de 3-4 días. Pendiente de iniciar rituximab (anti-CD20) como alternativa.

La paciente es derivada a nuestra unidad de alergología para estudio.

Se realizaron:

- Pruebas cutáneas (PC) con tocilizumab y polisorbato-80 (excipiente).
- Se analizaron tocilizumab y rituximab mediante SDS-PAGE e IgE-Western blot en condiciones reductoras y no reductoras.

**Resultados**

- PC con polisorbato-80 en *prick* (0,04 mg/mL) y en intradermorreacción (0,004 y 0,04 mg/mL): negativas.
- PC con tocilizumab en *prick* (puro) y en intradermorreacción (1/10): intradermo positiva (pápula 7 mm).
- El Western blot mostró unión de IgE a una banda de alto peso molecular (>250 kDa) en condiciones no reductoras, compatible con la estructura intacta de la inmunoglobulina. En condiciones reductoras, se observó reconocimiento de una banda en torno a 25 kDa en tocilizumab, correspondiente a cadenas ligeras de la IgG. En el caso de rituximab, se identificaron bandas en ~25 kDa y ~50 kDa, atribuibles a cadenas ligeras y pesadas.

**Conclusión**

Este caso demuestra un mecanismo de hipersensibilidad IgE-mediada frente a dominios estructurales de anticuerpos monoclonales, con reconocimiento preferente de cadenas ligeras en tocilizumab y respuesta más amplia frente a rituximab. La diferencia observada probablemente se relaciona con el grado de humanización del anticuerpo, siendo mayor la respuesta inmunológica frente a anticuerpos quiméricos, al carácter humanizado y menor inmunogenicidad de tocilizumab.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# *Shock* anafilácticos tras cistoscopias: cuando lo evidente no es la causa

Ojeda Fernández I, Ojeda Fernández P, Rubio Olmeda G, Ochando Díez-Canseco M, Pesántez Méndez C

Clínica de Asma y Alergia Dres. Ojeda, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones anafilácticas en el curso de procedimientos médicos invasivos son infrecuentes, pero pueden suponer un reto diagnóstico alergológico.

**Material y métodos**

Varón de 77 años, con carcinoma vesical in situ, sometido a repetidas cistoscopias, empleando gel anestésico de lidocaína en 4 ocasiones previas. En la 5ª cistoscopia sufre un *shock* anafiláctico.

Tras el estudio, se descartó alergia a látex y se evidenció IgE específica a lidocaína (0,68 kU/L; IgEt 663 U/mL). Se realizaron pruebas de provocación con mepivacaína y tetracaína, con tolerancia, aconsejándolas como alternativa anestésica.

Un mes después, en la sexta cistoscopia empleando gel de tetracaína, vuelve a sufrir un *shock* anafiláctico de mayor gravedad que el anterior. Contactamos con el urólogo para información: usaron lubricante acuoso SULKY®; material de desinfección del cistoscopio CIDEX® (orto-ftalaldehído).

**Resultados**

- *Prick* lubricante SULKY: negativo.
- *Prick* con orto-ftalaldehído: 10 × 10 mm.
- Intradermorreacción con Orto-ftalaldehído al 1/1000: pápula 30 × 20 mm; eritema 50 × 30 mm (Figura).
- Intradermorreacción 1/1.000; 1/100; 1/10; 1/1 con clorhexidina: negativas.
- Intradermorreacción con lidocaína 1/1.000; 1/100; 1/10; 1/1: negativas.
- Séptima cistoscopia, con desinfección en autoclave y uso de anestésicos locales, bien tolerada.

**Conclusión**

Nuestro caso ilustra un *shock* anafiláctico por sensibilización a orto-ftalaldehído, empleado como agente desinfectante del cistoscopio.

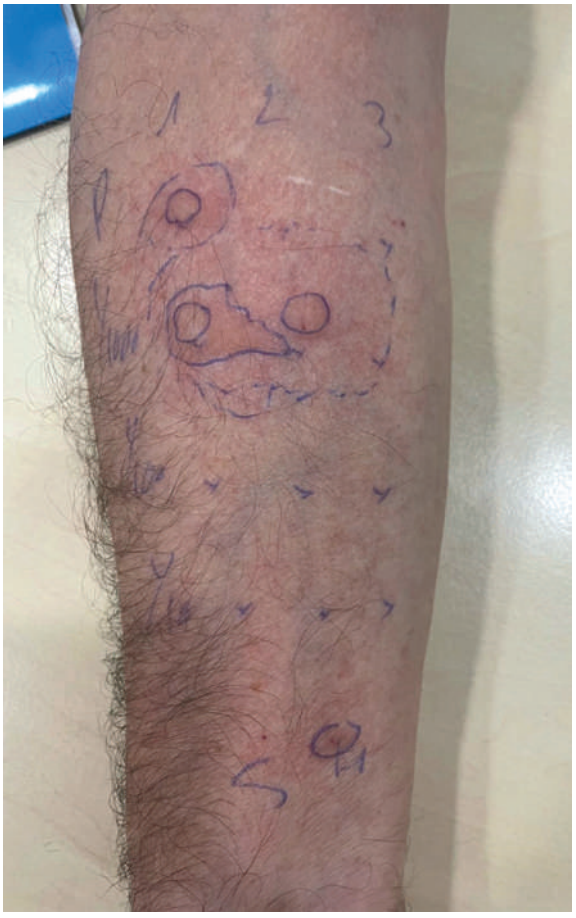



**Figura.** *Prick* e ID con orto-ftalaldehído (1), clorhexidina (2) y *prick* con Sulky (3). Se observó *prick* e ID positivos con 1 y *prick* e ID negativos con 2 y con 3.

Inicialmente, al obtener una IgE especifica a lidocaína positiva y haber estado el paciente sometido varias veces a lidocaína a través de mucosa uretral, atribuimos la causa de las anafilaxias del paciente a la supuesta sensibilización a lidocaína.

En la anafilaxia, a veces lo evidente no es la causa. Debemos tener en cuenta los productos de desinfección de cualquier fibroscopio como posible causa de reacciones anafilácticas en el curso de estos procedimientos.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Síndrome de DRESS por lenalidomida: un caso clínico

Rodríguez Siverio P[1], Cuesta Apausa MP[2], González Cuervo H[2], Domínguez Calero P[2], Pérez Rodríguez EM[1]

[1] Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife
[2] Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de DRESS es una reacción idiosincrásica adversa grave a fármacos, con una prevalencia 1:1000 - 1:10000 y mortalidad de hasta un 10%. El periodo de latencia es de 2-6 semanas, y se caracteriza por erupción cutánea, linfadenopatía, fiebre elevada, eosinofilia o linfocitos atípicos y afectación sistémica. Se asocia a reactivación viral como HHV-6, CMV o VHB.

Mujer de 80 años con HTA, DLP, DM-2, ERC E 3a, miocardiopatía dilatada. Progresión de mieloma múltiple IgG Kappa; se inicia tratamiento con lenalidomida y dexametasona.

A los 6 días del tercer ciclo, comienza con fiebre y exantema macular eritematoso confluyente con afectación generalizada, descamativo, asociando púrpura y prurito. No presenta edema, y el signo de Nikolsky fue negativo. Aftas milimétricas en encía labial superior.

**Material y métodos**

Se solicitan pruebas complementarias.

**Resultados**

- Analítica urea 95 mg/dL Cr 1,61 mg/dL (previo 0,82) FGE 30 mL/min (previo 68) AST 98 U/L (previo 13) ALT 167 U/L (previo 12) LDH 365 U/L Bilirrubina 0,63 mg/dL GGT 55 U/L FA 180 U/L PCT 0,81 ng/mL PCR 95,82 mg/L. Hemograma leucocitos 27.800 u/L, neutrofilia 10.300 u/L eosinofilia 9.950 U/I Hb 12 g/dL plaquetas 88.200.
- Frotis sangre periférica: leucocitosis a expensas de eosinófilos. No desviaciones a la izquierda. Algún linfocito activado.
- Exudado oral: ADN VHS tipo 1. Cultivo hongos: *candida albicans*.
- Hemocultivos x2: negativos.
- Biopsia cutánea: dermatitis de interfase vacuolar con espongiosis, pústulas e infiltrado inflamatorio polimorfo con frecuentes eosinófilos.

**Conclusión**

Diagnóstico: síndrome de DRESS por lenalidomida (RegiSCAR >5) y mucositis por VHS tipo 1 y *candida*. Se inicia tratamiento con corticoterapia (3 meses), ebastina 20 mg, metilprednisolona tópica, aciclovir y cefepime (4 días).

En pacientes con mieloma múltiple tratados con lenalidomida, se ha observado activación de células T y estimulación inmune, que forman parte de los efectos antitumorales y que podrían explicar la fisiopatología del síndrome de DRESS.

## Esofagitis eosinofílica asociada a sensibilización a LTP inducida por fitoterapia

Ranea Arroyo S[1], López Los Santos P[1], Martínez Martínez MJ[2], Pineda de la Losa F[2]

[1] Mallorca Allergy Clinic, Palma de Mallorca
[2] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) se asocia frecuentemente a sensibilización IgE mediada frente a proteínas alimentarias. Sin embargo, el papel de productos fitoterapéuticos como fuente inadvertida de exposición alergénica permanece escasamente explorado. Presentamos un caso de EoE en el que se identifica sensibilización a LTP potencialmente inducida por la ingesta de preparados herbales.

**Material y métodos**

Se evaluó a un paciente con diagnóstico reciente de EoE tras inicio de tratamiento con un preparado comercial a base de valeriana, pasiflora y espino blanco. Se prepararon extractos proteicos de cada componente individual y del producto completo.

El perfil proteico y alergénico se analizó mediante SDS-PAGE e IgE-Western blot con suero del paciente. Se realizaron estudios de inhibición utilizando Pru p 3 recombinante para evaluar la implicación de epítopos compartidos de tipo LTP.

**Resultados**

El Western blot reveló reconocimiento IgE frente a múltiples bandas en el extracto de *Passiflora incarnata*, destacando proteínas de aproximadamente 10, 19 y 22 kDa. El análisis con Pru p 3 recombinante mostró reconocimiento directo, y los ensayos de inhibición demostraron reducción significativa de la señal IgE en la banda de ~10 kDa, confirmando la presencia de epítopos compartidos compatibles con una nsLTP.

No se observó un patrón de reconocimiento relevante en los extractos de valeriana ni espino blanco que justificara la clínica del paciente. Estos hallazgos son concordantes con el perfil molecular del paciente, caracterizado por sensibilización predominante a LTP.

**Conclusión**

Este caso demuestra que productos fitoterapéuticos pueden actuar como fuente inadvertida de exposición a nsLTP, con potencial implicación en la patogénesis de EoE. La identificación de reactividad cruzada con Pru p 3 en *Passiflora incarnata* sugiere la presencia de una LTP funcionalmente relevante no previamente caracterizada. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar suplementos herbales en la evaluación etiológica de enfermedades alérgicas mediadas por alimentos.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a medios de contrastes infrecuentes: urticaria por alergia a fluoresceína intravenosa

Domínguez Estirado A, Chamorro Gómez M, Sánchez Moreno GV, Elices Apellániz A

Sección de Alergología, Hospital Universitario del Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La fluoresceína es un colorante que se utiliza tanto tópico como intravenoso para el estudio de numerosas afecciones oculares, incluyendo la DMAE o complicaciones diabéticas. Su administración intravenosa puede ocasionar efectos adversos como malestar y vómitos en un 5-15% por mecanismos no inmunológicos, mientras que la aparición de urticaria o angioedema es infrecuente (0,2%).

Se ha descrito que las reacciones previas a fluoresceína y la sensibilización a alérgenos ambientales aumentan el riesgo de reacción.

**Material y métodos**

Mujer de 62 años diagnosticada de rinoconjuntivitis alérgica por polen de gramíneas y urticaria por alergia a melocotón con sensibilización a LTP. En 2025 se le realizó angiografía con administración de fluoresceína intravenosa por posible DMAE, presentando inmediatamente habones en cara y escote, que se resolvieron tras administración de corticoide y antihistamínico parenteral. Se extrajo triptasa en urgencias.

La paciente refería no haberse administrado fluoresceína previamente.

Se realizó estudio alergológico con prueba cutánea en *prick* con fluoresceína pura y en ID con diluciones 1/1.000, 1/100 y 1/10.

**Resultados**

El estudio alergológico con fluoresceína fue negativo en *prick* e ID dilución 1/1.000 y positivo con diluciones 1/100 (10 × 10 mm) y 1/10 (25 × 25 mm). Los niveles de triptasa en urgencias fueron de 4,5 microg/L y basal 3,8 microg/L.

Se indicó evitar administración de fluoresceína por todas las vías.

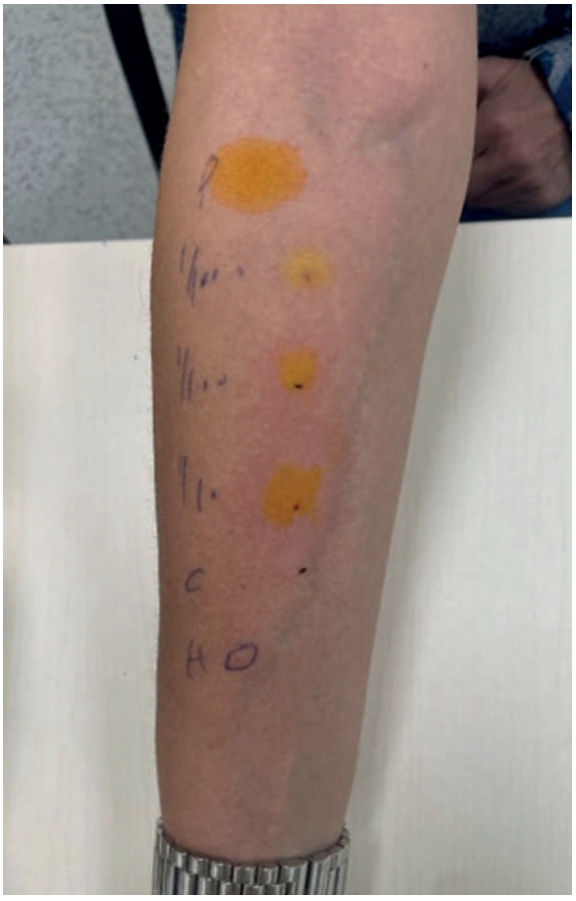


**Figura.** Estudio alergológico con pruebas cutáneas con fluoresceína: negativas en *prick* y dilución 1/1.000 y positivas en ID con dilución 1/100 y 1/10.

**Conclusión**

Presentamos un caso de urticaria generalizada tras administración intravenosa de fluoresceína con estudio alergológico que revela un mecanismo IgE mediado. Dado el uso creciente de fluoresceína en el diagnóstico de patologías coriorretinianas asociadas a la edad, es fundamental considerar la posibilidad de reacciones alérgicas sistémicas, aunque infrecuentes, e identificarlas adecuadamente para su prevención.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Cuando el desencadenante pasa desapercibido: anafilaxia por clorhexidina en un paciente pediátrico con múltiples exposiciones

Contreras García MB, Martos Bianqui N, Martínez Jiménez L, Fernández Barragán A, Delgado González P

Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, Elche

**Objetivo/Introducción**

La clorhexidina es un antiséptico ampliamente utilizado en el ámbito sanitario. Actualmente, los casos de hipersensibilidad se están incrementando, especialmente en el contexto perioperatorio (5-10%). El diagnóstico es complejo en pacientes expuestos a múltiples fármacos, por lo que sigue siendo una causa infradiagnosticada.

**Material y métodos**

Varón de 16 años diagnosticado de leucemia linfoblástica aguda B que ingresa para tratamiento con metotrexato. Durante el ingreso presenta varios episodios de urticaria generalizada, angioedema con vómitos y, en algún episodio, hipotensión. Los episodios se relacionaron con la administración de granisetrón y con la transfusión de concentrados de hematíes a través del catéter venoso central.

En un posterior episodio, tras extracción de analítica del catéter central, presentó vómitos, eritema y prurito cutáneo, visión borrosa e hipotensión. La triptasa sérica durante la reacción fue 4,9 µg/L (basal 2,6 µg/L). Ante episodios de anafilaxia sin claro desencadenante, se inició tratamiento de mantenimiento con antihistamínicos y cromoglicato de sodio. El estudio alergológico a las 4 semanas mostró marcada sensibilización a clorhexidina (*prick test* 35 mm), y negatividad con granisetrón. Tras evitar clorhexidina el paciente ha permanecido asintomático sin medicación.

**Resultados**

Se trata de un paciente con reacciones de hipersensibilidad inmediata grado 3 (*shock* anafiláctico), fenotipo 1 por clorhexidina, que cumple criterios de activación mastocitaria. Inicialmente, se sospechó del granisetrón como agente causal, pero la persistencia de los cuadros de anafilaxia tras extracciones sanguíneas obligó a pensar en clorhexidina. La clorhexidina como causa de anafilaxia ha sido reconocida crecientemente en los últimos años, especialmente en pacientes con exposiciones simultáneas a múltiples fármacos o procedimientos diagnósticos. La exposición a través de mucosas o superficies lesionadas, como son los catéteres venosos, favorece reacciones graves por mayor absorción sistémica.

**Conclusión**

La clorhexidina debe considerarse en el diagnóstico diferencial de anafilaxia en pacientes con reacciones perioperatorias o durante procedimientos médicos, especialmente cuando el agente causal no es evidente.

## Pruebas de provocación a medicamentos y alimentos: experiencia en un centro privado

Carvallo Michelena A, Correa Borit JM

Hospital Quirónsalud Torrevieja, Torrevieja, Alicante

**Objetivo/Introducción**

Las pruebas de provocación son el *gold standard* para el diagnóstico de una alergia a medicamentos o alimentos. Se trata de procedimientos complejos, tanto por los protocolos a seguir como por el riesgo de producirse reacciones al fármaco o alimento de sospecha. Este estudio tiene como objetivo explorar las principales características de las pruebas de provocación a medicamentos y alimentos, incluyendo la tasa de positividad, los alérgenos más frecuentes, la severidad de las reacciones producidas, y su tratamiento.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes atendidos en el Servicio de Alergología del Hospital Quirónsalud Torrevieja, entre enero de 2024 y diciembre de 2025, que acudieron a realizar una o más pruebas de provocación a medicamentos y/o alimentos.

**Resultados**

Se realizaron 283 pruebas de provocación, de las cuales 38 (13%) fueron positivas. 206 (73%) fueron con medicamentos y 77 (27%) con alimentos. La mediana de edad fue 41 años, con 213 (75%) provocaciones a adultos y 70 (25%) en población pediátrica. En 62 pacientes (33%) se realizó más de una prueba de provocación. Los medicamentos más implicados fueron los betalactámicos (53%), mientras que entre los alimentos destacaron los frutos secos y las semillas (38%). Entre las pruebas de provocación positivas, el 82% presentó exclusivamente síntomas mucocutáneos y el 60% requirió únicamente tratamiento antihistamínico. Se produjeron dos (5%) reacciones anafilácticas. Todas las reacciones fueron de tipo inmediato y el 66% se produjo con la primera dosis.

**Conclusión**

Las pruebas de provocación son procedimientos en su mayoría seguros. Cuando se producen reacciones durante una provocación, estas suelen ser leves, tempranas y en la mayoría de los casos remiten con tratamiento antihistamínico. No obstante, es necesario contar con los protocolos necesarios para su adecuada realización y manejo de situaciones adversas.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Reacción selectiva inmediata a paracetamol: limitaciones de las pruebas cutáneas y papel de la provocación

De Manueles Tabliega P, Cañada Peña CL, López Pascual ME, Ruiz González CM, Jiménez López FJ

Hospital Universitario de Jaén, Jaén

**Objetivo/Introducción**

El paracetamol es uno de los analgésicos más utilizados a nivel mundial, con un amplio margen de seguridad.

Las reacciones de hipersensibilidad no son frecuentes, por lo que constituye una alternativa habitual en pacientes con intolerancia a antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Estas reacciones pueden obedecer a mecanismos inmunológicos, en el caso de las formas selectivas, o a mecanismos no inmunológicos asociados a la inhibición de la COX-1, responsables de la reactividad cruzada.

**Material y métodos**

Varón de 35 años, sin antecedentes personales relevantes, que tras la administración de paracetamol 1 g, en el contexto de infección respiratoria, desarrolla a los 5 minutos una reacción inmediata con urticaria generalizada, disnea y edema faríngeo, requiriendo asistencia en urgencias.

Refiere episodio previo días antes, con la toma del mismo fármaco presentando solo urticaria que se autolimitó.

Tolerancia posterior a metamizol.

**Resultados**

Se realizan pruebas cutáneas con paracetamol: *prick test* e intradermorreacción negativos (histamina 9 mm).

Se realiza test de exposición oral simple ciego con paracetamol a dosis progresivas.

Pocos minutos después de administrar 100 mg, el paciente refiere malestar general, hipotensión, taquicardia y *rash* cutáneo generalizado precisando asistencia urgente con 80 mg de metilprednisolona iv, 100 mg de hidrocortisona iv, dexclorfeniramina iv y adrenalina 0,3 mg IM, con evolución favorable.

**Conclusión**

El caso descrito es compatible con una reacción de hipersensibilidad inmediata tras la administración de paracetamol. El rendimiento de las pruebas cutáneas con paracetamol es limitado y su negatividad no permite descartar una hipersensibilidad inmediata siendo la prueba de exposición controlada fundamental para su confirmación.

## SDRIFE (*Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema*): serie de 3 casos

Morales Acevedo LA, Roibas Veiga I, Marcos Bravo MC

Hospital Universitario de Vigo, Vigo

**Objetivo/Introducción**

El SDRIFE (*Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema*) es un tipo de reacción de hipersensibilidad medicamentosa tipo IVa que puede presentarse sin necesidad de exposición previa al fármaco desencadenante. Cursa con eritema simétrico en forma de "V" en la región glútea o perianal con compromiso de al menos otro pliegue cutáneo, y con ausencia de clínica sistémica.

**Material y métodos**

Se presentan las características clínicas de tres pacientes diagnosticados de SDRIFE en nuestro servicio en el último año.

**Resultados**

- *Paciente 1.* Varón de 72 años con un episodio compatible por una penicilina desconocida hacía 40 años. Se realizaron pruebas cutáneas en *prick*-intradermorreacción con lectura inmediata y tardía (PC) con PPL, DM, penicilina G, penicilina V, amoxicilina y cefuroxima, con resultado negativo. Las pruebas de exposición controlada (PEC) con amoxicilina y penicilina V fueron positivas y fue negativa con cefuroxima.
- *Paciente 2.* Varón de 70 años con clínica compatible por deflazacort con la primera exposición. Las PC con batería de corticoides fueron negativas. Las pruebas de exposición controlada fueron positivas con deflazacort y metilprednisolona y fueron negativas con dexametasona y triamcinolona.
- *Paciente 3.* Mujer de 78 años con clínica compatible por metilprednisolona a la que se había expuesto previamente tanto de forma oral como tópica. Las PC con batería de corticoides fueron negativas. La prueba de exposición controlada fue positiva con metilprednisolona y fueron negativas con dexametasona y triamcinolona.

**Conclusión**

El SDRIFE es una entidad clínica poco conocida. Puede presentarse sin exposición previa al fármaco implicado, lo que sugiere que no se trata de una reacción de hipersensibilidad tipo IV al uso. La prueba de exposición controlada es el *gold standard* para el diagnóstico ya que las PC suelen ser negativas. Además, la PEC es necesaria para proporcionar alternativas terapéuticas, dado que no siempre se cumplen los patrones de reactividad cruzada establecidos.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Pustulosis exantemática aguda generalizada por hipersensibilidad tipo IV a prednisona

De la Parte de la Fuente B, Zamora Verduga M, Moreno Mata E, Burgos Montero A, Jaqueti Moreno P, González Sánchez LA

Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real

**Objetivo/Introducción**

La pustulosis exantematica aguda generalizada (PEGA) es una de las reacciones adversas cutáneas graves por medicamentos (SCAR). Los factores de riesgo para las SCAR son la predisposición genética y la exposición a fármacos.

La PEGA es una reacción cutánea grave caracterizada por la aparición aguda de pústulas estériles no foliculares sobre fondo eritematoso. La causa más frecuente de PEGA es la administración de medicamentos (90%). Los fármacos más frecuentemente implicados son los antibióticos betalactámicos. La PEGA por glucocorticoides es poco frecuente.

**Material y métodos**

Varón de 69 años que por bronquitis realizó tratamiento con prednisona 30 mg, 1 c/24 h. A las 24 h presentó eritema en las ingles, hasta su llegada a urgencias, cuando presentaba empeoramiento progresivo, pústulas blanquecinas inicialmente puntiformes, no pruriginosas generalizadas, que confluían en placas pustulosas. En algunas zonas presentaba pústulas rotas con despegamiento cutáneo. El paciente previamente había realizado tratamiento con prednisona en varias ocasiones. No presentaba adenopatías, megalias, ni fiebre. Se sospechó una PEGA por prednisona. Fue tratado con dexametasona y dexclorfeniramina y suero fisiológico de soporte. Se le prohibieron el resto de corticoides.

**Resultados**

Dos meses después del alta, se le realizaron pruebas epicutáneas con glucocorticoides siendo positivas a prednisolona (+), prednisona (++) y deflazacort (++) a las 48 h. Esto confirmó el diagnóstico de PEGA por prednisona.

**Conclusión**

Presentamos un caso de PEGA por prednisona, confirmado por pruebas epicutáneas positivas a GC, en el que el hecho de que el tratamiento de elección de la PEGA sea precisamente corticoides tópicos y sistémicos, añadió dificultad al caso.

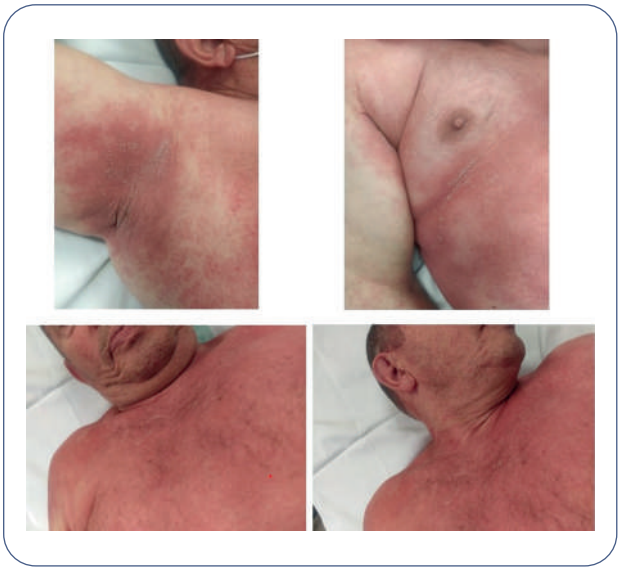


**Figura 1.** Pústulas, eritema y descamación en axilas y tronco a las 24 h de la toma de prednisona.



**Figura 2.** Lesiones en resolución (a los 5 días del inicio del tratamiento). Pruebas epicutáneas positivas a prednisolona (13), prednisona (15) y deflazacort (16).

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Exantema por hipersensibilidad tardía a adalimumab confirmada mediante pruebas cutáneas y estudio histopatológico

Arana-Arce JS, Altuve-Giannini F, Mateo Francés V, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado-Mellado B

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Adalimumab es un anticuerpo monoclonal anti-TNF-α ampliamente utilizado en enfermedades inflamatorias crónicas. Las reacciones de hipersensibilidad tardía son poco frecuentes y su diagnóstico resulta complejo debido a la falta de protocolos estandarizados. El exantema maculopapular constituye una de las manifestaciones más comunes de hipersensibilidad mediada por linfocitos T. Reportamos un caso clínico en el que se confirma este mecanismo mediante pruebas cutáneas y biopsia.

**Material y métodos**

Mujer de 64 años con artritis reumatoide seronegativa diagnosticada en 2004. Había recibido tratamiento previo con etanercept, sustituido por adalimumab. Tras la primera dosis, a los 10 días de su administración, desarrolló una lesión eritematosa pruriginosa en el sitio de inyección en miembro inferior derecho, que progresó a un exantema maculopapular generalizado que afectaba tronco, espalda, extremidades y cara, sin otra clínica asociada. Se suspendió adalimumab, se inició tratamiento con corticoides sistémicos (metilprednisolona 40 mg/día vía oral) y cetirizina durante 7 días, con mejoría progresiva.

**Resultados**

Se realizan pruebas intradérmicas (ID) con adalimumab (4 y 40 mg/mL) con lecturas inmediatas negativas. Sin embargo, la lectura a las 24 horas fue positiva con la concentración de 40 mg/mL, en la que se objetiva placa eritematosa infiltrada de aproximadamente 10 × 5 cm (Figura 1). Se decide realizar biopsia de la ID positiva, con resultado histopatológico que evidenció una dermatitis perivascular superficial con infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario y presencia de eosinófilos, compatible con una reacción de hipersensibilidad medicamentosa retardada (Figura 2).

**Conclusión**

Presentamos un caso de exantema tardío mediado por hipersensibilidad tipo IV a adalimumab, confirmado mediante estudio alergológico e histopatología. Estas herramientas resultan útiles en el diagnóstico, especialmente para la exclusión de diagnósticos diferenciales. Aunque la biopsia cutánea no se realiza de forma rutinaria, en este contexto aportó al diagnóstico y permitió descartar otras entidades.

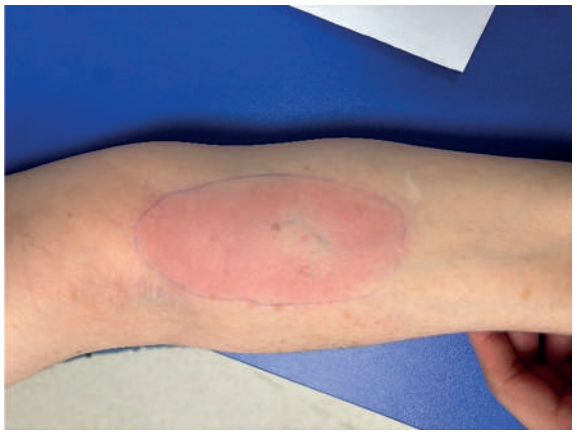


**Figura 1.** Lectura a las 24 horas de prueba intradérmica con adalimumab 40 mg/mL.

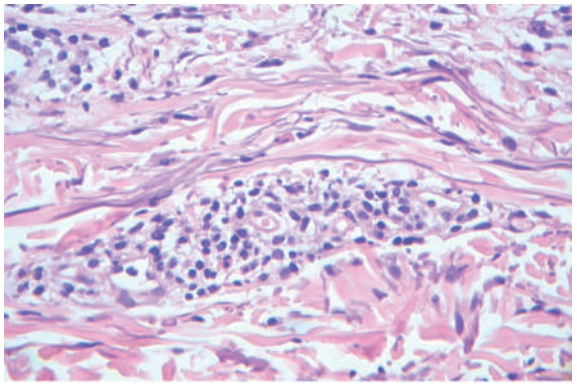


**Figura 2.** Estudio histopatológico con infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario y presencia de eosinófilos a nivel perivascular e intersticial.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Estudio de alergia a betalactámicos en población pediátrica: características clínicas y rendimiento diagnóstico en una cohorte hospitalaria

Ortiz Aljaro PA, Mariño Fernández AG, Albarracín Contreras Á, León Hervias P, García Gutiérrez I, Duque Gómez MS

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

La sospecha de alergia a betalactámicos constituye una causa frecuente de derivación a consultas. La prevalencia autodeclarada en la infancia oscila entre el 1,7% y el 5,2%; sin embargo, menos del 20% de los casos se confirman tras una evaluación alergológica completa.

*Objetivo:* Analizar el rendimiento diagnóstico en pacientes pediátricos con sospecha de hipersensibilidad a betalactámicos durante un periodo de seis años.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó pacientes menores de 6 años remitidos entre 2020 y 2025 (n=306). Se recogieron variables demográficas, antecedentes de enfermedades alérgicas concomitantes, antibiótico implicado, características clínicas de la reacción, procedimientos diagnósticos realizados y resultados del test de provocación oral (TPO).

**Resultados**

El 56,2% de los pacientes eran varones, siendo el grupo etario más representado el de 2-3 años (23,9%). En el momento de la reacción índice, el 28,4% presentaba patología alérgica concomitante. La amoxicilina fue el antibiótico más frecuentemente implicado (66,7%), seguida de amoxicilina-ácido clavulánico (31,7%) y cefalosporinas (0,65%). Las manifestaciones cutáneas estuvieron presentes en el 95% de los casos, predominantemente de inicio tardío (87%) y de carácter leve (99%). Las pruebas cutáneas mostraron resultados no concluyentes en un único paciente. Se realizó TPO en el 97% de los casos, con un 6% de resultados positivos. Tras la reevaluación mediante TPO, solo el 3% del total (n=10) mantuvo indicación de evitación de betalactámicos.

**Conclusión**

En esta cohorte ampliada, la sospecha de hipersensibilidad a betalactámicos se caracterizó principalmente por reacciones cutáneas leves y tardías, con baja tasa de confirmación tras el estudio alergológico. La TPO se confirmó como una herramienta diagnóstica segura y de alto rendimiento, permitiendo el desetiquetado en la gran mayoría de los pacientes. Estos hallazgos refuerzan la importancia de una evaluación alergológica sistemática para evitar restricciones innecesarias y optimizar el uso de antibióticos en la población pediátrica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Erupción fija medicamentosa por cetirizina

Liñares Mata T, Escudero Arias E, Fernández Franco I, Pérez Carral C, Soto Mera T

Hospital Provincial EOXI Pontevedra-Salnés, Pontevedra

**Objetivo/Introducción**

La erupción fija medicamentosa (EFM) ha sido descrita con distintos medicamentos como AINE o antibióticos. Presentamos el caso de una erupción fija medicamentosa por cetirizina, diagnosticada erróneamente 8 años antes como eritema multiforme asociado a herpes simple.

**Material y métodos**

Mujer de 56 años, estudiada previamente en dermatología por lesiones localizadas en manos, pies y glúteo con diagnóstico de eritema multiforme asociado a herpes simple. Había presentado 6 episodios de 1-2 semanas de duración. Tratada con corticoides tópicos, antihistamínicos (cetirizina, atarax) y en ocasiones asociaba aciclovir.

Remitida a consulta de alergología 8 años después para estudio de rinitis intermitente que trataba con antihistamínicos. La paciente refería que los episodios de eritema multiforme los relacionaba con la toma de cetirizina.

Como se trataba de una reacción dudosa, se realizaron pruebas cutáneas (*prick test*) con cetirizina y prueba de provocación oral controlada con cetirizina.

Posteriormente se realizaron pruebas cutáneas y prueba de provocación oral controlada con dexclorfeniramina.



**Figura 1.** Lesión en glúteo a las 48 horas de la provocación con cetirizina.



**Figura 2.** Lesión en mano a las 48 h de la provocación con cetirizina.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas con cetirizina (*prick test*) fueron negativas. La prueba de tolerancia oral con cetirizina fue negativa de manera inmediata. A las 5 horas comienza con eritema en falange distal del segundo dedo de la mano izquierda y lesión eritematosa en el glúteo. En las horas siguientes aumento de la hiperpigmentación de las lesiones hasta violáceas y aparición de lesiones nuevas en dedos de pies y codo izquierdo, así como un leve eritema a nivel frontal. La paciente describe las lesiones similares a los episodios previos. Se trató con prednisona 30 mg y ebastina (tolerada en ocasiones anteriores).

Las pruebas cutáneas con dexclorfeniramina y la prueba de provocación oral controlada con dexclorfeniramina fueron negativas.

**Conclusión**

Presentamos un caso de EFM por cetirizina diagnosticado mediante prueba de provocación oral positiva en paciente con diagnóstico erróneo de eritema multiforme.

Se ha comprobado la tolerancia a otros antihistamincios no piperazinas (ebastina y dexclorfeniramina).

Volver al índice



© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a la abaloparatida: a propósito de un caso

Toapanta Rea EZ, Vázquez Fuertes L, Umpiérrez Rodríguez AM, Santos Larrubia C, Bernaola Abraira M, Bernaola Abraira J

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La abaloparatida es un análogo sintético del péptido relacionado con la hormona paratiroidea (PTHrP), indicado en el tratamiento de la osteoporosis con alto riesgo de fractura. Actúa estimulando la formación ósea mediante la activación selectiva del receptor PTH1. En los ensayos clínicos, las reacciones adversas más frecuentes incluyen mareo, cefalea y reacciones en el lugar de inyección, mientras que los eventos alérgicos de carácter sistémico son poco habituales y escasamente documentados. En este contexto, se presenta el siguiente caso con el objetivo de aportar información adicional a la evidencia disponible sobre este tipo de reacciones asociadas al fármaco.

Se describe el caso de una paciente de 79 años con antecedente de alergia a dipironas que, tras aproximadamente una hora de la administración subcutánea de la tercera dosis de abaloparatida 80 mcg, desarrolló un cuadro agudo de urticaria en región facial y torácica anterior, acompañado de disnea, compatible con anafilaxia leve.

**Material y métodos**

Para el estudio alergológico se realizaron pruebas cutáneas con abaloparatida inicial de 2 mg/mL. *Prick test* al 1:1 e intradérmicas (ID) con dilución al 1:100 y 1:10.

**Resultados**

*Prick test* negativo. La prueba ID al 1:100 fue positiva de forma tardía, habiéndose realizado también la prueba ID al 1:10. Se obtuvieron positivos en ambas pruebas. Estos resultados indican sensibilización al fármaco y apoyan un mecanismo de hipersensibilidad inmediata IgE mediada.

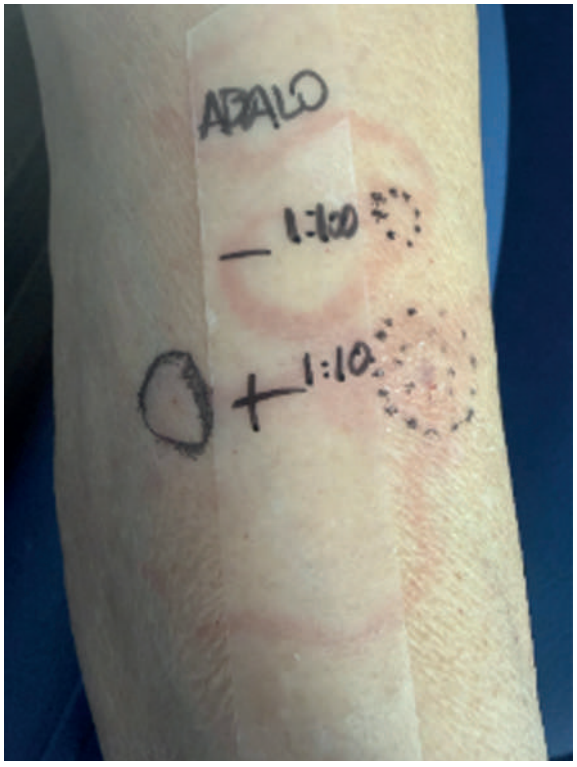



**Figura.** Prueba intradérmica positiva con dilución 1:10 y 1:100.

**Conclusión**

Este caso confirma el diagnóstico de alergia a abaloparatida, evidenciando que, aunque infrecuente, este fármaco puede inducir reacciones de hipersensibilidad sistémica. Se subraya la importancia de considerar reacciones de hipersensibilidad incluso en fármacos con bajo perfil alergénico descrito, así como la utilidad de las pruebas intradérmicas como herramienta diagnóstica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Reacción sistémica tardía tras realización de pruebas cutáneas con contrastes yodados

Guerra Auyanet CM, Correas del Prado T, Pérez Arqueros MDM, Torres Rojas I, Rubio Pérez M, Núñez Acevedo B

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las pruebas cutáneas con medicamentos presentan un buen perfil de seguridad para su realización en práctica clínica habitual. Sin embargo, debemos tener en cuenta que es posible la aparición de reacciones sistémicas, con diferentes niveles de gravedad.



**Figura 1.** Placa eritematosa en zona de realización de pruebas cutáneas.



**Figura 2.** Exantema en tronco tras realización de pruebas cutáneas.

**Material y métodos**

Mujer de 75 años con AP de HTA, DM, y DL que el tercer día tras la realización de TAC con contraste yodado intravenoso (probablemente iohexol), presenta aparición de exantema maculopapular eritematoso generalizado, confluente en placas y de predominio en tronco y MMII. No presentó ampollas, lesiones dianiformes, afectación mucosa o fiebre. Fue tratada en urgencias con metilprednisolona y dexclorfeniramina y posterior pauta descendente de corticoide oral durante 7 días. Niega descamación posterior. Se programa estudio alérgico con contrastes yodados, con realización de pruebas cutáneas en *prick* e intadermorreacción (ID) y test de exposición controlada.

**Resultados**

Se realiza *prick* con Gatrografin, ácido amidotrizoico, iohexol, iodixanol, iobitridol e iopamidol, id con ácido amidotrizoico, iohexol, iodixanol, iobitridol e iopamidol a concentración 1/10 y 1/1, con resultado negativo inmediato. La paciente acude a las 24 horas, con una placa eritematosa intensa de 20 × 5 cm, en zona de realización de pruebas cutáneas, sin afectación en la zona de ID de Iopamiro e iobitridol (Figura 1). Además, la paciente presenta un *rash* eritematoso pruriginoso en cuello y tronco (Figura 2) con predominio en escote, pliegues inframamarios e inguinales que precisó corticoterapia oral para su resolución.

Un mes después se repite *prick* e ID con Iopamiro e iobitridol con las mismas concentraciones, con lecturas inmediata y tardía negativas.

Se realiza provocación controlada con Iobitridol con buena tolerancia inmediata y tardía.

**Conclusión**

Presentamos un caso de alergia a contrastes yodados, confirmado con pruebas cutáneas y aparición de clínica sistémica tras la realización de las mismas. El iobitridol ha sido una alternativa segura para la paciente.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Reto diagnóstico en un cuadro de reacción cutánea grave

Cuevas Bravo C, Cubillo Heras P, Mateo Francés V, Morales Janke A, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado Mellado B

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones cutáneas alérgicas graves (SCAR) constituyen un reto diagnóstico por el solapamiento clínico entre entidades. Presentamos un caso de una reacción cutánea grave en la que la diferenciación entre síndrome de DRESS y pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) resultó compleja.

**Material y métodos**

Mujer de 29 años. Tras 7 días de tratamiento con amoxicilina e ibuprofeno, desarrolló fiebre (39 ºC), astenia y exantema maculopapular eritematovioláceo confluente en tronco y extremidades, con lesiones pseudodianiformes, edema facial y posterior aparición de pústulas dispersas y descamación. Se realizó estudio con analítica seriada, serologías y PCR viral, biopsia cutánea y estudio alergológico con pruebas epicutáneas.

**Resultados**

Presentó leucocitosis con neutrofilia y eosinofilia (pico 1.900/µL), PCR elevada (95 mg/L) y discreta alteración hepática (GPT 54 U/L, GGT 67 U/L). PCR positiva para gripe A. La biopsia cutánea mostró pústulas subcórneas e intraepidérmicas con predominio de neutrófilos y algunos eosinófilos, junto a focos de espongiosis y queratinocitos necróticos aislados compatibles con dermatosis pustulosa medicamentosa.

Se suspendieron los fármacos implicados e inició tratamiento con metilprednisolona 60 mg/día por vía intravenosa durante 3 días, seguido de prednisona 50 mg oral en pauta descendente, mometasona tópica y ebastina oral. La evolución fue favorable, con resolución del exantema y normalización analítica en 2 semanas. Se realizaron pruebas epicutáneas con lectura a las 48 y 96 h con amoxicilina, ampicilina y bencilpenicilina al 10% en vaselina, siendo positivas (+++) a las 48-96 h; ibuprofeno, naproxeno, dexketoprofeno en DMSO y control DMSO negativos.

**Conclusión**

Se diagnosticó de PEGA por amoxicilina con alergia a anillo betalactámico. La clínica hacía sospechar DRESS vs. PEGA por la coexistencia de edema facial, eosinofilia y afectación sistémica junto con fiebre, neutrofilia y pústulas. La biopsia permitió el diagnóstico final de PEGA. Dada la gravedad, se recomendó evitar tanto betalactámicos como arilpropiónicos. Este caso ilustra la dificultad diagnóstica en SCARs y el solapamiento clínico entre entidades.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Hepatitis inmunomediada por elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor confirmada por TTL: desensibilización exitosa y optimización individualizada

Proaño Mosquera SM[1], de Agrela Mendes I[2], Lluch-Bernal MM[2,3], Ramírez E[4], de las Vecillas Sánchez L[2,3,5], Cabañas Moreno R[2,3,5,6]

[1] Servicio de Alergología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[2] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[3] Instituto de Investigación, Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid
[4] Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid
[5] Consorcio PIELenRed, Madrid
[6] Centro de Investigación en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La combinación elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI), CFTR (moduladores del regulador de conductancia transmembrana de fibrosis quística), ha transformado el manejo de la fibrosis quística (FQ). Sin embargo, pueden asociar a reacciones adversas hipersensibilidad, incluida la hepatotoxicidad. La implicación inmunológica está escasamente caracterizada, y la evidencia sobre desensibilización es limitada.

**Material y métodos**

Varón de 43 años con FQ (F508del/Q98R), con hipersensibilidad farmacológica múltiple. Tras tratamiento con ETI presentó exantema con eosinofilia, sugestivo de reacción de hipersensibilidad, que motivó su suspensión. En 2019 se realizó desensibilización con buena tolerancia hasta 2023, cuando desarrolló hepatotoxicidad (RUCAM +7), ALT 39 UI/L, AST 294 UI/L, FA 149 UI/L y BT 2,84 mg/dL, requiriendo retirada. Ante la falta de alternativas, salvo trasplante pulmonar, se plantea reintroducción 11 meses después mediante desensibilización.

**Resultados**

El estudio alergológico mostró pruebas epicutáneas negativas y test de transformación linfocitaria (TTL) positivo para ivacaftor y ETI, compatible con mecanismo inmunomediado. Se diseñó un protocolo de desensibilización secuencial, con inducción inicial a ivacaftor y posterior introducción progresiva de ETI bajo estrecha monitorización clínica y analítica. Ivacaftor se completó sin incidencias, alcanzando dosis plena en cinco semanas. Posteriormente, ETI se escaló hasta dosis de mantenimiento, observándose elevaciones fluctuantes de transaminasas (ALT máxima 98 UI/L) sin progresión a hepatotoxicidad. De acuerdo con farmacología y la evidencia bibliográfica, se estableció como pauta de mantenimiento: ETI (100 mg/50 mg/75 mg), ivacaftor 75 mg (medio comprimido). Actualmente continúa con ETI (100 mg/50 mg/75 mg) cada 48 horas, suspendió ivacafor 75 mg en agosto de 2025. No se han registrado reacciones, evolucionó con mejoría clínica sostenida.

**Conclusión**

El paciente ha mantenido el tratamiento durante 2 años hasta la actualidad, sin deterioro de la función pulmonar. Este caso respalda un mecanismo inmunológico en la hepatotoxicidad por ETI, confirmado mediante TTL. La desensibilización secuencial y el mantenimiento en días alternos permitieron una reintroducción segura pese a hepatotoxicidad previa. La individualización posológica y la monitorización estrecha fueron clave para optimizar eficacia y seguridad a largo plazo.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Pauta corta de desensibilización a isavuconazol

Iniesta Tejera E, Palacios Cañas A, Bracamonte Odreman S, Bas Bellver L, Serrano de Pablo S

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

**Objetivo/Introducción**

A pesar de las numerosas reacciones alérgicas descritas a antifúngicos triazólicos, su reactividad cruzada no está bien definida, especialmente en el caso de reacciones cutáneas retardadas.

Siendo la primera línea de tratamiento para la Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), resulta necesaria su administración en pauta de desensibilización en pacientes alérgicos.

Describimos una pauta segura de desensibilización a isavuconazol, más corta que publicaciones previas y permitiendo alcanzar mayor dosis que requería como dosis de carga.

**Material y métodos**

Varón de 66 años que ha presentado en dos ocasiones exantema generalizado no pruriginoso de semanas de duración que se inició por primera vez tras una semana en tratamiento con voriconazol y en la segunda ocasión a los días de iniciar tratamiento con itraconazol por ABPA.

Se programaron pruebas cutáneas con voriconazol, itraconazol, fluconazol e isavuconazol.

Posteriormente administramos pauta de desensibilización con isavuconazol ya que al disponer de presentación oral (cápsulas 100 mg) y parenteral (200 mg polvo a reconstituir con suero fisiológico a 0,4 o 0,8 mg/mL), facilitaba el protocolo. Se programó la desensibilización a isavuconazol en varios días según publicación previa, con las siguientes dosis: 2 mg IV; 20 mg IV, 100 mg vía oral; 200 mg vía oral; 600 mg vía oral; continuando con 200 mg vía oral a diario durante 6 meses.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas no fueron concluyentes por inhibición farmacológica, no se repitieron por no retrasar el protocolo de desensibilización dada la indicación clínica urgente.

Se realizó el protocolo de desensibilización con éxito, manteniendo la tolerancia durante los 6 meses de tratamiento.

**Conclusión**

Se presenta el caso de una desensibilización exitosa a isavuconazol, más corta y alcanzando mayor dosis.

## Desensibilización a quimioterápicos y nuevos protocolos: nuestra experiencia

Micozzi S[1,2], González López P[1], Moncada Salinero A[1], Bastidas Parlanti JA[1], Gajate Fernández P[1,2]

[1] Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles
[2] Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Los programas de desensibilización a quimioterápicos (QMT) y anticuerpos monoclonales (mAbs) permiten continuar con la administración del fármaco aunque el paciente haya desarrollado hipersensibilidad al mismo. A lo largo de los años se han ido desarrollando varios protocolos en función del fármaco implicado y de la reacción inicial.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo y retrospectivo de las desensibilizaciones a QMT y mAbs empezadas y llevadas a cabo desde 2024 hasta marzo 2026 en el servicio de alergia de nuestro centro.

**Resultados**

Desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de marzo de 2026, se realizaron desensibilizaciones a QMT y mAbs a 19 pacientes, por un total de 105 ciclos de desensibilización (media ciclos por paciente: 5,5). El 53% fue con oxaliplatino, el 21% con carboplatino, el 11% con docetaxel y el 15% con otros fármacos (paclitaxel, rituximab y trastuzumab). El 63,2% de los pacientes había presentado una reacción inicial de grado 2 o 3, y las pruebas cutáneas fueron positivas en el 79% de los pacientes. El protocolo más usado fue de 2 bolsas y 12 pasos (79%), y la premedicación más usada fue corticoides orales y antihistamínicos (79%). Hubo un 42% de reacciones en las desensibilizaciones, todas leves, y el 89% de los pacientes pudo completar el ciclo a pesar de ello. En el caso del trastuzumab, se inició el protocolo de 3 bolsas descrito en la literatura y, ante la buena tolerancia, se adaptó el protocolo de 2 bolsas y 12 pasos a este tipo de fármaco. Fue también bien tolerado en los siguientes 4 ciclos, siendo este tipo de protocolo el primero en la literatura para este tipo de fármaco.

**Conclusión**

Las desensibilizaciones a QMT y mAbs son procedimientos seguros y con alto porcentaje de éxito, que permiten a los pacientes mantener la línea de tratamiento más adecuada para su enfermedad.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Eritema nodoso durante la terapia con dupilumab. ¿Es siempre necesaria la suspensión del fármaco?

Aparicio Armengol L, Galán Márquez B, Valverde Monge M, Sastre Domínguez J, Betancor Pérez D

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Dupilumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea IL-4 e IL-13, aprobado para enfermedades inflamatorias tipo 2 y con un perfil de seguridad favorable. El eritema nodoso (EN) es la paniculitis más frecuente; habitualmente idiopático, aunque puede asociarse a infecciones, enfermedades inflamatorias, fármacos o neoplasias. Su aparición durante tratamiento con dupilumab es excepcional (<1%) y su relación causal incierta. Se presenta el caso de una paciente de 66 años con asma grave bien controlada, intolerancia a AINE y rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) mal controlada pese a dos cirugías y afectación de la calidad de vida. Se inició dupilumab 600 mg seguidos de 300 mg cada 2 semanas, desarrollando posteriormente EN.

**Material y métodos**

Tras 8 semanas (quinta dosis), desarrolló nódulos dolorosos en extremidades inferiores con mialgias, astenia, febrícula y pérdida de 3 kg. Se realizó estudio clínico, radiológico, funcional respiratorio y analítico, incluyendo estudio infeccioso y autoinmune.

**Resultados**

Se observó leucocitosis con eosinofilia (3.700/µL; 30%), velocidad de sedimentación globular elevada (84 mm/h) e IgE total de 145 UI/mL. Los estudios infeccioso y autoinmune fueron negativos; radiografía de tórax y pruebas de función pulmonar normales. La evaluación dermatológica apoyó el diagnóstico clínico de EN. Se retrasó la dosis de dupilumab 5 días hasta mejoría parcial de las lesiones, sin recurrencia tras su reintroducción. Se resolvió en 3-4 semanas, con normalización de eosinófilos y sin recaídas pese a mantener dupilumab durante más de 3 meses.

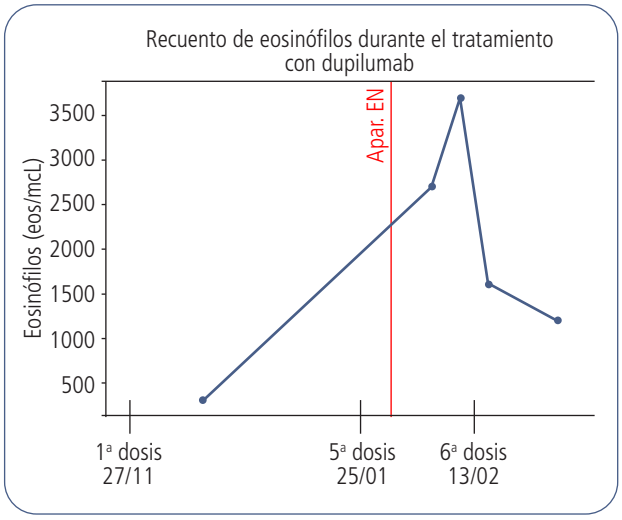



**Figura.** Relación temporal entre niveles de eosinofilia periférica, administración de dupilumab y aparición de eritema nodoso (EN). Apar. EN, Aparición del eritema nodoso (EN)

**Conclusión**

Se describe el primer caso de EN transitorio asociado a dupilumab, con resolución espontánea y sin recurrencia tras su reintroducción. El EN es una reacción de hipersensibilidad tipo IV de patogenia incierta. Se han propuesto posibles mecanismos en ese contexto, como desviación hacia perfil $T_H1$ tras el bloqueo de IL-4/IL-13 o eosinofilia transitoria. En casos seleccionados, podría mantenerse dupilumab con vigilancia estrecha, siendo necesarios más estudios para definir su manejo óptimo.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Anafilaxias por coxibs

Ojeda Fernández P, Ochando Díez-Canseco M, Ojeda Fernández I, Rubio Olmeda G, Pesántez Méndez C

Clínica de Asma y Alergia Dres. Ojeda, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Tradicionalmente, los coxibs se han considerado alternativas relativamente seguras en pacientes con hipersensibilidad cruzada a AINE ICOX-1. Sin embargo, se han descrito algunos casos compatibles con reacción de hipersensibilidad inmediata (RHI).

Se presentan dos casos de RHI con coxibs.

**Material y métodos**

- *Caso 1:* mujer de 58 años consulta por presentar 2 meses antes a las 6 horas de tomar etoricoxib 60 mg edema labial sin otros síntomas. Cedió en dos días sin tratamiento. Primera vez que lo tomaba. Buena tolerancia actual de paracetamol y dexketoprofeno.
- *Caso 2:* mujer de 67 años con urticaria crónica desde 2018. Últimamente, refiere más episodios de urticaria y angioedema facial que han asociado a toma de alimentos ricos en histamina. Un episodio coincidió con toma de celecoxib (previamente tolerado en una ocasión) y otro con metamizol. Ha tolerado dexketoprofeno, estando ya con dieta baja en histamina.

**Resultados**

- *Caso 1:* se programa prueba de exposición oral controlada (PEOC) con etoricoxib a dosis crecientes. Con la dosis de 60 mg (dosis acumulada 90 mg), inicia a los 50 minutos edema de la mucosa yugal, con pápula de 0,5 cm en la mejilla derecha, tos y disnea. Recibió tratamiento con salbutamol, hidroxicina y prednisona; la reacción evoluciona a tos persistente y disfonía, que remiten con adrenalina 0,3 mg IM.
- *Caso 2:* se programa PEOC con celecoxib: a los 10 minutos de la toma de 50 mg, inicia reacción urticarial generalizada, seguida de mareo e hipotensión (75/40 mmHg) que se controla con medicación IM, adrenalina 0,5 mg IM y fluidoterapia.

En la Tabla se resumen los casos encontrados en la bibliografía de hipersensibilidad con coxibs.

**Conclusión**

La anafilaxia por inhibidores selectivos de COX-2 es rara, pero está claramente documentada. Celecoxib es el fármaco más frecuentemente notificado, seguido de etoricoxib. La reactividad cruzada entre coxibs parece infrecuente, aunque posible, por lo que la evaluación debe individualizarse.

**Tabla.** Resumen de casos publicados relevantes.

| Autor | Fármaco | Manifestación clínica | Latencia | Comentarios |
|---|---|---|---|---|
| Levy & Fink, 2001 | Celecoxib | Anafilaxia con hipotensión | Minutos | Primer caso publicado |
| Grob *et al.*, 2002 | Celecoxib | Anafilaxia inmediata | <1 h | Hipersenibilidad selectiva |
| Gagnon *et al.*, 2003 | Celecoxib | Reacción anafilactoide grave | Inmediata | Sin intolerancia global a AINE |
| Fontaine *et al.*, 2005 | Celecoxib | *Shock* anafiláctico | Minutos | Tolerancia a rofecoxib y sulfametoxazol |
| Mota *et al.*, 2014 | Etoricoxib | *Shock* anafiláctico | 30 min. | Caso bien documentado |
| Mota *et al.*, 2014 | Celecoxib | Anafilaxia bifásica | 1 h | Reacción grave recurrente |
| Rev Alerg Mex, 2023 | Celecoxib/Etoricoxib | Reactividad cruzada | - | Sugiere posible reactividad cruzada |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Exantema fijo medicamentoso en paciente con artritis polimedicada

Arévalo Machuca NM, Cho Park H, Peña González NC, Mora Gálvez-Cañero B, Barra Castro A, Berges Gimeno P

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones de hipersensibilidad tardía en pacientes reumatológicos polimedicados representan un reto en la práctica clínica diaria. Un abordaje diagnóstico óptimo es fundamental en estos pacientes para evitar suspender tratamientos esenciales para su enfermedad reumatológica, como anticuerpos monoclonales.

**Material y métodos**

Se presenta el caso de una mujer de 29 años con artritis seronegativa ANA positiva en tratamiento con tocilizumab subcutáneo semanal desde 2024, que en noviembre de 2025 presenta lesiones cutáneas pruriginosas (pápula eritematosa descamativa) a nivel facial de aparición recurrente. Inicialmente se relacionaron temporalmente con la administración del anticuerpo monoclonal. Se realizó un estudio alergológico el cual incluyó *prick test* a concentraciones de 2 mg/mL y 20 mg/mL, así como pruebas intradérmicas a 2 mg/mL y prueba de exposición controlada (PEC) con tocilizumab a dosis terapéuticas de 162 mg.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas y la PEC con tocilizumab fueron negativas, descartando hipersensibilidad tardía al biológico. A pesar de la suspensión del fármaco, las lesiones persistieron de forma mensual. Se llevó a cabo una reevaluación cronológica detallada de las exposiciones farmacológicas permitiendo identificar una posible relación con etoricoxib. Se realizó PEC con etoricoxib de 90 mg, con resultado negativo inmediato y positivo tardío, reproduciendo las lesiones (máculas circulares eritematosas) en las mismas localizaciones previas, compatibles con exantema fijo medicamentoso.

**Conclusión**

Presentamos un caso de una paciente con exantema fijo a etoricoxib, cuadro clínico frecuentemente relacionado con AINE inhibidores de la COX-1, aunque raramente descrito con inhibidores de la COX-2.

## DRESS inducido por bendamustina: abordaje diagnóstico y estudio alergológico

Rodríguez San Blas A[1], González Mateos G[2], Estepa Alonso MJ[3], Pascal Capdevila M[4], Astrain Sánchez B[1], Jiménez Ferrera G[1]

[1] Servicio de Alergología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz
[2] Servicio de Alergología, Complejo Hospitalario Llerena-Zafra, Llerena-Zafra
[3] Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz
[4] Servicio de Inmunología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de DRESS es una toxicodermia grave con afectación sistémica. En pacientes oncohematológicos, el estudio alergológico secuencial y el apoyo de técnicas complementarias como el test de transformación linfocitaria (TTL) son esenciales para identificar el fármaco causal y preservar alternativas terapéuticas seguras.

**Material y métodos**

Mujer de 57 años con linfoma esplénico de zona marginal. Se inicia ciclo de tratamiento con bendamustina y profilaxis con alopurinol, trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) y paracetamol. A las dos semanas ingresa por fiebre, neutropenia y malestar general. Se inicia antibioterapia empírica con meropenem. Desarrolla hepatitis aguda, exantema maculopapular generalizado pruriginoso sin afectación mucosa, eosinofilia marcada (4420 eos/µL) y adenopatías inguinales. Los hallazgos en TC abdominal revelaron edema hepático y esplenomegalia. Hemocultivo y serologías negativas. Evolución favorable tras retirada de los fármacos implicados y corticoterapia intravenosa.

El abordaje diagnóstico incluyó el despistaje de autoinmunidad y la tipificación HLA además de serologías y un protocolo alergológico completo: *prick test*, intradermorreacción (en lecturas inmediatas y tardías), pruebas epicutáneas, TTL y administración controlada de algunos fármacos implicados (Tabla).

**Resultados**

Serologías (VHB, VHC, VIH, CMV, VEB, VHS-1 y 2, *Ac. chlamydia* y *Mycoplasma*), autoinmunidad y HLA-B58:01 y HLA-B15:02: negativos. HHV-6 IgG: positiva. Puntuación RegiSCAR: 7 (caso definitivo). Pruebas intradérmicas positivas para bendamustina (lectura tardía); resto de pruebas cutáneas negativas. TTL negativo para alopurinol y TMP-SMX. La administración controlada con meropenem y alopurinol fue negativa (la paciente rechazó realizarlas con TMP-SMX).

**Conclusión**

Presentamos un caso de DRESS secundario a bendamustina identificado por la positividad en intradermorreacción; a diferencia de la mayoría de los casos publicados, donde la

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

causalidad se sustenta sobre la cronología. La positividad selectiva y tardía, junto con la negatividad frente al resto de fármacos refuerzan la atribución causal. Esta asociación es excepcional y resalta la importancia de un estudio alergológico exhaustivo en pacientes polimedicados para identificar el fármaco causal y optimizar futuras estrategias terapéuticas.

**Tabla.** Tabla de estudio alergológico.

| Fármaco | Prueba | Concentración | Resultado |
|---|---|---|---|
| Alopurinol | *Prick* | 100 mg/mL | Negativa |
| | Administración controlada | — | Negativa inmediata |
| | Epicutánea | 10% vaselina | Negativa |
| Meropenem | *Prick* | 1 mg/mL | Negativa |
| | Intradérmica | 1 mg/mL | Negativa |
| | Administración intravenosa | 1 g | Negativa |
| | Epicutánea | 5% vaselina | Negativa |
| Bendamustina | *Prick* | 1 mg/mL | Negativa |
| | Intradérmica | 0,001 mg/mL | Positivo tardío |
| | Intradérmica | 0,01 mg/mL | Positivo tardío |
| | Intradérmica | 0,1 mg/mL | Positivo tardío |
| Sulfametoxazol | *Prick* | 200 400 mg/mL | Negativa |
| | Intradérmica | 10 20 mg/mL | Negativa |
| Trimetoprim | *Prick* | 10 20 mg/mL | Negativa |
| | Intradérmica | 0,001 mg/mL | Negativa |
| Trimetoprim/Sulfametoxazol | Epicutánea | 10% vaselina | Negativa |
| Paracetamol | *Prick* | 10 mg/mL | Negativa |
| | Intradérmica | 1 mg/mL | Negativa |
| | Epicutánea | 10% agua | Negativa |
| | Provocación | — | Tolerada en domicilio |

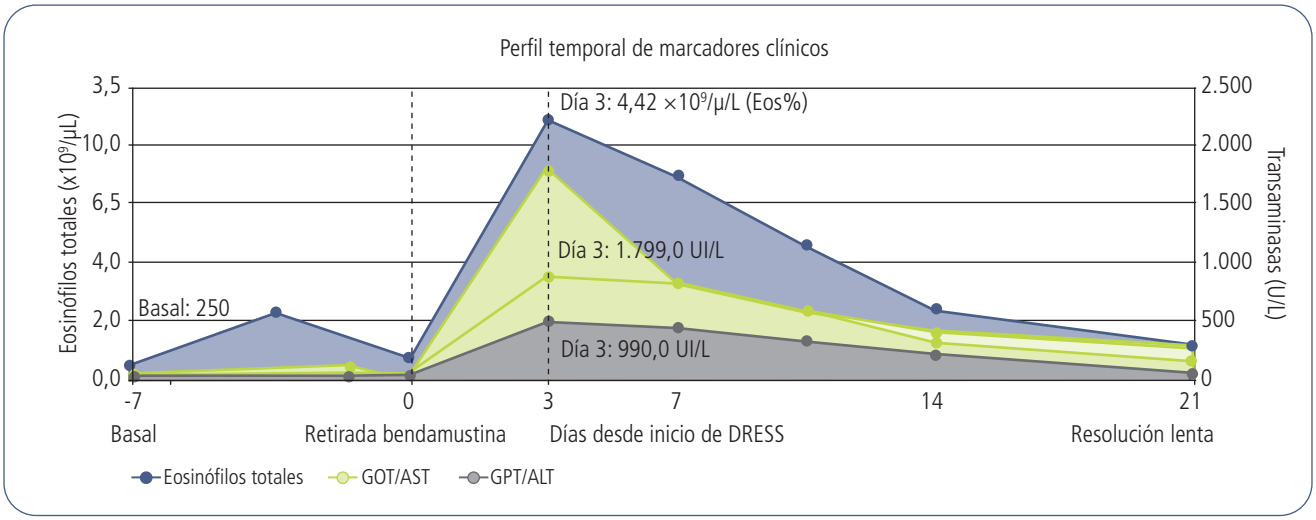



**Figura.** Evolución clínica y analítica de DRESS por bendamustina.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia cutánea grave vs. raro efecto secundario tras tratamiento inmunológico oncológico

González López P, Gajate Fernández P, Moncada Salinero A, Micozzi S, Bastidas Parlanti JA

Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Presentamos un efecto adverso grave poco conocido del tratamiento con inmunoterapia oncológica en el cáncer de pulmón no microcítico. El fármaco empleado fue osimetirnib.

**Material y métodos**

Mujer de 76 años de edad, no RAMc, exfumadora, HTA, SAHS, enfisema pulmonar y con diagnóstico de carcinoma, cáncer de pulmón tipo ni microcítico que inicia osimetirnib 80 mg cada 24 horas. Describe al tercer día de tratamiento: exantema maculopapular no evanescente pruriginoso que va en mejoría tras mantener tratamiento, pero asocia lesiones dolorosas y posterior descamación en palmas de manos/plantas de pies.

Asociado a estos síntomas, refiere epistaxis de repetición y artralgias/mialgias. No asocia fiebre.

Tras valorar a la paciente en oncología, bajan la dosis a 40 mg, pero al no presentar mejoría deciden suspenderlo y derivan a alergia para valorar estudio.

**Resultados**

El cuadro cede sin tratamiento específico en un mes.

Analítica y estudio (Figura).

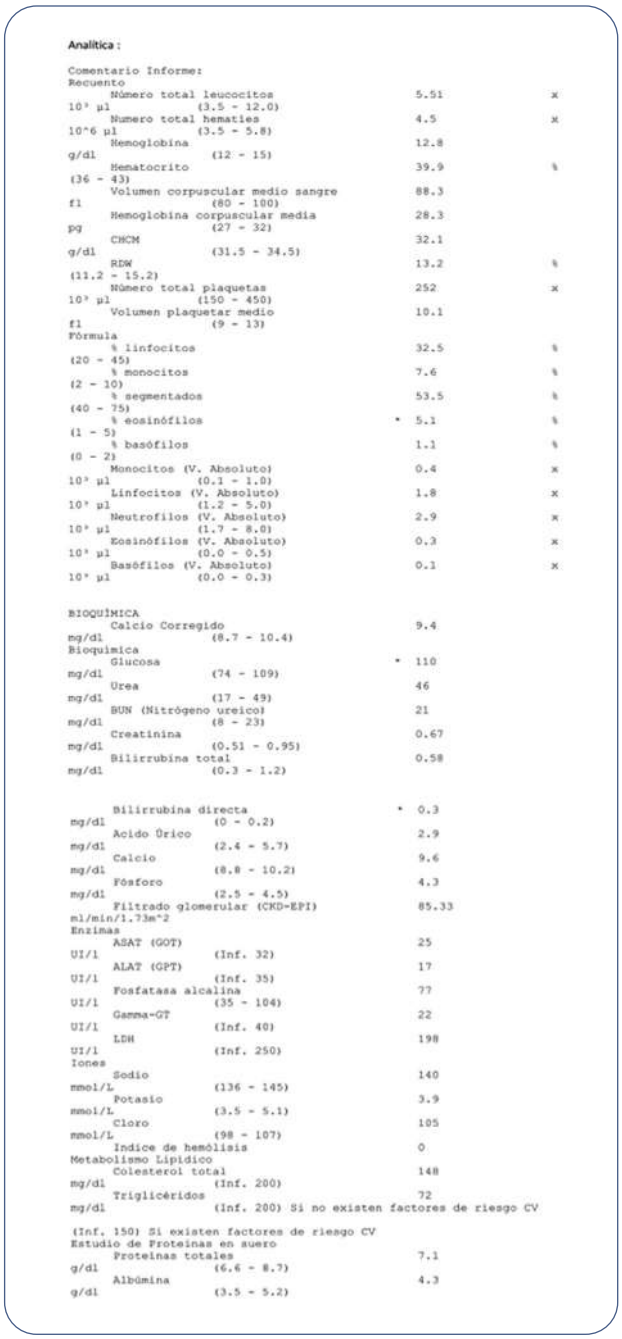
La eritrodisestesia palmoplantar (EPP), o síndrome mano-pie, es un efecto secundario cutáneo de ciertos tratamientos de quimioterapia y terapias dirigidas. Se manifiesta con hormigueo, enrojecimiento, hinchazón y dolor intenso en palmas y plantas, pudiendo provocar descamación o ampollas, limitando la actividad diaria. Su frecuencia en tratamiento con osimetirnib está estimada en 2-5% según estudio.

Inicia hormigueo (parestesia), seguido de eritema (enrojecimiento) simétrico, edema y dolor tipo ardor. En casos graves (grado 2-3), puede evolucionar a descamación, ampollas, úlceras y dolor incapacitante.

**Conclusión**

La EPP no suele poner en peligro la vida, pero afecta significativamente la calidad de vida, es necesario informar al equipo de oncología para ajustar la dosis.

Presentamos un efecto adverso grave poco conocido que debe ser tenido en cuenta en paciente oncológicos en tratamiento con quimioterapia que es la EPP, en ficha técnica descrita gasta en el 31% de los casos y que asocia epistaxis en 6%.



**Analítica:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Comentario Informe: | | | |
| Recuento | | | |
| Número total leucocitos | 5.51 | | x |
| 10³ µl (3.5 - 12.0) | | | |
| Numero total hematies | 4.5 | | x |
| 10^6 µl (3.5 - 5.8) | | | |
| Hemoglobina | 12.8 | | |
| g/dl (12 - 15) | | | |
| Hematocrito | 39.9 | | % |
| (36 - 43) | | | |
| Volumen corpuscular medio sangre | 88.3 | | |
| fl (80 - 100) | | | |
| Hemoglobina corpuscular media | 28.3 | | |
| pg (27 - 32) | | | |
| CHCM | 32.1 | | |
| g/dl (31.5 - 34.5) | | | |
| RDW | 13.2 | | % |
| (11.2 - 15.2) | | | |
| Número total plaquetas | 252 | | x |
| 10³ µl (150 - 450) | | | |
| Volumen plaquetar medio | 10.1 | | |
| fl (9 - 13) | | | |
| Fórmula | | | |
| % linfocitos | 32.5 | | % |
| (20 - 45) | | | |
| % monocitos | 7.6 | | % |
| (2 - 10) | | | |
| % segmentados | 53.5 | | % |
| (40 - 75) | | | |
| % eosinófilos | 5.1 | * | % |
| (1 - 5) | | | |
| % basófilos | 1.1 | | % |
| (0 - 2) | | | |
| Monocitos (V. Absoluto) | 0.4 | | x |
| 10³ µl (0.1 - 1.0) | | | |
| Linfocitos (V. Absoluto) | 1.8 | | x |
| 10³ µl (1.2 - 5.0) | | | |
| Neutrofilos (V. Absoluto) | 2.9 | | x |
| 10³ µl (1.7 - 8.0) | | | |
| Eosinófilos (V. Absoluto) | 0.3 | | x |
| 10³ µl (0.0 - 0.5) | | | |
| Basófilos (V. Absoluto) | 0.1 | | x |
| 10³ µl (0.0 - 0.3) | | | |
| BIOQUÍMICA | | | |
| Calcio Corregido | 9.4 | | |
| mg/dl (8.7 - 10.4) | | | |
| Bioquímica | | | |
| Glucosa | 110 | * | |
| mg/dl (74 - 109) | | | |
| Urea | 46 | | |
| mg/dl (17 - 49) | | | |
| BUN (Nitrógeno ureico) | 21 | | |
| mg/dl (8 - 23) | | | |
| Creatinina | 0.67 | | |
| mg/dl (0.51 - 0.95) | | | |
| Bilirrubina total | 0.58 | | |
| mg/dl (0.3 - 1.2) | | | |
| Bilirrubina directa | 0.3 | * | |
| mg/dl (0 - 0.2) | | | |
| Acido Úrico | 2.9 | | |
| mg/dl (2.4 - 5.7) | | | |
| Calcio | 9.6 | | |
| mg/dl (8.8 - 10.2) | | | |
| Fósforo | 4.3 | | |
| mg/dl (2.5 - 4.5) | | | |
| Filtrado glomerular (CKD-EPI) | 85.33 | | |
| ml/min/1.73m^2 | | | |
| Enzimas | | | |
| ASAT (GOT) | 25 | | |
| UI/l (Inf. 32) | | | |
| ALAT (GPT) | 17 | | |
| UI/l (Inf. 35) | | | |
| Fosfatasa alcalina | 77 | | |
| UI/l (35 - 104) | | | |
| Gamma-GT | 22 | | |
| UI/l (Inf. 40) | | | |
| LDH | 198 | | |
| UI/l (Inf. 250) | | | |
| Iones | | | |
| Sodio | 140 | | |
| mmol/L (136 - 145) | | | |
| Potasio | 3.9 | | |
| mmol/L (3.5 - 5.1) | | | |
| Cloro | 105 | | |
| mmol/L (98 - 107) | | | |
| Indice de hemólisis | 0 | | |
| Metabolismo Lipidico | | | |
| Colesterol total | 148 | | |
| mg/dl (Inf. 200) | | | |
| Triglicéridos | 72 | | |
| mg/dl (Inf. 200) Si no existen factores de riesgo CV | | | |
| (Inf. 150) Si existen factores de riesgo CV | | | |
| Estudio de Proteinas en suero | | | |
| Proteinas totales | 7.1 | | |
| g/dl (6.6 - 8.7) | | | |
| Albúmina | 4.3 | | |
| g/dl (3.5 - 5.2) | | | |

**Figura.** Analítica.

*Estudio alergológico.* En el momento actual, dado la clínica descrita impresiona efecto adverso secundario grave descrito a Osimetirnib. En este punto, se debería descartar reacción de hipersensibilidad grave cutánea: síndrome de Steven-Johnson. Dado que por dicho efecto adverso quedaría CI el tratamiento, no hacemos estudio alergológico por riesgo elevado.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Tolerancia intravenosa tras reacción cutánea retardada por trastuzumab subcutáneo: a propósito de un caso

Sánchez Méndez LC, Guerrero Huertas N, Mielgo Ballesteros R, Barranco Jiménez R

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El uso de trastuzumab subcutáneo se ha asociado principalmente a reacciones locales leves autolimitadas. Sin embargo, las reacciones locales extensas y persistentes son infrecuentes y su mecanismo fisiopatológico no está claramente establecido. La utilidad de las pruebas cutáneas en este contexto es limitada, especialmente en reacciones no inmediatas. Presentamos un caso de reacción local extensa reproducible tras prueba de tolerancia subcutánea, con posterior tolerancia a la administración intravenosa.

**Material y métodos**

Mujer de 64 años en tratamiento oncológico con trastuzumab subcutáneo cada 3 semanas desde septiembre de 2025. Fue derivada al servicio de alergología por presentar 48 horas tras la quinta dosis, una placa eritematosa pruriginosa en la zona de inyección con extensión progresiva a toda la cara lateral externa del muslo, que persistió cuatro semanas. Tras la siguiente administración en el muslo contralateral, la paciente padeció una nueva lesión de las mismas características y latencia, que persistió más de 7 días, que se resolvió tras antihistamínicos y corticoides en dos semanas.

Se realizaron pruebas cutáneas en *prick* e intradermorreacción y pruebas de tolerancia subcutánea e intravenosa con trastuzumab.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas en *prick* e intradermorreacción fueron negativas. En la prueba de tolerancia subcutánea presentó una placa eritematosa pruriginosa de 15 × 11 cm a las 48 horas de la administración. La administración intravenosa de trastuzumab fue tolerada. Posteriormente la paciente continuó tolerando trastuzumab por vía intravenosa.

**Conclusión**

En pacientes con reacciones locales extensas y ausencia de sensibilización cutánea, la realización de una prueba de tolerancia intravenosa puede considerarse como una alternativa segura para permitir continuar el tratamiento de elección para la enfermedad de la paciente.

## PEGA por contrastes yodados y utilidad del test de transformación linfocitaria

Peña González NC, Díaz Montalvo L, Padilla Parras L, Arévalo Machuca NM, Villanueva Blanco T

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones tardías a contrastes yodados (CY) se estiman entre 0,5-23%, siendo las más frecuentes el exantema maculopapular y la urticaria retardada. Otros cuadros tardíos graves, como la pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA), han sido raramente asociados a CY. Reportamos el caso clínico de una paciente con PEGA en quien se realizó test de transformación linfocitaria (TTL) como ayuda diagnóstica para encontrar el CY culpable.

**Material y métodos**

Presentamos una paciente de 47 años, ingresada por una hemorragia subaracnoidea, quien tras realizar múltiples tomografías computarizadas (TC) con iodixanol, comenzó con un cuadro cutáneo compatible con PEGA al cuarto día de la última exposición.

Se realizaron biopsia *punch* e inmunofluorescencia del tronco. Estudio *in vitro* con TTL frente a iopramida, iodixanol, iohexol (100 mg/mL; 50 mg/mL; 10 mg/mL; 1 mg/mL; 0,1 mg/mL) e iobitridol (100 µg/µL; 50 µg/µL; 10 µg/µL, 1 µg/µL, 0,1 µg/µL).

Estudio *in vivo* con pruebas epidérmicas (1/1) e intradérmicas (ID) (1/10) a iopromida, iodixanol, iohexol, iopamiro, iomeprol, iobitridol con lectura tardía a las 48 h.

Provocación controlada con iobitridol a dosis 1 mg/kg administrado en bolo.

**Resultados**

Biopsia: espongiosis marcada y vesículas intraepidérmicas en las que se identifican linfocitos, células de apariencia histiocitaria. En el infiltrado dérmico se observan linfocitos, neutrófilos y eosinófilos. Estudio con inmunofluorescencia directa negativo.

Las pruebas epicutáneas fueron negativas. La ID con iodixanol a las 48 horas fue positiva (6 mm). El resto de ID fueron negativas. El TTL positivo para iodixanol e iohexol. Provocación controlada frente a iobitridol con buena tolerancia.

**Conclusión**

La PEGA por CY es infrecuente. El TTL no ha sido previamente utilizado en reacciones retardadas a CY y no está validado. Sin embargo, en este caso fue útil para identificar el CY culpable y una alternativa.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Algoritmo clínico propuesto por la EAACI para la estratificación del riesgo en la provocación de reacciones de hipersensibilidad por quimioterápicos

Rodríguez Ferrera IJ[1], Sáenz de Santa María García R[1,2], Peña Pérez I[1], Carrasco Hernández I[1,2], Torres Jaén MJ[1,2,3], Bogas Herrera G[1,2]

[1] Unidad de Alergia, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga
[2] Hub Traslacional en Alergia de Precisión (PATH), Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina-IBIMA Plataforma BIONAND, Málaga
[3] Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, Málaga

**Objetivo/Introducción**

El diagnóstico de las reacciones de hipersensibilidad (RH) a quimioterápicos (QT) es complejo por su heterogeneidad clínica y porque la gravedad inicial no siempre predice el desenlace. La herramienta propuesta por la EAACI para estratificar el riesgo (ER) de realizar prueba de exposición controlada (PEC) en RH por quimioterápicos no ha sido evaluada en cohortes prospectivas, siendo este el objetivo del estudio.

**Material y métodos**

Estudio prospectivo (enero de 2023-diciembre de 2024) en pacientes oncológicos con RH inmediata a sales de platino (SP) y/o taxanos (TX). La ER se llevó a cabo según la EAACI, considerando la historia clínica (tipo I, reacción por liberación de citocinas (RLC), mixta; o indeterminada cuando los síntomas no encajan en ninguno de los anteriores), gravedad (Brown), comorbilidades, pruebas cutáneas (PC) y test de activación de basófilos (TAB). Los pacientes de bajo riesgo fueron sometidos a PEC y los de alto riesgo a desensibilización.

**Resultados**

101 pacientes (73,3% mujeres; edad media 57,2 años): 65,3% SP y 34,7% TX. 40,6% con cáncer estadio IV y 31% atopia. Gravedad inicial: moderada en el 46,5% (62,9% TX). Fenotipo inicial: tipo I (37,6%), RLC (16,8%), mixto (10,9%) e indeterminado (34,7%). PC negativas: 67% y TAB en el 59,4%. El 45,5% se clasificó en bajo riesgo: la PEC se realizó en 30 pacientes (29,7%), con un 73,3% negativas (100% TX) y 26,6% positivas (6/8 tipo I leves) sin reacciones graves. El 54,5% alto riesgo: DS 58 pacientes, 60,3% sin reacción y las n=22 reacciones fueron mayoritariamente leves en SP (77,3%) y fenotipos tipo I (45,4%). Las comorbilidades no aumentaron el riesgo significativamente. Se descartó RH en el 40,6% y 11,5% fue inconcluso. Fenoendotipos confirmados: IgE-mediadas (24%), mixtas (11,5%), tipo I no IgE (8,3%) y RLC (4,2%).

**Conclusión**

El algoritmo de la EAACI demostró ser útil para la estratificación del riesgo. Las PEC fueron seguras en pacientes de bajo riesgo, especialmente en TX. La DS permitió tratamiento en pacientes de alto riesgo, con un perfil de seguridad favorable.

## Hipersensibilidad a medios de contraste basados en gadolinio

Zambrano Cedeño KJ, Monzón Ballarín S, Amaya Molina AJ, Pichardo Santos MA, Wilson Salazar E, Fraj Lázaro J

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

**Objetivo/Introducción**

Los medios de contraste basados en gadolinio (MCBG) son esenciales en resonancia magnética. Aunque son seguros, se han descrito reacciones de hipersensibilidad (HS) con una incidencia estimada del 0,004-0,7%, siendo las reacciones inmediatas (HSi) predominantes (urticaria 50-90%; anafilaxia <0,01%). Su clasificación es fundamental en alergología, ya que estudios sugieren que la estructura macrocíclica, la ionicidad y la capacidad de unión a proteínas podrían estar asociadas con reacciones de hipersensibilidad inmediata. Se ha reportado reactividad cruzada específicamente entre agentes macrocíclicos en un 27,7%, sin estar claramente establecidos. Las pruebas cutáneas presentan un valor predictivo negativo <86%, siendo la prueba de provocación (DPT) el estándar de referencia para confirmar diagnóstico y tolerancia, dada la incertidumbre en la reactividad cruzada. Presentamos dos casos de hipersensibilidad a MCBG.

**Material y métodos**

Se evaluaron dos pacientes remitidos por sospecha de HS a MCBG:

- *Caso 1:* mujer de 47 años con reacción durante RM (contraste no identificado), consistente en eritema y sensación de calor.
- *Caso 2:* varón de 44 años con clínica inmediata tras administración de gadolinio: prurito generalizado, urticaria, síntomas orofaríngeos y vegetativos, sin compromiso respiratorio; resolución tras tratamiento antihistamínico y corticoide e.v.

Se realizaron pruebas cutáneas con distintos MCBG y, cuando procedía, DPT intravenosa.

**Resultados**

- *Caso 1:* ID positiva a gadoteridol (10 mm); DPT con gadopiclenol negativa.
- *Caso 2:* ID positiva a gadobutrol (8 mm).

Los hallazgos confirman HS selectiva a gadoteridol y gadobutrol, respectivamente, con tolerancia demostrada a gadopiclenol en el caso 1.

**Conclusión**

La HS a MCBG, aunque infrecuente, puede ser clínicamente relevante. Las ID son útiles para identificar el agente implicado. La DPT sigue siendo imprescindible para confirmar la tolerancia a alternativas seguras. La reactividad cruzada no es predecible exclusivamente por la estructura (lineal vs. macrocíclica), lo que exige una evaluación individualizada. La derivación a alergología es clave para garantizar la seguridad en futuras exploraciones.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Anafilaxia grave recurrente por cefuroxima como manifestación de un síndrome de activación mastocitaria

Vega de la Osada F[1,2], Ruiz Calatayud M[1], Alberdi Callejo A[1], Monllau Colomer S[1], Buxens Jares R[1], Blanco Guerra C[1,2]

[1] Servicio de Alergia, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid
[2] Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Madrid

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de activación mastocitaria puede manifestarse con episodios de anafilaxia grave y recurrente, en ocasiones desencadenados por fármacos, lo que dificulta su diagnóstico inicial. Su reconocimiento es clave para prevenir eventos potencialmente fatales y orientar adecuadamente el manejo clínico

**Material y métodos**

Mujer de 75 años remitida por episodios de anafilaxia grave recurrente. Presentó inicialmente un episodio de pérdida de conocimiento e hipotensión de forma inmediata tras la toma de la primera dosis de cefuroxima oral. Ocho meses más tarde presentó un episodio de parada circulatoria en el contexto de *shock* anafiláctico, con triptasa >200 µg/L, tras la reexposición al mismo antibiótico por vía oral, requiriendo tratamiento con adrenalina y soporte en UCI. Dada la gravedad y la recurrencia de los episodios, se amplió el estudio, descartándose causas cardiológicas y endocrinológicas

**Resultados**

El estudio alergológico mostró *prick test* negativos con cefuroxima en lectura inmediata. Se realizó prueba intradérmica con cefuroxima, con lectura negativa a los 20 minutos, pero 10 minutos más tarde presentó hipotensión y parada circulatoria, requiriendo reanimación cardiopulmonar, sin aparición de manifestaciones cutáneas. La triptasa en fase aguda fue de 130 µg/L (basal 18 µg/L). El estudio de médula ósea evidenció una población de mastocitos CD117++ que coexpresaban CD2, CD69 y CD25, además de ciertos rasgos displásicos, sugestiva de mastocitosis de médula ósea. Se inició tratamiento oral preventivo con cromoglicato, ebastina y famotidina, sin nuevos episodios anafilácticos

**Conclusión**

- Este caso pone de manifiesto la importancia de considerar un síndrome de activación mastocitaria ante episodios de anafilaxia grave y recurrente, incluso cuando existe un posible desencadenante farmacológico.
- La negatividad de las pruebas cutáneas no excluye el diagnóstico ni el riesgo de nuevas reacciones graves.
- El reconocimiento precoz de estos trastornos permite optimizar las medidas preventivas, individualizar el estudio alergológico y reducir el riesgo asociado a procedimientos diagnósticos.

## Cuando las SCAR se solapan: DRESS/SSJ/NET en un paciente crítico

Morales Janke A, Cubillo Heras P, Mateo Francés V, Tornero Molina P, Palomino Lozano L, Cuevas Bravo C

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones cutáneas graves a fármacos (SCAR), que incluyen DRESS, síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y necrólisis epidérmica tóxica (NET), constituyen entidades infrecuentes, pero de elevada morbimortalidad. La mortalidad global del SSJ/NET alcanza el 34%, y el pronóstico depende de la identificación precoz y la retirada temprana del agente causal.

**Material y métodos**

Varón de 22 años sin alergias conocidas ni antecedentes relevantes, ingresado por estatus epiléptico refractario de probable etiología autoinmune. Durante su estancia en cuidados intensivos se administraron múltiples anticonvulsivantes (brivaracetam, lacosamida, ácido valproico, perampanel, fenobarbital, clonazepam y fenfluramina), sedoanalgesia y antibioterapia. A los 36 días del ingreso comenzó con exantema maculopapular generalizado. Ante la gravedad neurológica, los facultativos responsables priorizaron el control de las crisis epilépticas, demorando la retirada de los fármacos sospechosos.

**Resultados**

La evolución clínica evidenció un solapamiento secuencial de SCAR. El exantema inicial se asoció a edema facial, eosinofilia (700/µL) y citólisis hepática con serologías negativas, por lo que se categorizó como DRESS. En los días sucesivos, ante la persistencia de los fármacos, el cuadro progresó a SSJ con aparición de ampollas y despegamiento cutáneo, culminando en NET al afectar >30% de la superficie corporal, confirmada por biopsia (dermatitis liquenoide con extensa necrosis de queratinocitos). Se realizó retirada escalonada de fármacos y se inició tratamiento combinado con hemodiálisis, bolos de metilprednisolona (1 g/24 h, 5 días con pauta descendente posterior), inmunoglobulina intravenosa (3,3 g/kg en 5 días) y etanercept (50 mg subcutáneo, 4 dosis en total), logrando la reepitelización progresiva y una evolución favorable.

**Conclusión**

Se presenta un caso de SCAR con solapamiento DRESS/SSJ/NET donde la necesidad de mantener la terapia anticonvulsivante dificultó la retirada precoz del fármaco implicado, condicionando la progresión cutánea. Esto supone un reto diagnóstico y terapéutico que requiere un abordaje multidisciplinar precoz, con participación de alergología desde el inicio y adaptado a la situación clínica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Desensibilización exitosa a doxorrubicina liposomal pegilada con cromoglicato sódico: cuando la premedicación estándar no es suficiente

Morales Janke A[1], Cuevas Bravo C[1], Infante S[1,2,3], Noguerales Fuertes L[1], Noguerado Mellado B[1], Tornero Molina P[1]

[1] Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[2] Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid
[3] CIBERER-U761, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La doxorrubicina liposomal pegilada (DLP) puede provocar reacciones de hipersensibilidad inmediata graves de mecanismo no mediado por IgE, que obligan a la suspensión del fármaco. La desensibilización (DS) es una alternativa validada en pacientes oncológicos. Sin embargo, estas reacciones suponen un reto clínico y no existe consenso sobre cómo optimizar la premedicación en estos casos. Se presenta el caso de una paciente con *shock* anafiláctico por DLP en quien la DS fracasó, lográndose la tolerancia completa tras la adición de cromoglicato sódico, fármaco no descrito previamente en este contexto.

**Material y métodos**

Mujer de 68 años con carcinoma seroso de alto grado de ovario, estadio IIIC irresecable, en progresión tras 8 ciclos de carboplatino-paclitaxel y sin alternativas terapéuticas disponibles. Inició tratamiento con DLP, presentando en el primer ciclo *shock* anafiláctico (PA 57/35 mmHg, FC 42 lpm, urticaria generalizada, náuseas, vómitos y deposición diarreica). El *prick test* con DLP a 2 mg/mL resultó negativo. Se planificó DS en protocolo de 16 pasos con premedicación estándar (dexametasona, dexclorfeniramina, famotidina, montelukast y ácido acetilsalicílico).

**Resultados**

Durante la primera DS, mientras se infundía el fármaco a 40 mL/h, la paciente presentó urticaria generalizada sin compromiso hemodinámico ni respiratorio. Se suspendió el

**Tabla.** Pauta de desensibilización a doxorrubicina liposomal pegilada.

| Citostáticos | | | Dosis total 67,6 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bolsa A<br>B | mgr<br>0,0676<br>67,600 | Salino mL<br>250<br>500 | mg/mL<br>0,00027<br>0,1352 | | Reacción: *shock* anafiláctico<br>PC negativas | | |
| Pasos | Solución | Flujo mL/hr | Tiempo (min) | Dosis (mg) administrada | Dosis (mg) acumulada | Volumen (mL) acumulado | |
| 1 | A | 2 | 15 | 0,0001352 | 0,0001352 | 0,5 | Suero a 20 mL/h hasta etapa 12 |
| 2 | A | 5 | 15 | 0,000338 | 0,0004732 | 1,75 | |
| 3 | A | 10 | 15 | 0,000676 | 0,0011492 | 4,25 | |
| 4 | A | 20 | 15 | 0,001 | 0,0025012 | 9,25 | |
| 5 | A | 40 | 15 | 0,003 | 0,0052052 | 19,25 | |
| 6 | A | 80 | 15 | 0,005 | 0,0106132 | 39,25 | |
| 7 | A | 160 | 15 | 0,011 | 0,0214292 | 79,25 | |
| 8 | A | 400 | 15 | 0,027 | 0,0484692 | 179,25 | |
| 9 | B | 2 | 15 | 0,068 | 0,116 | 179,75 | |
| 10 | B | 5 | 15 | 0,169 | 0,285 | 181 | |
| 11 | B | 10 | 15 | 0,338 | 0,623 | 183,5 | |
| 12 | B | 20 | 15 | 0,676 | 1,299 | 188,5 | |
| 13 | B | 30 | 15 | 1,014 | 2,313 | 196 | Suero a la misma velocidad |
| 14 | B | 40 | 15 | 1,352 | 3,665 | 206 | |
| 15 | B | 60 | 15 | 2,028 | 5,693 | 221 | |
| 16 | B | 80 | 15 | 2,704 | 8,397 | 241 | |
| 17 | B | 100 | 15 | 3,380 | 11,777 | 266 | |
| 18 | B | 120 | 15 | 4,056 | 15,833 | 296 | |
| 19 | B | 160 | Resto | 51,767 | 67,600 | 679,25 | |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

procedimiento. Dado el fracaso de la premedicación estándar, se añadieron cromoglicato sódico 200 mg/8 h y ebastina 20 mg/12 h, iniciados 7 días antes de la segunda DS. Se realizó una nueva DS con idéntico protocolo y premedicación base, que toleró sin incidencias.

**Conclusión**

El cromoglicato sódico es un estabilizador de mastocitos con perfil de seguridad favorable, no descrito hasta la fecha en protocolos de DS a quimioterápicos. Su adición *off-label* fue determinante para completar la administración de un fármaco sin alternativa disponible.

Este caso sugiere que podría representar una opción útil ante reacciones durante la DS a DLP y otras quimioterapias que producen liberación de mediadores por mastocitos de origen no inmunológico.

## Hipersensibilidad a terapias biológicas y desensibilización

Sánchez González MJ[1], González Bravo L[1], Barbarroja Escudero J[1], Laiseca Antón A[1], Pineda de la Losa F[2], Galán Díez T[2]

[1] Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid
[2] Applied Science Department, Inmunotek SL, Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las terapias biológicas han supuesto un avance significativo en el manejo de las enfermedades inflamatorias tipo 2. Las reacciones de hipersensibilidad (HSR) inmediata son poco frecuentes, pero clínicamente relevantes.

Presentamos dos casos de HSR inmediata a múltiples biológicos basados en IgG, con confirmación mecanística mediante SDS-PAGE e *immunoblot* IgE (Western blot).

**Material y métodos**

Se realizó evaluación clínica, estudio alergológico con pruebas cutáneas y análisis inmunoquímicos: SDS-PAGE y Western blot en condiciones reductoras y no reductoras, para IgE.

**Resultados**

- *Caso 1:* mujer de 34 años con hidradenitis supurativa. Presentó urticaria generalizada 1-2 horas tras secukinumab. Mostró reactividad clínica y/o cutánea a múltiples biológicos (secukinumab, bimekizumab, guselkumab, brodalumab).
- *Caso 2:* varón de 59 años con asma eosinofílica grave no alérgica, corticodependiente e hipersensibilidad a AINE, con múltiples exacerbaciones y más de 20 ingresos hospitalarios desde 2015, incluyendo estancias en UCI. Suspendió mepolizumab por mal control. Tras primera dosis de benralizumab y reslizumab presentó anafilaxia, tras dupilumab desarrolló urticaria generalizada inmediata.

El estudio alergológico se muestra en la Tabla.

**Tabla.** Tratamiento biológico y estudio alergológico.

| **Caso 1** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Biológico** | **Ig** | **Diana** | **SPT** | **IDT 1/10** | | **Provocación** |
| Secukinumab | IgG1/κ | IL-17A | Negativo | + micropapular exantema | | NR |
| Bimekizumab | IgG1/κ | IL-17A, IL-17F e IL-17AF | Negativo | + micropapular exantema | | NR |
| Guselkumab | IgG1/λ | IL-23 | Negativo | + habones y prurito | | NR |
| Brodalumab | IgG2 | IL-17RA | Negativo | + habones y prurito | | NR |
| Ustekinumab | IgG1/κ | IL-12/23 | Negativo | + habones y prurito | | NR |
| **Caso 2** | | | | | | |
| **Biológico** | **Ig** | **Diana** | **SPT** | **IDT 1/100** | **IDT 1/10** | **Provocación** |
| Mepolizumab | IgG1/κ | IL5 | Negativo | Urticaria | NR | NR |
| Benralizumab | IgG1/λ | IL5-Rα | Negativo | Urticaria | NR | NR |
| Reslizumab | IgG4/κ | IL5 | NR | NR | NR | NR |
| Dupilumab | IgG4 | IL4-Rα | Negativo | Urticaria | Negativo | NR |
| Tezepelumab | IgG2λ | TSLP | Negativo | Negativo | Negativo | Urticaria |

Abreviaturas: Ig, immunoglobulina; Diana, diana terapéutica; SPT, skin *prick test*; IDT, test intradérmico; NR, no realizado.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

En ambos casos, el análisis inmunoquímico evidenció unión de IgE a fragmentos de ~50 kDa (cadenas pesadas IgG1, IgG2 e IgG4) y ~25 kDa (cadenas ligeras), exclusivamente en condiciones reductoras, independiente de la diana terapéutica, sugiriendo reconocimiento por IgE de dominios estructurales conservados de IgG1 e IgG4, más que de regiones específicas del antígeno (Figura).

Todos los controles resultaron negativos.

En el caso 1 se realizó desensibilización a bimekizumab con premedicación, con buena tolerancia y eficacia mantenida.

En el caso 2 se inició tratamiento con tezepelumab mediante premedicación y protocolo de desensibilización rápida, con buena tolerancia. Posteriormente, se logró simplificar la premedicación a antihistamínico previo, manteniendo la administración periódica del biológico sin incidencias clínicas.

**Conclusión**

La hipersensibilidad a múltiples biológicos puede estar mediada por IgE frente a dominios estructurales conservados de IgG.

Su identificación tiene implicaciones diagnósticas clave.

La desensibilización, junto con premedicación dirigida, constituye una estrategia segura y eficaz.

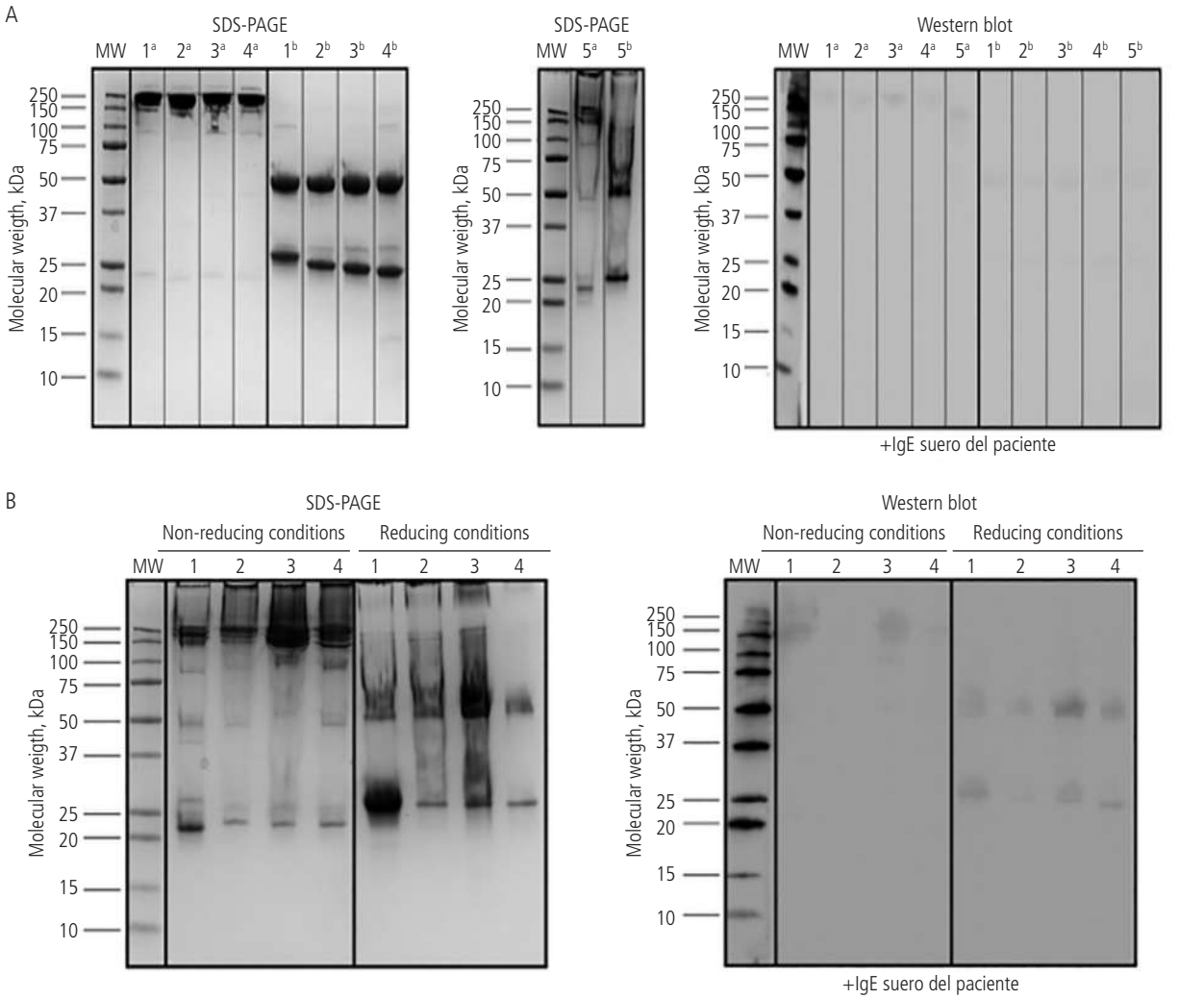



**Figura.** SDS-PAGE y Western blot en condiciones no reductoras y reductoras. MW, marcador de peso molecular. A, Carril 1, guselkumab. Carril 2, brodalumab. Carril 3, ustekinumab. Carril 4, bimekizumab. Carril 5, secukinumab. [a]Condiciones no reductoras; [b]condiciones reductoras. B, Carril 1, tezepelumab. Carril 2, mepolizumab. Carril 3, dupilumab. Carril 4, benralizumab.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Exantema fijo pigmentario por Frenadol® en adolescente

Muñoz García E[1], Mateos Benito A[2], Veza Perdomo S[1], Flores Infante C[1], Rodríguez Jiménez B[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid
[2] Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El exantema fijo pigmentario (EFP) es una reacción de hipersensibilidad retardada inducida por medicamentos, que se manifiesta como lesiones bien delimitadas a nivel cutáneo que aparecen en las mismas localizaciones tras la reexposición al fármaco. Las lesiones pueden resolverse al suspender el medicamento, pero en ocasiones pueden dejar pigmentación residual. Es una entidad poco frecuente en niños y adolescentes.

El paracetamol es un fármaco ampliamente usado en pediatría como analgésico y antipirético.

**Material y métodos**

Varón de 14 años con aparición de lesiones hiperpigmentadas y bien delimitadas en muñecas y rodillas tras la toma de Frenadol® (no sabe precisar si Forte o Complex) en dos ocasiones.

El servicio de farmacia hospitalaria elaboró los componentes de ambos preparados de Frenadol® por separado. Se parchearon en espalda y en las lesiones de muñecas y rodillas.

**Resultados**

- Pruebas epicutáneas: negativas.
- Prueba de exposición oral controlada con paracetamol (1 gramo): tras 1 hora de espera de la aparición de *flare-up* en las lesiones.

**Conclusión**

Confirmado el diagnóstico de EFP por paracetamol, se contraindica el uso de este fármaco en el paciente. El EFP es una entidad no grave, recurrente y que puede confirmarse mediante pruebas de exposición oral en adolescentes. El EFP por paracetamol es poco frecuente y está descrito de forma más habitual en niños y adolescentes que en adultos.



**Figura 1.** Muñeca I, 120 min tras prueba de exposición con paracetamol.



**Figura 2.** Muñeca I (paracetamol).

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Abordaje alergológico del síndrome de hipersensibilidad a múltiples fármacos

Noguerales Fuertes L, Morales Gutiérrez L, Morales Janke A, Cuevas-Bravo C, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado-Mellado B

Servicio de Alergología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de hipersensibilidad a múltiples fármacos (MDHS) es una entidad infrecuente caracterizada por reacciones a dos o más medicamentos no relacionados estructuralmente. Aunque predominan las reacciones tardías, también se han descrito casos inmediatos. Pueden coexistir ambos tipos, ya sea simultánea o secuencialmente. Describimos dos casos de MDHS y su abordaje para el diagnóstico alergológico.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de datos clínicos. El estudio alergológico incluyó pruebas epicutáneas (PE) e intradérmicas (ID) en lectura tardía, así como pruebas de exposición controlada (PEC) según protocolos estandarizados.

**Resultados**

- *Caso 1* (Tabla 1): varón de 81 años diagnosticado de DRESS definitivo (RegiSCAR=7) por hipersensibilidad a omeprazol con reactividad cruzada con pantoprazol confirmada mediante PE e ID en lectura a las 48 y 96 horas, así como alergia simultánea a iohexol con reactividad cruzada a otros contrastes yodados confirmada mediante ID con lectura tardía positiva.
- *Caso 2* (Tabla 2): varón de 63 años diagnosticado de exantema maculopapular por alergia simultánea a clindamicina y piperacilina-tazobactam e

**Tabla 1.** Estudio alergológico del caso 1.

| Fármaco | Tipo de prueba | Concentración | Tiempo de lectura | Resultado |
|---|---|---|---|---|
| Omeprazol | PE<br>ID | 30% en DMSO<br>1 mg/mL | 48 y 96 horas<br>96 horas | Positiva (++)<br>Positiva |
| Pantoprazol | PE<br>ID | 20% en DMSO<br>Pura | 48 y 96 horas<br>96 horas | Positiva (+)<br>Negativa |
| Lansoprazol | PE | 10% en DMSO | 48 y 96 horas | Positiva (+) |
| Atorvastatina | PE<br>PEC (atorvastatina/ ezetimiba) | 2,5% en DMSO | 48 y 96 horas | Negativa<br>Negativa |
| Simvastatina | PE | 2% en DMSO | 48 y 96 horas | Negativa |
| Iohexol, iopamidol, iomeprol e iopromida | ID | Pura e 1/10 | 48 horas | Positiva |
| Iobitridol, iodixanol, ioversol | ID<br>PEC iobitridol | Pura e 1/10 | 48 horas<br>48 horas | Negativa<br>Negativa |
| Ticagrelor | PEC | | 48 horas | Negativa |

Abreviaturas: PE, pruebas epicutáneas; ID, pruebas cutáneas en intradermorreacción; PEC, prueba de exposición controlada.

**Tabla 2.** Estudio alergológico del caso 2.

| Fármaco | Tipo de prueba | Concentración | Tiempo de lectura | Resultado |
|---|---|---|---|---|
| Linezolid | ID<br>PEC | 1/100 | 24 horas<br>24 horas | Negativo<br>Negativo |
| Clindamicina | ID | 1/10 | 24 horas | Negativo |
| Piperacilina-tazobactam | ID (primer test)<br>PEC (primer test)<br>ID (segundo test)<br>PEC penicilina V | 2 mg/mL<br>2 mg/mL | 24 horas<br>30 minutos<br>24 horas<br>24 horas | Negativo<br>Positiva<br>Negativa<br>Negativa |
| Iomeprol | ID | Pura e 1/10 | 24 horas | Positiva |
| Iopamidol, iopromida, Iobitridol, iodixanol, ioversol, iohexol | ID<br>PEC iobitridol | ID<br>PEC iobitridol<br>Pura e 1/10 | 24 horas<br>24 horas | Negativa<br>Negativa |

Abreviaturas: PE, pruebas epicutáneas; ID, pruebas cutáneas en intradermorreacción; PEC, prueba de exposición controlada.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

hipersensibilidad secuencial a iomeprol confirmado mediante ID en lectura a las 24 horas y PEC con tolerancia a iobitridol.

**Conclusión**

El MDHS se caracteriza por una respuesta inmunológica heterogénea, con posible combinación de reacciones inmediatas y retardadas a lo largo del tiempo, lo que refleja una activación persistente y compleja del sistema inmunitario.

El diagnóstico requiere un estudio alergológico completo y sistemático. En este contexto, las pruebas cutáneas y, cuando están indicadas, las pruebas de exposición controlada, constituyen herramientas imprescindibles para demostrar la sensibilización a múltiples fármacos, en línea con la evidencia disponible.

Este enfoque permite confirmar el diagnóstico, identificar posibles patrones de reactividad cruzada y establecer alternativas terapéuticas seguras, contribuyendo a una optimización individualizada del manejo clínico.

## Optimización de tolerancia en un síndrome de enterocolitis inducido por fármacos (DIES) tras administración de inmunoglobulinas intravenosas

Alberdi Callejo A, Vega de la Osada F, Ruiz Calatayud M, Monllau Colomer S, Buxens Jares R, Blanco Guerra C

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La administración de inmunoglobulinas (IG) por vía parenteral puede inducir reacciones adversas inmediatas tipo A, generalmente controlables mediante la modificación de la velocidad de infusión o tratamiento sintomático. Sin embargo, en raras ocasiones, estas reacciones pueden impedir su utilización.

**Material y métodos**

Mujer de 73 años con mieloma múltiple y déficit de inmunoglobulinas (IgG 370 mg/dL, IgA e IgM indetectables), que recibe su primera dosis de IGs intravenosa (Flebogamma®, IgG 97%, IgA <100 µg/mL). Se administra en pauta creciente con premedicación habitual (hidrocortisona, paracetamol y dexclorfeniramina). A los 10 minutos presenta náuseas, diarrea, disnea y desaturación, controlándose con tratamiento sintomático.

**Resultados**

En el estudio alergológico se realiza prueba de exposición intravenosa con otra preparación (Plangamma®, IgG 97%, IgA <100 µg/mL), con premedicación domiciliaria (ebastina, montelukast, ácido acetilsalicílico y prednisona) durante 3 días y hospitalaria (hidrocortisona, dexclorfeniramina y ondansetrón). Se inicia a 25 cc/h, presentando náuseas leves que progresan a palidez, dolor abdominal, vómitos y diarrea sanguinolenta al aumentar a 50 cc/h, junto a hipotensión y bradicardia, sin desaturación, resolviéndose con tratamiento sintomático.

Posteriormente, se realiza prueba con Privigen® (IgG 98%, IgA <10 µg/mL), con la misma premedicación domiciliaria y administrando palonosetrón y fosaprepitant en el hospital de día. Tras varias administraciones con ajustes de pauta en las que mantiene leves náuseas controladas con metoclopramida, se consigue finalmente buena tolerancia iniciando a 20 cc/h con incrementos progresivos hasta 80 cc/h hasta finalizar. La tolerancia se confirmó en ciclos posteriores.

El diagnóstico final fue síndrome de enterocolitis inducido por fármacos (DIES) secundario a inmunoglobulinas intravenosas.

**Conclusión**

Presentamos un caso de enterocolitis inducida por fármacos, reacción poco frecuente que supone un reto diagnóstico y terapéutico. Destaca la buena tolerancia a una preparación alternativa de IG mediante reducción del contenido de IgA, uso de premedicación con antieméticos y ajuste de la velocidad de infusión.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Pérdida rápida de sensibilización a betalactámicos

Fernández Barragán A, Soriano Gomis V, Caparrós Cayuela E, Fernández Sánchez FJ

Departamento de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Alicante

**Objetivo/Introducción**

La alergia a betalactámicos decae con el paso del tiempo. Hasta un 50% de pacientes pierde su sensibilización durante los cinco años posteriores al diagnóstico. Presentamos un caso de anafilaxia por amoxicilina-clavulánico con marcada reducción de la sensibilización en menos de un año, tras evitación estricta de penicilinas por el paciente y su entorno familiar.

**Material y métodos**

Varón de 18 años, sin alergia medicamentosa conocida, que recibió amoxicilina-clavulánico intravenoso y dexametasona por flemón dentario. A los 10 minutos de inicio del tratamiento presentó prurito palmoplantar, lesiones maculopapulosas en extremidades y cuello, calor facial y dificultad respiratoria sin hipotensión arterial, con mejoría tras tratamiento urgente. Fue derivado para estudio alergológico.

**Resultados**

En la evaluación inicial presentó pruebas cutáneas positivas a determinantes de penicilina: PPL en *prick* y MDM en intradermorreacción, con negatividad para otros betalactámicos testados. La IgE específica fue positiva para penicilina G, penicilina V, ampicilina y amoxicilina, con cefaclor negativo y triptasa basal normal. Se recomendó evitar penicilinas y derivados tanto él como sus convivientes. En la reevaluación a los 7 meses, sin nuevas exposiciones personales ni familiares a penicilinas, no presentó reacciones intercurrentes. Las pruebas cutáneas mostraron solo positividad a BPO/PPL en intradermorreacción 1/100, con negativización de la IgE específica frente a penicilina G, penicilina V, ampicilina, amoxicilina y cefaclor.

**Conclusión**

Este caso muestra una negativización precoz de la IgE específica y una marcada reducción de la reactividad cutánea a penicilinas. Aunque podría relacionarse con la evolución natural, consideramos que la evitación estricta de penicilinas en el entorno familiar pudo influir decisivamente.

Además, es muy importante reevaluar periódicamente a estos pacientes, ya que en caso de mantenerlos etiquetados de alérgicos a todos los betalactámicos durante los siguientes años no podrían beneficiarse de recibirlos en caso de necesidad.

## DIES (síndrome de enterocolitis inducida por fármacos): serie de 2 casos

Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I, Duque Gómez MS, Fernández Pellón L

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

La sintomatología digestiva tras la administración de antibióticos suele atribuirse a efectos adversos comunes; sin embargo, esta interpretación no siempre explica cuadros de mayor intensidad o presentación atípica. En este contexto, resulta necesario ampliar el diagnóstico diferencial e incluir mecanismos no IgE mediados.

*Objetivo:* Describir dos casos compatibles con síndrome de enterocolitis inducida por fármacos (DIES).

**Material y métodos**

Se presentan dos casos clínicos. El primero corresponde a un paciente de 6 años que, tras la administración de amoxicilina y, en otra ocasión, tras amoxicilina-clavulánico, en contexto de infecciones respiratorias, presentó a los 90-120 minutos vómitos de repetición y letargia, sin manifestaciones cutáneas ni respiratorias. El segundo caso corresponde a un paciente de 50 años que, tras la primera dosis de amoxicilina en el contexto de infección dental, desarrolló a los 60 minutos vómitos, diarrea, mareo e hipotensión. Ambos requirieron atención urgente con fluidoterapia y antieméticos intravenosos. Presentaban tolerancia previa a betalactámicos y fueron derivados para estudio alergológico.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas con betalactámicos fueron negativas en ambos casos. En la prueba de provocación oral con amoxicilina, el primer paciente presentó a la hora de finalizar vómitos, letargia y diarrea, con resolución en 4 horas tras tratamiento sintomático intravenoso. El segundo desarrolló vómitos, diarrea e hipotensión a las 2 horas, requiriendo fluidoterapia intravenosa y antieméticos, con posterior mejoría. La reproducibilidad de los síntomas nos llevó a pensar en el diagnóstico de DIES, una entidad poco conocida.

**Conclusión**

Estos casos ilustran una presentación compatible con DIES inducido por amoxicilina. No toda sintomatología digestiva asociada a antibióticos corresponde a efectos adversos habituales ni a alergia IgE mediada. El reconocimiento de mecanismos no IgE mediados es fundamental para un diagnóstico preciso y un manejo adecuado, evitando errores en el etiquetado de alergia a betalactámicos.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Cuando las pruebas cutáneas son negativas: exantema fijo medicamentoso múltiple ampolloso

Amadoz Iñarrairaegui LF, Sousa Pérez MV, Enjuto Guisado S, Méndez Monge M, Danz Luque ZE, Aranzabal Soto MA

Hospital Universitario Donostia, San Sebastián

**Objetivo/Introducción**

El exantema fijo medicamentoso (EFM) es una reacción de hipersensibilidad retardada caracterizada por la recurrencia de lesiones cutáneas en localizaciones fijas tras la reexposición al fármaco implicado. Describimos un caso de EFM múltiple, con presentación ampollosa en contexto perioperatorio.

**Material y métodos**

Mujer de 60 años intervenida de tobillo en 2021 y reintervenida en junio y diciembre de 2025. Presentó lesiones cutáneas recurrentes tras las dos intervenciones. A la exploración se observaron placas eritematosas redondeadas, pruriginosas, bien delimitadas, en la región lumbar, los miembros superiores, el mentón y las mamas, algunas con evolución a lesiones ampollosas tensas y áreas de despegamiento epidérmico, sin afectación de mucosas. Tras revisión de la medicación administrada, se identificaron como fármacos sospechosos metamizol, dexketoprofeno y paracetamol. Se realizó un estudio alergológico completo que incluyó pruebas cutáneas y prueba de provocación oral controlada (PEOC).

**Resultados**

Las pruebas epicutáneas realizadas sobre lesiones residuales, así como las pruebas de intradermorreacción en lectura tardía, fueron negativas con los fármacos implicados. Tras la PEOC con 575 mg de metamizol, la paciente presentó seis horas después lesiones eritematosas pruriginosas no ampollosas, en las mismas localizaciones previamente afectadas. Las lesiones evolucionaron dejando hiperpigmentación residual violácea, especialmente en región lumbar. Se instauró tratamiento con prednisona oral (60 mg/día en pauta descendente) y corticoides tópicos, con evolución favorable, confirmándose el diagnóstico de EFM múltiple inducido por metamizol. Posteriormente se confirmó tolerancia a dexketoprofeno y paracetamol.

**Conclusión**

Con este caso queremos recalcar la dificultad del diagnóstico etiológico del exantema fijo medicamentoso ampolloso generalizado, en un contexto de polimedicación. En casos seleccionados y bajo condiciones de seguridad, la prueba de provocación oral puede ser una prueba diagnóstica útil, no exenta de riesgos. Este caso subraya la importancia de una correcta identificación del fármaco implicado en el contexto perioperatorio para prevenir recurrencias y optimizar la seguridad del paciente.

## Desensibilización a filgrastim en paciente con mieloma múltiple: importancia del abordaje multidisciplinar

Danz Luque ZE, Arrieta Pey MC, Asensio Bermejo A, Sousa Pérez MV, Méndez Monge M, Enjuto Guisado S

Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián

**Objetivo/Introducción**

El filgrastim (G-CSF) es fundamental en el manejo de la neutropenia secundaria a tratamiento oncohematológico. Las reacciones adversas pueden limitar su uso y, en ausencia de alternativas terapéuticas, la desensibilización constituye una estrategia eficaz y segura. El objetivo es describir un caso de desensibilización a filgrastim mediante un abordaje multidisciplinar.

**Material y métodos**

Varón de 64 años diagnosticado de mieloma múltiple en tratamiento de mantenimiento con lenalidomida, que desarrolla neutropenia secundaria tratada con filgrastim subcutáneo semanal. Tras varias administraciones presentó, aproximadamente una hora después de la inyección subcutánea, cefalea, tiritona, dolor lumbar y palpitaciones, compatibles con reacción por liberación de citoquinas. Las pruebas cutáneas con filgrastim resultaron negativas, hallazgo esperable dado el mecanismo implicado. Desde hematología se indicó cambio a lenograstim, posteriormente no disponible por problemas de suministro.

Ante la ausencia de alternativas terapéuticas, se solicitó nueva valoración en diciembre de 2025. En coordinación con farmacia hospitalaria, se diseñó un protocolo de desensibilización intravenosa en bolsa única (300 µg/250 mL), adaptado de protocolos publicados de tres bolsas. Posteriormente se realizó escalada subcutánea mediante pauta 30-70%, finalizando con provocación subcutánea al 100%. Se administró premedicación con paracetamol intravenoso y posteriormente oral.

**Resultados**

La desensibilización intravenosa se inició en enero de 2026 mediante protocolo de 10 pasos en bolsa única, reduciendo progresivamente el número de pasos en ciclos posteriores. El paciente presentó dos reacciones leves, con buena respuesta a tratamiento sintomático y sin elevación de biomarcadores inflamatorios, incluida IL-6. Tras tolerar la dosis intravenosa, continuó con desensibilización subcutánea, manteniendo adecuada tolerancia clínica.

**Conclusión**

La desensibilización intravenosa seguida de administración subcutánea permitió mantener un tratamiento esencial sin alternativas disponibles, preservando además la calidad de vida del paciente. Este caso resalta la importancia del abordaje multidisciplinar y de la individualización de protocolos de desensibilización en pacientes oncohematológicos complejos.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Propofol: un sospechoso frecuente raramente confirmado

Cuevas Bravo C, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado Mellado B, Tornero Molina P

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El propofol es uno de los hipnóticos intravenosos más utilizados en anestesia general y constituye un fármaco frecuentemente implicado en el estudio de las reacciones perioperatorias (RP). La incidencia de alergia a propofol es aparentemente baja.

El objetivo de este estudio fue analizar el papel del propofol en una cohorte de pacientes remitidos por sospecha de RP.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de pacientes remitidos a alergología por sospecha de RP entre 2022 y 2026. Se recogieron variables demográficas, clínicas, gravedad de la reacción, fármacos administrados, resultados de pruebas cutáneas (PC) en *prick* e intradermorreacción y pruebas de exposición controlada (PEC) en quirófano.

**Resultados**

Se incluyeron 48 pacientes con sospecha de RP, en los que el propofol estaba implicado como posible responsable. La edad media fue 50,2 años, con predominio femenino (75%). Las manifestaciones clínicas fueron urticaria (n=21), *shock* anafiláctico (n=10), broncoespasmo (n=7), anafilaxia (n=7), urticaria-angioedema (n=1), angioedema aislado (n=1) y exantema (n=1). Según la clasificación de Ring y Messmer, las reacciones fueron grado I (50%), grado II (20,8%) y grado III (29,2%), sin registrarse reacciones grado IV. Las PC y PEC en quirófano con propofol fueron negativas en el 100% de los pacientes. El valor predictivo negativo (VPN) de las PC en nuestra serie fue del 100%. Se descartó alergia a propofol en todos los casos. Los agentes implicados con mayor frecuencia fueron relajantes musculares y betalactámicos. Se descartó alergia a todos los fármacos implicados en 24 pacientes (50%).

**Conclusión**

Aunque el propofol se considerada un posible agente causal en las RP, en nuestra serie no se confirmó ningún caso. Esto apoya la baja frecuencia de alergia a propofol y refuerza la utilidad de las PC, que mostraron un VPN del 100% en nuestra cohorte. Destacamos la importancia de realizar un estudio alergológico con PEC en quirófano para evitar diagnósticos erróneos y restricciones de fármacos anestésicos.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Dermatitis de contacto alérgica por minoxidil y propilenglicol: la importancia del vehículo en la persistencia del cuadro clínico

Matta Pérez JI, Añibarro Vega JM, Andreu Barasoain M, Huete Herrera M, Gutiérrez Posso JM, Andrade Garbán PA

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El minoxidil tópico constituye el estándar terapéutico para la alopecia androgénica. Sin embargo, se reportan reacciones adversas cutáneas en el 1% al 3,7% de los usuarios. Estas reacciones se atribuían al propilenglicol (alcohol divalente utilizado como vehículo) aunque el minoxidil ha emergido como un alérgeno relevante. Reportamos un caso de dermatitis de contacto alérgica (DAC) por sensibilización dual al principio activo y al vehículo.

**Material y métodos**

Mujer de 44 años que presentó dos episodios de DAC cronológicamente distantes. En el primero presentó eritema y prurito en el cuero cabelludo tras cuatro días de uso de minoxidil tópico al 5%. El segundo, 15 días después, cursó con eritema facial y edema palpebral, además de eritema en tórax y extremidades tras nueva rutina cosmética (sérum iluminador facial, sérum de vitamina C y fotoprotectores). Se realizaron PEC según normativa del G.E.I.D.A.C. Minoxidil (1% y 5% en DMSO) y productos propios. Además, se realizó test de aplicación abierta repetida (ROAT).

**Resultados**

Las PEC a las 48 y 96 horas revelaron positividad para propilenglicol (++), minoxidil 1% (+), minoxidil 5% (+++), minoxidil propio (+++), y cosméticos propios: sérum iluminador facial (+), sérum de vitamina C (+), fotoprotector (+). El ROAT confirmó reactividad a las 24 horas para el minoxidil propio y el sérum iluminador facial.

**Conclusión**

La coexistencia de DAC al minoxidil y propilenglicol es un fenómeno documentado, aunque poco frecuente. La sensibilización dual al minoxidil y al propilenglicol invalida el uso de formulaciones alternativas, requiriendo la suspensión definitiva del tratamiento tópico. Este caso resalta la necesidad de un abordaje diagnóstico riguroso mediante pruebas epicutáneas utilizando baterías estándar y ampliada, así como productos propios para identificar sensibilizaciones múltiples.

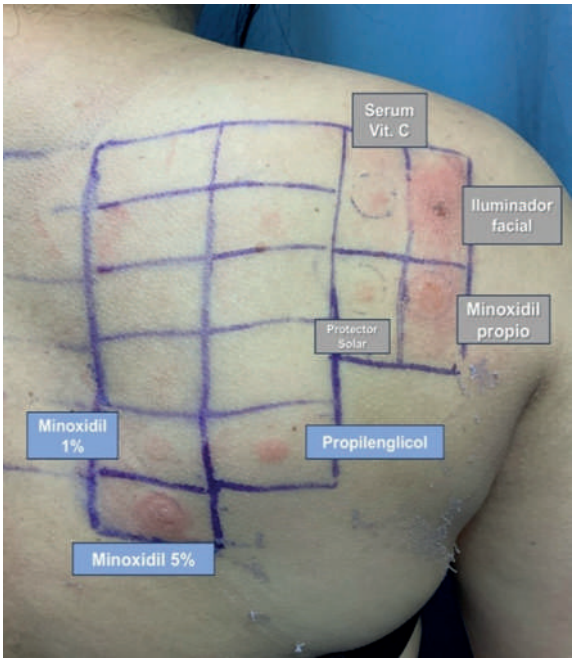



**Figura 1.** Lectura de pruebas epicutáneas a las 96 h.




**Figura 2.** ROAT test a las 24 horas.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia cutánea y angioedema

## Asociación entre Mala s 6 y alérgenos presentes en el macroarray ALEX²

Medina Vega L, de Vera González A, Karnani Khemlani S, Sánchez Barrios MDC, Hernández Lutzardo El, Poza Guedes P

Complejo Hospital Universitario de Canarias (CHUC), La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

**Objetivo/Introducción**

Mala s 6 es una ciclofilina implicada en procesos celulares e inmunitarios. Las ciclofilinas son panalérgenos altamente conservados presentes en hongos, ácaros y plantas, lo que favorece la reactividad cruzada entre distintas fuentes alergénicas.

*Objetivo:* Analizar la asociación entre la proteína Mala s 6 de *Malassezia sympodialis* y los alérgenos incluidos en el panel ALEX² en pacientes con analíticas solicitadas desde el servicio de alergia durante 2025.

En pacientes con dermatitis atópica, la alteración de la barrera cutánea facilita la sensibilización a *Malassezia*, generando un empeoramiento clínico de la enfermedad.

**Material y métodos**

Estudio observacional que incluyó 1.168 pacientes analizados con ALEX² (MacroArray Diagnostic), con evaluación de 300 alérgenos. Se consideró positividad con IgE específica >0,10 $kU_A/L$. Se analizaron asociaciones mediante *odds ratio* (OR) con IC95%, test de Fisher y corrección por Benjamini-Hochberg. La similitud entre patrones de sensibilización se evaluó mediante índice de Jaccard. Se utilizó ChatGPT (OpenAI 2026 software) como herramienta de apoyo para el análisis de los datos.

**Resultados**

El 9,67% de los pacientes mostró positividad a Mala s 6. Se observó una fuerte cosensibilización con ácaros (Der p 1, Der p 2, Der p 23) y homólogos de *D. farinae*, presente en el 80-90% de los casos, con OR elevadas. La asociación con otros hongos fue limitada (≈21%) lo que sugiere baja especificidad dentro del ámbito fúngico. Asimismo, la positividad a Mala s6 se relacionó con mayor gravedad de dermatitis atópica ($p$=0,0059), con un punto de corte cercano a 10 $kU_A/L$.

**Conclusión**

Mala s 6 no parece actuar como un alérgeno independiente, sino como parte de un fenotipo de sensibilización dominado por ácaros. Estos hallazgos apoyan la existencia de reactividad cruzada mediada por ciclofilinas, posiblemente compartidas con ácaros no representados en el panel y fuente de próximos estudios.

*Malassezia sympodialis* está presente en la microbiota nasal humana y su abundancia varía en asma y rinitis alérgica, pudiendo participar indirectamente en los mecanismos inflamatorios de la vía aérea o reflejar una alteración del ecosistema fúngico respiratorio en estas enfermedades.

**Tabla.** Asociaciones relevantes con Mala s6.

| Alérgeno | Coincidencias (n) | % en Mala s 6 | OR (corregida) | Interpretación |
|---|---|---|---|---|
| Der p 23 | 102 | 90,27% | ≈ 4,92 | Asociación muy fuerte |
| Der p 2 | 94 | 83,19% | ≈ 3,70 | Asociación fuerte |
| Der p 1 | 102 | 90,27% | ≈ 3,45 | Asociación fuerte |
| Der f 2 | 97 | 85,84% | ≈ 3,26 | Asociación fuerte |
| Der f 1 | 90 | 79,65% | ≈ 2,9 | Asociación consistente |
| Gly d 2 | 75 | 66,37% | ≈ 2,78 | Asociación moderada relevante |
| Der p 7 | 61 | 53,98% | ≈ 2,12 | Asociación moderada |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Angioedema hereditario con C1-inhibidor normal por mutación del factor XII: profilaxis previa a la cirugía y manejo hospitalario

Tello Montúfar DM[1], Vargas Días MDLA[1], Veleiro Pérez B[2], Rodríguez Vázquez V[1]

[1] Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela (CHUS), Santiago de Compostela
[2] Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC), A Coruña

**Objetivo/Introducción**

El angioedema hereditario ligado a mutaciones del gen del factor 12 (AEH-FXII) es la variante más frecuente con C1-inhibidor normal. Su morbimortalidad precisa de diagnóstico y manejo adecuado que, según las últimas recomendaciones de expertos, deben ser similares que en pacientes con AEH con déficit de C1-inhibidor.

**Material y métodos**

Mujer de 32 años que debuta a los 18 años, 2 meses después del inicio de uso de anticonceptivos orales combinados (ACO) con brotes recurrentes de dolor abdominal con normalidad de las pruebas realizadas. En el embarazo se incrementan, ceden en el postparto y 8 meses después de reiniciar ACO presenta episodio de edema labial deformante que no responde a antihistamínicos ni corticoides. Se remite a la consulta de alergología en el CHUAC donde se confirma el diagnóstico de AEH-FXII mutación en heterocigosis (p.Thr328Lys). Esta mutación se confirma en su madre en CHUS (episodio único ligado a ACO).

**Resultados**

Remitida a nuestra área sanitaria, refería dolor abdominal recurrente, que en una ocasión se asoció a hematoquezia. En consulta de digestivo se realiza colonoscopia con hallazgo de adenoma tubulovelloso no resecable y se indica hemicolectomía derecha.

Se realiza profilaxis preoperatoria con inhibidor de C1 esterasa (Berinert©) 1000 UI intravenoso, sin incidencias en postoperatorio inmediato, pero tras 4 días presenta dolor y distensión abdominal con pico febril. Se inicia cobertura antibiótica empírica y se realiza tomografía abdominal que mostró pequeña colección abdominal y engrosamiento transmural con signo de halo sugestivo de angioedema.

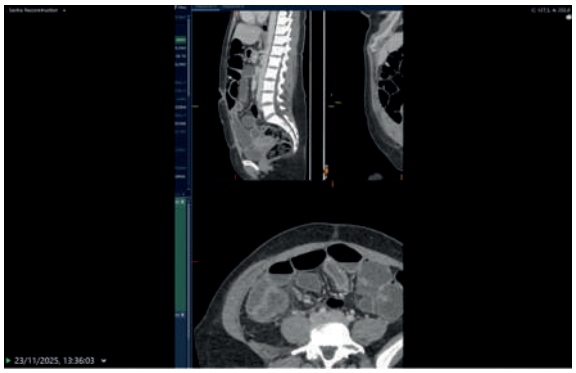


**Figura 1.** Edema de pared abdominal.



**Figura 2.** Edema labial.

Dada la persistencia de clínica y hemocultivos negativos, se administró icatibant subcutáneo logrando mejoría. Un mes antes, había tenido un episodio de edema labial tras infiltración de ácido hialurónico, que respondió a icatibant. Asintomática desde entonces.

**Conclusión**

El manejo proactivo e individualizado en AEH-FXII reduce las crisis, previene complicaciones y mejora la seguridad en procedimientos y exposición a desencadenantes, optimizando resultados clínicos globales.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Eccema de contacto por un cosmético facial

Mur Gimeno MP, Joyanes Romo JB, Morales Hidalgo A, Fernández Montesinos Y, Famoso Rivallo A, Pizarro Núñez de Arenas G

Servicio de Alergología, Hospital Santa Bárbara, Puertollano

**Objetivo/Introducción**

El *phenylethyl resorcinol* (PER) es un derivado fenólico del resorcinol utilizado como despigmentante y antioxidante en cosméticos faciales y fotoprotectores. Aunque inicialmente se consideró seguro, en los últimos años se ha descrito como un alérgeno emergente responsable de dermatitis alérgica de contacto facial, especialmente en mujeres usuarias de fotoprotectores despigmentantes. Presentamos un caso de eccema de contacto por PER contenido en un fotoprotector facial.

**Material y métodos**

Mujer de 32 años remitida por su médico de cabecera por un episodio de eccema facial agudo tras la aplicación de Anthelios Age Correct SPF 50® como hidratante previo al maquillaje. A las 3 horas presentó eritema facial, prurito intenso, vesiculación, exudación y posterior descamación en la región interciliar, los pliegues nasales y las mejillas, así como edema palpebral. Precisó corticoides sistémicos y antihistamínicos con mejoría en una semana. Toleraba otros cosméticos habituales y Anthelios UVMune 400 SPF 50+®. Se realizaron pruebas epicutáneas con batería de cosméticos, parche con productos propios y, posteriormente, con componentes individuales aportados por el fabricante.

**Resultados**

Las pruebas epicutáneas de la batería estándar y de cosméticos fueron negativas, salvo leve positividad a metildibromoglutaronitrilo, no presente en el producto implicado. El parche con Anthelios Age Correct SPF 50® fue positivo (+++) y negativo para Anthelios UVMune 400 SPF 50+®. El estudio dirigido mostró positividad exclusiva para *phenylethyl resorcinol* 0,5% (++ a las 48 y 72 horas), mientras que el resto de componentes fue negativo. Se confirmó su presencia en la crema implicada (Anthelios Age Correct SPF 50+®) y su ausencia en el fotoprotector tolerado.

**Conclusión**

El PER debe considerarse un alérgeno emergente en cosmética facial.

La negatividad de la batería de cosméticos hace fundamental el estudio con el producto propio y sus componentes individualizados.

La cosmetovigilancia y los registros multicéntricos sugieren que su prevalencia podría estar infravalorada, especialmente en dermatitis faciales asociadas a fotoprotectores despigmentantes.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Pericondritis auricular simulada por dermatitis de contacto por clioquinol ótico

Paucar Vidal KC[1], Vásquez Bautista AA[1], Ramírez Cortés J[1], Salom Luna C[1], Gorlat García A[1], Vásquez Michel JDC[2]

[1] Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid
[2] Centro de Salud Navamorcuende, Talavera de la Reina, Toledo

**Objetivo/Introducción**

El clioquinol es un antimicrobiano tópico frecuentemente combinado con corticoides, con un perfil de sensibilización considerado bajo, aunque no despreciable. La dermatitis de contacto alérgica en el área ótica puede simular o coexistir con procesos infecciosos, lo que dificulta el diagnóstico.

**Material y métodos**

Mujer de 67 años, con antecedentes de alergia a pirazolonas e hipotiroidismo, tratada con beclometasona dipropionato/clioquinol ótico (3-4 gotas cada 8 h durante 10 días) por otitis media serosa. A los 3-4 días presenta eritema edematoso y calor local en ambos pabellones auriculares. Posteriormente recibe budesonida nasal, xilometazolina, mupirocina tópica y colirio de gentamicina/dexametasona/tetrizolina por persistencia de los síntomas.

Tres semanas tras el inicio, acude a urgencias. ORL objetiva secreciones epidérmicas en oído derecho y signos inflamatorios bilaterales, diagnosticándose pericondritis auricular. Se suspende el tratamiento ótico e inicia tratamiento con ciprofloxacino, prednisona e ibuprofeno. Refería uso previo de beclometasona dipropionato/clioquinol ótico en enero de 2025.

Aporta iconografía (Figura).

**Resultados**

Se realizaron pruebas epicutáneas (lecturas a las 48 y 96 h), que fueron negativas con budesonida, xilometazolina, mupirocina y el colirio de gentamicina/dexametasona/tetrizolina. La batería estándar y la de corticoides también fueron negativas. Se obtuvo positividad intensa (+++) con beclometasona/clioquinol ótica, con negatividad para beclometasona en crema, hallazgos compatibles con dermatitis de contacto alérgica.



**Figura.** Pericondritis auricular.

**Conclusión**

La dermatitis de contacto alérgica por clioquinol debe considerarse en pacientes con empeoramiento clínico bajo tratamiento ótico, especialmente cuando la evolución es atípica o refractaria. La negatividad en las baterías estándar no excluye el diagnóstico, siendo determinante el estudio con productos propios. Este caso subraya la importancia de incluirlos en el estudio epicutáneo para establecer un diagnóstico etiológico preciso y evitar tratamientos innecesarios.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Dermatitis atópica grave: antes y después de dupilumab

Cuevas Cantero B, Hernández Sánchez MC, Tabares Gallego M, Cansino Bascón R, Salinas Zaldúa AM, de Luque Piñana V

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

**Objetivo/Introducción**

Dupilumab ha demostrado eficacia y seguridad en el tratamiento de la DA moderada-grave. No obstante, la evidencia sobre su uso durante el embarazo y la lactancia es limitada y existen pocos datos sobre la evolución de la enfermedad tras su suspensión.

Presentamos un caso de DA grave tratada con dupilumab durante la gestación y la lactancia, con seguimiento tras su retirada.

**Material y métodos**

Mujer de 32 años con DA desde la infancia, remitida por enfermedad grave refractaria a corticosteroides tópicos, sistémicos y un ciclo de ciclosporina A. Entre sus antecedentes destacan rinoconjuntivitis y asma alérgicas, así como alergia alimentaria.

En la exploración inicial presentaba DA difusa con afectación del 50% de la superficie corporal, un índice EASI (Eczema Area and Severity Index) de 32 y una puntuación IGA (Investigator Global Assessment) de 3, indicando enfermedad grave.

Se inició dupilumab en febrero de 2022 (dosis de carga de 600 mg seguida de 300 mg/14 días) con seguimiento clínico, valorando respuesta terapéutica y posibles efectos adversos.

**Resultados**

A las 16 semanas se objetivó mejoría clínica significativa (EASI 1,8). A los tres meses, la paciente quedó embarazada y, tras valoración individualizada riesgo-beneficio, decidió mantener dupilumab durante la gestación y lactancia, sin incidencias materno-fetales.

Tras aproximadamente dos años, aparecieron efectos adversos oculares, manejados de forma conservadora y espaciándose la administración a 21 días. En junio de 2024 se suspendió por hiperemia conjuntival y úlceras corneales refractarias (Figura 1). Tras su retirada, la DA permaneció controlada con emolientes diarios y uso puntual de corticoides tópicos.

La evolución de las escalas clínicas se muestra en Tabla y Figura 2.

**Conclusión**

Dupilumab permitió un adecuado control de la DA con mejoría marcada en las escalas de actividad. Su uso durante el embarazo y lactancia fue seguro en este caso. Tras su suspensión, el control clínico se mantuvo, sugiriendo un posible efecto terapéutico sostenido a largo plazo.

**Tabla.** Influencia de dupilumab en la gravedad de la DA antes, durante y después de su administración.

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SCORAD | 73 | 40 | 10 | 6 | 6 | 6 |
| EASI | 32 | 1,8 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| DLQI | 21 | 7 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| POEM | 28 | 19 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| IGA | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| BSA (%) | 50 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 |



**Figura 1.** Conjuntivitis y úlcera corneal secundaria a dupilumab.

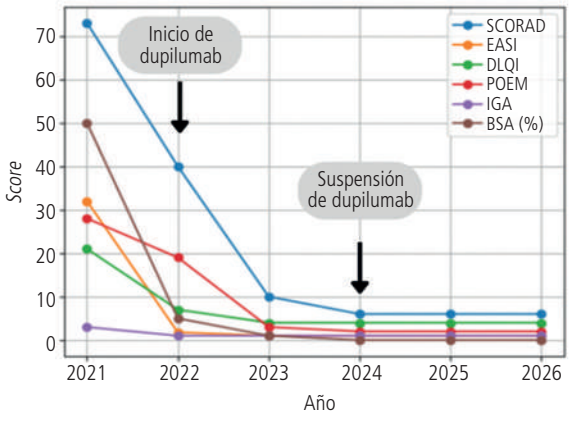



**Figura 2.** Evolución de los *scores* para la evaluación de la severidad de la DA (2021-2026).

Volver al índice



© 2026 Esmon Publicidad

## Dermatitis de contacto alérgica y angioedema en paciente atópica por uso de cacao labial

Miguel Polo LDC, Moreno Fernández A, Guerra Vilaplana MD, Ruiz Valero M, Quiñones Obando ML, Martínez de la Torre AC

Hospital Universitario de Cuenca, Cuenca

**Objetivo/Introducción**

Los pacientes con dermatitis atópica previa tienen mayor predisposición a desarrollar dermatitis de contacto alérgica. Entre los alérgenos más comunes se encuentran las fragancias y los conservantes presentes en los productos de cuidado personal, que la mayoría de las veces lo desconocen.

**Material y métodos**

Mujer de 13 años, que desde el invierno de 2025 hasta la actualidad presenta angioedema importante de labio inferior, acompañado de eritema intenso y eccema alrededor de la mucosa perioral, con sensación de ardor y dolor alrededor de la zona de ambos labios, que se exacerba con el uso de su cacao habitual. Además, presenta desde hace varios años lesiones de eccema en zona de pliegues antecubitales, detrás de las rodillas y en la zona de las ingles.

**Resultados**

Se realizaron:

Parches epicutáneos con la batería de contactantes habituales de True Test extendida + propilgalato + polietilenglicol + polisorbato 80 + productos propios (cacao de la marca Liposan® + cacao de Aloe Vera y crema Nivea®): positivos a las 48 y 96 horas a Mezcla de Fragancias Mix II (citral al 1%, citronelal al 0,5%, farnesol al 2,5%, alfahexilcinamaldehido al 5%, lyral al 2,5% y a cumarine al 2,5%) +++ y a sus productos propios cacao de la marca Liposan® +, cacao de Aloe Vera + y crema Nivea® +. El resto de las pruebas fue negativos.

**Conclusión**

Presentamos el caso de una paciente con dermatitis atópica previa y queilitis por dermatitis alérgica de contacto por sensibilización a la mezcla de perfumes y sus productos propios: cacao de la marca Liposan® y de Aloe Vera y de su crema Nivea® que contenían en su composición fragancias.

## Tolerabilidad del lino textil en comparación con otros tejidos en pacientes con dermatitis atópica: estudio simple ciego, controlado intrapaciente y aleatorizado

Bodero Sánchez JM, Parrado Gil L, Calvo Alonso A, Gastaminza Lasarte G, D'Amelio Garófalo C

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

El prurito es el síntoma cardinal de la dermatitis atópica (DA) y produce gran impacto en la calidad de vida. La selección de tejidos en DA es una consulta frecuente. Un tejido adecuado debería optimizar el microambiente cutáneo y reducir la gravedad de los síntomas y las exacerbaciones. Clásicamente se ha recomendado el algodón y evitar la lana, sin apenas base científica para ello. El lino, por sus características, podría ser un tejido adecuado para la DA.

Nuestro objetivo es valorar su tolerabilidad en sujetos con DA.

**Material y métodos**

Estudio prospectivo, simple ciego, controlado intrapaciente, y aleatorizado. Sujetos >5 años con DA activa (al menos una lesión en los últimos 6 meses). Los pacientes completaron un cuestionario, se valoró su DA mediante escalas validadas vIGA y EASI, se realizaron pruebas epicutáneas (lino textil, seda, algodón y poliéster) con lecturas de los parches y medición de la pérdida de agua transepidémica (TEWL mediante VapoMeter®) a las 48 h (D2) y 96 h (D4).

**Resultados**

29 pacientes (72% mujeres) completaron el estudio. La media de edad fue 22,2 años; 14 (48,3%) pacientes referían síntomas con tejidos (lana 35,7%, lino 7% y sintéticos 28,6%). La media de EASI fue 1,73 puntos y vIGA 1,21. Sólo una paciente presentó una prueba positiva en D4, subclínica (refería adecuada tolerancia al lino textil). La mediana TEWL inducida por el lino en comparación con otros tejidos fue similar en D2 y D4 (test Wilcoxon para muestras emparejadas).

**Conclusión**

El lino no mostró diferencias significativas en comparación con los otros tejidos probados. El TEWL no mostró variaciones significativas entre lino textil y algodón. Teniendo en cuenta las características del lino y los resultados obtenidos, su tolerabilidad parece comparable a la del algodón. Sería conveniente realizar estudios con una N mayor para valorar el estado de la piel tras su uso cotidiano en sujetos con DA.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Impacto de la implementación de una consulta monográfica de angioedema en hospital terciario: experiencia inicial

Martínez Guerra ME, Landaveri Sánchez L, Di Bernardo Delgado FT, Frattini Llorens L, Marín Justo A, Díaz Palacios MÁ

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

**Objetivo/Introducción**

El angioedema es un motivo heterogéneo de derivación en Alergología. Diferenciar formas mastocitarias, asociadas o no a urticaria crónica espontánea (UCE), y bradicininérgicas es clave, aunque suele retrasarse durante años.

El objetivo fue describir la experiencia inicial y el rendimiento diagnóstico de una consulta monográfica en un hospital terciario.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de primeras visitas realizadas entre junio de 2025 y marzo de 2026 en la consulta monográfica de angioedema del Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Se analizaron variables demográficas, clínicas, desencadenantes, tiempo hasta el diagnóstico desde el primer episodio, pruebas complementarias, tratamiento y diagnóstico final.

**Resultados**

Se realizaron 42 primeras visitas (edad mediana 48 años; rango 15-87), con predominio femenino. Dieciséis pacientes (38,1%) fueron diagnosticados de angioedema: 8 (50,0%) bradicininérgico y 8 (50,0%) mastocitario; estos incluyeron 5 casos (31,3%) aislados y 3 (18,8%) asociados a UCE. Entre los pacientes con angioedema confirmado predominó el sexo masculino (11/16; 68,8%). Las formas bradicininérgicas se asociaron principalmente a fármacos (IECA o inhibidores DPP-4) en 6/8 casos (75,0%), mientras que los 2 restantes correspondieron a angioedema hereditario. La urticaria y el prurito fueron poco frecuentes (4/16; 25,0% y 3/16; 18,8%). La afectación de la vía aérea superior y el dolor abdominal se observaron en pocos casos. El tiempo hasta el diagnóstico mediano fue de 5 meses. En las formas bradicininérgicas, la evitación de fármacos desencadenantes fue la principal medida terapéutica, mientras que las formas mastocitarias y asociadas a UCE presentaron buena respuesta a antihistamínicos y/o corticoides.

**Conclusión**

La consulta monográfica permite una clasificación diagnóstica eficiente, reduce el tiempo hasta el diagnóstico y facilita la identificación precoz de formas graves y prevenibles. La elevada proporción de angioedema bradicininérgico refuerza la importancia de un enfoque especializado para detectar etiologías menos frecuentes y optimizar el manejo clínico.

## Eficacia de omalizumab en un caso de urticaria colinérgica refractaria con anafilaxia

Harguindeguy Blanco D, Rodríguez Pérez M, Villafafila Domínguez MDC, Gutiérrez Matos G, Méndez Alcalde J, Letón Cabanillas P

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

**Objetivo/Introducción**

La urticaria colinérgica (UCo) es una urticaria crónica inducible desencadenada por ejercicio, estrés o aumento de la temperatura corporal, que produce un deterioro de la calidad de vida. En algunos casos puede progresar a anafilaxia. El tratamiento con antihistamínicos (AH) de nueva generación a dosis altas (x4) frecuentemente no logra control adecuado. Aunque omalizumab ha demostrado eficacia en urticaria crónica espontánea, la evidencia en UCo, especialmente asociada a anafilaxia, es limitada.

**Material y métodos**

Mujer de 23 años con UCo inducida por ejercicio y episodios de anafilaxia colinérgica recurrente, refractaria a AH x4, tratada satisfactoriamente con omalizumab. El estudio alergológico incluyó historia clínica, exclusión de anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de alimentos y cuestionarios validados de control y calidad de vida, aplicados al diagnóstico y seguimiento.

**Resultados**

Desde los 9 años presentaba episodios recurrentes de urticaria, angioedema facial y síntomas bronquiales inducidos por ejercicio, sin relación con alimentos, con múltiples asistencias a urgencias e impacto significativo en calidad de vida. El estudio alergológico mostró sensibilización subclínica a pólenes, *prick test* con alimentos e ISAC negativos, IgE total y triptasa basal normales. A pesar de AH x4 presentaba mal control (4 episodios semanales de urticaria y 3 mensuales con afectación bronquial; UCT 6/16, CU-QoL 58,7%, AECT 2/16, AE-QoL 73,5%, CholU-QoL 76,8%). Se inició omalizumab 300 mg/4 semanas, con mejoría progresiva y control completo a las 8 semanas, incluso realizando ejercicio diario (UCT 16/16, CU-QoL 0%, AECT 16/16, AE-QoL 0%, CholU-QoL 0%). Posteriormente, se redujo progresivamente AH y, a los 6 meses omalizumab a 150 mg/4 semanas, manteniéndose la paciente asintomática.

**Conclusión**

El tratamiento con omalizumab proporcionó un control eficaz y sostenido de la UCo complicada con anafilaxia, mejorando significativamente la calidad de vida y permitiendo la práctica de ejercicio físico sin restricciones.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Lo que parece angioedema y no lo es: claves para el diagnóstico diferencial en alergología

Puerto del Olmo C, Mejías Affinito RP, Fernández López S, Fernández Madera JJ, Beristain Urquiza AM, Cueva Oliver B

HUCA, Oviedo

**Objetivo/Introducción**

Describir un caso de edema cervicofacial inicialmente sugestivo de patología alérgica y resaltar la importancia del diagnóstico diferencial, especialmente con entidades potencialmente graves como el síndrome de vena cava superior (SVCS). El edema facial es un motivo frecuente de consulta en alergología, siendo el angioedema su causa más habitual; sin embargo, existen etiologías no alérgicas que pueden simularlo.

**Material y métodos**

Se presenta el caso de una mujer de 65 años con edema en cara y cuello de tres meses de evolución, acompañado de eritema en esclavina, inicialmente valorada en atención primaria y alergología, donde se descartó origen alérgico. Ante la evolución desfavorable con aparición de disnea y clínica constitucional, se amplió el estudio con pruebas de imagen y biopsia mediastínica.

**Resultados**

La evolución clínica mostró características atípicas para angioedema: curso continuo (no episódico), ausencia de desencadenantes identificables y escasa respuesta al tratamiento con antihistamínicos y corticoides, junto a disnea, disfonía y pérdida ponderal. La exploración física reveló circulación colateral cervical y telangiectasias, hallazgos no compatibles con etiología alérgica. Estos datos orientaron el diagnóstico diferencial hacia causas obstructivas. Las pruebas de imagen confirmaron una masa mediastínica con compresión de la vena cava superior, estableciéndose el diagnóstico de SVCS. La biopsia confirmó carcinoma pulmonar de célula pequeña como etiología subyacente.

**Conclusión**

Este caso subraya la importancia de un adecuado diagnóstico diferencial ante edema cervicofacial en el ámbito de la alergología. La identificación de signos de alarma como la progresión continua, la falta de respuesta al tratamiento y la presencia de síntomas sistémicos debe hacer reconsiderar el diagnóstico inicial. El reconocimiento precoz de entidades como el SVCS es clave para evitar retrasos diagnósticos en patologías potencialmente graves.

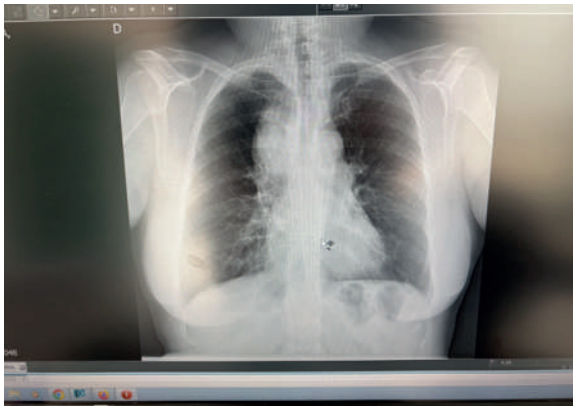


**Figura 1.** Ensanchamiento mediastínico.



**Figura 2.** TC Tórax.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## El angioedema que no fue: edema facial persistente como presentación inicial de esclerosis sistémica difusa

De las Marinas Álvarez MD, Aleixos Zuriaga M, Martorell Calatayud C, Alvariño Martín M, Cerdá Mir JC, Félix Toledo R

Servicio de Alergología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

**Objetivo/Introducción**

El edema facial es un motivo frecuente de derivación a consultas de Alergología, pues suele plantear diagnóstico diferencial con angioedema histaminérgico/bradicinérgico. Sin embargo, la ausencia de desencadenantes identificables, la falta de respuesta terapéutica y determinados hallazgos clínicos deben hacer considerar otros diagnósticos. Presentamos un caso en el que el estudio del alergólogo permitió orientar el diagnóstico de una conectivopatía.

**Material y métodos**

Mujer de 50 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, remitida desde AP para descartar angioedema de etiología alérgica por cuadro iniciado meses antes consistente en tumefacción facial de predominio palpebral y malar, preferentemente matutina, con sensación de tensión cutánea. No relacionaba desencadenantes (alimentos, fármacos, cosméticos o exposición ambiental). No edema labial. No infiltraciones estéticas. Micropigmentación de cejas dos años antes. No rinoconjuntivitis. Toma suplementos (magnesio, vitamina C y colágeno). No mejoría con antihistamínicos orales, que mantenía. Refería fenómeno de Raynaud desde el invierno previo. En la exploración física destacaba piel facial tensa/endurecida a la palpación.

**Resultados**

Analítica: hemograma normal sin eosinofilia, VSG 2 mm/h, ANA positivo 1/1280, ENA screening positivo, anti-Ro52 y anti-Ro60 negativos, Western blot ENA positivo con anti-Scl-70 +++, C4 28 mg/dL, inmunoglobulinas séricas normales, anticuerpos antipéptido citrulinado <1,2 U/mL, bioquímica normal, orina de 24 horas sin proteinuria, CPK 151 U/L y LDH 404 U/L. Cribado de neumoalérgenos negativo.

Interconsulta a reumatología: esclerodactilia, capilaroscopia con capilar tortuoso aislado en segundo dedo de mano derecha; diagnóstico de esclerosis sistémica difusa y tratamiento con metotrexato, ácido fólico, micofenolato mofetilo y prednisona.

**Conclusión**

No todo edema facial corresponde a angioedema.

La persistencia de tumefacción facial, la consistencia endurecida cutánea, la ausencia de respuesta a antihistamínicos y la coexistencia de fenómeno de Raynaud deben alertar sobre enfermedades autoinmunes sistémicas.

El alergólogo desempeña un papel relevante en el diagnóstico diferencial del edema facial y en la derivación precoz para confirmar conectivopatías como la esclerosis.

## Vitamina C bajo sospecha: dermatitis de contacto alérgica por un antioxidante emergente

Martínez Jiménez L[1,2], Silvestre Salvador JF[2,3], Contreras García MB[1,2], Fernández Barragán A[1,2], Martos Bianqui N[1,2]

[1] Sección de Alergología, Hospital Universitario Dr. Balmis-ISABIAL, Alicante
[2] Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante
[3] Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Dr. Balmis-ISABIAL, Alicante

**Objetivo/Introducción**

Describir un caso de dermatitis de contacto alérgica (DCA) facial asociado al uso de un sérum con derivados de vitamina C, y revisar la posible implicación de estos compuestos como alérgenos emergentes.

**Material y métodos**

Se presenta el caso clínico de una mujer de 50 años que desarrolla eccema agudo facial tras la aplicación de un sérum con vitamina C al 15%. El producto contenía varios derivados de vitamina C (ácido 3-O-ethyl ascórbico, 3-glyceryl ascorbato, y ascorbyl glucósido), además de vitamina E, phloretin y ácido ferúlico como antioxidantes potenciadores, y excipientes como limonene y linalool.

Se realizan pruebas epicutáneas con batería estándar de GEDIAC, serie específica de cosméticos, producto "tal cual" y ácido 3-O-ethyl ascórbico con distintas concentraciones y distintos vehículos. El estudio se complementa con revisión de la literatura sobre derivados del ácido L-ascórbico, su estabilidad, potencial alergénico y casos descritos de dermatitis de contacto, así como información procedente de bases de datos farmacológicas (CIMA).

**Resultados**

Se obtuvo positividad para ácido 3-O-ethyl ascórbico en concentración del 5% y 10% en vehículo vaselina y en medio acuoso en las pruebas epicutáneas. El diagnóstico final fue de dermatitis de contacto alérgica por 3-O-ethyl ascórbico contenido en el sérum facial. Los derivados de vitamina C utilizados en cosméticos como ácido 3-O-ethyl ascórbico, 3-glyceryl ascorbato y ascorbyl glucósido, son considerados de baja alergenicidad. A pesar de su amplio uso y baja tasa descrita de sensibilización, recientemente se han descrito casos de DCA por derivados de vitamina C, especialmente por el ácido 3-O-ethyl ascórbico.

**Conclusión**

La dermatitis de contacto a derivados tópicos de vitamina C es poco frecuente, pero podría estar infradiagnosticada.

Aunque el riesgo de sensibilización parece bajo, su uso extendido y la aparición de nuevos casos sugieren que se trata de un problema emergente que requiere mayor estudio y sistematización diagnóstica.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Escalar sin perder el foco: manejo de la urticaria compleja en trastorno del espectro autista

Palazuelos Cayón N[1], León Hervias P[1], Ortiz Aljaro PA[1], Albarracín Contreras Á[1], Illaro Uranga A[2], García Gutiérrez I[1]

[1] Servicio de Alergología HUMV, Santander
[2] Servicio de Farmacia Hospitalaria HUMV, Santander

**Objetivo/Introducción**

La urticaria es una inflamación de la dermis caracterizada por la presencia de habones y/o angioedema, y que en algunos casos puede dar lugar a manifestaciones graves, como la anafilaxia.

**Material y métodos**

Mujer de 16 años con antecedentes de trastorno del espectro autista, importante limitación y dificultad para expresar síntomas o desencadenantes y rinoconjuntivitis alérgica por ácaros y gramíneas. Acude a consulta por episodio durante una clase de educación física con pérdida de conocimiento; precedido de visión borrosa, inestabilidad e hipoacusia, asociado a la presencia de habones pruriginosos, evanescentes y generalizados, hipotensión y taquicardia refleja. Como antecedente, refiere episodio previo durante ducha caliente con mareo y habones pruriginosos, evanescentes en miembros inferiores. Refiere otros episodios más leves en baile e incluso en el transporte público.

**Resultados**

Se realizan pruebas de provocación (ejercicio en escaleras) estableciéndose diagnóstico de urticaria colinérgica con anafilaxia. Se inicia tratamiento con antihistamínicos bucodispensables, debido a su patología de base, a dosis cuádruples sin control clínico. Ante la persistencia de síntomas y el impacto en su calidad de vida, se inicia tratamiento con omalizumab 300 mg cada 4 semanas, manteniendo inicialmente antihistamínicos con posterior desescalada. A los 2 meses consigue control completo, pudiendo realizar de nuevo ejercicio físico sin incidencias y recuperando su calidad de vida.

**Conclusión**

Se presenta un caso que muestra el reto diagnóstico de la urticaria colinérgica con anafilaxia en una m npaciente adolescente con comorbilidad psiquiátrica, así como el impacto en la calidad de vida. Destaca la importancia del abordaje individualizado y la necesidad de escalada terapéutica en pacientes con mal control, logrando un cambio clínico y funcional relevante, devolviendo al paciente su calidad de vida.

## Del herpes sospechado al alérgeno inesperado: el diagnóstico final estaba en el contacto

Resano Redín LR, Zavala Segovia MJ, González Romero LJ, Esperesate Arenaza A, Núñez Samayoa AS, Garrido Fernández S

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

La dermatitis alérgica de contacto (DAC) plantea diagnóstico diferencial con hipersensibilidad a fármacos e infecciones cutáneas entre otras patologías, pudiendo generarse errores diagnósticos con implicaciones terapéuticas relevantes. Presentamos un caso de DAC inicialmente atribuido a infección herpética y, posteriormente, a hipersensibilidad inmediata a AINE.

**Material y métodos**

Varón de 37 años con antecedente de angioedema por sensibilización a AAS, remitido por sospecha de reacción a AINE tras erupción micropapular intensamente pruriginosa aparecida días después de tomar ibuprofeno y con extensión posterior tras toma de metamizol. Las lesiones se iniciaron en hueco poplíteo izquierdo, coincidiendo con uso habitual e intermitente de rodillera de neopreno, con sudoración y roce local, con extensión a empeines bilaterales y extremidad inferior contralateral. Ante la mala respuesta a aciclovir, antihistamínicos y corticoides a dosis bajas, se derivó a consulta de Alergología. La sospecha inicial *de visu* fue de micosis dada la satelitosis asociada. Se realizó estudio con pruebas cutáneas inmediatas con AINE y pruebas epicutáneas (batería estándar, textil e industria del caucho).

**Resultados**

Pruebas cutáneas (*prick* e intradermorreacción) con AINE lectura inmediata y tardía, negativas. Pruebas epicutáneas positivas para bálsamo del Perú (+) y dietiltiourea (+++) en lectura a las 48 h y 96 h. Las lesiones a distancia fueron atribuidas al fenómeno de autoeczematización o "ID-reaction". La evitación en el uso de la rodillera mejoró el cuadro cutáneo hasta su resolución.

**Conclusión**

Las tioureas son acelerantes de la vulcanización de gomas con elevada capacidad sensibilizante. La topografía lesional es la clave diagnóstica, aunque el fenómeno de autoeczematización y la cronología discordante condicionaron el diagnóstico diferencial. El fenómeno ID-reaction es una complicación infradiagnosticada de DAC no controlada: no debe interpretarse como reacción sistémica, sino como expresión de un foco de contacto activo no resuelto. Una anamnesis dirigida y una batería epicutánea ampliada son determinantes para evitar errores y exposiciones innecesarias.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Eficacia temprana y sostenida de remibrutinib en pacientes adultos con urticaria crónica espontánea: análisis agrupado de los estudios REMIX-1/-2

D'Amelio Garófalo C[1], Gogate S[2], Palumbo M[3], Giménez-Arnau AM[4], Hide M[5], Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2

[1]Departamento de Alergología, Clínica Universidad Navarra, Pamplona, España
[2] Colorado Allergy & Asthma Centers, Denver, Co, Estados Unidos
[3] Allergy and Clinical Immunology Associates, Pittsburgh, Pa, Estados Unidos
[4] Department of Dermatology, Hospital del Mar – IMIM, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España
[5] Department of Dermatology, Hiroshima City Hiroshima Citizens Hospital and Hiroshima University, Hiroshima, Japón

**Objetivo/Introducción**

Remibrutinib, un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina cinasa de Bruton, ha demostrado eficacia superior vs. placebo y perfil de seguridad favorable en pacientes adultos con urticaria crónica espontánea (UCE) que permanecieron sintomáticos a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1 de segunda generación. Este análisis agrupado de los estudios REMIX-1/-2 evaluó la eficacia a largo plazo (52 semanas) de remibrutinib para reducir la actividad de la enfermedad.

**Material y métodos**

En los estudios REMIX-1/-2, los pacientes adultos (≥18 años) se aleatorizaron 2:1 a remibrutinib oral 25 mg dos veces al día o placebo durante un período doble ciego de 24 semanas, seguido de un período de tratamiento abierto con remibrutinib de 28 semanas. Los pacientes con placebo transicionaron a remibrutinib en semana 24. Se presenta el cambio porcentual medio respecto al basal (CFB; datos observados) en las puntuaciones semanales (escala de actividad de urticaria [UAS7], escala de gravedad del prurito [ISS7] y escala de gravedad de los habones [HSS7] durante 52 semanas.

**Resultados**

Al inicio, los pacientes (remibrutinib [n=606] y placebo [n=306]) presentaron una alta actividad de la enfermedad (media ± DE): UAS7 (30,6 ± 7,8 vs. 29,7 ± 7,6), ISS7 (14,6 ± 4,2 vs. 14,1 ± 4,0) y HSS7 (16,0 ± 4,5 vs. 15,6 ± 4,5), respectivamente. En la semana 1, remibrutinib mostró una mejora sustancial de los síntomas de urticaria vs. placebo (reducción porcentual media CFB-UAS7: 38,4% vs. 10,3%; CFB-ISS7: 37,0% vs. 9,8%; CFB-HSS7: 39,8% vs. 10,1%). Remibrutinib mostró una mejora superior vs. placebo durante 24 semanas, mantenida hasta semana 52 en todos los pacientes con remibrutinib (incluidos aquellos que transicionaron).

**Conclusión**

Remibrutinib mostró mejoras en los síntomas de urticaria desde la semana 1. la mejoría superó el 50% en la semana 2 y continuó aumentando hasta mantenerse durante la semana 52, lo que sugiere su potencial como opción de tratamiento oral para pacientes con UCE.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Cuando el anclaje falla: dermatitis de contacto alérgica por níquel asociada a sistemas de fijación sin sutura

Pinto Capote EC[1], Bosepa Torao MW[1], Escudero Apesteguía R[1], González Romero LJ[2], Rodrigo Lucas I[1], Martínez Domínguez L[1]

[1] Hospital Reina Sofía, Tudela, Navarra
[2] Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

El sistema de fijación sin sutura de anclaje subcutáneo (SASS por sus siglas en inglés) es un sistema de fijación de dispositivos de acceso vascular. Este sistema se ha destacado entre los sistemas de fijación tradicionales (suturas y adhesivos) en múltiples estudios, permitiendo su uso en distintos tipos de catéteres o drenajes, ya que requiere una corta curva de aprendizaje, disminuye el riesgo de infecciones y ha demostrado ahorro de tiempo y de recursos económicos.

Dispositivos como el SecurAcath®, mantienen el catéter dentro de una estructura de plástico fijada a un ancla de Nitinol (aleación de níquel y titanio) e insertada en los tejidos subcutáneos.

**Material y métodos**

Presentamos el caso de una mujer de 34 años quien tras embarazo de alto riesgo por síndrome de Gitelman y la consecuente colocación de PICC con fijación mediante SASS para reposición de electrolitos presentó de forma inmediata sensación urente y eritema con posterior aparición de eccema a las 72 horas extendiéndose durante 2 semanas con realización de curas diarias, cediendo los síntomas tras retirada del dispositivo y el sistema de fijación.

Ante la sospecha de dermatitis de contacto alérgica, se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar de la GEIDAC que resultaron positivas a las 48 h y 96 h para sulfato de níquel (++) y cloruro de cobalto (+). El resto fue negativo.



**Figura.** Reacción en lugar de fijación del PICC con SASS.

**Resultados**

Tras estos resultados, se recomendó evitar dicho dispositivo haciendo uso de medios de fijación tradicionales.

**Conclusión**

El sulfato de níquel es el principal causante de dermatitis de contacto en nuestro medio. La presencia de este compuesto en instrumental médico que permanece en contacto permanente con el tejido subcutáneo representa un riesgo para pacientes con sensibilización a este material, siendo una contraindicación para su utilización, a pesar de los beneficios e innovación reportados al uso del dispositivo.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Estomatitis por acrilatos: una forma inusual de dermatitis alérgica de contacto

Jiménez López FJ, Fernández de Alba I, Bermúdez Bejarano M, Ruiz González CM, de Manueles Tabliega P

Hospital Universitario de Jaén, Jaén

**Objetivo/Introducción**

En los últimos años, han aumentando las reacciones de dermatitis alérgica de contacto (DAC) por acrilatos, con las uñas artificiales como principal fuente alergénica. La prevalencia de sensibilización al 2-hidroxietil metacrilato (HEMA) en Europa alcanza ya el 2,82% en mujeres y el 0,34% en hombres, siendo los monómeros acrílicos responsables de la mayoría de estas reacciones.

Presentamos un caso de alergia a acrilatos atípico que únicamente presenta sintomatología en la lengua y su abordaje diagnóstico.

**Material y métodos**

Mujer de 54 años con asma bronquial y alergia a pirazolonas que desde hacía un año presentaba una lesión dolorosa en cara lateral de la lengua, acompañada de eritema y depapilación, que recidiva frecuentemente a pesar del tratamiento con Urgoafta. No porta prótesis dental pero sí empastes metálicos. Refiere onicofagia, uso de esmalte, pintura de uñas y ocasionalmente uñas de porcelana.

Se realizan pruebas epicutáneas con baterías y lectura a las 48 y 96 horas de estándar europeo, acrilatos y prótesis dentales.

**Resultados**

- Las pruebas epicutáneas con toda la batería estándar europea fueron negativas.
- Las pruebas epicutáneas con acrilatos fueron positivas (++) con Metil metacrilato, Etil metacrilato, 2-Hidroxyetil metacrilato, 2-Hidroxypropil metacrilato, Etilenglicol dimetacrilato y Trietilenglicol dimetacrilato; y negativas con Etil acrilato, Butil acrilato.
- Las pruebas epicutáneas con prótesis dentales fueron positivas (+++) con Bisphenol-A- dimetacrylate (BIS-MA); Positivas (++) con methyl methacrylate y thiethyleneglycol dimethacrylate y negativas para el resto.

**Conclusión**

La localización de la lesión y una buena historia clínica son claves para orientar el estudio etiológico.

Las pruebas epicutáneas fueron esenciales para confirmar la sensibilidad a varios metacrilatos, lo cual resaltó el valor de incorporar baterías específicas además de la estándar europea cuando hay sospecha clínica.

Se resalta la importancia de considerar fuentes no evidentes de exposición en dermatitis de contacto atípicas y de educar al paciente correctamente para evitar alérgenos implicados.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# La mayoría de los pacientes con urticaria crónica espontánea tratados con remibrutinib alcanzan un buen control de la actividad de la enfermedad en la semana 3: resultados de los estudios REMIX-1/-2

Guilarte Clavero M[1], Metz M[2,3], Hide M[4,5], Lai W[6], Haemmerle S[7], Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España
[2] Urticaria Centers of Reference and Excellence (UCARE), Institute of Allergology, Charité–Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin and Humboldt – Universität zu Berlin, Berlin, Alemania
[3] Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Pharmacology (ITMP), Immunology and Allergology, Berlin, Alemania
[4] Department of Dermatology, Hiroshima City Hiroshima Citizens Hospital, Hiroshima, Japón
[5] Department of Dermatology, Hiroshima University, Hiroshima, Japón
[6] The Third Affiliated Hospital, Sun Yat-Sen University, Guangzhou, China
[7] Novartis Pharma AG, Basel, Suiza

**Objetivo/Introducción**

La urticaria crónica espontánea (UCE) se caracteriza por la aparición de prurito, habones y/o angioedema durante más de 6 semanas. Remibrutinib, un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina cinasa de Bruton, ha demostrado eficacia vs. placebo y seguridad favorable en pacientes con UCE refractarios a antihistamínicos H1 (H1-AHs). En los estudios REMIX-1/-2, el 52,1% y 50,4% de los pacientes con remibrutinib vs. el 25,9% y 21,6% con placebo, presentaron buen control de la enfermedad (UAS7≤6) en la semana 12, y el 32,7% y 30,3% vs. el 11,5% y 6,7% control completo (UAS7=0). Este análisis agrupado evaluó el tiempo hasta UAS7≤6 y UAS7=0 en las poblaciones general y respondedora.

**Material y métodos**

Los estudios REMIX-1/-2 fueron estudios multicéntricos, aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo. Los pacientes se aleatorizaron 2:1 a remibrutinib 25 mg dos veces al día (bid) o a placebo durante 24 semanas doble ciego, seguido de 28 semanas de tratamiento abierto con remibrutinib 25 mg bid (transición placebo-remibrutinib en la semana 24). Este análisis agrupado evalúa la respuesta UAS7≤6 y UAS7=0 (sí/no) semanalmente hasta la semana 24. El tiempo hasta UAS7≤6 y UAS7=0 se evaluó mediante Kaplan-Meier en la población general y descriptivamente en la respondedora.

**Resultados**

El 70,3% y 57,1% de pacientes con remibrutinib alcanzó UAS7≤6 y UAS7=0 respectivamente en la semana 24 vs. placebo (49,3% y 27,5%). Entre los respondedores, la mediana de tiempo con remibrutinib vs. placebo hasta UAS7≤6 fue de 3 semanas (rango intercuartil, [RIC]: 2-6) y 9s (RIC: 5-14) respectivamente, y para UAS7=0 5 semanas (RIC: 2-10) vs. 12s (RIC: 7-17).

**Conclusión**

Remibrutinib mostró un inicio de acción rápido en pacientes que alcanzaron UAS7≤6 en semana 24, con más de la mitad logrando buen control en la semana 3. Remibrutinib tiene el potencial de ser una opción de tratamiento oral, novedosa y eficaz para lograr un buen control temprano en pacientes con UCE.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Más allá del AEH: amiloidosis AL intestinal mimetizando una crisis de angioedema hereditario

Ruiz del Barrio L, Picos Baliña R, Ríos Márquez C, Otal Cabrera J, Cimbollek S

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

**Objetivo/Introducción**

El angioedema hereditario (AEH) es una enfermedad rara caracterizada por episodios recurrentes de edema submucoso mediados por bradicinina. La afectación gastrointestinal es común, manifestándose con dolor abdominal severo y cuadros suboclusivos que suelen ceder con tratamiento específico (concentrado de C1-inhibidor o antagonistas del receptor B2). No obstante, la persistencia de síntomas o una evolución atípica deben alertar sobre la coexistencia de otras patologías, evitando atribuir erróneamente toda la sintomatología al AEH.

**Material y métodos**

Varón de 63 años con AEH tipo I (déficit de C1-INH) en estudio por síndrome constitucional (pérdida de 15 kg en 3 meses). Consulta por vómitos de repetición e intolerancia oral, requiriendo ingreso. Inicialmente, se administra concentrado de C1-INH (1.000 UI) con mejoría clínica parcial; ante la sospecha de crisis abdominal persistente, se pauta tratamiento reglado cada 48 horas. Pese a ello, el paciente presenta un empeoramiento progresivo. Las pruebas de imagen revelan dilatación de asas de intestino delgado y engrosamiento ileal significativo. Ante la refractariedad terapéutica y el riesgo de perforación, se realiza laparotomía urgente con resección de íleon proximal e ileostomía.

**Resultados**

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica fue determinante al mostrar depósitos de material amiloide con tinción rojo Congo positiva. La ampliación del estudio sistémico reveló proteinuria con componente monoclonal e infiltración medular por células plasmáticas del 25%. Se estableció el diagnóstico final de amiloidosis AL con afectación intestinal en el contexto de mieloma múltiple, causa real de la obstrucción mecánica.

**Conclusión**

Una respuesta incompleta al tratamiento específico en pacientes con AEH exige una reevaluación diagnóstica precoz. Este caso ilustra cómo una patología grave, la amiloidosis AL puede quedar enmascarada bajo el diagnóstico previo de AEH, subrayando la importancia de un diagnóstico diferencial exhaustivo ante cuadros de evolución tórpida.

## Urticaria *a frigore*: características clínicas y uso de adrenalina autoinyectable en población pediátrica

Arrieta Pey MC, Maiz Uranga I, Méndez Monge M, Sousa Pérez MV, Enjuto Guisado S, Lasa Luaces EM

Hospital Universitario Donostia, Donostia

**Objetivo/Introducción**

La urticaria *a frigore* es una urticaria inducible desencadenada por la exposición al frío que puede asociarse a anafilaxia. Se han descrito factores de riesgo como síntomas orofaríngeos o laríngeos, angioedema, prurito de lóbulos auriculares, urticaria generalizada, antecedente de anafilaxia o umbral bajo en prueba del cubito del hielo (≤3 min). Sin embargo, no existen criterios estandarizados para la prescripción de adrenalina.

**Material y métodos**

Serie descriptiva de pacientes pediátricos con urticaria *a frigore* valorados en 2025 en nuestra unidad de alergología Infantil. Se recogieron variables demográficas, clínicas, desencadenantes, resultado y umbral de la prueba del cubito de hielo e indicación de adrenalina autoinyectable al diagnóstico y evolución clínica.

**Resultados**

Se incluyeron 5 pacientes (edad media 8,4 años [4-13], 3/5 varones). Todos presentaron la prueba del cubito de hielo positiva (1-15 min): 1-5 min en pacientes con anafilaxia y 5-15 min el resto. Dos presentaban atopia.

Dos pacientes presentaron anafilaxia en forma de *shock* (2/5). En los restantes, la manifestación predominante fue urticaria generalizada (2/5) y angioedema (1/5). Los principales desencadenantes fueron agua fría (3/5), aire frío (1/5) y bebidas frías (1/5).

Se indicó adrenalina autoinyectable en 4/5: 2 por anafilaxia y 2 por urticaria generalizada tras exposición extensa al frío. Se pautaron antihistamínicos a demanda y en un paciente de forma diaria, sin otros tratamientos asociados.

Durante el seguimiento (mediana 6 meses, IC 5-56), no hubo episodios de anafilaxia. Persistieron manifestaciones cutáneas-mucosas. No se observaron diferencias en el tiempo de positividad del test según gravedad.

**Conclusión**

La prescripción de adrenalina autoinyectable fue frecuente, no se limitó a pacientes con anafilaxia previa, sino que también se indicó ante otros factores de riesgo descritos en la literatura. No se observó relación entre el tiempo de positividad del test del hielo y la gravedad. Se refuerza la necesidad de individualizar la indicación de adrenalina autoinyectable en pacientes pediátricos con urticaria *a frigore*.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Más allá del diagnóstico: impacto en la calidad de vida de los pacientes con sospecha de dermatitis de contacto

Clar Castelló M, Palacios Cañas A, Iniesta Tejera E, Bas Bellver L, Serrano de Pablo S, Gómez Torrijos E

Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR), Ciudad Real

**Objetivo/Introducción**

La dermatitis de contacto puede tener una repercusión significativa sobre la calidad de vida de los pacientes. El Dermatology Life Quality Index (DLQI) es una herramienta sencilla y validada para cuantificar este impacto. El objetivo de este estudio fue evaluar la afectación de la calidad de vida en pacientes estudiados por sospecha de dermatitis de contacto, así como identificar los factores clínicos asociados a una mayor afectación.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo en 50 pacientes derivados desde Dermatología a Alergología por sospecha de dermatitis de contacto. En todos los casos se cumplimentó el cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI), analizándose tanto la puntuación total como su categorización según el grado de impacto sobre la calidad de vida. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo para valorar su relación con variables clínicas, diagnósticas y alergológicas, incluyendo edad, síntomas, localización de las lesiones, diagnóstico final, pruebas epicutáneas, *prick test* a aeroalérgenos, asma y atopia.

**Resultados**

La media de DLQI fue 3,94 puntos, con mediana de 3 y rango de 0 a 19. El 18% de los pacientes no presentó impacto en la calidad de vida, el 62% mostró impacto leve, el 16% impacto moderado y el 4% impacto importante; no hubo casos con impacto extremadamente importante. El 20% presentó DLQI ≥6. Se observó una correlación inversa débil entre edad y DLQI, con mayor afectación en pacientes más jóvenes. Los pacientes con diagnóstico final de dermatitis alérgica de contacto y aquellos con afectación de manos tendieron a presentar puntuaciones superiores. La positividad global de las pruebas epicutáneas no se asoció claramente con mayor DLQI.

**Conclusión**

El impacto global sobre la calidad de vida fue bajo, aunque uno de cada cinco pacientes presentó afectación al menos moderada. El DLQI parece reflejar mejor la carga psicosocial de la enfermedad que la positividad aislada de las pruebas alergológicas.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Atopia e ictiosis ligada a X

Rico Collado P, Juárez Rodríguez C, Sánchez López P, Rajado Carrasco M

Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las ictiosis hereditarias son trastornos cutáneos caracterizados por descamación y eritema con o sin anomalías sistémicas asociadas. Las ictiosis congénitas autosómicas recesivas (ARCI) abarcan fenotipos raros de diversa gravedad y pueden incluir formas sindrómicas: síndrome de Sjögren-Larsson, síndrome de Netherton, enfermedad de almacenamiento de lípidos neutros y la tricotiodistrofia.

La Ictiosis ligada al cromosoma X o deficiencia de sulfatasa de esteroides (STS) está causada por deleciones o variantes patógenas en el gen STS. La enfermedad se presenta al nacer o en la infancia temprana con escamas en las extremidades y el tronco.

El síndrome de Netherton es causado por variantes patogénicas bialélicas autosómicas en SPINK5 y se caracteriza por piel escamosa, vello anormal y mayor riesgo de atopia. Los pacientes presentan manifestaciones de la tríada atópica: dermatitis atópica, alergias alimentarias y asma, con elevación marcada de la IgE.

**Material y métodos**

Paciente de 45 años, que consulta por tos, con diagnóstico previo de dermatitis atópica (desde la infancia), rinitis y asma (sensibilización a pólenes, hongos, ácaros y epitelios) y alergia a alimentos. Realiza dieta exenta de leche, huevo, marisco, frutos secos, gluten y frutas.

En estudio previo presenta elevación de IgE superior a 10000 en varias determinaciones. Realizó tratamiento con dupilumab, baricitinib y actualmente upadacitinib 30 mg y acitretina, con mejor control de las lesiones escamosas.



**Figura.**

Ante la sospecha de Síndrome de Netherton se solicita estudio genético.

**Resultados**

- Pruebas cutáneas y determinación de IgE sérica específica frente a alimentos e inhalantes positivas.
- Rx y TC de tórax: broncopatía crónica.
- Estudio genético por hiperIgE: no encuentran afectación de los genes.
- Pruebas de exposición con alimentos con resultado de tolerancia.

**Conclusión**

Presentamos un caso de ictiosis, con clínica alérgica frente a inhalantes, alimentos y cutánea, con elevada IgE total, que mejora con biológicos y retinoide oral permitiendo ampliar las posibilidades dietéticas.

**Tabla.** Estudio genético.

| Gen | Transcrito | Función y fenotipo asociado |
|---|---|---|
| ARPC1B | NM_095720 | Dinámica de actina; defecto de movilidad, plaquetopenia y autoinflamación. |
| DOCK2 | NM_004946 | Inmunodeficiencia combinada grave (SCID) por defecto de migración linfocitaria. |
| DOCK8 | NM_203447 | Síndrome Hiper-IgE (AR); atopia grave, infecciones virales y malignidad. |
| FOXP3 | NM_014009 | Factor de transcripción para células Treg: síndrome IPEX (desregulación Inmune). |
| IL21R | NM_181079 | Defectos en la señalización linfocitaria y susceptibilidad a infecciones crónicas. |
| PGM3 | NM_001199917 | Trastorno de glicosilación; niveles elevados de IgE, atopía y displasia ósea. |
| PHF11 | NM_001040443 | Modulador de la síntesis de IgE; susceptibilidad genética a dermatitis atópica. |
| SPINK5 | NM_001127698 | Inhibidor de proteasas de serina; síndrome de Netherton (ictiosis/atopia). |
| STAT3 | NM_139276 | Síndrome Hiper-IgE AD (Job); afectación de señalización de IL-6 e IL-11. |
| STK4 | NM_006282 | Defecto de apoptosis linfocitaria; linfopenia progresiva y autoinmunidad. |
| TYK2 | NM_003331 | Señalización JAK/STAT; susceptibilidad a micobacterias y virus. |
| WAS | NM_000377 | Síndrome de Wiskott-Aldrich; micro-trombocitopenia, eccema e infecciones. |
| WIPF1 | NM_001077269 | Proteína de interacción con WASP; fenotipo similar al síndrome de Wiskott-Aldrich. |
| ZNF341 | NM_032819 | Regulador de STAT3; causa fenotipo de Síndrome Hiper-IgE recesivo. |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Cuando la dermatitis atópica va mal: buscando desencadenantes ocultos

Lucena Torres MV, García Brito RDP, Solá Fernández M, Sánchez Motilla JM, López Calatayud V, Pérez Francés C

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

**Objetivo/Introducción**

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que predispone a una mayor susceptibilidad de desarrollar dermatitis de contacto, contribuyendo a la persistencia o exacerbación de los brotes. Debe sospecharse dermatitis de contacto en pacientes con mala respuesta al tratamiento adecuado, especialmente cuando las lesiones predominan en áreas expuestas.

Las pruebas epicutáneas son fundamentales para la identificación de alérgenos relevantes y la orientación del manejo terapéutico.

**Material y métodos**

El caso clínico corresponde a un varón de 22 años con diagnóstico de dermatitis atópica severa desde la infancia, con brotes cuando abandona el tratamiento y empeoramiento clínico en los últimos 2 años. Presenta lesiones pruriginosas descamativas en diferentes etapas evolutivas en regiones antecubitales, antebrazos, rodillas, fosas poplíteas, dorsos de los pies y con máxima afectación en zonas perioculares y peribucal con compromiso de la vida diaria. Durante el periodo de las últimas exacerbaciones refiere estar aplicando más perfume del habitual y producto capilar para los rizos.

**Resultados**

IgE total: 1.380 kU/L.

Epicutáneas: batería estándar + alérgenos propios:

– 7. Colofonia +/-
– 48. Toro Pour Homme ++
– 49. You Armani ++
– 50. Montblanc perfume -
– 51. Versace -
– 52. Crema curl perfect -



Figura 1.



Figura 2.

Tras obtener los resultados, se indica medidas evitativas retirando el agente causal y se inicia tratamiento con dupilumab.

**Conclusión**

Este caso clínico destaca la importancia de considerar la dermatitis de contacto en pacientes con dermatitis atópica tras la aparición de múltiples brotes. La identificación del alérgeno implicado y la retirada del agente desencadenante (perfumes) fueron clave para el control clínico del paciente.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Causa infrecuente de prurito en paciente adulto: diagnóstico clínico de entidad poco habitual

Albarracín Contreras Á[1], Ortiz Aljaro PA[1], León Hervias P[1], Ruiz de Galarreta Beristain M[2], Martos Bianqui N[3]

[1] Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander
[2] Hospital Universitario de Arava, Vitoria-Gasteiz
[3] Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

**Objetivo/Introducción**

El prurito crónico en el adulto es un síntoma frecuente cuya etiología puede ser multifactorial. En ausencia de lesiones cutáneas evidentes, el diagnóstico puede resultar complejo y retrasarse. La enfermedad de Grover es una dermatosis poco frecuente, habitualmente infradiagnosticada, que puede presentarse como prurito persistente.

El objetivo es describir un caso clínico en el que esta entidad fue el hallazgo diagnóstico.

**Material y métodos**

Paciente de 68 años que consulta por prurito generalizado de varias semanas de evolución, de predominio nocturno y con escasa respuesta a antihistamínicos. No refería antecedentes atópicos ni cambios recientes en medicación. Inicialmente no presentaba lesiones cutáneas claramente identificables.

Se realizó estudio etiológico completo, incluyendo analítica general, perfil hepático y renal, estudio inmunológico y pruebas complementarias, sin hallazgos relevantes. Ante la persistencia del cuadro, se objetivaron lesiones cutáneas sutiles en tronco, por lo que se realizó valoración dermatológica y biopsia cutánea.

**Resultados**

El estudio histológico mostró hallazgos compatibles con enfermedad de Grover. Este diagnóstico permitió explicar el prurito persistente y la falta de respuesta a tratamiento sintomático inicial. Tras la instauración de tratamiento dermatológico específico, el paciente presentó mejoría clínica progresiva.

**Conclusión**

La enfermedad de Grover debe considerarse como causa infrecuente de prurito en pacientes adultos, especialmente en aquellos con clínica persistente y ausencia de lesiones cutáneas evidentes en fases iniciales. Su presentación sutil puede condicionar retrasos diagnósticos y múltiples tratamientos empíricos ineficaces. Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha y realizar reevaluaciones clínicas dirigidas.

Además, pone de manifiesto el papel fundamental de la biopsia cutánea como herramienta diagnóstica en prurito de origen no filiado, permitiendo identificar dermatosis infradiagnosticadas. El reconocimiento precoz de esta entidad facilita un manejo terapéutico específico, mejora la calidad de vida del paciente y evita la cronificación del cuadro.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Dermatitis alérgica de contacto en paciente con psoriasis palmoplantar refractaria en tratamiento biológico

Pintado Vic FM, Vañó Rizo AM, Jiménez Valero E, Vivas Moreno R, Ricart Hernández M, Flores González MP

Hospital de Manises, Manises, Valencia

**Objetivo/Introducción**

La psoriasis palmoplantar es una variante de difícil manejo, especialmente en pacientes con respuesta insuficiente a múltiples tratamientos biológicos. La coexistencia de dermatitis alérgica de contacto puede perpetuar las lesiones y dificultar la valoración clínica. Presentamos un caso de psoriasis palmoplantar refractaria en el que el estudio alergológico permitió identificar sensibilizaciones relevantes y optimizar el manejo terapéutico.

**Material y métodos**

Varón de 71 años valorado en servicio de alergología por empeoramiento progresivo de psoriasis palmoplantar refractaria. Había sido derivado al servicio de dermatología en 2010 por psoriasis palmoplantar de 8 años de evolución. Como antecedentes personales presentaba pólipos colorrectales e hipertrofia benigna de próstata. La analítica general era normal, las serologías para VIH y VHC eran negativas, la serología para VHB pasada, el Quantiferon era negativo y la radiografía del tórax normal. Había recibido tratamiento biológico secuencial con adalimumab desde diciembre de 2021, ixekizumab, desde julio de 2022, risankizumab desde diciembre de 2023, guselkumab desde diciembre de 2024 y bimekizumab desde hacía 6 meses antes de la valoración en alergología, tratamiento que mantiene actualmente. Refería empeoramiento palmoplantar desde hacía un año. Como tratamiento tópico había recibido combinaciones de calcipotriol y betametasona, clobetasol y múltiples corticoides. Se realizó estudio epicutáneo con batería estándar, batería de corticoides y productos propios.

**Resultados**

Con bimekizumab presentó mejoría significativa de las lesiones corporales, persistiendo una afectación importante en las manos. Las pruebas epicutáneas mostraron positividad clínicamente relevante a betametasona y Genocután®, así como sensibilización a parafenilendiamina, bálsamo del Perú y CeraVe®. Se recomendó evitar los alérgenos implicados y mantener clobetasol y calcipotriol por separado, observándose mejoría clínica tras la primera semana de retirada.

**Conclusión**

La dermatitis alérgica de contacto debe considerarse en pacientes con psoriasis palmoplantar refractaria y empeoramiento persistente pese a tratamiento tópico y biológico. El estudio epicutáneo puede modificar de forma relevante el manejo terapéutico y evitar falsos fracasos de tratamiento.



**Figura 1.** Afectación palmoplantar antes de la retirada de los alérgenos implicados.



**Figura 2.** Positividad en pruebas epicutáneas a betametasona, Genocután®, bálsamo del Perú, parafenilendiamina y CeraVe®.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Dermatitis de contacto alérgica por Linitul® secundaria a sensibilización a bálsamo del Perú

Flores Infante C, Veza Perdomo S, Muñoz García E, Hernández Gutiérrez I, Martín Rincón P, Rodríguez Jiménez B

Hospital Universitario de Getafe, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La dermatitis alérgica de contacto (DAC) es una reacción inflamatoria cutánea mediada por hipersensibilidad retardada (tipo IV), frecuentemente relacionada con productos tópicos empleados en el tratamiento de heridas y quemaduras. Presentamos el caso de una mujer de 26 años con antecedente de dermatitis atópica que, tras sufrir una quemadura en la mano izquierda, recibió curas locales y tratamiento tópico en Urgencias y posteriormente en Cirugía Plástica. Durante el proceso se utilizaron distintos productos, entre ellos Linitul®, Jelonet®, clorhexidina, Abicrem® y Silvederma®.

Tras la aplicación de estos tratamientos, la paciente presentó empeoramiento progresivo de las lesiones, prurito intenso e infección asociada. Aportaba una fotografía clínica compatible con eccema de contacto, observándose un exantema puntiforme alrededor de la herida.

**Material y métodos**

Se realizaron pruebas epicutáneas con los productos utilizados durante las curas y se amplió el estudio mediante batería estándar True Test®. Las lecturas se realizaron a las 48 y 96 horas conforme a las recomendaciones internacionales.

**Resultados**

Las pruebas mostraron reacción intensamente positiva (+++) a Linitul® tanto a las 48 como a las 96 horas. La composición de Linitul® incluía bálsamo del Perú, aceite de ricino, vaselina, cera de abejas y parafina sólida. En la batería estándar True Test® se objetivó igualmente reacción positiva intensa (+++) a bálsamo del Perú en ambas lecturas. Las pruebas con Jelonet®, clorhexidina, Abicrem® y Silvederma® resultaron negativas.

**Conclusión**

Se diagnosticó dermatitis de contacto alérgica por Linitul® secundaria a sensibilización a bálsamo del Perú. Este caso destaca la importancia de considerar los productos empleados en curas de quemaduras como posibles sensibilizantes y resalta el valor diagnóstico de las pruebas epicutáneas para identificar el alérgeno responsable y prevenir nuevas exposiciones.

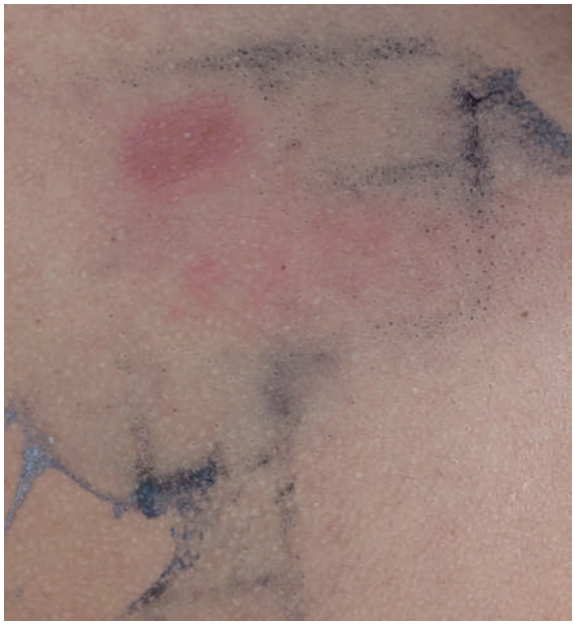


**Figura 1.** Epicutáneas Linitul®.



**Figura 2.** Dermatitis de contacto alérgica.

Volver al índice



© 2026 Esmon Publicidad

## Una úlcera que no cura: el papel de la dermatitis alérgica de contacto

Alba Rull JL[1], Camacho Arregui C[1], Rodríguez Cano S[1], Ventosa López A[1], Peñuelas Menéndez E[1], Ruiz León B[1,2]

[1] Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
[2] Instituto Maimónides de Investigación Biomédica, Córdoba

**Objetivo/Introducción**

La dermatitis alérgica de contacto (DAC) en pacientes expuestos a múltiples tratamientos tópicos supone un reto diagnóstico por la dificultad para identificar el agente causal. Presentamos el caso de una paciente con úlcera crónica, en tratamiento con diversos productos de cura y sospecha de sensibilización a varios agentes.

**Material y métodos**

Mujer de 47 años, sin antecedentes relevantes, derivada para descartar alergia a productos de cura (povidona yodada, apósitos de alginato, Prontosan®, Iruxol® Neo y Furacín®). Presentaba una reacción eritemato-descamativa pruriginosa, con lesiones vesiculares tras la aplicación de dichos productos, en el contexto de úlcera tibial con evolución tórpida, que precisó ingreso en enfermedades infecciosas por sobreinfección y mala evolución, condicionada por eccema recurrente. Fue estudiada por dermatología, con pruebas epicutáneas positivas a mezcla de carbamatos. Ante la persistencia clínica y tras retirada de material protésico por infección del sitio quirúrgico sin mejoría cutánea, se realizó estudio con True Test® y ampliación de contactantes según el Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC), pruebas epicutáneas con los productos implicados y test de exposición a povidona yodada.

**Resultados**

Las pruebas epicutáneas fueron positivas a Iruxol® Neo (+++) a las 48 y 96 horas. El resto del estudio fue negativo, incluyendo alginato, Prontosan®, Furacín®, neomicina, vaselina, alérgenos de las baterías estudiadas y test con povidona yodada. Dado que Iruxol® Neo contiene neomicina y no se evidenció sensibilización a este antibiótico, la positividad se atribuyó a la colagenasa como probable agente responsable. Se estableció el diagnóstico de DAC por Iruxol®, sin evidencia actual de sensibilización a carbamatos en el estudio realizado.

**Conclusión**

Presentamos un caso de DAC por Iruxol® diagnosticado mediante prueba epicutánea, siendo esta la prueba de elección para el diagnóstico de DAC. La combinación de una anamnesis detallada, pruebas epicutáneas y test de exposición ha resultado fundamental para identificar el agente responsable.

## Sífilis y VIH: una "gran imitación" de urticaria

Andrade Geraldes R, Mesquita Guedes C, Almeida Ribeiro C, Cunha Tavares F, Todo Bom A

Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

**Objetivo/Introducción**

La evaluación de exantemas urticariformes es un desafío clínico, ya que frecuentemente enmascaran diagnósticos alternativos como enfermedades infectocontagiosas. Este reporte enfatiza la relevancia del diagnóstico diferencial para excluir otras patologías sistémicas ante presentaciones atípicas.

**Material y métodos**

Mujer de 31 años, evaluada inicialmente en medicina interna por un exantema maculopapular difuso y pruriginoso de tres meses de evolución en tronco y miembros (sin afectación palmoplantar). Las lesiones, de 1 cm de diámetro y confluentes, eran persistentes (duración >48 horas) y no migratorias. Simultáneamente, en el último semestre presentó infecciones respiratorias recurrentes (otitis, sinusitis, conjuntivitis), candidiasis oral recurrente, anorexia y pérdida ponderal significativa (10 kg).

Ante la sospecha de urticaria, inició tratamiento con deflazacort (30 mg/día) y bilastina (40 mg/día), con mejoría aislada del prurito. La atipicidad del exantema y los síntomas constitucionales motivaron la ampliación del estudio etiológico.

**Resultados**

Estudio analítico: IgE total normal (29 UI/mL); hipergammaglobulinemia IgG (2260 mg/dL); VSG elevada (30 mm/h); PCR normal (0,10 mg/dL); TSH, T4L y anticuerpos anti-TPO normales; ANA, anti-dsDNA y ANCA negativos; VIH-1 positivo (estadio B2; CD4+ 217 cél/µL; carga viral 110.210 cop/mL); VDRL 1/16.

Se inició tratamiento con penicilina G benzatina, objetivándose la resolución completa de las lesiones cutáneas tras la primera administración, previa al inicio de la terapia antirretroviral. Tres meses después, en su primera consulta de alergología, se mantenía asintomática.

**Conclusión**

La estrecha relación temporal entre la administración de penicilina y la resolución del exantema sugiere que la sífilis secundaria fue la etiología principal, a pesar de su presentación atípica (pruriginosa y sin afectación palmoplantar), posiblemente modulada por la infección por VIH. Este caso subraya la complejidad diagnóstica de los exantemas urticariformes y refuerza la necesidad de cuestionar el diagnóstico de urticaria idiopática ante características atípicas o signos de alarma, priorizando la exclusión de patología infecciosa subyacente potencialmente grave.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Percepción y experiencia del paciente tras el cambio al biosimilar de omalizumab en práctica clínica habitual

Aguirre Echeverry AM, Pantoja Acosta ML, Miquel Marcó S, Pelizzo S, Roger Reig A, Basagaña Torrentó M

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona

**Objetivo/Introducción**

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal ampliamente utilizado en enfermedades mediadas por IgE. Omlyclo® es el primer biosimilar de omalizumab autorizado en España desde junio de 2025. Su incorporación a la práctica clínica hace necesaria una evaluación de la experiencia del paciente tras la transición desde el fármaco de referencia (Xolair®).

El objetivo fue evaluar la experiencia del paciente tras el cambio de Xolair® a Omlyclo® en el Servicio de Alergología del HUGTiP.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes previamente tratados con Xolair que realizaron la transición a Omlyclo® en jeringa precargada. Los pacientes fueron informados previamente por el médico del cambio al biosimilar. Se utilizó un cuestionario inspirado en el *Self-Injection Assessment Questionnaire* para evaluar facilidad de uso, dolor/molestia y confianza en la administración (escala 0-10), además de una valoración global comparativa. Se empleó la prueba de Wilcoxon para comparar medianas ($p<0,05$). Se recogieron variables demográficas y clínicas relevantes.

**Resultados**

Se analizaron 18 pacientes con datos pareados completos, con una edad media de 51,4 ± 18,7 años; 16/18 (88,9%) fueron mujeres y 16/18 (88,9%) presentaban urticaria crónica espontánea. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el fármaco de referencia y el biosimilar en ninguna dimensión ($p>0,05$). Las medianas (RIC) de Xolair vs. Omlyclo® fueron: facilidad, 10.00 (9,25-10,00) vs. 10,00 (8,25-10,00) ($p=0,50$); dolor/molestia, 2,50 (0,00-4,75) vs. 2,00 (0,00-5,00) ($p=0,68$); y seguridad, 10,00 (10,00-10,00) vs. 10,00 (10,00-10.00) ($p=0,32$). El 77,8% de los pacientes reportó una experiencia global equivalente.

**Conclusión**

La transición de Xolair a Omlyclo® es bien tolerada y no afecta negativamente la experiencia del paciente, dando soporte a la aceptación del intercambio en la práctica clínica habitual.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Foliculitis pustulosa eosinofílica localizada inducida por clorhexidina tópica en una paciente pediátrica

Fernández Izquierdo M[1], Gandolfo Cano M[1,2], Rodríguez Álvarez M[1,2]

[1] Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] IdiPAZ, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La foliculitis pustulosa eosinofílica (FPE) es una dermatosis inflamatoria infrecuente caracterizada por pústulas estériles con infiltrado eosinofílico perifolicular. La variante infantil suele presentarse en lactantes y afectar predominantemente al cuero cabelludo. La clorhexidina tópica se ha relacionado con dermatitis de contacto y reacciones inmediatas, aunque no se han descrito previamente casos de FPE localizada inducida por este antiséptico.

El objetivo es describir un caso pediátrico de FPE localizada secundaria a clorhexidina tópica.

**Material y métodos**

Niña de 6 años remitida por lesiones pustulosas recurrentes tras la aplicación de clorhexidina al 1% sobre heridas cutáneas. Las pruebas epicutáneas abiertas iniciales fueron negativas a las 48 y 72 horas. Ante la persistencia de la sospecha clínica, se realizó una prueba abierta de aplicación repetida (ROAT) con clorhexidina al 1%, con lectura seriada clínica e histopatológica.

**Resultados**

A las 48 horas de la ROAT aparecieron lesiones papuloeritematosas en el área de aplicación y, al quinto día, pústulas monomorfas sobre base eritematosa, sin rasgos eczematosos. La biopsia cutánea mostró infiltrado perifolicular intenso de linfocitos, neutrófilos y abundantes eosinófilos con permeación folicular, microabscesos y focos de necrosis epidérmica, compatibles con FPE. Se instauró tratamiento con dipropionato de betametasona y gentamicina tópicas, con resolución completa en 3-4 semanas. Se indicó evitación estricta de clorhexidina, sin nuevas recurrencias.

**Conclusión**

Presentamos, hasta donde sabemos, el primer caso de FPE localizada inducida por clorhexidina tópica en edad pediátrica. Este caso amplía el espectro de reacciones cutáneas asociadas a antisépticos y subraya la importancia de considerar etiologías no infecciosas ante erupciones pustulosas recurrentes, especialmente cuando las pruebas iniciales resultan negativas o poco concluyentes.



**Figura 1.** ROAT con clorhexidina al 1% a las 48 horas. Lesiones papuloeritematosas estrictamente confinadas al área de aplicación.



**Figura 2.** ROAT con clorhexidina al 1% al día 5. Pústulas monomorfas sobre una base eritematosa sin características eccematosas.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Una urticaria poco habitual en relación a un "interruptor" inesperado

Medina Quintero MF, Sánchez Dorrego C, Parra Arrondo A, Veleiro Pérez B

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña

**Objetivo/Introducción**

La urticaria crónica se clasifica según la existencia de estímulos desencadenantes. La urticaria crónica espontánea (UCE) sin desencadenantes detectados. La urticaria crónica inducible (UCIndu) tras estímulos identificables: dermografismo sintomático (DS), urticaria por frío (UF), calor, presión, colinérgica, solar, vibratoria, acuagénica.

Describimos un subtipo de UCIndu con un "interruptor" y curso clínico poco habitual.

**Material y métodos**

Mujer de 42 años con rinosinusitis polipoidea y asma leve persistente, derivada por lesiones urticariformes pruriginosas diarias, aparecían inmediatamente tras exposición al frío en zonas expuestas y no expuestas. Desaparecían horas después, sin lesión residual. No mejoraba con antihistamínicos a dosis altas, montelukast ni corticoides orales.

El día previo al inicio del cuadro finalizó tratamiento con amoxicilina/clavulánico. Cuatro horas antes, recibió la quinta dosis de vacuna SARS-CoV-2 (Pfizer).

Los síntomas aumentaron progresivamente, ante mínimos cambios de temperatura, sumando prurito faríngeo al ingerir alimentos/bebidas frías. Se añadieron síntomas extracutáneos: artralgias y coloración violácea distal. Reumatología diagnosticó síndrome de Raynaud.

Asoció cefalea intensa, mareo y dolor abdominal cólico. Se añadió famotidina, corticoides orales, cromoglicato y omalizumab (300 mg/2 semanas). Presentó una discreta mejoría inicial, pero posteriormente desarrolló tos y disnea al aire frío. Aumentamos dosis (450 mg/2 semanas) con mejoría parcial. Inició lesiones con exposición al calor. Decidimos *switch*: *remibrutinib* (25 mg/12 horas) con mejoría clínica cutánea y sistémica, pero retiramos tras 3 semanas por efectos secundarios.

**Resultados**

Solicitamos hemograma, RFA, bioquímica, autoinmunidad, proteinograma, complemento, crioglobulinas y triptasas seriadas, con resultados normales en repetidas ocasiones.

Descartamos alergia a amoxicilina/clavulánico.

Test de estimulación frío/calor (test de cubito y TempTest): positivos con medicación.

**Conclusión**

Existen casos de UCE y DS tras vacunación, pero no encontramos publicaciones con UF.

En nuestra paciente destacan la virulencia inicial, la evolución tórpida y la falta de respuesta al tratamiento, salvo a remibrutinib.

Diagnosticada de urticaria/anafilaxia por frío adquirida y urticaria por calor, probablemente secundaria a vacunación SARS-CoV-2, con respuesta parcial a omalizumab y antihistamínicos a dosis altas.

Tras retirar remibrutinib, confiamos en emplear otros tratamientos como barzolvolimab próximamente.



**Figura 1.** Urticaria en zonas expuestas a frío.



**Figura 2.** Urticaria en zonas expuestas a temperatura templada.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Una otitis muy persistente, con antecedentes sospechosos

Ruiz Valero M[1], Tsopana Granatello A[2], Quiñones Obando ML[1], Miguel Polo LDC[1], Guerra Vilaplana MD[1], Moreno Fernández A[1]

[1] Hospital Universitario Cuenca, Cuenca
[2] Hospital Universitario Guadalajara, Guadalajara

**Objetivo/Introducción**

Paciente mujer de 24 años con los siguientes antecedentes relevantes: rinoconjuntivitis estacional y al contacto con epitelio de gato y perro, con tratamiento sintomático, con antihistamínico oral con buen control.

Asma bronquial en la infancia, actualmente estable desde hace años y sin síntomas.

No presenta otros antecedentes de interés.

**Material y métodos**

Acude a consulta de alergología por cuadro de lesiones cutáneas tras el contacto con muñequera de alivio de presión de tendinitis en mano (Figura 1a). Tras 2 días de uso, comienza con prurito en la zona de presión seguido de enrojecimiento, y el tercer día aparecen las lesiones que se muestran (Figura 1b).

En esta visita, durante la exploración física, la paciente presenta una grave otitis externa con signos de sobreinfección (Figura 1c), que está resultando resistente al tratamiento tópico habitual. Es usuaria de auriculares inalámbricos a diario (Figura 1d).

**Resultados**

Ante la sospecha de dermatitis de contacto con materiales plásticos y gomas, se deciden prohibir el uso de estos elementos e iniciar tratamiento con corticoides tópicos de alta potencia e hidratación, con resolución de ambos cuadros.

Se realizan pruebas epicutáneas (Figura 2) con True Test®, batería de metacrilatos y fragmentos de los 2 plásticos, con lecturas en 24, 48 y 96 horas. Fue positivo tiosulfato de oro, 2-hidroxypropil-methacrylate, aurticular y material plástico codera.

**Conclusión**

La dermatitis de contacto es una patología prevalente y, en ocasiones, infradiagnósticada.

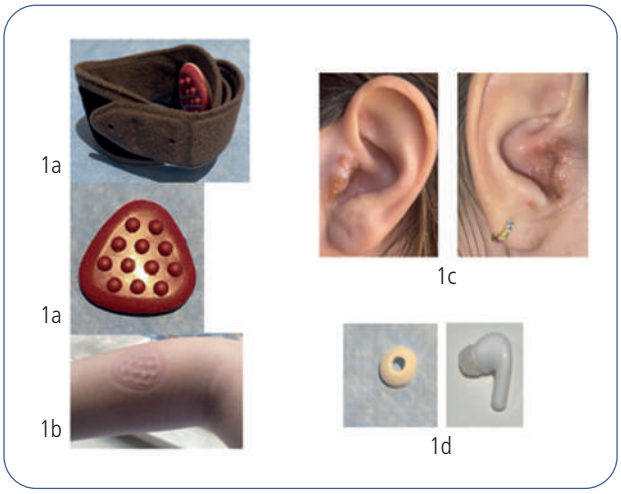



**Figura 1.**

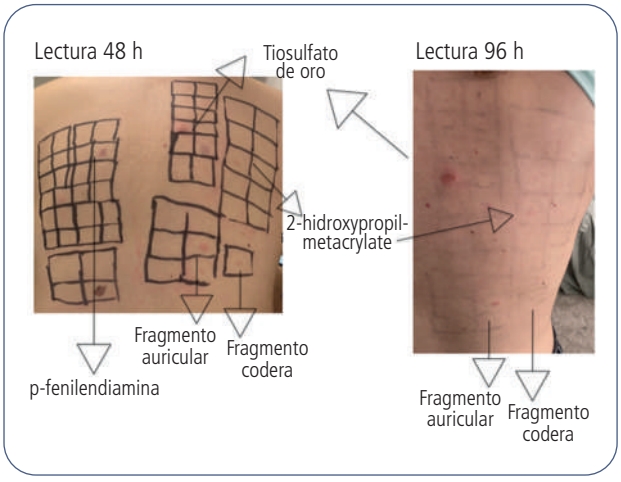



**Figura 2.**

En casos de dermatitis de mal control, recurrente o en áreas concretas, siempre se debe sospechar un contacto asociado.

La dificultad en dermatitis de contacto con estos productos radica en la dificultad para escoger productos seguros en el futuro. La evitación resulta compleja al no quedar claro el sensibilizante concreto.

La dermatitis de contacto por uso de *wearables* y dispositivos médicos ocupa un lugar destacado dentro de esta patología y en marcado aumento de prevalencia.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Manejo por parte de enfermería ante reacciones sistémicas por pruebas cutáneas

Nieto Ruiz A, Mesones Garrido M

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a betalactámicos es una de las más frecuentes en la práctica clínica, siendo las pruebas cutáneas intradérmicas (ID) y la provocación controlada herramientas fundamentales para su diagnóstico. Sin embargo, existen casos de discordancia diagnóstica que plantean dificultades en su manejo. Presentamos un caso de reacción anafiláctica en retest tras ID negativas con 30 días de anterioridad.

**Material y métodos**

Paciente en estudio por sospecha de alergia a betalactámicos. Inicialmente, el *prick* y las ID con PPL (bencilpeniciloil octa-L-lisina), MDM (bencilpeniloato sódico), penicilina G, amoxicilina y amoxicilina-ácido clavulánico presentaron resultados negativos. Posteriormente, se efectuaron pruebas de provocación controlada a amoxicilina-clavulánico, ambas negativas. Un mes después, se repitieron las ID.

**Resultados**

En la reevaluación, las ID fueron negativas para penicilina G y positivas para amoxicilina. A los pocos minutos, la paciente presentó mareo eritema en "V" en región torácica y facial, se administraron 200 mg vía intravenosa (IV) de hidrocortisona y 5 mg de dexclorfeniramina vía subcutánea, persiste sintomatología junto con hipotensión (TA 93/60 mmHg), sin afectación respiratoria inicial. Posteriormente, se objetivó descenso de saturación de oxígeno hasta 87%. Se administraron 0,3 mg de adrenalina intramuscular (IM) en vasto externo, requiriendo una segunda dosis de 0,3 mg de adrenalina IM, junto con oxigenoterapia y sueroterapia, con evolución favorable.

**Conclusión**

Este caso evidencia el papel fundamental de enfermería en la detección precoz y manejo inmediato de reacciones anafilácticas durante el estudio alergológico. A pesar de resultados iniciales negativos, pueden producirse reacciones graves, lo que resalta la importancia de una vigilancia estrecha tras la realización de pruebas cutáneas. La rápida identificación de signos iniciales y la actuación protocolizada, incluyendo la administración precoz de adrenalina intramuscular resulta clave para una evolución favorable. Asimismo, se pone de manifiesto la necesidad de que estos procedimientos se realicen en entornos seguros y con personal entrenado.

## No todo edema facial es angioedema

Salvatierra Izaguirre A, Maiese Hernández JG, Mujika Ruiz de Aguirre N, Guerrero Sotelo ÁL, Matala Ahmed B, García González F

Hospital Universitario Basurto, Bilbao

**Objetivo/Introducción**

El angioedema es una inflamación localizada de la piel o las mucosas, que se produce por la extravasación de líquido al espacio intersticial debido a una pérdida de la integridad vascular. Etiológicamente, puede clasificarse en histaminérgico, mediado por bradicinina o idiopático.

El objetivo es conocer la importancia de descartar otras etiologías posibles de edema facial.

**Material y métodos**

Varón de 61 años, portador de marcapasos DDD desde hace 1 año, remitido para estudio de edema facial persistente. Hace dos meses comenzó con edema facial y cervical que ha ido progresando hasta afectación de miembros superiores. Acudió en varias ocasiones al servicio de urgencias recibiendo tratamiento farmacológico con corticoides y antihistamínicos sin resolución de la sintomatología. Una vez en consulta se objetiva la presencia de telangiectasias que, según refiere, presentaba desde hace un mes. No prurito ni lesiones urticariales asociadas. Se revisó tratamiento habitual y se realizó estudio alergológico dirigido. Ante la persistencia de la clínica y la presencia de signos sugestivos de congestión venosa, se completó el estudio con TAC torácico.

**Resultados**

Se realiza estudio alergológico donde se descarta angioedema histaminérgico y bradicinérgico. Ante la ausencia de mejoría, se amplió el estudio con TAC torácico evidenciando signos compatibles con síndrome de vena cava superior, probablemente relacionado con el marcapasos.

**Conclusión**

El angioedema es una consulta frecuente en alergología y es fundamental realizar un adecuado diagnóstico diferencial, ya que otras entidades pueden presentar clínica similar. No todo edema facial corresponde a angioedema. La ausencia de prurito, urticaria o relación temporal con fármacos o alimentos debe hacer considerar otras etiologías.

Este caso expone la importancia de una valoración clínica completa para evitar diagnósticos erróneos y orientar adecuadamente el estudio del paciente.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Prurito neuropático braquiorradial: una causa infradiagnosticada de prurito crónico en la consulta de alergología

Fernández López S, Puerto del Olmo C, Álvarez García O, Beristain Urquiza AM, Fernández Madera JJ, Mejías Affinito RP

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**Objetivo/Introducción**

El prurito crónico sin lesiones cutáneas primarias supone un reto diagnóstico frecuente en alergología. El prurito neuropático, secundario a disfunción de vías somatosensoriales, puede pasar inadvertido tras descartar causas alérgicas, dermatológicas o sistémicas. El prurito braquiorradial constituye un subtipo localizado, habitualmente relacionado con afectación cervical/radicular y/o exposición ultravioleta. Presentamos un caso de prurito crónico con fenotipo braquiorradial y alteración neurofisiológica compatible con afectación de fibra fina.

**Material y métodos**

Se presenta el caso de una paciente remitida por prurito crónico refractario. Se analizaron características sugestivas de prurito neuropático: ausencia de lesiones cutáneas primarias, sensación disestésica tipo ardor/pinchazos, presentación en brotes, empeoramiento con calor, escasa respuesta a antihistamínicos y alivio marcado con frío/hielo. Se valoraron localización, antecedentes, respuesta a gabapentina y pruebas complementarias, incluyendo estudio alergológico, analítica sistémica y valoración neurofisiológica.

**Resultados**

La paciente presentaba prurito de predominio en extremidades superiores, sin distribución en guante-calcetín, asociado a ardor y disestesias, sin lesiones cutáneas primarias. Refería alivio únicamente con aplicación de hielo, con escasa respuesta a antihistamínicos. El estudio alergológico no apoyó etiología IgE mediada y el estudio analítico descartó

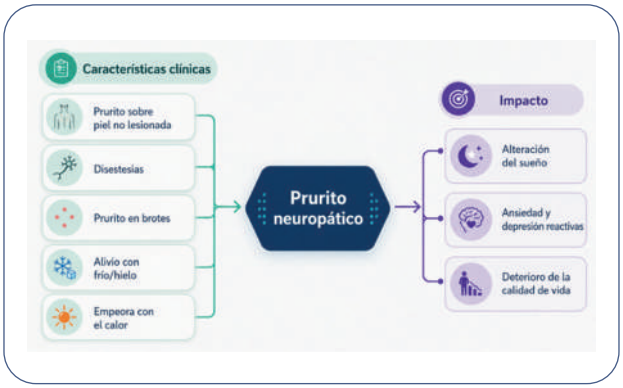



**Figura.** Características del prurito neuropático.

**Tabla 1.** Clasificación etiológica del prurito.

| Etiología | Ejemplos clínicos | Características clínicas |
|---|---|---|
| Dermatológica | Dermatitis atópica, linfoma cutáneo de células T, psoriasis, urticaria | Alteraciones cutáneas primarias |
| Sistémica | Colestasis, diabetes, fármacos, síndromes mieloproliferativos, insuficiencia renal, tumores sólidos | Relación temporal |
| Neuropática | Prurito braquiorradial, notalgia parestésica, neuralgia posherpética, neuropatía de fibra fina | Localizado según los nervios afectados |
| Psicosomática/psiquiátrica | Parasitosis delirante, prurito somatomorfo | Tras acontecimiento vital significativo |
| Mixta | Cuando se identifica más de una etiología | Varias causas potenciales o comorbilidades |
| Desconocida | Cuando no se encuentra una etiología subyacente tras el estudio diagnóstico | Repetir el estudio diagnóstico periódicamente |

**Tabla 2.** Tipos de prurito neuropático.

| Origen | Ejemplos | Clave clínica | Estudio orientativo |
|---|---|---|---|
| Fibra fina periférica generalizada | Neuropatía de fibra fina metabólica, tóxica, infecciosa, autoinmune o idiopática | Distal/generalizado, patrón guante-calcetín | QST, biopsia cutánea, estudio autonómico |
| Raíz/nervio periférico: prurito neuropático localizado | Prurito braquiorradial, notalgia parestésica, radiculopatía, neuralgia posherpética | En braquiorradial: brazos/antebrazos y alivio con hielo | Diagnóstico clínico, prueba del hielo, RM cervical, QST/neurofisiología |
| Lesión cutáneo-nerviosa | Cicatrices, quemaduras | Sobre zona lesionada | Diagnóstico clínico |
| Sistema nervioso central | Ictus, esclerosis múltiple, tumores, siringomielia | Según localización neurológica | Neuroimagen, LCR/estudios neurológicos según sospecha |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

patología sistémica. La valoración neurofisiológica mostró alteraciones compatibles con disfunción de fibras finas —QST alterado para calor y variabilidad R-R alterada—, con ENG sin polineuropatía de fibra gruesa. Presentó mejoría parcial con gabapentina.

**Conclusión**

El prurito braquiorradial debe sospecharse ante prurito crónico localizado en brazos/antebrazos, sobre piel no lesionada, con disestesias, mala respuesta a antihistamínicos y alivio marcado con hielo. A diferencia de neuropatías de fibra fina generalizadas, que son de causa metabólica, el prurito braquiorradial suele ser por afectación nerviosa. Este caso subraya la importancia de incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial del prurito crónico en alergología, evitando tratamientos ineficaces y permitiendo orientar el manejo hacia medidas físicas, neuromoduladores y estudio neurológico dirigido.

## Asma ocupacional y urticaria crónica: impacto emocional en la evolución clínica: a propósito de un caso

Mugno Saba AM, Fiol Alonso L, Steixner Zevallos S, D'Elia Torrence D, Pérez Giménez MR, Reinares Ten MC

Hospital Universitario de Burgos, Burgos

**Objetivo/Introducción**

El asma ocupacional por exposición a persulfatos es una patología limitante en peluquería, que frecuentemente asocia afectación cutánea y respiratoria. La coexistencia de esta alergia profesional con una urticaria crónica espontánea (UCE) severa y factores psicosociales supone un notable reto terapéutico.

**Material y métodos**

Se describe un caso clínico con seguimiento longitudinal (1998-2026) de una peluquera valorada en Alergología del Hospital Universitario de Burgos.

Las herramientas diagnósticas y de monitorización incluyeron:

- Pruebas cutáneas.
- Pruebas epicutáneas.
- Espirometrías.
- Prueba de exposición bronquial específica (PEB).
- Escalas de control de urticaria (UAS y UCT).

**Resultados**

Se confirmó asma ocupacional por persulfatos mediante PEB positiva con una caída del $FEV_1$ (20%), la paciente presentaba frecuentemente edema palpebral, tos y dificultad respiratoria en su puesto de trabajo, logrando controlarse con medidas protectoras, corticoide inhalado diario y antihistamínicos a demanda. La evolución clínica se complicó con la aparición de una UCE refractaria (UAS:30, UCT:5), sin control con dosis cuádruples de antihistamínicos. Con omalizumab (150 mg/mes), la paciente alcanzó remisión completa (UAS:0), manteniéndose estable tras la suspensión del biológico durante 22 meses. Posteriormente, en contexto de elevado estrés psicosocial (HADS-A 17), presentó una recaída simultánea de la patología respiratoria y cutánea. La reintroducción de omalizumab a dosis de 300 mg/mes, asociada a un abordaje psiquiátrico, permitió recuperar el control clínico total y la estabilidad funcional de la paciente.

**Conclusión**

Omalizumab se confirma como una terapia segura y eficaz en la UCE refractaria, permitiendo preservar la calidad de vida y la actividad laboral de la paciente. Asimismo, se ratifica la PEB como el patrón oro para la confirmación objetiva del asma ocupacional.

Finalmente, el papel del estrés agudo y de los factores psicosociales como desencadenantes de recaídas graves subraya la necesidad de un abordaje multidisciplinar que integre la salud mental y el contexto vital del paciente dentro de un modelo de atención integral.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Antagonistas del GLP-1 en urticaria crónica

Mora Gálvez-Cañero B, Carpio Escalona LV, Vidal Albareda C

Hospital Ramón y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La urticaria crónica espontánea (UCE) es una enfermedad inflamatoria cutánea con una base fisiopatológica compleja. Suele asociarse con otros tipos de comorbilidades que empeoran su pronóstico, como síndrome metabólico (6%-20%). Describimos una serie de casos de UCE refractaria y su evolución tras el uso de análogos de GLP-1.

**Material y métodos**

Tras una revisión retrospectiva de casos de UCE tratadas con Xolair® (omalizumab), se seleccionaron aquellos en tratamiento con análogos de GLP-1 (Wegovy, Ozempic o Mounjaro) por manejo de obesidad u otras comorbilidades, con UAS >7 tras >4 meses desde inicio de Xolair® y que dieran su consentimiento para participar en este estudio. Se consideró la actividad de la UCE mediante la escala UAS7 y la evolución del índice de masa corporal (IMC), así como un análisis multivariable para analizar la asociación de los distintos factores.

**Resultados**

En 81 pacientes con UCE en tratamiento con Xolair®, el 43,2% presentaba IMC>25 (sobrepeso). Se seleccionaron 8/20 casos en total que presentaban obesidad. En tratamiento con análogos de GLP-1 por obesidad (IMC medio de 40). El 25% presentaba obesidad grado I, 25% grado II y 50% grado III. Se observó una reducción media de 16 kg de peso inicial, tras 6 meses desde el inicio de análogos de GLP-1, con una mejoría significativa del UAS7, en comparación con la fase previa a su uso ($p$=0,012; r =0,73).

**Conclusión**

En nuestra muestra, la obesidad es una comorbilidad frecuente de la UCE y parece influir directamente en su control, lo que lleva a poner en valor el manejo multidisciplinar de estos pacientes. Son necesarios más estudios para esclarecer la posible utilidad de los análogos de GLP-1 en el manejo de la UCE con obesidad asociada.

# Anafilaxia

## Anafilaxia por ingestión de hongos de maduración: *Penicillium* como alérgeno oculto en quesos y embutidos

Fluxa Rechach ML, Pérez Escalera LM, Martínez Antón MD, Sánchez Vicente J, Arrien de Lecea Á, Galán Gimeno C

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo

**Objetivo/Introducción**

*Penicillium chrysogenum* es un moho ambiental ubicuo, responsable, en ocasiones, de patología respiratoria. Sin embargo, su papel como alérgeno alimentario es relevante debido a su uso industrial en la maduración de quesos y embutidos, donde coloniza la superficie para aportar aroma y sabor.

La alergia por ingesta de estos productos puede derivar de una sensibilización previa por vía inhalatoria o por la presencia de alérgenos fúngicos resistentes al procesado.

**Material y métodos**

Presentamos a un varón de 30 años con antecedentes de asma bronquial extrínseca por ácaros y alergia conocida a crustáceos.

El paciente acude por un episodio de anafilaxia tras la ingesta de queso Camembert y frutos rojos (arándanos), presentando prurito palmoplantar, eritema generalizado, mareo, vómitos y disnea a los 15 minutos de la ingesta. Posteriormente, en otra ocasión, refiere clínica de "estorbo en faríngeo" tras la ingesta de fuet.

**Resultados**

- Analítica: IgE total elevada (281 $kU_A/L$). Triptasa basal: 2,88 µg/L. IgE específica negativa (<0,1 $kU_A/L$) para proteínas de leche de vaca, oveja y cabra; carnes (ternera, cerdo), BSA, CCD, galactosa-alfa-1,3-galactosa, Omega-5 gliadina y arándanos (azul y rojo). IgE específica positiva para *Penicillium chrysogenum* (0,78 $kU_A/L$).
- *Prick by prick*: positividad intensa a queso azul, queso Cabrales y piel de fuet.

**Conclusión**

Se trata de una anafilaxia por hipersensibilidad mediada por IgE a *Penicillium chrysogenum* utilizados en los procesos de maduración alimentaria (quesos de corteza blanca, quesos azules y embutidos curados).

Este caso destaca la importancia de investigar los componentes no primarios de los alimentos en pacientes con reacciones sistémicas. En pacientes sensibilizados a mohos ambientales, el consumo de alimentos con cultivos de maduración fúngica representa un riesgo de anafilaxia que debe ser considerado, más allá de la evitación de la proteína animal (queso y cerdo en este caso).

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# ALLER-SAFE: impacto de una intervención enfermera basada en simulación en el uso del autoinyector de adrenalina en pacientes con riesgo de anafilaxia

Galán Jiménez V, Ortega Rodríguez S

Centro de Especialidades, Diagnóstico y Tratamiento de Toledo, Toledo

**Objetivo/Introducción**

La anafilaxia es una reacción alérgica sistémica grave potencialmente mortal que requiere tratamiento inmediato con adrenalina intramuscular, considerado el tratamiento de primera línea fuera del entorno hospitalario. Sin embargo, muchos pacientes no utilizan correctamente el autoinyector, lo que puede retrasar su administración en situaciones de emergencia. ALLER-SAFE es un programa de entrenamiento enfermero basado en simulación clínica diseñado para mejorar la técnica de uso del autoinyector de adrenalina.

Objetivo: Evaluar la eficacia de una intervención educativa enfermera basada en la simulación clínica para mejorar la competencia en el uso del autoinyector en pacientes con riesgo de anafilaxia.

**Material y métodos**

Estudio cuasiexperimental prospectivo con evaluación pre y post intervención, realizado en Alergología del CEDT Toledo. Se prevé incluir entre 40 y 60 participantes, mayores de 18 años o cuidadores de pacientes pediátricos con indicación de autoinyector de adrenalina.

Se excluirán aquellos con dificultades para seguir la intervención educativa o con entrenamiento reciente en programas similares.

Es un programa educativo de 15 minutos que incluirá reconocimiento clínico de la anafilaxia, demostración del uso del autoinyector mediante dispositivo de entrenamiento, simulación supervisada y corrección de errores.

Se registrarán el tiempo de administración, el nivel de confianza del participante y la capacidad de reconocimiento de la anafilaxia.

**Resultados**

Se espera mejorar el uso correcto del autoinyector, reducir el tiempo de administración y aumentar la confianza del paciente. La simulación clínica es una estrategia eficaz de educación sanitaria y refuerza el papel de enfermería en anafilaxia.

**Tabla.** Escala ALLER-SAFE.

| Dimensión | Ítem evaluado | Puntuación |
|---|---|---|
| Reconocimiento | Identifica síntomas de anafilaxia | 0-2 |
| Preparación | Retira el seguro correctamente | 0-2 |
| Técnica | Coloca el autoinyector en el muslo | 0-2 |
| Técnica | Mantiene tiempo de aplicación | 0-2 |
| Seguridad | Evita errores de manipulación | 0-2 |
| Seguridad | Llama a emergencias tras administración | 0-2 |

Cada ítem se puntúa: 0, incorrecto/no realizado; 1, realizado con ayuda o errores; 2, realizado correctamente. Puntuación total, 12 puntos. Interpretación: 0-4, competencia baja; 5-8, competencia moderada; 9-12, competencia alta.

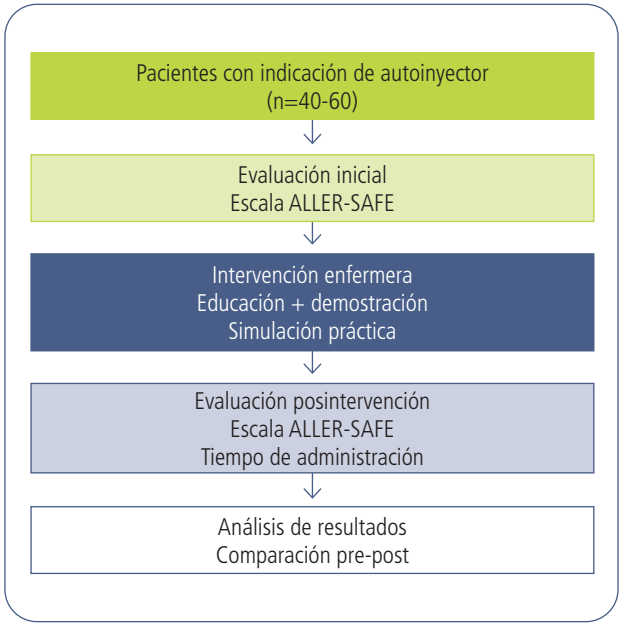



**Figura.**

**Conclusión**

La simulación clínica es una estrategia útil para mejorar la competencia práctica, la seguridad y la autoconfianza de pacientes y cuidadores en el uso del autoinyector de adrenalina. Su incorporación en la consulta de alergología podría optimizar la preparación del paciente ante una anafilaxia y empoderar a la enfermería en la educación terapéutica y la prevención de complicaciones.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Percepción de riesgos y preparación en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alergología

González Romero LJ, Arroabarren Alemán E, Resano Redín LR, Palomo Álvarez S, Portal Mañeru M, Anda Apiñániz M

Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

## Objetivo/Introducción

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de los servicios de alergología (PDTA) conllevan riesgos y precisan formación específica para garantizar validez de resultados y seguridad.

*Objetivo:* Describir la preparación actual de nuestro personal y su percepción del riesgo que tienen de los distintos procedimientos, e identificar posibles lagunas de conocimiento.

## Material y métodos

Invitamos al staff de nuestro servicio a completar un cuestionario (anónimo y voluntario) de Google Forms con preguntas acerca de la formación previa en alergología, estimación del riesgo de los PDTA mediante una escala ordinal (0: sin riesgo - 5: muy alto), conocimiento de los protocolos de actuación y dotación del servicio. Análisis estadístico con SPSS (frecuencias y Chi cuadrado).

## Resultados

Se contestaron 36 encuestas (70%) siendo el 44,4% enfermería, 36,1% médico adjunto, 8,3% administrativo, 5,6%

**Tabla 1.** Riesgo estimado de PDTA.

| Puntuacion de riesgo estimado (% respuestas) | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estamento | Pruebas cutáneas | | | | | Respiratorio | | Pruebas de exposición | | | | Inmunoterapia | | | |
| | TC aeros | TC alimentos | Fármacos (ID) | Venenos (ID) | Epicutáneas | PFR | Metacolina | PEOC alimento | PEOC Fármaco VO | PEOC Fármaco IV | ITO | ITSC aero | ITSC veneno | ITSL | |
| FEA (14) | 0 (57,1%) | 0 (21,4%) | 2 (50%) | 0 (7,1%) | 1 (78,6%) | 0 (21,4%) | 1 (35,7%) | 2 (14,3%) | 2 (14,3%) | 1 (7,1%) | 2 (7,1%) | 1 (21,4%) | 1 (7,1%) | 1 (42,9%) | |
| | 1 (35,7%) | 1 (71,4%) | 3 (42,9%) | 1 (28,6%) | 2 (14,3%) | 1 (57,1%) | 2 (35,7%) | 3 (64,3%) | 3 (57,1%) | 2 (7,1%) | 3 (42,9%) | 2 (35,7%) | 2 (35,7%) | 2 (35,7%) | |
| | 2 (7,1%) | 3 (7,1%) | 1 (7,1%) | 2 (28,6%) | 3 (7,1%) | 2 (21,4%) | 3 (28,6%) | 4 (28,6%) | 4 (28,6%) | 3 (50%) | 4 (42,9%) | 3 (42,9%) | 3 (42,9%) | 3 (21,4%) | |
| | | | | 3 (28,6%) | | | | | | 4 (21,4%) | 5 (7,1%) | 4 (14,3%) | 4 (14,3%) | | |
| | | | | 4 (7,1%) | | | | | | 5 (14,3%) | | | | | |
| MIR (2) | 1 (50%) | 1 (50%) | 2 (50%) | 2 (50%) | 2 (50%) | 1 (50%) | 2 (50%) | 3 (50%) | 3 (50%) | 4 (50%) | 3 (50%) | 2 (50%) | 3 (50%) | 1 (50%) | |
| | 3 (50%) | 3 (50%) | 5 (50%) | 5 (50%) | 4 (50%) | 3 (50%) | 3 (50%) | 5 (50%) | 5 (50%) | 5 (50%) | 5 (50%) | 5 (50%) | 5 (50%) | 5 (50%) | |
| DUE (16) | 1 (56,3%) | 1 (50%) | 1 (6,3%) | 2 (12,5%) | 1 (18,8%) | 0 (6,3%) | 1 (6,3%) | 2 (18,8%) | 3 (62,5%) | 3 (6,3%) | 3 (31,3%) | 2 (25%) | 2 (6,3%) | 1 (6,3%) | |
| | 2 (31,3%) | 2 (37,5%) | 2 (6,3%) | 3 (62,5%) | 2 (75%) | 1 (50%) | 2 (18,8%) | 3 (50%) | 4 (31,3%) | 4 (75%) | 4 (56,3%) | 3 (56,3%) | 3 (31,3%) | 2 (31,3%) | |
| | 3 (12,5%) | 3 (12,5%) | 3 (56,3%) | 4 (18,8%) | 3 (6,3%) | 2 (25%) | 3 (50%) | 4 (25%) | 5 (6,3%) | 5 (18,8%) | 5 (12,5%) | 4 (12,5%) | 4 (50%) | 3 (56,3%) | |
| | | | 4 (31,3%) | 5 (6,3%) | | 3 (12,5%) | 4 (18,8%) | 5 (6,3%) | | | | 5 (6,3%) | 5 (12,5%) | 5 (6,3%) | |
| | | | | | | 4 (6,3%) | 5 (6,3%) | | | | | | | | |
| Celador (1) | 0 (100%) | 1 (100%) | 3 (100%) | 4 (100%) | 2 (100%) | 1 (100%) | 1 (100%) | 1 (100%) | 3 (100%) | 4 (100%) | 2 (100%) | 2 (100%) | 3 (100%) | 2 (100%) | |
| Adm (2) | 0 (50%) | 1 (50%) | 3 (100%) | 2 (50%) | 1 (50%) | 0 (50%) | 0 (50%) | 3 (50%) | 3 (50%) | 3 (50%) | 2 (50%) | 1 (50%) | 1 (50%) | 1 (50%) | |
| | 1 (50%) | 2 (50%) | | 4 (50%) | 3 (50%) | 2 (50%) | 3 (50%) | 4 (50%) | 4 (50%) | 4 (50%) | 4 (50%) | 2 (50%) | 3 (50%) | 2 (50%) | |
| TCAE | 1 (100%) | 3 (100%) | 2 (100%) | 3 (100%) | 1 (100%) | 0 (100%) | 1 (100%) | 3 (100%) | 3 (100%) | 4 (100%) | 2 (100%) | 3 (100%) | 3 (100%) | 3 (100%) | |
| Chi cuadrado | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 | |

Abreviatura: Adm, Administrativos.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla 2.** Identificación correcta de la dotación de medios en circuitos asistenciales de bajo (C1) y alto riesgo (C2).

| | Dotación en circuito bajo riesgo (pruebas, exposiciones riesgo bajo) rojo: lo que no hay aquí | | | | | | | | | | | | | C2 dotación en alto riesgo (hospital de día e uit) | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mo | MIV | INH | ADR | O2 | CARP | CARA | ASP | BUS-CA | CARD | Acc. IV | Fluido | Mo | MIV | INH | ADR | O2 | CARP | CARA | ASP | BUS-CA | CARD | Acc. | Fluido |
| FEA (14) | Sí 100% | NS 7,1% | Sí 100% | NS 7,1% | No 21,4% | No 78,6% | No 78,6% | No 71,4% | Sí 100% | No 35,7% | No 7,1% | No 14,3% | NS 7,1% | NS 7,1% | NS 7,1% | NS 7,1% | NS 7,1% | NS 7,1% | NS 7,1% | NS 14,3% | NS 7,1% | NS 7,1% | NS 7,1% | NS 7,1% |
| | | Sí 92,9% | | Sí 93% | NS 2,14% | Sí 21,4% | Sí 21,4% | NS 7,1% | | NS 7,1% | NS 7,1% | NS 7,1% | Sí 92,9% | Sí 92,9% | Sí 92,9% | Sí 92,9% | Sí 92,9% | Sí 92,9% | Sí 92,9% | Sí 92,9% | Sí 92,9% | Sí 92,9% | Sí 92,9% | Sí 92,9% |
| | | | | | Sí 57,1% | | | Sí 21,4% | | Sí 57,1% | Sí 85,7% | Sí 78,6% | | | | | | | | | | | | |
| MIR (2) | Sí 100% | No 50% | Sí 100% | No 50% | No 100% | No 100% | NS 50% | NS 50% | NS 50% | NS 50% | NS 50% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% |
| | | Sí 50% | | Sí 50% | | | Sí 50% | Sí 50% | Sí 50% | Sí 50% | Sí 50% | | | | | | | | | | | | | |
| DUE (16) | Sí 100% | NS 6,3% | NS 6,3% | NS 6,3% | Sí 100% | No 93,8% | No 93,8% | No 75% | No 6,3% | No 18,8% | Sí 100% | NS 6,3% | NS 12,5% | NS 12,5% | NS 12,5% | NS 12,5% | NS 12,5% | NS 12,5% | NS 12,5% | NS 12,5% | NS 18,8% | NS 18,8% | NS 12,5% | NS 18,8% |
| | | Sí 93,8% | Sí 93,8% | Sí 93,8% | | Sí 6,3% | Sí 6,3% | NS 12,5% | NS 6,3% | | | Sí 93,8% | Sí 87,5% | Sí 87,5% | Sí 87,5% | Sí 87,5% | Sí 87,5% | Sí 87,5% | Sí 87,5% | Sí 87,5% | Sí 87,5% | Sí 87,5% | Sí 87,5% | Sí 87,5% |
| | | | | | | | | Sí 12,5% | Sí 87,5% | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cel (1) | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | No 100% | No 100% | NS 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% |
| Adm (2) | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | No 100% | No 100% | No 100% | NS 50% | NS 50% | No 50% | No 50% | No 50% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | NS 50% | Sí 100% | NS 50% | NS 50% | No 50% |
| | | | | | | | | No 50% | No 50% | NS 50% | NS 50% | NS 50% | | | | | | | | Sí 50% | | Sí 50% | Sí 50% | NS 50% |
| TC-AE (1) | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | NS 100% | NS 100% | NS 100% | Sí 100% | NS 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% | Sí 100% |

Abreviaturas: Acc, Acceso. Adm, Administrativos.

médico residente y TCAE y celador ambos 2,8%. Experiencia: enfermería: mediana 24 años de ejercicio profesional, con 9 años en alergología; FEA: 29,5 años con 19,5 años de experiencia en alergología.

La formación en procedimientos es muy variable, destacando la observación directa y el uso del tratado de alergología.

La percepción de riesgo de los PDTA difiere en los distintos grupos ($p$<0,001 para todos los procedimientos). Los procedimientos con mayor percepción de riesgo por parte de todos los grupos son las desensibilizaciones (riesgo 4), administración de fármacos endovenosos (riesgo 4) e inmunoterapia con venenos (riesgo 4). Todos los participantes han observado reacciones en PTDA y más del 90% las han atendido. Todos los participantes conocen los medios disponibles para atender las reacciones en PDTA.

## Conclusión

Observamos diferencias significativas en el riego percibido de los PDTA en los distintos grupos. Consideramos adecuada la preparación para el tratamiento de posibles efectos adversos.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Cuando un antiséptico común se convierte en el verdadero culpable: *shock* anafiláctico inducido por clorhexidina: a propósito de un caso

Gutiérrez Posso JM, Huete Herrera M, Morales Sánchez P, Matta Pérez JI, Rosado Ingelmo A, Andrade Garbán PA

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La clorhexidina es un antiséptico ampliamente utilizado que, aunque generalmente seguro, se reconoce cada vez más como causa de anafilaxia. Su diagnóstico puede ser complejo debido a la frecuente coexistencia de otros posibles desencadenantes.

**Material y métodos**

Varón de 15 años, que presentó a los 20 minutos de ingerir una comida con posible implicación de frutos secos (FFSS) que no solía comer de manera habitual, urticaria generalizada, inyección conjuntival, diarrea, hipotensión arterial (70/60 mmHg) y 2 síncopes con recuperación espontánea de la consciencia. Tras tratamiento extrahospitalario (200 mg hidrocortisona, 5 mg dexclorfeniramina y 500 cc SSF) es derivado a urgencias con TA: 110/85 mmHg, FC 117 lpm, FR 18 rpm, $SaO_2$ 100% basal, temblor generalizado, ligera palidez cutánea e inyección conjuntival, se extrajo triptasa (30,3 µg/L) y se derivó a alergología.

Refería también aplicación de gel de digluconato de clorhexidina 10 mg/g sobre excoriaciones en codos producidas mientras realizaba ejercicio 2 horas antes. Previamente refería eritema circundante y escozor tras aplicación del gel en heridas superficiales.

Se realizó con clorhexidina: IgE especifica (sIgE), aplicación tópica a diferentes diluciones, *prick test* (SPT) y determinación de triptasa basal. Se realizó con FFSS: sIgE, SPT y provocación oral controlada (POC).

**Resultados**

Clorhexidina: sIgE >100 $kU_A/L$ (IgE total 3463 UI/mL), test de aplicación tópica (0,05 mg/mL, 0,5 mg/mL y 5 mg/mL) negativas, SPT (0,05 mg/mL) positivo (pápula 5 × 5 mm). Triptasa basal (3,2 µg/L). SPT a FFSS negativos e sIgE positivas para almendra, avellana, cacahuete, castaña y nuez y POC con FFSS negativa (Tabla).

**Conclusión**

La clorhexidina es una causa posible de anafilaxia. Nuestro caso destaca su aparición tras uso tópico extrahospitalario sobre heridas superficiales, escenario menos descrito que el quirúrgico. La coexistencia de sensibilizaciones alimentarias puede retrasar el diagnóstico etiológico. Su identificación precoz puede prevenir nuevas exposiciones y episodios potencialmente mortales.

**Tabla.** Pruebas realizadas.

| Clorhexidina | IgE específica | SPT | Test de aplicación tópica | |
|---|---|---|---|---|
| | >100 $kU_A/L$ | (0,05 mg/mL) Positivo (pápula 5 × 5 mm) | (0,05 mg/mL) (0,5 mg/mL) (5 mg/mL) | Negativo Negativo Negativo |
| Frutos secos | IgE específica | SPT | *Prick-prick* | POC |
| Almendra | 5,30 kU/L | 0 mm | 1 mm | Negativa |
| Anacardo | 0,21 kU/L | 0 mm | 0 mm | Negativa |
| Pistacho | 0,29 kU/L | 0 mm | 3 mm | Negativa |
| Avellana | 3,60 kU/L | 0 mm | 5 mm | Negativa |
| Nuez | 1,27 kU/L | 0 mm | 5 mm | Negativa |
| Cacahuete | 1,90 kU/L | 0 mm | 10 mm | Negativa |
| Castaña | 1,07 kU/L | 0 mm | N/A | N/A |
| Control salino | N/A | 0 mm | 0 mm | N/A |
| Control histamina | N/A | 6 mm | 7 mm | N/A |
| Otros | IgE total 3463 UI/mL | | | |
| | Triptasa basal 3,2 µg/L (<11,6) | | | |

Abreviaturas: SPT, skin *prick test*; POC, provocación oral controlada.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alerta triptasa: una serie de casos de alfa-triptasemia hereditaria

Correa-Estañ Cachorro J, de Dulanto García L, Tovar Escolar A, Oviedo Pérez GP, Lara Jiménez MÁ, Rojas Vílchez MJ

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada

**Objetivo/Introducción**

La alfa-triptasemia hereditaria (HαT) es un rasgo genético autosómico dominante caracterizado por un aumento en el número de copias del gen TPSAB1 que codifica la alfa-triptasa. Esta condición provoca una elevación de los niveles de triptasa sérica basal (sBT) y actúa como un modificador genético relevante en la gravedad de la anafilaxia. La expresión clínica es altamente heterogénea, abarcando desde individuos asintomáticos hasta fenotipos multisistémicos complejos.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo de seis pacientes diagnosticados de HαT en el Servicio de Alergología del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada entre 2022 y 2025. El diagnóstico se sospechó ante niveles persistentes de sBT >8 ng/mL y se confirmó mediante PCR digital. Se analizaron variables demográficas, clínicas y hallazgos de laboratorio.

**Resultados**

La muestra incluyó a un total de seis pacientes, una mujer y cinco hombres; con una media de edad de 54 años. Todos los pacientes habían presentado más de un episodio de anafilaxia. Los desencadenantes identificados fueron la ingesta de frutas rosáceas y/o frutos secos, crustáceos, la administración de antiinflamatorios no esteroideos y la picadura de himenópteros. Durante estos episodios, todos presentaron afectación cutánea; cinco de ellos síntomas gastrointestinales y cuatro síncopes. No se constataron síntomas neuropsiquiátricos, constitucionales, ni de hiperlaxitud articular descritos en otras series de casos.

La media de los niveles de sBT fue de 17,77 ng/mL (rango 11,8-29,2 ng/mL). En todos los casos se detectó aumento en el número de copias de TPSAB1 codificantes de alfa-triptasa. Tres de los pacientes fueron diagnosticados de forma concomitante de síndrome de activación mastocitaria no clonal.

**Conclusión**

La HαT puede manifestarse como anafilaxia recurrente o grave, con frecuente afectación digestiva y disfunción autonómica. Debe considerarse su estudio en pacientes con sBT persistentemente elevada o anafilaxias recurrentes sin causa filiada. Su identificación permite mejorar la estratificación pronóstica y el manejo clínico de los pacientes.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Más allá de la anafilaxia idiopática

Ridruejo Flórez M[1], Blanco-López M[1], Barreto-Puebla M[1], Morales Cabeza C[2], Fernández-González A[3], Infante S[1,4]

[1] Unidad de Alergia Pediátrica, Servicio de Alergia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[2] Instituto de estudios de Mastocitosis de Castila-La Mancha (CLMast), Hospital Virgen del Valle, Toledo
[3] Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Madrid
[4] Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), CIBERER-U761, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Los síndromes de activación mastocitaria (SAM) son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por activación de mastocitos, que típicamente son sistémicos, graves y recurrentes. Además de los síntomas típicos de activación, para el diagnóstico de certeza se requiere evidenciar la elevación de un biomarcador de activación de mastocitos en el momento agudo y la respuesta a un tratamiento antimediador.

**Material y métodos**

Niña de 14 años. En julio de 2024 comenzó con episodios semanales de urticaria-angioedema, generalmente de madrugada (4-6 horas tras ingesta) sin claros desencadenantes ni cofactores asociados. Al mes, comenzó con episodios recurrentes de urticaria, angioedema, dolor abdominal y mareo. El más grave cursó con urticaria-angioedema, dolor abdominal, hipotensión con compromiso hemodinámico incluyendo disminución del nivel de conciencia, hipoperfusión, fracaso renal, pancreatitis, hiperlactacidemia, sangrado digestivo bajo, elevación de troponinas (REMA *score*:-1), precisando más de 3 dosis de adrenalina intramuscular, valoración por UCI e ingreso hospitalario. Se solicitó nivel de triptasa durante el episodio.

Durante el ingreso se realizó estudio alergológico, se instauró tratamiento antimediador empírico y se solicitó valoración en el Instituto de Estudios de Mastocitosis.

**Resultados**

- Triptasa en fase aguda: 111 mcg/L; triptasa basal: 4,8-5,7 mcg/L.
- Pruebas cutáneas, IgE específica, ISAC: negativas para alimentos y alérgenos ocultos.
- Complemento, C1-inhibidor, despistaje tumoral/paraneoplásico, endocrino-metabólico, infeccioso y autoinflamatorio/autoinmune: sin alteraciones.
- ddPCR para el gen TPSAB1: negativo (genotipo 1alfa/4beta).
- Mutación D816V de KIT por técnica Flow-SúperRCA en sangre total: negativa.

Tras la prescripción de tratamiento antimediador, la paciente ha permanecido asintomática sin episodios de anafilaxia.

Dado que la paciente cumple los tres criterios diagnósticos, se confirmó el diagnóstico de SAM no clonal.

**Conclusión**

En la anafilaxia recurrente idiopática, el SAM debe considerarse como diagnóstico diferencial. La clínica y la respuesta al tratamiento son clave para confirmar el diagnóstico y guiar el manejo. Es esencial el estudio molecular con técnicas de alta sensibilidad para descartar o confirmar clonalidad.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Análisis de reacciones sistémicas inmediatas en un servicio de alergología: experiencia 2025

Garrido Fernández S, Anda Apiñániz M, García Figueroa BE, Aldunate Muruzábal MT, Lizaso Bacaicoa MT, Álvarez Puebla M

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

Monitorizar las reacciones sistémicas inmediatas (RSI) es esencial para la seguridad del paciente, permitiendo identificar factores de riesgo y orientar decisiones clínicas y organizativas. Se describe la incidencia, distribución clínica y factores asociados a las RSI registradas en 2025 en nuestro servicio.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo analítico y retrospectivo de las RSI registradas en el servicio de alergología durante 2025. Se incluyeron reacciones G1-G4 (Turner *et al.,* WAO Journal 2024). Variables analizadas: sexo, edad, procedimiento, agente causal, gravedad, manifestaciones clínicas, área, tratamiento y destino. Comparativa mediante Chi-cuadrado y exacto de Fisher.

**Resultados**

Se registraron 167 RSI sobre 10.187 pacientes atendidos (tasa global: 1,64%). Distribución por procedimiento:

- Pruebas de exposición controlada (PEC): 149 reacciones/1.643 realizadas (9,07%).
- Inmunoterapia subcutánea: 14 reacciones/7.076 dosis (0,20%).
- Inmunoterapia oral: 1 reacción (ensayo clínico).
- Pruebas cutáneas: 3 reacciones/21.625 pruebas (0,014%)

Frecuencia de RSI: mujeres 67,9% y varones 32,1% ($p$<0,0001).

RSI a fármaco en el 59,5%, alimento en el 31,5% e inhalante en administración subcutánea 8,3%. Aminopenicilinas y AINE/AAS en el 57% y huevo en el 36% de las reacciones a fármacos y a alimentos, respectivamente.

Gravedad: G1 77,8% (n=130), G2 19,8% (n=33), G3 1,8% (n=3), G4 1,2% (n=2). El 99,4% fue dado de alta a domicilio; adrenalina empleada en 6 casos (3,6%). Agente causal:

Las mujeres tuvieron reacciones más leves (G1: 83,3% vs. 64,8%) que los hombres (G2 31,5% vs. 14%) ($p$=0,04).

La mediana de edad en reacciones ≥G2 fue menor que en G1 (23 vs. 34 años; $p$=0,023). No se halló asociación entre agente causal o lugar de reacción y gravedad ($p$>0,05).

**Conclusión**

Las pruebas cutáneas y la inmunoterapia son procedimientos con un alto perfil de seguridad (tasas<0,25%). Las PEC concentran el 88,7% de las RSI, inherente a su naturaleza diagnóstico-terapéutica, con predominio de reacciones leves. El registro sistemático de las RSI, permite identificar acciones de mejora.

## Anafilaxia inducida por pitahaya: descripción de un caso con reactividad cruzada

López Matas MÁ[1], Ferrer Clavería L[2], Perciun V[1], Sobrevía Elfau MT[2], Rojas Hijazo B[2], Cubero Saldaña JL[2]

[1] LETI Pharma S.L.U., Tres Cantos, Madrid
[2] Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

**Objetivo/Introducción**

La pitahaya o fruta del dragón es un fruto tropical cuyo consumo se ha incrementado debido a su valor nutricional.

*Objetivo:* Analizar un caso de anafilaxia tras la ingesta de pitahaya y estudiar los posibles mecanismos implicados.

**Material y métodos**

Se estudió a un paciente con una reacción sistémica grave aproximadamente una hora después de consumir pitahaya. Anteriormente había presentado rinitis por polen de *Salsola kali*, que se trató mediante inmunoterapia.

El diagnóstico incluyó test *prick-prick* con frutas, pruebas cutáneas con aeroalérgenos y determinación de IgE específica mediante ImmunoCAP™ e ISAC.

Se preparó un extracto de pitahaya que se caracterizó mediante SDS-PAGE e *immunoblot*. La reactividad cruzada se realizó mediante *immunoblot* inhibición. Se identificó un alérgeno de pitahaya mediante espectrometría de masas.

**Resultados**

El *prick-prick* fue positivo para pitahaya y melocotón. Las pruebas cutáneas fueron positivas para gramíneas, *Olea europaea*, *Parietaria judaica*, *S. kali* y *Platanus acerifolia*. En ImmunoCAP™ se detectó IgE específica frente a melocotón (1,12 $kU_A$/L), Pru p 1 (0,38 $kU_A$/L) y Pru p 3 (3,56 $kU_A$/L). El ISAC mostró valores elevados a Sal k 1 (76 ISU E) y Par j 2 (66 ISU E).

El SDS-PAGE mostró bandas proteicas de 9, 26 y 54 kDa. El *immunoblot* reveló varias bandas reconocidas por IgE entre 16 y >100 kDa.

La inhibición del reconocimiento de pitahaya fue casi completa por el extracto de *Salsola* y total por melocotón. Se identificó un alérgeno de pitahaya de 54 kDa como una catalasa.

**Conclusión**

Se diagnostica posible caso de síndrome polen-frutas en un paciente sensibilizado a pitahaya, con antecedente de rinitis alérgica frente a polen de *Salsola*, con tolerancia al resto de frutas, incluido melocotón. Este caso subraya la necesidad de extremar la precaución ante la introducción de nuevos alimentos en pacientes con sensibilización previa a pólenes o alimentos.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# ¿Están preparados los nuevos residentes para reconocer y tratar urgencias alergológicas? Impacto de una intervención docente precoz

Resano Redín LR, González Romero LJ, Esperesate Arenaza A, Núñez Samayoa AS, Lizaso Bacaicoa MT, Arroabarren Alemán E

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

Los cursos de acogida a residentes de primer año (R1) suponen una oportunidad formativa para capacitarles en la resolución de urgencias alergológicas.

Evaluamos, 10 meses después de su divulgación, la utilidad de una sesión de introducción a alergología en urgencias impartida en nuestro hospital.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta (Google Forms) anónima postformación para R1 del Hospital Universitario de Navarra (109 residentes/año, incluyendo 32 de MFYC y 77 de especialidades). Analizamos: formación previa, satisfacción, dudas referidas y conocimientos adquiridos/empleados.

**Resultados**

Obtuvimos 20 respuestas (21% participación, ninguno con experiencia profesional previa). Quince (75%) no son alérgicos ni atópicos. Diecinueve (95%) estudiaron Alergia, como asignatura (50%) o durante la preparación del examen MIR (5).

Dieciocho acudieron a la sesión presencial. Consideraron útil la sesión (90%) y recomendable para otros (95%). La satisfacción global fue elevada (75%).

Resolución de dudas 75% (antecedentes 35%, piel 35%, anafilaxia 30%, analgesia 25%, no resolución de dudas 25%).

Análisis de preguntas teóricas (% Aciertos): (100%) secuencia administración de fármacos en anafilaxia; reconocimiento clínico anafilaxia (85%); manejo angioedema agudo (85%) e identificación factores de gravedad (80%). Mejorables: indicación y temporalidad de extracción de triptasa (35%), aspectos prácticos de adrenalina autoinyectable, elaboración de diagnóstico y recomendaciones pertinentes al alta.

**Tabla 1.** Estadística descriptiva y valoración general del curso.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Respuestas** | 3 At. Primaria | | 15 médicas | 2 quirúrgicas |
| **Universidad** | 45% UNAV | 25% EHU | 10% Unizar | 20% resto |
| **Primera especialidad** | 100% | | | |
| **Diagnóstico previo alergia** | 25% respiratoria | 15% alimentaria | 10% cutánea | 75% no |
| **Asignatura alergología** | 50% sí | 25% no | 45% en el MIR | 0% cuenta propia |
| **Asistencia presencial** | 90% sí | | 10% no | |
| **Utilidad percibida curso** | 90% sí | | 10% no | |
| **Consulta posterior de material aportado (copia de la presentación)** | 20% sí | 50% no | 30% no lo dispone | |
| **Resolución de problemas concretos** | 35% revisión de antecedentes médicos | | | |
| | 35% síntomas cutáneos | | | |
| | 30% atención de anafilaxia | | | |
| | 25% elección de analgésicos (en paciente con diagnóstico previo) | | | |
| | 25% no ha solucionado dudas | | | |
| | 15% no consultado por no disponibilidad | | | |
| **Recomendación de la sesión para otros** | 95% sí | 0% no | 5% no sabe | |
| **Extensión adecuada/inadecuada** | 10% excesiva, poco conciso | 80% extenso, pero útil | | 10% escaso, falta algún tema |
| **Satisfacción** | 0% muy poco | 5% algo satisfecho | 20% normal | 50% satisfecho | 25% muy satisfecho |

Abreviaturas: UNAV, Universidad de Navarra; EHU, Universidad del País Vasco.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla 2.** Resultados cuestionario teórico con casos clínicos.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Consulta de antecedentes** | 0% episodio previo urgencias | 50% en informes de Alergología | 75% avisos historia clínica | 45% sección alergias Hª Clínica |
| **Administración betalactámicos** | 5% IC Alergología | 25% prescripciones recientes | 95% consulta informes alergología | 15% consulta con adjunto de guardia |
| **Diagnóstico anafilaxia** | 85% diagnóstico correcto | | 15% únicamente por exposición previa | |
| **Extracción triptasa** | 0% tras tratamiento | 45% tras 2 h de inicio de la clínica y a las 24 h | 15% previo tratamiento, tras 2 h y 24 h inicio de síntomas | 35% tras tratamiento, tras 2 h y 24 h de inicio |
| | 5% previo a tratamiento | | | |
| **Valoración ABCDE anafilaxia** | 90% identifican letra A de manera correcta | | 10% administración adrenalina | |
| **Marcadores gravedad anafilaxia** | 20% inicio y progresión rápida tras exposición | 0% diagnóstico de mastocitosis | 0% BB o IECA | 80% todas son correctas |
| **Orden anafilaxia** | 100% 1º adrenalina 2º Urbason 3º Polaramine | | | |
| **Administración adrenalina** | 70% no administran iv | 30% error en recomendaciones a pacientes | | |
| | | 20% tras adrenalina en domicilio no acuden a urgencias | | 10% pautan adrenalina inyectable en alergia a fármacos |
| **Reacciones hipersensibilidad** | 5% predecibles | 20% dosis dependiente | 0% no susceptibilidad individual | 75% ninguna es correcta |
| **IgE mediado** | 5% exantema fijo | 5% eritema multiforme | 5% DRESS | 85% urticaria - angioedema |
| **Recomendaciones alergia fármacos** | 60% evitación por grupos | 10% evitación única | 0% restricción completa | 30%derivación preferente |
| **Manejo alergia/idiosincrasia AINE** | 30% paracetamol no es AINE | 0% administran morfina | 15% metamizol no es AINE | 55% según tolerancia constatada |
| **Manejo urticaria** | 15% no descartaría anafilaxia | 50% derivación incorrecta | 100% identifican habón | 35% mayoría urticarias son alérgicas |
| **Manejo angioedema** | 5% icatibant 1º opción | 85% 1º Cort+AH+ monitorización | 10% error en identificación clínica | 100% historia clínica fundamental |
| **Manejo crisis asmática** | 15% escalar O2 y reevaluación | 85% añaden corticoides sistémicos | 0% antihistamínico | 0% antibioterapia empírica |
| **Elaboración diagnóstico sin estudio** | 0% reacción alérgica | 15% reacción alérgica probablemente por gambas | 40% Urticaria aguda | 45% urticaria aguda por probable alergia gambas |

El 15% refiere inseguridad al consultar informes previos de alergología. Solo 55% realizaría una administración segura de alternativas en pacientes con antecedentes de alergia a AINE. Las sugerencias recibidas: reforzar la identificación y diagnóstico diferencial de patología cutánea, así como añadir pautas de tratamiento tópico y/o sistémico.

**Conclusión**

Una sesión breve de urgencias en alergología mostró alto valor formativo y buen rendimiento en la adquisición de conceptos críticos de diagnóstico y tratamiento de urgencias alergológicas para los R1. Estos resultados nos animan a repetir la sesión para R1 de años posteriores, ajustando la extensión y/o contenidos de acuerdo al *feedback* recibido.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Anafilaxia por mordedura de *Vipera seoanei*: caracterización alergénica de un caso ocupacional

García Paz V[1], Martín Lázaro J[2], López Abad R[2], Sánchez Sánchez C[2], Fernández Fernández AE[3], Pineda de la Losa F[3]

[1] Servicio de Alergología y Unidad de Alergia Infantil, Complexo Hospitalario Universitario, A Coruña
[2] Servicio de Alergología, Complexo Hospitalario Universitario, A Coruña
[3] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones alérgicas al veneno de serpiente son infrecuentes y escasamente caracterizadas, especialmente en especies como *Vipera seoanei*. Su identificación supone un reto diagnóstico, particularmente en contextos de exposición ocupacional.

**Material y métodos**

Varón de 32 años, biólogo con exposición habitual a reptiles, que presentó una reacción sistémica grave tras mordedura de víbora (*Vipera seoanei*), consistente en hipotensión, exantema generalizado y dificultad respiratoria, compatible con anafilaxia grado 3 de la EAACI. Se realizó estudio alergológico con determinación de IgE específica y análisis del veneno. Se obtuvieron extractos proteicos de diferentes muestras de veneno de víbora de Seoane aportados por el paciente, evaluando el perfil proteico mediante SDS-PAGE y el perfil alergénico mediante IgE-Western blot utilizando suero del paciente.

**Resultados**

El estudio de IgE específica frente a venenos de himenópteros fue negativo, sin sensibilización relevante identificada en pruebas convencionales. El análisis por SDS-PAGE mostró perfiles proteicos similares entre las distintas muestras de veneno, compatibles con la misma especie. El IgE-Western blot reveló un reconocimiento amplio de proteínas del extracto por el suero del paciente, destacando una banda predominante en torno a 50 kDa. Estos hallazgos sugieren sensibilización a múltiples componentes del veneno, posiblemente pertenecientes a familias como metaloproteinasas, hialuronidasas o proteasas.

**Conclusión**

Se confirma sensibilización al veneno de *Vipera seoanei* como causa de anafilaxia tras mordedura. Este caso resalta el papel de la exposición ocupacional como factor de riesgo y la utilidad de técnicas moleculares para la identificación de alérgenos en especies sin caracterización previa. La escasa evidencia disponible subraya la necesidad de ampliar el conocimiento sobre alergia a venenos de reptiles.

## Anafilaxia dependiente de cofactores a rosáceas y cítricos: la caracterización molecular revela alérgenos de alto peso molecular más allá de los panalérgenos clásicos

Subiza Garrido-Lestache JL[1], de Noia A[1], Martínez Martínez MJ[2], Pineda de la Losa F[2]

[1] Clínica Subiza, Madrid
[2] Inmunotek, Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a frutas de las familias *Rosaceae* y cítricos se asocia clásicamente a proteínas PR-10, profilinas o proteínas de transferencia de lípidos (nsLTPs). Sin embargo, algunos pacientes presentan reacciones graves dependientes de cofactores pese a resultados negativos o bajos en IgE molecular frente a estos panalérgenos. En estos casos, la caracterización molecular directa de extractos nativos es fundamental para identificar proteínas alergénicas menos comunes o no descritas previamente.

**Material y métodos**

Un adulto polisensibilizado, con rinitis alérgica y asma no controladas, presentó episodios recurrentes de anafilaxia tras consumir frutas de la familia *Rosaceae* (melocotón, manzana, albaricoque, cereza, pera) y cítricos (naranja, limón, mandarina), frecuentemente desencadenados por cofactores como ejercicio, alcohol, cannabis y variaciones hormonales.

**Resultados**

El estudio ALEX mostró sensibilización intensa a pectato liasas de *Cupressaceae* y *Platanus*, sin sensibilización a nsLTPs, profilinas ni PR-10. Las pruebas cutáneas con fruta fresca fueron claramente positivas.

El Western blot de IgE evidenció una unión intensa en condiciones reductoras, con una banda predominante de ~70 kDa en melocotón y manzana. En limón se observó un patrón difuso con una banda principal de ~55 kDa. No se detectaron bandas de bajo peso molecular reactivas a IgE, descartando nsLTPs, profilinas y PR-10.

La banda de ~70 kDa en melocotón es compatible con un alérgeno de alto peso molecular como la (R)-mandelonitrilo liasa descrita recientemente. La banda de ~55 kDa en limón es consistente con pectina metilesterasa, una enzima abundante en cítricos (53-60 kDa según su glicosilación), detectable principalmente en condiciones reductoras.

**Conclusión**

Este caso ilustra que la anafilaxia grave dependiente de cofactores frente a frutas puede estar mediada por alérgenos distintos a diferentes panalérgenos vegetales. El análisis molecular permitió identificar posibles alérgenos de ~70 kDa y ~55 kDa, compatibles con candidatos emergentes como la mandelonitrilo liasa y la pectina metilesterasa.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Triglicéridos como posibles biomarcadores predictivos de anafilaxia. Estudio BANA

De María Camacho I[1], Bazire Bátiz R[2,3], García Cívico AJ[4], Rodríguez del Río P[2,3,5], Villaseñor Solís AC[4,5], Esteban Vázquez V[1,5,6]

[1] Departamento de Alergia e Inmunología, Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz, Madrid
[2] Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid
[3] Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Universitario de La Princesa, Madrid
[4] CEMBIO, Facultad de Farmacia, Universidad CEU San Pablo, Madrid
[5] RICORS REI (RD24/0007/0018), Madrid
[6] Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud, Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La anafilaxia es una reacción grave y potencialmente mortal. Actualmente, no existe ningún biomarcador predictivo de su aparición. El estudio BANA evalúa lípidos en muestras de pacientes pediátricos que sufrieron una reacción anafiláctica (A) o una reacción alérgica no anafiláctica (NA) durante inmunoterapia alimentaria oral (ITO).

**Material y métodos**

Se incluyeron 35 pacientes alérgicos a leche o huevo. Se recogieron muestras de suero basales (B) antes de iniciar la ITO. Se registraron las reacciones que aparecieron durante la provocación oral inicial o en la ITO, se clasificaron como A/NA atendiendo a criterios clínicos según la escala de gravedad de Brown y se recogieron muestras de suero. Se realizó un análisis lipidómico de 35 muestras B, 11 A y 28 NA mediante cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas (LC-MS). Los análisis estadísticos se realizaron con RStudio y GraphPad Prism 8 tras evaluar normalidad y valores atípicos, aplicando las pruebas correspondientes a los grupos comparados.

**Resultados**

El análisis reveló 409 especies lipídicas en cada muestra. Entre las 13 clases de lípidos detectadas, los triglicéridos (TG) fueron los más abundantes. Los niveles de 32 TG, 11 lisofosfatidiletanolaminas (LPE), 5 fosfatidiletanolaminas (PE), 3 diacilgliceroles (DAG) y 3 ceramidas (Cer) son significativamente inferiores en muestras B de pacientes que posteriormente tuvieron A en comparación con las B de los que presentaron una reacción NA. Por el contrario, 3 ésteres de colesterol (CE) se observaron aumentados. Además, el análisis comparativo entre los tres grupos reveló un aumento de 13 ácidos grasos (AG) en el grupo A frente a B.

**Conclusión**

Este estudio determina la existencia de bajos niveles de TG, PE y LPE en el grupo de muestras B de pacientes que presentan A en ITO. Dicho panel podría presentar un potencial predictivo de aparición de A. Además, los datos mostraron un perfil lipídico de AG aumentados en A.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia, reacción *breakthrough* y reactividad cruzada por contrastes yodados. Utilidad de las pruebas cutáneas y del manejo basado en grupos de reactividad cruzada

Mejías Affinito RP, Álvarez García O, Fernández Madera JJ, Beristain Urquiza AM, Cueva Oliver B, Quiñones Estévez MD

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones de hipersensibilidad (RHS) a medios de contraste yodados (MCI) son poco frecuentes. Se clasifican en inmediatas (RHI) y no inmediatas (RHNI). Aunque muchas RHI son secundarias a mecanismos no inmunológicos, los cuadros graves pueden ser IgE-mediados. El antecedente de una reacción previa constituye el principal factor de riesgo.

Las pruebas cutáneas son necesarias para confirmar sensibilización IgE mediada e identificar alternativas. Estudios recientes han demostrado patrones de reactividad cruzada entre MCI con similitudes estructurales en sus cadenas laterales carbamoilo.

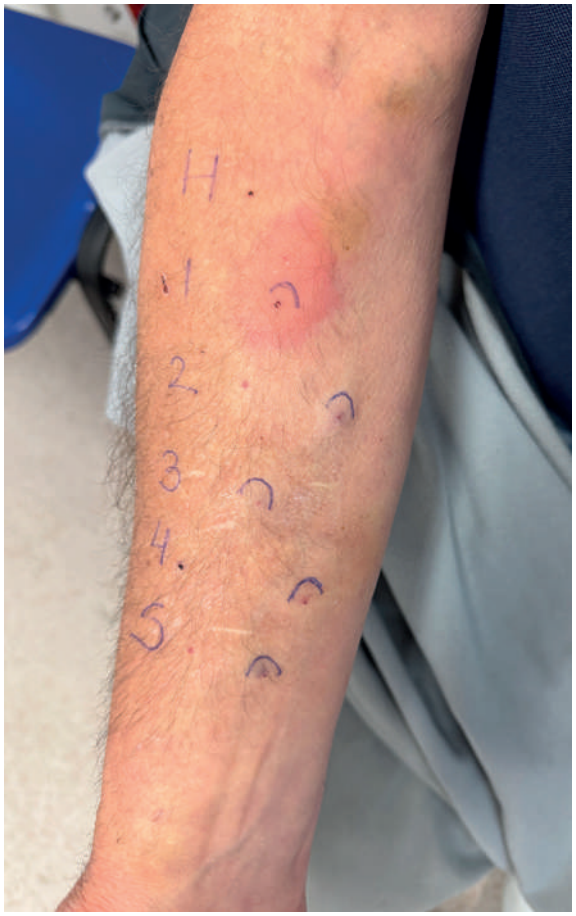


**Figura 1.** ID iodixanol.



**Figura 2.** ID iopramida.

**Material y métodos**

- *Caso clínico:* varón de 63 años. Antecedente de dos cateterismos cardiacos en 2008. En 2025, durante coronariografía, tras la administración intravenosa de iopramida, presentó eritema y prurito generalizado, mareo e hipotensión arterial, precisando tratamiento urgente y suspensión del procedimiento. Tras la premedicación, se realizó una nueva exposición a iopramida al día siguiente, desarrollando una reacción *breakthrough* con prurito y eritema generalizado leve.
- *Estudio alergológico:* se realizaron pruebas cutáneas: *prick* e intradermorreacción (ID). La ID fue positiva para iodixanol, asociando síntomas sistémicos. Negativa para iohexol, ioversol e iobitridol. No disponíamos de iopramida, que se testó un mes después, siendo la ID positiva.

**Resultados**

La positividad de las ID confirma sensibilización IgE mediada a iopramida, lo que explica la gravedad de la reacción inicial y la aparición de una reacción *breakthrough*, evidenciando que la premedicación no elimina el riesgo de recurrencia.

La positividad a iodixanol apoya la existencia de reactividad cruzada basada en las clasificaciones estructurales recientes, ya que ambos contrastes comparten cadenas laterales de carbamoilo. Se recomendó evitar contrastes pertenecientes a grupos estructuralmente relacionados y considerar iopamidol como alternativa futura.

**Conclusión**

Las pruebas cutáneas son fundamentales en el diagnóstico de las RHI a contrastes yodados. Permiten confirmar la sensibilización mediada por IgE, detectar patrones de reactividad cruzada e identificar alternativas, minimizando el riesgo en procedimientos futuros.

Las reacciones *breakthrough* evidencian que la premedicación no sustituye al estudio alergológico.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Enfermedades mastocitarias y eosinofílicas

## Dupilumab como tratamiento de mantenimiento en la enteritis eosinofílica dependiente de corticoides

Pérez Escalera LM, Fluxa Rechach ML, Sánchez de Vicente J, Galán Gimeno C, Arrien de Lecea Á, Segurola Azkarate A

Osakidetza, Baracaldo

**Objetivo/Introducción**

La enteritis eosinofílica (EE) es un trastorno autoinmune poco frecuente caracterizado por la infiltración eosinofílica del intestino delgado, con manifestaciones clínicas heterogéneas.

No existe un tratamiento de mantenimiento ni unas recomendaciones dietéticas estandarizadas. Los corticoides sistémicos son la terapia de elección durante los brotes agudos a pesar de sus efectos secundarios.

Dupilumab ha demostrado eficacia en la esofagitis eosinofílica y otras enfermedades inflamatorias de tipo 2, pero su uso en la EoE sigue estando fuera de indicación.

**Material y métodos**

Presentamos un varón de 27 años con EE con antecedentes de poliposis nasosinusal, asma leve intermitente y rinitis alérgica. Al inicio, presentó durante 3 semanas dolor abdominal, distensión, diarrea, ascitis y eosinofilia periférica, sin relación con la toma de alimentos. En el líquido ascítico predominaban eosinófilos. Las pruebas cutáneas y las IgE específicas fueron negativas frente a los alimentos estudiados.

Se descartaron infecciones parasitarias. Las biopsias intestinales no mostraron hallazgos histológicos relevantes. Se descartaron síndromes hipereosinofílicos primarios y granulomatosis eosinofílica con poliangitis.

**Resultados**

Respondió rápidamente a corticosteroides sistémicos en pauta descendente. Permaneció en remisión clínica durante tres años con terapia con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y restricciones dietéticas empíricas que incluían lácteos, gluten, pescados, legumbres y mariscos. En el último año, presentó brotes recurrentes que requirieron múltiples ciclos de prednisona, impidiendo su suspensión por recaídas. La budesonida oral también resultó ineficaz.

Se inició tratamiento con dupilumab a 300 mg cada dos semanas, con retirada progresiva de corticosteroides. Alcanzó remisión clínica completa. Tras un año de seguimiento, el paciente permanece asintomático con monoterapia de dupilumab y ha reintroducido con éxito alimentos previamente restringidos.

**Conclusión**

Se destaca el potencial de dupilumab como terapia de mantenimiento en la EE. Es fundamental descartar otras causas de eosinofilia y adoptar un enfoque multidisciplinar antes de iniciar un tratamiento biológico a largo plazo.

## Hallazgo inusual en esofagitis eosinofílica

Salvatierra Izaguirre A, Maiese Hernández JG, Mujika Ruiz de Aguirre N, Giménez Revilla MJ, Martínez Molina S, Guerrero Sotelo ÁL

Hospital Universitario Basurto, Bilbao

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica es una enfermedad inflamatoria crónica de base inmunológica del esófago que se caracteriza por la presencia de más de 15 eosinófilos por campo de gran aumento en la pared del esófago y cursa con sintomatología de disfunción esofágica con predominio de disfagia e impactaciones.

**Material y métodos**

Mujer de 54 años que presenta disfagia desde la adolescencia y ha sido estudiada por varios especialistas. Finalmente, es derivada a nuestro servicio, donde se realizó estudio clínico, endoscópico e histológico diagnosticándose de esofagitis eosinofílica. La paciente inició tratamiento con omeprazol 40 mg cada 12 horas.

**Resultados**

El diagnóstico se realizó mediante gastroscopia objetivando la presencia de 25 eosinófilos por campo de gran aumento. Posteriormente, se instauró tratamiento con omeprazol 40 mg cada 12 horas y al realizar control gastroscópico, se objetivó ausencia de eosinófilos en una de las biopsias.

Al realizar biopsia a otros niveles de esófago, se observaron lesiones compatibles con papilomas escamosos en la mucosa esofágica en los cuales se objetivaron 125 eosinófilos por campo de gran aumento.

**Conclusión**

Los papilomas escamosos esofágicos suelen ser lesiones benignas.

En pacientes con esofagitis eosinofílica, la inflamación eosinofílica crónica podría favorecer fenómenos de remodelado y proliferación epitelial que contribuyan al desarrollo de lesiones papilomatosas.

Este caso realza la importancia de la correcta interpretación del estudio anatomopatológico. Los hallazgos histológicos presentan relevancia en el abordaje terapéutico y modificación del mismo, sin dejar de lado la clínica presentada por los pacientes.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Evolución clínica y manejo de la esofagitis eosinofílica (EoE) en mujeres gestantes

Tomás Pérez M[1,2], de la Rocha Ortiz I[1], Fernández Izquierdo M[1]

[1] Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de Investigación (iDiPAZ), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica del esófago que puede afectar a mujeres en edad fértil. La evidencia sobre su evolución y manejo durante el embarazo es limitada.

**Material y métodos**

Estudio observacional en el que se incluyeron mujeres en edad fértil diagnosticadas de EoE, con al menos un embarazo ocurrido entre 2018-2025. Analizamos el control clínico y endoscópico y el tratamiento de la EoE en el momento del embarazo, durante el mismo y en el posparto, describiendo las posibles complicaciones y el estado final del recién nacido (RN).

**Resultados**

Incluimos ocho mujeres (mediana edad 31,5 años). Antecedentes alergológicos (62,5%): rinitis alérgica (75%), asma (50%), alergia a alimentos (25%), dermatitis atópica (12,5%).

- Previo embarazo: 62,5% (6/8) estaban asintomáticas (5 en tratamiento activo); 25% presentaban síntomas a pesar del tratamiento: disfagia (100%); ERGE e impactaciones (50%).
- Durante embarazo: 50% (4/8) desarrolló síntomas: RGE (75%), disfagia (25%) e impactaciones (25%). Dos empeoraron clínicamente (una tras suspender tratamiento) y dos desarrollaron síntomas de novo. Únicamente a una se le practicó gastroscopia durante la gestación.
- Posparto: todas reintrodujeron o mantuvieron su tratamiento. El 85,7% (6/7) se encuentran asintomáticas. Solo 1 (14,2%) está pendiente de reevaluar control clínico y endoscópico por en su tratamiento ante la persistencia de síntomas. Una paciente continuaba embarazada al finalizar este estudio (Tabla).

Las gestaciones finalizadas demostraron un desarrollo obstétrico y perinatal sin complicaciones. Los RN presentaron parámetros clínico-antropométricos dentro de rangos esperados.

**Conclusión**

La EoE en gestantes presenta una evolución clínica variable con manejo clínico y endoscópico heterogéneo en práctica clínica real. Los tratamientos de primera línea para la EoE parecen ser una opción segura y eficaz.

La EoE puede mantenerse clínicamente estable durante el embarazo, y el control adecuado no parece asociarse con riesgo perinatal.

**Tabla.** Síntomas y tratamiento previo, durante y posterior al embarazo.

| Pacientes | Tratamiento previo al embarazo | Síntomas previos | Tratamiento durante el embarazo | Evolución durante el embarazo tras mantenimiento o ajuste de tratamiento | Tratamiento posparto / situación actual | Síntomas posembarazo/ situación actual |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Dieta de exclusión (gluten, lácteos) | Asintomática | Dieta de exclusión (gluten, lácteos) | Asintomática | Dieta de exclusión (gluten, lácteos) | Asintomática |
| 2 | IBP (pantoprazol 40 mg/12 h) | Asintomática | Suspensión de IBP | Asintomática | Reintroducción de IBP (pantoprazol 40 mg/12 h) | Asintomática |
| 3 | Corticoide tópico deglutido (fluticasona deglutida 400 mg/ 12 h) + IBP (lansoprazol 15 mg/12 h) | Sintomática (disfagia 2 veces/ semana) | Suspende todo el tratamiento | Empeoramiento (disfagia e impactaciones) | Reintroduce tratamiento: (Jorveza® 1 mg c/12 h) | Asintomática |
| 4 | IBP (lansoprazol 30 mg/24 h) + corticoide tópico deglutido (fluticasona 400 mg/ 12 h) + dieta de exclusión (gluten) | Sintomática (ERGE, disfagia, impactación) | IBP (omeprazol 20 mg/12 h)+ corticoide tópico deglutido (budesonida viscosa oral 1 mg/24 h) (↑ dosis) + dieta de exclusión (gluten) | Empeoramiento (ERGE, disfagia, impactación) | Se ajusta tratamiento: IBP (omeprazol 20 mg/12 h) + corticoide deglutido (Jorveza® 1 mg c/12 h) | Pendiente reevaluar |

(continúa)

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla.** Síntomas y tratamiento previo, durante y posterior al embarazo (*continuación*).

| Pacientes | Tratamiento previo al embarazo | Síntomas previos | Tratamiento durante el embarazo | Evolución durante el embarazo tras mantenimiento o ajuste de tratamiento | Tratamiento posparto / situación actual | Síntomas posembarazo/ situación actual |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | Corticoide tópico deglutido (Jorveza® 1 mg c/12 h) | Asintomática | Corticoide tópico deglutido (Jorveza®1 mg/ 24 h) + IBP (omeprazol 20 mg/12 h) (por RGE) + Otros: famotidina 20 mg/12 h | Sintomática (ERGE) | Continua con Corticoide tópico deglutido (Jorveza® 1 mg/24 h) + IBP (omeprazol 20 mg/24 h) (por RGE) | Asintomática |
| 6 | Dieta de exclusión (leche, gluten, frutos secos) | Asintomática | Dieta de exclusión (leche, gluten, frutos secos) | Asintomática | Dieta de exclusión (leche, gluten, frutos secos) | Asintomática |
| 7 | IBP (omeprazol 20 mg/24 h) + corticoide tópico deglutido (budesonida viscosa 3 mL/24 h) | Asintomática | Suspende IBP. Continua corticoide tópico deglutido (budesonida viscosa 3 mL/24 h) | Empeoramiento (ERGE) | Reinicia IBP (omeprazol 20 mg/12 h) + corticoide tópico deglutido (budesonida viscosa 3 mL/24 h) | Asintomática |
| 8 | Sin tratamiento | Asintomática | Sin tratamiento | Asintomática | Continúa embarazada | - |

Abreviaturas: ERGE, enfermedad de reflujo gastroesofágico; IBP, inhibidor de la bomba de protones.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Mastocitosis sistémica indolente con expresión cutánea infrecuente

Ruiz Calatayud M[1], Vega de la Osada F[1,2], Alberdi Callejo A[1], Monllau Colomer S[1], Buxens Jares R[1], Blanco Guerra C[1,2]

[1] Servicio de Alergia, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid
[2] Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La mastocitosis sistémica indolente (MSI) es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación y acumulación clonal de mastocitos en distintos tejidos. Aunque suele presentar un curso benigno, puede asociarse a síntomas por liberación de mediadores, incluyendo anafilaxia. La afectación cutánea más frecuente en adultos es la urticaria pigmentosa.

**Material y métodos**

Mujer de 71 años que presentó un episodio de anafilaxia tras la administración de amoxicilina, con tolerancia demostrada a cefuroxima y cefixima. En la exploración física destacaban lesiones cutáneas telangiectásicas en tronco y raíz de extremidades, progresivamente extendidas a extremidades inferiores. Se realizó estudio mediante biopsia cutánea, determinación de triptasa sérica basal, análisis de mutación KIT D816V en sangre periférica, biopsia de médula ósea, ecografía abdominal y densitometría ósea.

**Resultados**

La biopsia cutánea mostró proliferación en banda de células elongadas con expresión inmunohistoquímica de triptasa y CD117, compatible con mastocitosis cutánea tipo telangiectasia macularis eruptiva perstans (TMEP). La triptasa sérica basal fue de 48 µg/L y se detectó mutación KIT D816V en sangre periférica. En la biopsia de médula ósea se identificó focalmente una lesión nodular con fibrosis reticulínica y células positivas para CD117 y triptasa. El inmunofenotipo evidenció un 0,1% de mastocitos CD117++, de los cuales el 90% coexpresaban CD25 y CD69. La ecografía abdominal no mostró visceromegalias y la densitometría ósea objetivó osteoporosis acorde a la edad. Se estableció el diagnóstico de mastocitosis sistémica indolente con afectación cutánea tipo telangiectasia macularis eruptiva perstants (TMEP). Se inició tratamiento con cromoglicato sódico y antihistamínicos, con buena evolución clínica.

**Conclusión**

Presentamos un caso de mastocitosis sistémica indolente con expresión cutánea tipo telangiectasia macularis eruptiva perstants (TMEP).

La TMEP constituye una forma infrecuente de presentación cutánea de la MSI. Ante lesiones cutáneas persistentes asociadas a antecedentes de anafilaxia, es recomendable realizar despistaje de enfermedad mastocitaria mediante determinación de triptasa basal y estudio de mutación KIT.

## Menor expresión de HRH4 en sangre periférica en pacientes con urticaria crónica

Estravís Sastre M[1,2,3], Basurco Planes CH[1], Otero Fernández MN[2,4], Martín García C[2,4], Dávila González I[1,2,3,4], Muñoz Bellido FJ[1,2,3,4]

[1] Universidad de Salamanca, Salamanca
[2] Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca, Salamanca
[3] Red de Enfermedades Inflamatorias RICORS - ISCIII, Salamanca
[4] Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

**Objetivo/Introducción**

La urticaria crónica (UC) es una enfermedad inflamatoria cutánea de fisiopatología compleja, mediada por mastocitos, caracterizada por la liberación de histamina y otros mediadores responsables del prurito y los habones. Pese a su repercusión clínica, la falta de biomarcadores útiles limita su estratificación y seguimiento clínicos. En este contexto, el receptor de histamina H4, codificado por HRH4 y expresado en mastocitos, eosinófilos y linfocitos T, constituye un candidato de interés.

*Objetivo:* Analizar la expresión periférica de HRH4 en pacientes con UC y controles, y explorar su posible papel como biomarcador molecular mediante su asociación con variables clínicas y analíticas.

**Material y métodos**

Se incluyeron 120 sujetos (60 UC; 60 controles). La expresión de HRH4 se cuantificó mediante PCR cuantitativa en sangre periférica total, utilizando GAPDH como gen de referencia y el método 2-ΔΔCt. Para el análisis estadístico se empleó la expresión de HRH4 transformada logarítmicamente. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante pruebas paramétricas o no paramétricas según la distribución de las variables.

**Resultados**

Los pacientes con UC presentaron mayor IgE total (162,32 ± 337,18 frente a 49,26 ± 55,74 UI/mL; $p$=0,010) y menores cifras de basófilos (32,63 ± 32,54 frente a 44,14 ± 24,52 células/µL; $p$=0,001). La expresión de HRH4 fue significativamente menor en UC que en controles (2,76 ± 1,80 frente a 3,76 ± 2,63; $p$=0,023). Además, HRH4 se correlacionó positivamente con los basófilos periféricos (rho=0,377; $p$<0,001), sin asociación con sexo, edad o IgE total. En regresión logística, la expresión de HRH4 se asoció significativamente con UC ($\chi^2$=7,357; $p$=0,007; OR=0,625; $p$=0,012), mostrando una señal discriminativa en el análisis ROC (AUC=0,621).

**Conclusión**

La UC se asocia con menor expresión periférica de HRH4. Estos resultados respaldan el potencial de HRH4 como biomarcador molecular candidato para la caracterización biológica de la UC y justifican la realización de estudios más amplios o con mayor número de pacientes.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Estudio sistemático del perfil de sensibilización IgE a aeroalérgenos y alimentos en esofagitis eosinofílica en el área mediterránea

González Jiménez OM[1], Pascal M[2], Araujo Acuña IK[3], Elizalde I[3], Muñoz Cano RM[1], Bartra J[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona
[2] Servicio de Inmunología, CDB, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona
[3] Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada del esófago, caracterizada por síntomas de disfunción esofágica e infiltración eosinofílica. Su asociación con enfermedades atópicas y con una respuesta inmunológica de tipo $T_H2$ ha impulsado el estudio del papel de la sensibilización IgE frente a aeroalérgenos y alimentos en su patogenia.

El objetivo de este estudio es describir a partir de un estudio sistemático del perfil de sensibilización IgE-mediada a aeroalérgenos prevalentes en el área mediterránea y a alimentos incluidos en estrategias de eliminación dietética en pacientes con EoE.

**Material y métodos**

Estudio ambispectivo que incluyó a pacientes >18 años con diagnóstico confirmado de EoE. Se recogieron datos de 154 pacientes. Se analizó la sensibilización IgE-mediada frente a aeroalérgenos y alimentos incluidos en estrategias de eliminación dietética mediante pruebas intraepidérmicas y determinación de IgE sérica específica. Se realizó un análisis descriptivo del perfil de sensibilización.

**Resultados**

Trigo (41,5%) de pacientes, seguido de leche de vaca (33,2). Luego nuez (30,2%), huevo (26,0%) y gamba (23,3%).

En cuanto a la sensibilización a aeroalérgenos habituales, el mayor porcentaje se observó frente a pólenes (66%), seguido de ácaros (50,8%) y epitelios (35,8%).

**Conclusión**

Estos hallazgos evidencian un alto porcentaje y predominio de sensibilización a trigo y leche. Dichos alimentos son los más frecuentemente implicados en la etiología de la EoE en el paciente adulto.

Dicho perfil no es el observado en población adulta con alergia a alimentos IgE mediada, que es lo contrario a lo observado en el perfil de sensibilización a la batería de aeroalérgenos testados, que sigue un patrón muy similar a los pacientes con alergia respiratoria. Estos resultados alimentan el debate de si la determinación sistemática de IgE sérica específica a los alimentos más frecuentemente implicados en la etiología de la EoE permiten identificar en algunos pacientes al/los alimento/-os implicados.

## Estudio sistemático del perfil de sensibilización a Pru p 3 en pacientes con esofagitis eosinofílica del área mediterránea

González Jiménez OM[1], Pascal Capdevila M[2], Araujo IK[3], Elizalde I[3], Muñoz Cano RM[1], Bartra Tomás J[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona
[2] Servicio Inmunología, CDB, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona
[3] Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica del esófago, de etiopatogenia inmunomediada, caracterizada por una respuesta inflamatoria predominantemente eosinofílica en relación con la exposición a antígenos alimentarios.

En la región mediterránea, la sensibilización a proteínas transportadoras de lípidos (LTP), especialmente Pru p 3, se reconoce como una de las causas más prevalentes de alergia alimentaria mediada por inmunoglobulina E (AAIgE) en la población general, lo que sugiere un posible papel relevante en el contexto de enfermedades alérgicas asociadas.

El objetivo de este estudio es describir la frecuencia y características de la sensibilización IgE-mediada a Pru p 3 en pacientes con EoE del área mediterránea.

**Material y métodos**

Estudio ambispectivo que incluyó adultos con diagnóstico confirmado de EoE, con una muestra total de 154 pacientes. La sensibilización a Pru p 3 se evaluó mediante pruebas intraepidérmicas a Pru p 3 e IgE sérica específica por ImmunoCAP. De acuerdo con la historia clínica se determinó si los pacientes presentaban clínica compatible con alergia a alimentos IgE por sensibilización a LTP.

**Resultados**

Se observó sensibilización a Pru p 3 en 37 de los 154 pacientes (24%). En 28/37 la sensibilización a Pru p 3 tenía relevancia clínica.

**Conclusión**

La sensibilización a Pru p 3 se observa en una proporción relevante de pacientes con EoE. Sin embargo, el porcentaje de dicha sensibilización es menor a la encontrada en pacientes con AAIgE de nuestra área. La sensibilización a Pru p 3 en los pacientes con EoE y AAIgE es similar a la encontrada en pacientes de nuestra área con AAIgE sin EoE. Estos hallazgos sugieren que la LTP podría tener poca relevancia en la etiología de la EoE en el supuesto de que el estudio de sensibilización IgE específica pudiera identificar a las fuentes alergénicas responsables de la EoE.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Más allá de la picadura: anafilaxia por himenópteros en pacientes con mastocitosis

Muñoz Bolaños S[1], Ventosa López A[1], Camacho Arregui C[1], Santacreu Cabeza L[1], Serrano Delgado MDP[1], Ruiz León B[1,2]

[1] Hospital Reina Sofía Córdoba, Córdoba
[2] Instituto Maimonides de Investigación Biomédica (IMIBIC), Universidad de Córdoba, Cordoba

**Objetivo/Introducción**

La mastocitosis (MS) es una enfermedad clonal caracterizada por la proliferación y acumulación anómala de mastocitos, con marcada heterogeneidad clínica. En adultos, la anafilaxia por veneno de himenópteros (AVH) constituye una manifestación relevante, especialmente en la mastocitosis de médula ósea (BMM), donde puede ser la forma de presentación inicial. El objetivo de este estudio es describir el perfil clínico, biológico y molecular de pacientes con MS y AVH, así como su perfil de sensibilización y el veneno implicado.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con MS confirmada atendidos en la Sección de Alergología del HURS. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas y moleculares en aquellos pacientes con antecedente de AVH.

**Resultados**

Se incluyeron 23 pacientes con MS y AHV, hombres 73,9%; edad mediana 57 años. Anafilaxia grado III-IV inicial 91,3%, Triptasa basal: <11,4 µg/L: 43,5%, 11,5-20 µg/L: 43,5% y >20 µg/L:13%, El *score* REMA ≥2: 100%, BBM en 87%, MSI: 8,7%; mutación KIT positiva: 95,2%; en sangre periférica: 26,3% (n:19), restricción a mastocitos en el 90,5% y fenotipo aberrante $CD25^+/CD2^+$ en el 81,3%. Sensibilización a *Polistes dominula*:69,3%; *Polistes Vespula* 21,7%; *Apis* 8,7%. ID positivas *Polistes dominula* 38,1%, *Vespula* spp 19,0% y *Apis mellifera* 4,8%, IgEe (mediana) *Polistes dominula*: 1,05 $kU_A$/L; *Vespula*: 0,17 $kU_A$/L, *Apis mellifera*: 0,03 $kU_A$/L.

**Conclusión**

La anafilaxia por veneno de himenópteros es frecuente y grave en la mastocitosis, y puede ser su forma de presentación incluso sin lesiones cutáneas ni triptasa elevada. El *score* REMA es útil como cribado y se asocia a un perfil biológico característico (KIT D816V y fenotipo aberrante). Estos datos apoyan el estudio sistemático de mastocitosis en pacientes con AVH grave, con el fin de optimizar el diagnóstico precoz, la estratificación del riesgo y el manejo terapéutico.

## Uso de dupilumab en esofagitis eosinofílica refractaria: una serie de casos en la práctica clínica

Parra Rojas S, Vatnani Moolchandani V, Hernández Suárez HR, González Cuervo H, Ortega Rodríguez NR

Hospital Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica $T_H2$; en pacientes refractarios al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y corticoides tópicos, sigue representando un desafío terapéutico. Dupilumab es el único biológico aprobado para su tratamiento; sin embargo, la evidencia en la práctica clínica habitual sigue siendo limitada.

El objetivo es describir el perfil clínico, endoscópico e histológico de pacientes con EoE tratados con dupilumab.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de 7 pacientes con EoE refractarios a IBP y corticoides tópicos. Se analizaron variables demográficas, biomarcadores (IgE, eosinofilia periférica y proteína catiónica eosinofílica), síntomas y hallazgos endoscópicos e histológicos antes y después del tratamiento con dupilumab.

**Resultados**

La cohorte incluyó 4 hombres y 3 mujeres (edad media 34,9 años), todos con disfagia. Las comorbilidades fueron rinitis (71%), alergia alimentaria (57%), asma (29%) y dermatitis atópica (14%). Todos recibieron IBP y corticoides tópicos; dos usaron benralizumab sin éxito. El pico de eosinófilos basal a nivel esofágico proximal y/o distal fue ≥50 eos/CGA. En el seguimiento se observó mejoría clínica tras el tratamiento, incluyendo un caso con resolución completa de la sintomatología. Se realizó control endoscópico en dos pacientes, con remisión histológica en ambos y remisión endoscópica completa en uno de ellos. En otro caso, persistieron anillos esofágicos a pesar de la remisión histológica, sugiriendo remodelado esofágico preestablecido por una evolución más prolongada.

**Conclusión**

Este estudio sugiere que dupilumab es eficaz en pacientes con EoE refractaria, asociándose a mejoría clínica y a remisión histológica. No obstante, la respuesta endoscópica puede ser limitada en presencia de cambios fibróticos establecidos, reforzando la importancia de una intervención precoz. Estudios con un mayor tamaño muestral resultan necesarios para consolidar estos hallazgos.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) de presentación inicial como urticaria refractaria

Álava Cruz C[1], Izaguirre Flores HK[2], Sánchez Pérez H[3], Hernández Díaz M[3], Quetglas Valenzuela M[4], Sánchez Báez D[4]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de la Laguna
[2] Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de la Laguna
[3] Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de la Laguna
[4] Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de la Laguna

**Objetivo/Introducción**

Describir un caso de granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) que acudió a consultas de alergología por una supuesta urticaria crónica refractaria. Resaltamos la importancia de sospechar vasculitis eosinofílica ante lesiones cutáneas persistentes asociadas a asma y eosinofilia. La GEPA es una vasculitis necrosante de pequeño-mediano vaso, infrecuente, habitualmente asociada a asma, rinosinusitis y eosinofilia periférica, cuyo diagnóstico suele retrasarse.

**Material y métodos**

Mujer de 31 años, remitida por brotes recurrentes de habones intensamente pruriginosos generalizadas en el último año, algunos no evanescentes y lesiones ampolloso-violáceas de predominio en manos y pies con episodios de disnea. Asociaba rinitis-asma alérgica desde la infancia por sensibilización intensa a ácaros y era fumadora. Acudía a urgencias con frecuencia y había recibido múltiples tandas de corticoides orales/IM y antihistamínicos. Se realizó estudio alergológico, analítico, autoinmunidad, pruebas funcionales respiratorias, biopsia cutánea con estudio histológico e inmunofluorescencia directa (IFD), y valoración por neumología, reumatología y dermatología.

**Resultados**

Presentó eosinofilia periférica, leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda, IgE total elevada y específica a ácaros, triptasa negativa, función renal normal, serologías de hepatitis, VIH y QuantiFERON negativos, y positividad c-ANCA/anti-PR3. Espirometría normal con prueba broncodilatadora negativa. La biopsia cutánea mostró infiltrado inflamatorio rico en eosinófilos y neutrófilos hallazgos compatible con granulomatosis eosinofílica. Con la integración clínica, analítica e histológica se estableció el diagnóstico de GEPA con afectación cutánea y respiratoria, sin daño de órgano mayor demostrado hasta el momento. Tras fracaso de metotrexato como ahorrador de corticoides, se consensuó inicio de tratamiento con benralizumab además de ICS/LABA fijo.

**Conclusión**

La urticaria refractaria o no evanescente en un paciente asmático debe hacer considerar diagnósticos alternativos, entre ellos la GEPA. La valoración multidisciplinar y la biopsia cutánea fueron decisivas para el diagnóstico precoz y la orientación terapéutica. En casos corticodespendientes o refractarios a inmunosupresores convencionales, el tratamiento biológico constituye una alternativa eficaz.



**Figura.** Lesión biopsiada en mano de la paciente.

**Tabla.** Resumen de caso clínico (GEPA)

| Hallazgos clínicos | Hallazgos analíticos | Estudios complementarios | Tratamiento |
|---|---|---|---|
| Asma, rinitis, lesiones urticariformes persistentes, componente ampolloso/violáceo | Eosinofilia, elevacion RFA, IgE elevada, c-ANCA/anti-PR3 positivos | Biopsia cutánea compatible con GEPA | Corticoides, antihistamínicos, antileucotrieno, ICS/LABA, metotrexato fallido, inicio de benralizumab |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Identificación de alfa-triptasemia hereditaria (3α/4β) mediante PCR digital: un diagnóstico clave

Calvo Delgado MJ, Mira Fayos R, Algarra García E, Prieto Montaño P, Torrecillas Toro M

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete

**Objetivo/Introducción**

La alfa-triptasemia hereditaria (HAT) es una entidad genética causada por el aumento de copias del gen *TPSAB1*, lo que eleva la triptasa sérica basal (TSB). Su diagnóstico es clave en alergología, ya que actúa como un factor de riesgo que amplifica la severidad de las reacciones alérgicas.

El objetivo es presentar un caso de anafilaxia recurrente donde el estudio genético fue determinante para el diagnóstico diferencial.

**Material y métodos**

Se evaluó a una mujer de 18 años con antecedentes de anafilaxia por cacahuete, alergia al huevo, rinoconjuntivitis polínica y angioedema palpebral a repetición en asociación con ibuprofeno. El protocolo diagnóstico incluyó pruebas cutáneas (*skin prick test*) con aeroalérgenos, alérgenos alimentarios y panalérgenos, así como una prueba de exposición controlada con ibuprofeno. Analíticamente, se monitorizó la TSB durante tres años y se realizó un diagnóstico molecular mediante PCR digital para cuantificar copias de *TPSAB1* y ASO-qPCR para detectar la mutación *KIT* D816V.

**Resultados**

*Skin prick test* positivos a huevo, cacahuete y pólenes, con una IgE específica para cacahuete llamativamente baja (0,18 kU/L) y Ara h 9 negativo. La TSB se mantuvo elevada de forma persistente (20,7 y 19,4 ng/mL), mientras que la provocación con ibuprofeno fue negativa. El estudio genético confirmó la presencia de HAT con una configuración 3α/4β en el gen *TPSAB1*. Asimismo, se detectó la mutación *KIT* D816V en baja carga clínica (<0,5%) en sangre periférica.

**Conclusión**

La HAT debe ser una sospecha diagnóstica prioritaria ante cualquier paciente con niveles de triptasa basal superiores a 11,4 ng/mL. La coexistencia de la mutación *KIT* D816V, incluso en baja carga, obliga a un seguimiento estrecho para monitorizar posibles trastornos clonales de mastocitos, lo que predispone a reacciones sistémicas graves incluso con niveles bajos de IgE específica. El diagnóstico molecular es una herramienta indispensable para el manejo clínico y el pronóstico a largo plazo.

## Mepolizumab como tratamiento eficaz en el asma eosinofílica grave con poliposis nasal y enfermedad mediada por mastocitos: a propósito de un caso

Olano López B[1], Gorlat García A[1], Reaño Martos MDM[1], González de Olano D[2], Trisán Alonso A[1], Rodríguez Cortés J[1]

[1] Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid
[2] Hospital Universitario Ramon y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Mepolizumab, anticuerpo monoclonal anti-IL-5, eficaz en asma eosinofílica grave y otras enfermedades mediadas por eosinófilos. El síndrome de activación mastocitaria (MCAS) se caracteriza por liberación inapropiada de mediadores mastocitarios y clínica sistémica. La coexistencia de inflamación eosinofílica y mastocitaria plantea un fenotipo complejo con opciones terapéuticas limitadas. El objetivo es describir la eficacia de mepolizumab en una paciente con asma eosinofílica grave, poliposis nasosinusal y clínica compatible con MCAS no clonal.

**Material y métodos**

Caso clínico de mujer de 64 años con asma eosinofílica grave, rinosinusitis crónica con poliposis nasal (CRSwNP), EREA (enfermedad respiratoria exacerbada por Aspirina®) y episodios recurrentes de anafilaxia.Presentaba elevación de triptasa durante crisis (6,65 → 23,8 µg/L) y respuesta parcial a cromoglicato, compatible con MCAS no clonal. Se descartó mastocitosis sistémica (*KIT* D816V negativo y médula ósea normal).

A pesar de tratamiento optimizado persistía mal control clínico, por lo que inició mepolizumab 100 mg/4 semanas tras valoración multidisciplinar.

**Resultados**

Tras inicio de mepolizumab, se observó mejoría clínica global: reducción de exacerbaciones asmáticas, mejoría de función respiratoria y de síntomas nasales. De forma destacada, desaparecieron completamente los episodios sistémicos (incluyendo anafilaxia). Se logró retirada completa de corticoides sistémicos, disminución de medicación de rescate y mejoría significativa de la calidad de vida.

**Conclusión**

Este caso sugiere que el bloqueo de IL-5 puede proporcionar beneficio multisistémico en fenotipos complejos con inflamación eosinofílica y manifestaciones compatibles con activación mastocitaria.

Mepolizumab podría representar una estrategia terapéutica eficaz en pacientes seleccionados, no solo por su efecto sobre eosinófilos, sino también por su capacidad para modular indirectamente vías inflamatorias relacionadas con mastocitos, posiblemente mediante la reducción de progenitores mastocitarios y la atenuación de la interacción entre ambas líneas celulares dentro de la respuesta tipo 2.

Se requieren estudios adicionales para confirmar estos hallazgos y definir mejor los perfiles de pacientes candidatos.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Lo que se esconde detrás de una reacción a AINE: mastocitosis sistémica indolente

Peñalver de la Puente E, Victorio Puche L, Mora Gómez A, Martínez Navarro A, Pajarón Fernández MJ, Belchí Hernández J

Hospital Morales Meseguer, Murcia

**Objetivo/Introducción**

La mastocitosis es un trastorno infrecuente caracterizado por la acumulación y activación anormal de mastocitos en distintos tejidos, principalmente piel y médula ósea. La liberación de mediadores como la histamina puede generar un espectro clínico amplio, desde manifestaciones cutáneas hasta reacciones sistémicas graves, siendo los fármacos desencadenantes frecuentes de episodios clínicamente indistinguibles de reacciones alérgicas. En adultos se asocia con frecuencia a alteraciones clonales del gen *KIT*.

Presentamos el caso de una mastocitosis sistémica indolente diagnosticada en la edad adulta avanzada, sin mutación del gen *KIT*.

**Material y métodos**

Mujer de 76 años derivada a alergología por lesiones urticariformes en relación con el uso de paracetamol/tramadol.

Diagnosticada previamente en alergología como intolerante a AINE. Indagando en los episodios previos, describía reacciones compatibles con clínica sistémica consistente en prurito, mareo, náuseas y síncope, tras la administración de Aspirina® y dexketoprofeno.

**Resultados**

Debido a la presencia de reacciones con distintos grupos farmacológicos, se solicitó determinación de triptasa sérica basal, con un valor de 62,5 ng/mL y REMA *score* de 2.

El aspirado de médula ósea mostró un 16% de mastocitos maduros atípicos, con morfología fusiforme e hipogranulada. El estudio inmunofenotípico evidenció expresión aberrante $CD117^+$, $CD25^+$ y $CD2^+$. La citometría de flujo confirmó población mastocitaria clonal. El estudio molecular del gen *KIT* D816V fue negativo. Se objetivó esplenomegalia leve en ecografía abdominal y osteoporosis en densitometría ósea.

Se diagnosticó de mastocitosis sistémica indolente. Se instauró tratamiento con antihistamínicos H1 y estabilizadores de mastocitos, junto con medidas de evitación de desencadenantes.

**Conclusión**

- Se debe considerar mastocitosis sistémica ante reacciones graves o recurrentes a múltiples fármacos.
- La triptasa sérica es fundamental en la evaluación de reacciones sistémicas a fármacos.
- La ausencia de mutación *KIT* D816V y la edad avanzada no excluyen el diagnóstico de mastocitosis sistémica.
- Reconocer la enfermedad mastocitaria es clave para evitar nuevas exposiciones a desencadenantes graves.

## Hipereosinofilia extrema con afectación multiorgánica: reto diagnóstico

Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

La hipereosinofilia extrema inducida por fármacos puede asociar afectación multiorgánica potencialmente grave. La diferenciación entre neumonía eosinofílica aguda y síndrome DRESS resulta compleja por su solapamiento clínico y radiológico.

*Objetivo:* Describir un caso clínico con presentación grave y analizar las claves diagnósticas y terapéuticas.

**Material y métodos**

Mujer de 47 años con antecedente de posible alergia a levofloxacino. Ingresa por neumonía, iniciando tratamiento con levofloxacino (500 mg/24 h) y carbamazepina (200 mg/8 h). A los 4 días desarrolla exantema cutáneo en extremidades inferiores y eosinofilia (1.900 células/µL), evolucionando con fiebre, insuficiencia respiratoria, artritis y aumento progresivo de eosinófilos hasta 11.900 células/µL.

Pruebas complementarias: función renal y hepática normales; ANCA negativos; ecocardiograma normal; TAC torácico con infiltrados bilaterales en vidrio deslustrado; biopsia cutánea compatible con DRESS; lavado broncoalveolar con 53% de eosinófilos; estudio hematológico sin evidencia de neoplasia.

**Resultados**

Se planteó el diagnóstico diferencial entre neumonía eosinofílica aguda con afectación sistémica y DRESS atípico. Se instauró corticoterapia sistémica a altas dosis, con rápida mejoría clínica, resolución de la insuficiencia respiratoria y descenso progresivo de la eosinofilia. Se completó estudio alergológico para identificación del fármaco causal.

**Conclusión**

Este caso ilustra la dificultad diagnóstica en cuadros de hipereosinofilia extrema con afectación pulmonar y cutánea. La integración de hallazgos clínicos, radiológicos e histológicos es clave para el diagnóstico. El inicio precoz de corticoterapia y la retirada del fármaco implicado son determinantes para reducir la morbimortalidad. Estos pacientes pueden beneficiarse de un enfoque multidisciplinar y, en casos refractarios, de terapias dirigidas antieosinófilos.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia como forma de presentación de mastocitosis: serie de casos de una unidad de alergología

Gómez Garrido A, Sánchez Hernández MC, Sobrino García de Zúñiga M, Moreno López C, Cuevas Cantero B, de Luque Piñana V

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

**Objetivo/Introducción**

La mastocitosis sistémica es una enfermedad clonal caracterizada por la proliferación y acumulación de mastocitos. La OMS distingue distintos subtipos como la mastocitosis sistémica indolente y mastocitosis de médula ósea, siendo en ellas la anafilaxia la forma de presentación más frecuente.

Nuestro objetivo fue describir las características clínicas, analíticas y los desencadenantes de anafilaxia en pacientes con mastocitosis diagnosticados en nuestra unidad.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo de una serie de 7 pacientes con diagnóstico confirmado entre 2018 y 2025 mediante estudio de médula ósea (histología y citometría de flujo), y determinación de la mutación *KIT* D816V. Se recogieron variables demográficas, variante clínica (MSI/BMM), triptasa basal, puntuación REMA, desencadenantes de anafilaxia, indicación de inmunoterapia con venenos de himenópteros (ITV), comorbilidad ósea y tratamiento antimediador instaurado.

**Resultados**

La edad media de los pacientes fue de 54,7 años. La triptasa basal osciló entre 10,2 y 105 µg/L. Cinco pacientes presentaron anafilaxia tras picadura de himenópteros (*Apis/Polistes*) y reciben inmunoterapia con veneno con buena tolerancia clínica durante el seguimiento. Dos pacientes presentaron anafilaxia por otras causas (picadura de mosquito y anafilaxia dependiente de alimentos y ejercicio).

En dos de los siete pacientes la enfermedad se manifestó inicialmente como mastocitosis cutánea maculopapular. La mutación *KIT* D816V fue positiva en médula ósea en todos los casos. La comorbilidad ósea (osteopenia u osteoporosis) fue frecuente. No se objetivaron visceromegalias relevantes en ninguno de los pacientes.

**Conclusión**

Si bien la anafilaxia por himenópteros constituye la forma de presentación más habitual de mastocitosis en adultos, deben considerarse otros desencadenantes de anafilaxia, como se observó en nuestra serie. De acuerdo con lo descrito en la literatura, la determinación de triptasa basal y la aplicación del índice REMA permiten identificar pacientes candidatos a estudio medular y facilitar el diagnóstico precoz.

**Tabla.**

| Paciente | Edad | Sexo | REMA | Lesiones cutáneas | Triptasa (min-max) | *KIT* D816V | Variante | Desencadenante anafilaxia | ITV | Tratamiento | DMO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 65 | H | 5 | No | 12,6-24,5 | Sí (MO y SP) | MMO | Picadura himenóptero | Sí | C+F+AH1 | Osteopenia columnar leve |
| 2 | 68 | H | 4 | Sí | 22,7-36,8 | Sí | MSI | Picadura himenóptero | Sí | C | Osteoporosis |
| 3 | 36 | H | 7 | Sí | 86,45-105 | Sí (MO) | MSI | Fruta y picadura mosquito | No | AH1+C+OM | Osteopenia |
| 4 | 68 | H | 7 | No | 9,78-25,4 | Sí (MO) *Negativa SP | MMO | Picadura himenóptero | Sí | F+A+C+M | Osteopenia lumbar y cuello fémur |
| 5 | 69 | H | 5 | No | 10,5-15,2 | Sí (MO y SP) | MMO | Picadura himenóptero | Sí | F+A+M+C | Normal |
| 6 | 30 | H | 1 | No | 78,2-88,1 | Sí (MO) | MSI | Ejercicio dependiente de alimentos (LTP) | No | F+A+M+C | No realizada |
| 7 | 47 | M | 3 | Sí | 11,1-20,1 | Sí (MO) | MMO | Picadura himenóptero | Sí | F+A+M+C | Límite bajo normalidad |

Abreviaturas: AH1, antihistamínico; C, cromoglicato; F, famotidina; ITV, inmunoterapia con venenos; M, montelukast; MMO, mastocitosis de médula ósea; MSI, mastocitosis sistémica indolente; MO, médula ósea; OM, omalizumab; SP, sangre periférica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Enfermedades respiratorias (asma, rinoconjuntivitis y poliposis)

## Evaluación de la relevancia clínica de *Quercus* spp. a través de la prueba de provocación nasal específica

Hernando Sáez C[1], Fernández Izquierdo M[1], Morejón Núñez LE[1], Losantos García I[2], Lluch Bernal MM[1,3], Rodríguez Pérez MR[1,3]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Plataforma de Bioestadística, Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid
[3] Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid

**Objetivo/Introducción**

Evaluar la relevancia clínica de la sensibilización a *Q. ilex* mediante provocación nasal (PN) con extracto de *Q. ilex* y analizar su asociación con el tamaño de prueba cutánea, *prick test* (PT), a *Q. ilex* y niveles de IgE total e IgE específica a *Q. alba*. El polen del género *Quercus* constituye una fuente relevante de sensibilización en España. Particularmente, *Q. ilex*, tanto por concentración atmosférica como por su posible impacto clínico, parece implicado en rinitis alérgica, asma y síndrome de alergia oral. Sin embargo, la sensibilización demostrada mediante PT o IgE sérica no implica relevancia clínica, siendo la PN el patrón de referencia.

**Material y métodos**

Se estudiaron 27 pacientes con sospecha de alergia respiratoria primaveral, a los que se realizó PN con extracto de *Q. ilex*. Se recogieron variables clínicas (rinitis, asma, conjuntivitis, síndrome polen-alimentos y estacionalidad), PT a *Q. ilex* y resultados de IgE total e IgE específica a *Q. alba*. Las variables cuantitativas se analizaron con *t* de Student o Mann-Whitney, y las cualitativas con $\chi^2$ o test exacto de Fisher.

**Resultados**

La PN con *Q. ilex* fue positiva en el 74,1% de los pacientes; estos presentaron niveles significativamente más altos de IgE total ($p$=0,035) y específica frente a *Q. alba* ($p$=0,049) que aquellos con PN negativa. Los PT con *Q. ilex* mostraron valores cercanos a la significación estadística ($p$=0,0687), mientras que con otros pólenes no se observó esta tendencia. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con PN positiva y negativa en cuanto a manifestaciones clínicas ni estacionalidad de síntomas.

**Conclusión**

La PN permite confirmar la relevancia clínica de la sensibilización a *Q. ilex* en pacientes con alergia respiratoria, a diferencia de la clínica y PT, reforzando su papel como herramienta diagnostica clave en ambientes con elevada exposición polínica y superposición de sensibilizaciones.

**Tabla.**

| Variable | PN negativa (n=7) | PN positiva (n=20) | Valor *p* |
|---|---|---|---|
| IgE total[a] | 83,30 (44,35, 177,50) | 194,50 (107,50, 758,00) | 0,0355[b] |
| IgE *Q. alba*[a] | 0,61 (0,21, 4,06) | 4,64 (2,47, 21,65) | 0,0499[b] |
| IgE rPhl p1[a] | 2,71 (1,28, 11,83) | 13,50 (1,10, 69,90) | 0,1228 |
| IgE rPhl p5[a] | 0,87 (0,00, 7,91) | 4,24 (0,01, 6,79) | 0,3336 |
| IgE nOle e1[a] | 6,51 (3,33, 10,49) | 8,31 (0,07, 12,30) | 0,4190 |
| IgE nCup a1[c] | 15,06 ± 14,32 | 35,11 ± 35,96 | 0,1603 |
| IgE *platanus*[a] | 0,50 (0,33, 3,17) | 7,69 (5,98, 15,70) | 0,1167 |
| IgE Ballico[a] | 3,97 (0,86, 8,55) | 4,62 (2,13, 24,60) | 0,3364 |
| *Prick Q. ilex*[c] | 5,43 ± 1,37 | 6,80 ± 2,15 | 0,0687 |
| *Prick* gramíneas mezcla[c] | 6,86 ± 3,77 | 6,64 ± 3,54 | 0,8974 |
| *Prick Olea*[a] | 8,50 (5,50, 9,25) | 7,50 (5,00, 10,75) | 0,9437 |
| *Prick Platanus*[c] | 4,86 ± 3,84 | 7,06 ± 3,95 | 0,2278 |
| *Prick Cupressus*[c] | 4,64 ± 3,57 | 5,03 ± 3,37 | 0,8105 |
| *Prick* profilina[a] | 0,00 (0,00, 5,00) | 1,50 (0,00, 5,00) | 0,9738 |

[a]test de Mann-Whitney; [b]valor *p* significativo (<0,05); [c]test *t* de student.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Cambios longitudinales en la expresión de CD124 en células inmunitarias circulantes durante el tratamiento con dupilumab: estudio conceptual

Moreno Jiménez E[1,2], Pérez Pons A[2,3,4,5], Gómez García M[2,6], García Moguel I[7,8], Orfao A[2,3,4,5], Dávila González I[2,6,9,10]

[1] Departamento de Microbiología y Genética, Universidad de Salamanca, Salamanca
[2] Grupo de Alergología, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca
[3] Departamento de Medicina y Servicio de Citometría (NUCLEUS), Centro de Investigación del Cáncer (IBMCC, USAL-CSIC), Universidad de Salamanca, Salamanca
[4] Consorcio de Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBERONC; CB16/12/00400), Madrid
[5] Red Española de Mastocitosis (REMA), Toledo
[6] Instituto de Salud Carlos III, Red de Enfermedades Inflamatorias – RICORS, Madrid
[7] Servicio de Alergología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid
[8] Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid
[9] Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico, Universidad de Salamanca, Salamanca
[10] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

**Objetivo/Introducción**

Dupilumab es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea la cadena alfa del receptor IL-4 (CD124), inhibiendo la transmisión de señales de IL-4 e IL-13, centrales en la inflamación T2. Aunque su eficacia clínica en el asma grave y la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (CRSwNP) está bien establecida, los efectos celulares a largo plazo del bloqueo del IL-4Rα en las células de sangre periférica siguen sin definirse. El objetivo de este estudio fue evaluar la modulación de CD124 en células inmunitarias circulantes durante el tratamiento con dupilumab.

**Material y métodos**

Se incluyeron seis pacientes con asma grave y CRSwNP que recibieron tratamiento con dupilumab. Se extrajo sangre periférica al inicio, 2 y 6 meses. La expresión de CD124 se cuantificó mediante citometría de flujo en células B, células plasmáticas, células T, células NK, monocitos, células dendríticas, eosinófilos y basófilos. La intensidad media de fluorescencia (MFI) se evaluó a lo largo del estudio. Las comparaciones estadísticas entre tiempos se realizaron mediante la prueba de Friedman para muestras pareadas.

**Resultados**

De entre todos los subgrupos analizados, las células dendríticas (CD) fueron la única población que mostró una modulación longitudinal constante y significativa de la expresión de CD124. Se observó una marcada reducción de CD124 MFI a los 2 meses en comparación con el valor basal, que se mantuvo a los 6 meses ($p$=0,031). No se detectaron cambios longitudinales significativos en el resto de las poblaciones celulares. La reducción selectiva de la expresión de CD124 en CD, con niveles estables en otros subconjuntos inmunitarios, sugiere una regulación diferencial de IL-4Rα.

**Conclusión**

El dupilumab modula de forma selectiva y sostenida la expresión de CD124 en las células dendríticas de pacientes con asma grave y CRSwNP. Esto sugiere que estas células pueden servir como biomarcadores dinámicos de respuesta, aunque hacen falta más estudios para confirmarlo.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Prevalencia de asma diagnosticada en Atención Primaria en España: evolución temporal (2014-2024) y diferencias por sexo y edad

San Román Sirvent S[1], Matala Ahmed B[2], Ramos Lima F[3], Sánchez Tena J[3], de las Heras Gaite A[4], Garriga Companys S[5]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Marina Baixa, Alicante
[2] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao
[3] Departamento Médico, AstraZeneca España, Madrid
[4] MediClin-IQVIA, Madrid
[5] Servicio de Alergología, Hospital Municipal de Badalona, Badalona

## Objetivo/Introducción

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que presenta como síntomas más característicos: tos, sibilancias, disnea y opresión torácica. Según la GEMA 5.5, la prevalencia del asma está aumentando. Sin embargo, los datos de prevalencia de España no han sido actualizados en casi una década.

Este trabajo describe la prevalencia del asma diagnosticada en atención primaria (AP), codificada y registrada en el Sistema Nacional de Salud en 2024 y su evolución desde 2014, así como las diferencias por sexo y franja de edad.

## Material y métodos

Se utilizaron datos públicos disponibles en el Ministerio de Sanidad, Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP): https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/, obtenidos en enero de 2026.

Se presenta la prevalencia de asma (CIAP2: R96) en España y las CCAA y su evolución por sexo y edad, entre 2014 y 2024.

## Resultados

En el año 2024, la prevalencia nacional del asma en AP fue del 7,76% (3.691.306 personas; 53,82% mujeres), siendo la franja de edad con mayor prevalencia la de 15-34 años ([0-14 años 8,49%; 15-34 años 10,87%; 25-64 años 6,52%; >65 años 6,27%]. Se observa una variabilidad notable entre las comunidades autónomas (Figura 1). Además, se observó un incremento en la prevalencia desde 2014 a nivel nacional en ambos sexos, siendo siempre superior en mujeres (Figura 2).

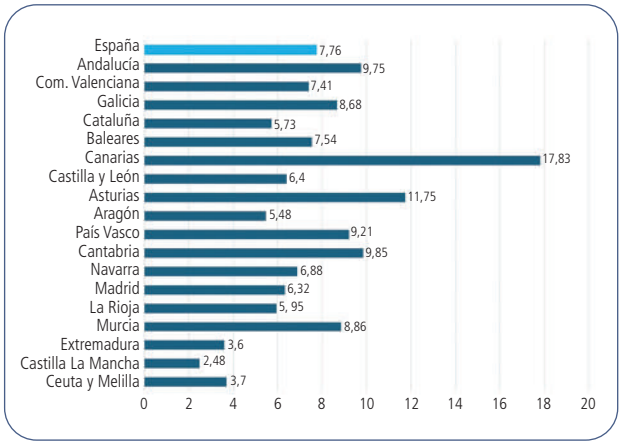



**Figura 1.** Prevalencia (%) del asma en AP por comunidades autónomas en 2024.

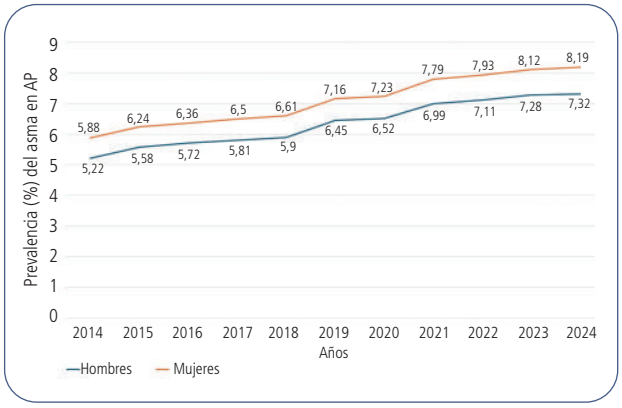



**Figura 2.** Prevalencia (%) del asma en AP en España por sexo en los años 2014-2024.

## Conclusión

Los datos sugieren un aumento de la prevalencia del asma a lo largo del tiempo a nivel nacional, siendo superior en mujeres. Sin embargo, la heterogeneidad en la codificación entre las CCAA, así como la diversidad poblacional por edad, podrían influir en la variabilidad observada de los datos.

Estos hallazgos resaltan la urgencia de aumentar los esfuerzos para optimizar las estrategias existentes de derivación y manejo en las diversas CCAA desde los diferentes niveles asistenciales, con un papel esencial de AP.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Implementación de un programa de transición en alergología: creación de una subcomisión e indicadores iniciales

Rodríguez Jiménez B[1], Veza Perdomo S[1], Muñoz García E[1], Flores Infante C[1], Ruiz Jiménez M[2], Mateos Benito A[2]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid
[2] Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Getafe, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La transición del paciente pediátrico con enfermedades alérgicas hacia la atención en alergología de adultos es un proceso que requiere planificación y coordinación. La ausencia de protocolos claros puede generar riesgos clínicos, pérdida de seguimiento, duplicidad de pruebas, disminución de la adherencia terapéutica y un aumento de complicaciones. Diversas guías internacionales —como las de la EAACI y la *American Academy of Pediatrics*— recomiendan programas de transición progresivos, estructurados e individualizados.

En 2025 surge la iniciativa de crear una subcomisión de consulta de transición ante la necesidad asistencial de coordinar los Servicios de Pediatría (Área Respiratorio) y Alergología del Hospital Universitario de Getafe. Su objetivo es consensuar criterios de derivación, evitar circuitos paralelos, mejorar la continuidad del tratamiento y promover la autonomía del paciente mediante educación sanitaria.

**Material y métodos**

Se creó una subcomisión multidisciplinar, constituida por profesionales de pediatría (sección respiratorio) y alergología. Se realizaron reuniones mensuales para revisar casos próximos a la transición, elaborar protocolos conjuntos y establecer criterios claros de derivación. Además, se diseñaron planes de transición individualizados para pacientes con patologías concretas.

**Resultados**

Desde la creación de la subcomisión, en marzo de 2025, hasta diciembre de 2025, se realizó una revisión conjunta de 26 pacientes candidatos a transición o en situaciones clínicas especiales. De todos ellos 21 se derivaron al servicio de alergología y 5 fueron dados de alta a atención primaria.

**Conclusión**

La creación de esta subcomisión ha permitido estructurar un modelo asistencial coordinado entre pediatría y alergología, con reuniones regulares y criterios consensuados de derivación, con una adecuada selección de pacientes y una optimización del uso de recursos sanitarios, al evitar derivaciones innecesarias.

Este proyecto constituye un modelo reproducible y alineado con las guías internacionales para la atención de adolescentes con enfermedades alérgicas crónicas.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Mejoras clínicas tempranas con tezepelumab en rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) grave: datos de la cohorte española del estudio WAYPOINT

Del Cuvillo Bernal A[1], Martínez Capoccioni G[2], Foster A[3], Marchese C[4], Chon Y[5], Santillán J[6]

[1] Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera, España
[2] Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España
[3] Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Gaithersburg, Estados Unidos
[4] Biometrics, Late-stage Development, Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals R&D, AstraZeneca, Barcelona, España
[5] Global Biostatistical Science, Amgen, Thousand Oaks, Estados Unidos
[6] Servicio de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz, Madrid, España

**Objetivo/Introducción**

La RSCcPN grave es una enfermedad inflamatoria caracterizada por síntomas persistentes muy incapacitantes y gran impacto en la calidad de vida. Tezepelumab es un anticuerpo monoclonal humano dirigido a la linfopoyetina estromal tímica (TSLP). Este subanálisis evalúa eficacia, biomarcadores y seguridad del fármaco en la cohorte española del estudio WAYPOINT.

**Material y métodos**

Análisis *post hoc* de los participantes reclutados en España del estudio WAYPOINT (NCT04851964) con RSCcPN grave aleatorizados a recibir tezepelumab 210 mg cada 4 semanas o placebo. Se analizó mediante modelos preespecificados. Los objetivos coprimarios fueron el cambio en la puntuación total de pólipos nasales (NPS) y en la congestión nasal media (NCS) en la semana 52.

**Resultados**

Se incluyeron 33 pacientes (tezepelumab n=16; placebo n=17). La edad media al inicio fue de 54,6 años en el grupo de

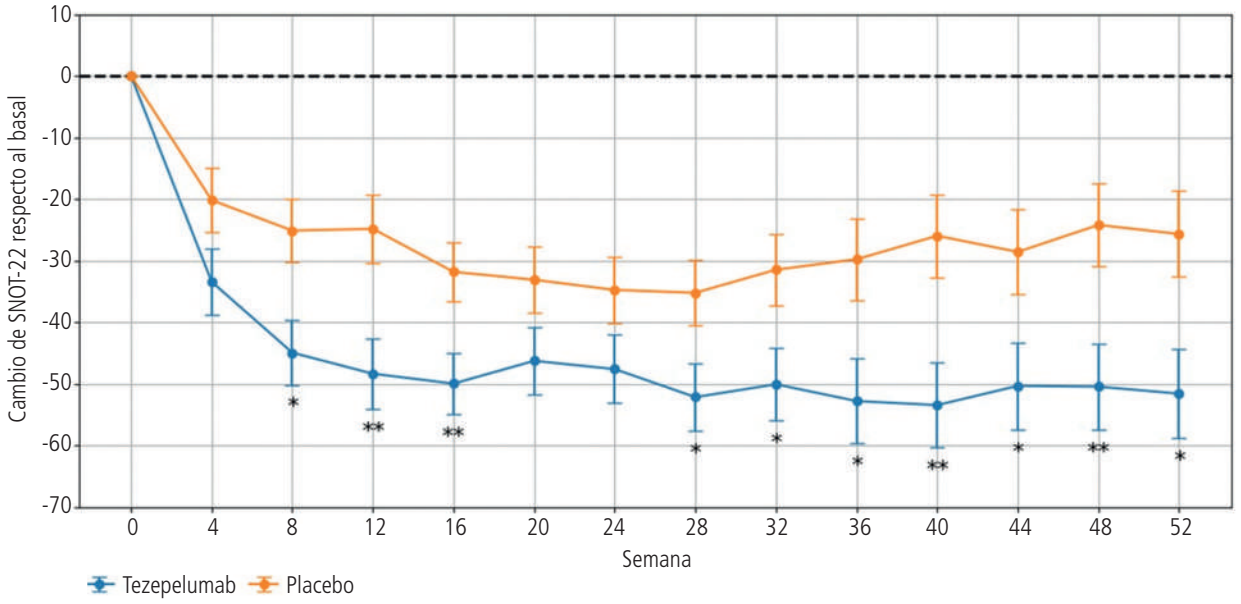
**Tabla.** Características basales.

| | Tezepelumab (n=16) | Placebo (n=17) | Total (n=33) |
|---|---|---|---|
| Sexo (mujer), n (%) | 12 (75,0) | 7 (41,2) | 19 (57,6) |
| Edad, media (DE) | 54,6 (10,33) | 51,6 (10,07) | 53,1 (10,15) |
| IMC, media (DE) | 26,1 (4,3) | 28,1 (3,5) | 27,1 (4,0) |
| Edad al diagnóstico de la RSCcPN (años), media (DE) | 44,0 (13,1) | 38,7 (14,0) | 41,3 (13,6) |
| Tiempo desde diagnóstico de PN (años), media (DE) | 10,6 (7,9) | 13,0 (9,2) | 12,0 (8,5) |
| Cirugía previa por RSCcPN, n (%) | 6 (37,5) | 8 (47,1) | 14 (42,4) |
| Tiempo desde la última cirugía, años (DE) | 6,4 (3,5) | 5,6 (4,8) | 5,9 (4,1) |
| Tratamiento con SCS, n (%) | 12 (75,0) | 16 (94,1) | 28 (84,8) |
| NPS, media (DE) | 6,78 (0,88) | 6,5 (0,95) | 6,6 (0,91) |
| NCS, media (DE) | 2,54 (0,5) | 2,57 (0,46) | 2,55 (0,47) |
| Pérdida del olfato, media (DE) | 2,9 (0,5) | 3,0 (0,05) | 2,9 (0,35) |
| SNOT-22, media (DE) | 77,1 (18,5) | 77,3 (20,3) | 77,2 (19,1) |
| LMK, media (DE) | 19,3 (3,43) | 19,5 (3,08) | 19,4 (3,21) |
| Presencia de comorbilidades, n (%) | | | |
| Rinitis alérgica (Sí) | 7 (43,8) | 4 (23,5) | 11 (33,3) |
| Asma comórbida/ AERD/NSAID-ERD (Sí) | 10 (62,5) | 7 (41,2) | 20 (60,6) |
| AERD/NSAID-ERD (Sí) | 5 (31,3) | 1 (5,9) | 6 (18,2) |
| Eosinófilos en sangre periférica (cel/µL), media (DE) | 325,6 (164,23) | 358,8 (180,45) | 342,7 (170,90) |
| <150 cel/uL, n (%) | 2 (12,5) | 2 (11,8) | 4 (12,1) |
| ≥150 a <300 cel/uL, n (%) | 7 (43,8) | 5 (29,4) | 12 (36,4) |
| Eos ≥300 cel/µL, n (%) | 7 (43,8) | 10 (58,8) | 17 (51,5) |
| IgE total (IU/mL), media (DE) | 130,52 (221,52) | 268,42 (559,79) | 201,56 (429,63) |

Abreviaturas: AERD, enfermedad respiratoria exacerbada por Aspirina®; DE, desviación estándar; Eos, eosinófilos; IMC, índice de masa corporal; LMK, puntuación de Lund-Mackay; NCS, *Nasal Congestion Score*; NPS, *Nasal Polyp Score*; NSAID-ERD, enfermedad respiratoria exacerbada por antiinflamatorios no esteroideos (AINE); RSCcPN, rinosinusitis crónica con poliposis nasal; SCS, corticosteroides sistémicos; SNOT-22, S*ino-Nasal Outcome Test.*

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad




El cambio respecto a la estimación de referencia en cada grupo de tratamiento es la media de mínimos cuadrados, y la estimación de comparación entre grupos es la diferencia de media de mínimos cuadrados. *Denotan $p$<0,05 no ajustados, y **Denotan $p$<0,01 no ajustados.

**Figura.** Cambio desde el basal del SNOT-22, tezepelumab vs. placebo.

tezepelumab y 51,6 años en el de placebo; el 75,0% y el 41,2% eran mujeres, respectivamente (Tabla). En la semana 52, las mejoras de tezepelumab frente a placebo fueron: NPS: -2,395 (IC 95%: -3,462; -1,328; $p$<0,0001); NCS medio: -1,066 (IC 95%: -1,628; -0,504; $p$=0,0002); UPSIT: +11,450 (IC 95%: 5,788; 17,113; $p$<0,0001); LMK: -5,925 (IC 95%: -8,179; -3,671; $p$<0,0001). Las mejoras en NPS y NCS fueron significativas en desde las semanas 4 y 6 respectivamente ($p$<0,01).

Tezepelumab mostró mejoras en el SNOT-22 frente a placebo desde la semana 4, siendo significativas desde la semana 8 (Figura). En la semana 52, la diferencia fue -25,908 (IC 95%: -45,677, -6,139; $p$=0,0102). La seguridad fue comparable entre ambos grupos del estudio.

**Conclusión**

Tezepelumab mostró un efecto temprano y sostenido en la reducción de la carga de RSCcPN en la cohorte española de WAYPOINT, con un perfil de seguridad consistente. Los resultados respaldan su uso como opción terapéutica en pacientes con RSCcPN grave.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Asma ocupacional del panadero

Aldama Marín IM, Bernaola Abraira M, Toapanta Rea EZ, Santos Larrubia C, Bernaola Abraira J, Vázquez Fuertes L

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El asma ocupacional del panadero es una enfermedad respiratoria mediada por IgE causada por inhalación de proteínas alergénicas presentes en harina. El trigo sarraceno (*Fagopyrum esculentum*) es un alérgeno alimentario y ocupacional emergente, escasamente reportado en la literatura.

**Material y métodos**

Varón de 21 años, natural de Guinea y residente en España desde hace 5 años, que trabaja como panadero. Presenta episodios de rinoconjunitivitis y asma bronquial durante la manipulación de harinas en el entorno laboral, con varios episodios de broncoespasmo que precisaron la asistencia a urgencias. En el estudio alergológico previo había sido diagnosticado de alergia a gramíneas y profilina, así como sensibilidad a cebada. Tolera resto de harinas en su actividad laboral y mejoran los síntomas en periodo vacacional.

- *Prick test* positivo para gramíneas y profilina, así como para harina de cebada.
- *Prick-prick* con harina de trigo sarraceno positivo.
- IgE específicas negativa para ácaros y positiva para gramíneas, cebada y látex (rHev b 8 profilina látex).
- Provocación oral controlada con pan de cebada negativa, confirmando tolerancia clínica.
- Pruebas de función respiratorias iniciales: $FEV_1$ 83%, FVC 92%, $FEV_1$/FVC 76,9% con prueba de broncodilatación positiva y un FeNO 61 ppb.

**Resultados**

Se diagnosticó de sospecha de asma ocupacional del panadero por alergia a trigo sarraceno, con clínica respiratoria relacionada con la exposición laboral.

El paciente presenta además alergia a gramíneas y profilina, con positividad cutánea y analítica a cebada atribuida a reactividad cruzada, puesto que se demostró tolerancia clínica mediante provocación oral.

**Conclusión**

El trigo sarraceno debe considerarse un alérgeno ocupacional emergente en panaderos. La demostración de sensibilidad mediante *prick-prick* y la correlación con la exposición laboral permiten establecer un diagnóstico. Es fundamental diferenciar la sensibilidad por reactividad cruzada de alergia clínica real mediante pruebas de provocación.

El reconocimiento precoz del alérgeno ocupacional permite implementar medidas de evitación y mejorar el control del asma.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Hospitalizaciones y mortalidad por asma en 2023 por sexo en España

Betancor Pérez D[1], López Gutiérrez J[2], Ramos Lima F[3], González Sierra M[3], Roncero Martín A[3], Galván Blasco P[4]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander
[3] Departamento Médico, AstraZeneca España, Madrid
[4] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

## Objetivo/Introducción

Es asma es una enfermedad crónica que causa una gran morbilidad y mortalidad en el mundo. Los datos publicados de España hasta 2019 muestran que el manejo y las terapias actuales pueden haber impactado positivamente en la reducción de la mortalidad.

*Objetivo:* Describir el impacto del asma en el sistema de salud español según las hospitalizaciones y mortalidad en el año 2023.

**Tabla 1.** Número de hospitalizaciones no programadas por asma de cualquier gravedad (CIE-10: J45) por 10.000 habitantes total y por sexo en 2023.

| | Hospitalizaciones por 10.000 habitantes* | | |
|---|---|---|---|
| Nombre geográfico | Totales | Mujeres | Hombres |
| España | 3,57 | 4,84 | 2,23 |
| Andalucía | 1,85 | 2,53 | 1,15 |
| Aragón | 2,90 | 4,42 | 1,34 |
| Asturias | 9,44 | 10,86 | 7,88 |
| Baleares | 3,84 | 5,02 | 2,66 |
| Canarias | 2,43 | 3,34 | 1,50 |
| Cantabria | 4,93 | 5,37 | 4,45 |
| Castilla La Mancha | 2,91 | 5,39 | 3,19 |
| Castilla y León | 4,31 | 3,37 | 1,85 |
| Cataluña | 3,59 | 5,27 | 1,86 |
| Ceuta y Melilla | 1,25 | 1,91 | 0,59 |
| Comunidad Valenciana | 3,08 | 4,32 | 1,81 |
| Extremadura | 2,24 | 3,23 | 1,23 |
| Galicia | 4,63 | 5,78 | 2,70 |
| La Rioja | 3,96 | 5,74 | 2,13 |
| Madrid | 4,33 | 5,78 | 2,75 |
| Murcia | 2,77 | 4,03 | 1,51 |
| Navarra | 4,17 | 5,34 | 2,97 |
| País Vasco | 7,27 | 9,52 | 4,88 |

*Calculado: número de hospitalizaciones (Fuente: Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada-RAE-CMBD [https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/PUBLICOSNS]) dividido entre la población de ese lugar (Fuente: Instituto Nacional de Estadística [https://www.ine.es]), multiplicado por 10.000.

## Material y métodos

Se utilizaron los datos públicos disponibles en el Ministerio de Sanidad (Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-

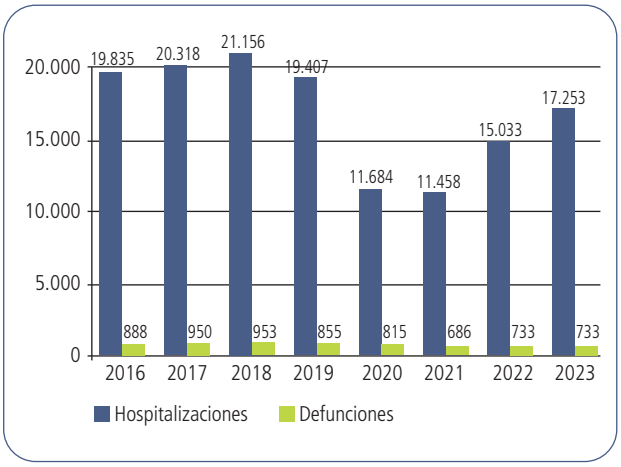



**Figura.** Número de hospitalizaciones no programadas y defunciones causadas por asma (CIE-10: J45) en 2016-2023.

**Tabla 2.** Tasa de mortalidad por asma de cualquier gravedad total y por sexo ajustada por edad (CIE-10: J45) en 2023.

| | Tasa mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes** | | |
|---|---|---|---|
| Nombre geográfico | Totales | Mujeres | Hombres |
| España | 1,27 | 1,64 | 0,65 |
| Andalucía | 1,28 | 1,57 | 0,81 |
| Aragón | 1,32 | 1,92 | 0,39 |
| Asturias | 1,96 | 2,16 | 1,65 |
| Baleares | 1,09 | 1,24 | 0,94 |
| Canarias | 1,09 | 1,31 | 0,74 |
| Cantabria | 1,17 | 1,56 | 0,66 |
| Castilla La Mancha | 1,18 | 1,46 | 0,77 |
| Castilla y León | 1,07 | 1,48 | 0,41 |
| Cataluña | 1,39 | 1,95 | 0,43 |
| Ceuta | 0 | 0 | 0 |
| Comunidad Valenciana | 1,14 | 1,53 | 0,56 |
| Extremadura | 1,36 | 1,76 | 0,66 |
| Galicia | 1,01 | 1,24 | 0,57 |
| La Rioja | 0,94 | 1,59 | 0 |
| Madrid | 0,74 | 0,96 | 0,31 |
| Melilla | 1,21 | 2,54 | 0 |
| Murcia | 1,25 | 1,92 | 0,36 |
| Navarra | 1,74 | 2,24 | 0,96 |
| País Vasco | 2,35 | 2,86 | 1,50 |

**Fuente: Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

CMBD y Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad [Mortalidad por causa de muerte]) y del Instituto Nacional de Estadística, obtenidos en marzo de 2026.

Se presenta la tasa ajustada por edad de mortalidad, el número de hospitalizaciones y de defunciones por asma (CIE-10: J45) en el año 2023 en España por sexo. Se calcula el número de hospitalizaciones por 10.000 habitantes.

**Resultados**

En 2023, se registraron 17.253 hospitalizaciones no programadas y 733 muertes causadas por asma en España (Figura). A nivel nacional, las mujeres presentaron mayores tasas que los hombres tanto en hospitalización (4,84 vs. 2,23 por 10.000 habitantes) como en mortalidad ajustada (1,64 vs. 0,65 por 100.000 habitantes). El predominio femenino en hospitalizaciones se observó en todas las CCAA. Las mayores brechas absolutas en hospitalización por sexo se registraron en País Vasco, La Rioja y Cataluña (Tabla 1). En mortalidad, el patrón también fue consistentemente superior en mujeres; las mayores brechas aparecieron en País Vasco, Cataluña y Aragón (Tabla 2).

**Conclusión**

De manera general, España muestra una carga de asma caracterizada por tasas de hospitalización y mortalidad ajustada relativamente bajas, con variaciones territoriales sustanciales y un patrón sistemáticamente mayor en mujeres que en hombres.

## Identificación de endofenotipos de sensibilización en pacientes con rinitis alérgica por ácaros

Bermúdez Martínez M, Chugo Gordillo S, Brigido Paredes C, Hervás Masip D

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

**Objetivo/Introducción**

La sensibilización a ácaros es uno de los patrones más precoces y frecuentes en pacientes con rinitis alérgica y podría condicionar la evolución posterior del perfil alergénico. El objetivo fue identificar endofenotipos de sensibilización en pacientes con rinitis alérgica sensibilizados a *D. pteronyssinus* y analizar su relación con variables clínicas y moleculares.

**Material y métodos**

Estudio observacional en 100 pacientes con rinitis alérgica sensibilizados a *D. pteronyssinus*. La sensibilización se evaluó mediante ALEX$^2$, considerando positivos los alérgenos con IgE específica ≥0,3 $kU_A$/L. Los alérgenos se analizaron de forma individual y agrupados en categorías clínicas. Se realizó un análisis de componentes principales y, posteriormente, *clustering k-means*, seleccionándose la solución k=3 por su estabilidad e interpretabilidad clínica. Se exploró la asociación entre clústeres, variables clínicas, IgE total, IgE frente a extracto completo y componentes moleculares de *D. pteronyssinus*.

**Resultados**

La edad mediana fue de 37 años (RIC 18,5), el 64% eran varones, el 60% presentaba asma y el 57% dermatitis atópica. Se identificaron tres clústeres: mixto respiratorio-alimentario (n=40), respiratorio (n=43) y de polisensibilización extensa (n=17). El número total de alérgenos positivos se asoció con mayor probabilidad de pertenecer al clúster de polisensibilización extensa (OR 1,09; IC 95% 1,05-1,14; $p$<0,001) y con menor probabilidad de pertenecer al clúster respiratorio (OR 0,88; IC 95% 0,84-0,92; $p$<0,001). No se observaron diferencias en comorbilidades ni en la gravedad de la rinitis. Los componentes moleculares de *D. pteronyssinus* no definieron globalmente los clústeres.

**Conclusión**

En pacientes con rinitis alérgica por ácaros se identificaron tres endofenotipos de sensibilización. La estratificación estuvo determinada principalmente por la amplitud global de la polisensibilización y no por el patrón molecular de *D. pteronyssinus*, lo que sugiere mecanismos subyacentes relacionados con la propensión a la polisensibilización, más allá del patrón molecular de sensibilización.

**Tabla.** Distribución de los grupos de sensibilización ALEX$^2$ según clúster.

| Grupo de sensibilización | Clúster 1: mixto respiratorio-alimentario (n=40) | Clúster 2: sensibilización respiratoria (n=43) | Clúster 3: polisensibilización extensa (n=17) |
|---|---|---|---|
| Pólenes | 87,5% | 90,7% | 100,0% |
| Epitelio | 62,5% | 62,8% | 100,0% |
| Hongos | 10,0% | 2,3% | 88,2% |
| Insectos | 10,0% | 7,0% | 17,6% |
| Carnes | 35,0% | 0,0% | 88,2% |
| Cereales y semillas | 17,5% | 0,0% | 82,4% |
| Especias | 20,0% | 0,0% | 0,0% |
| Frutas | 32,5% | 0,0% | 35,3% |
| Leche | 2,5% | 0,0% | 0,0% |
| Huevo | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Legumbres / frutos secos | 30,0% | 0,0% | 88,2% |
| Marisco | 32,5% | 0,0% | 100,0% |
| Pescado | 7,5% | 0,0% | 5,9% |
| Vegetales | 25,0% | 0,0% | 70,6% |
| Alimentario global | 100,0% | 0,0% | 100,0% |

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Caracterización de los pacientes con RSCcPN en la era de los biológicos en España: estudio POLARIS

Mullol i Miret J[1], Colás Sanz C[2], Alegría Llorente M[3], Ramos Lima F[3], Monteagudo Ruiz G[3], Quirce Gancedo S[4]

[1] Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona
[2] Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza
[3] AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A., Madrid
[4] Hospital Universitario La Paz, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) es una enfermedad inflamatoria crónica persistente, predominantemente de tipo 2, que afecta a la mucosa nasosinusal.

El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas, comorbilidades T2 y no T2, y patrones de tratamiento médico y quirúrgico en individuos con RSCcPN en España entre 2023 y 2025.

**Material y métodos**

Estudio observacional, retrospectivo utilizando la base de datos Telotron®, en individuos ≥18 años con diagnóstico de RSCcPN (ICD-9: 471 / ICD-10: J33) con ≥6 meses de historial clínico activo. Se evaluaron tres cohortes prevalentes a 31 de julio de 2023, 2024 y 2025, con clasificación de enfermedad grave basada en: ≥2 ciclos de corticoides sistémicos en 2 años, y/o cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) previa y/o uso de biológicos sin asma o con asma no grave.

**Resultados**

La prevalencia de RSCcPN aumentó progresivamente del 0,57% (2023) al 0,71% (2025).

En 2025, se identificaron 5.866 pacientes, de los cuales 24,8% presentaban enfermedad grave. La media (DE) de edad fue 56,7 (16,2) años y el 58,8% eran hombres.

**Tabla 1.** Características basales, población prevalente a 31 de julio de 2025.

| | Población total con RSCcPN | Subgrupo_ RSCcPN grave | Subgrupo_ RSCcPN no grave |
|---|---|---|---|
| Población RSCcPN, N (%) | 5.866 | 1.454 (24,8%) | 4.412 (75,2%) |
| Edad (años), media (DE) | 56,7 (16,2) | 56,3 (14,7) | 56,8 (16,6) |
| Género (masculino), n (%) | 3.449 (58,8) | 929 (63,9%) | 2.520 (57,1%) |
| Edad en el momento del diagnóstico de RSCcPN, media (DE) | 49,4 (15,7) | 49,3 (14,3) | 49,5 (16,1) |
| IMC (kg/m²), media (DE) | 29,6 (6,2) | 29,8 (6,2) | 29,5 (6,2) |
| Pacientes con ≥1 comorbilidad (general y respiratoria), n (%) | 5.493 (93,6%) | 1.375 (94,6%) | 4.118 (93,3%) |
| Pacientes con ≥1 comorbilidad tipo 2, n (%) | 3.751 (63,9%) | 1.020 (70,2%) | 2.731 (61,9%) |
| Número de comorbilidades por paciente, media (DE) | 3,9 (2,3) | 4,0 (2,4) | 3,8 (2,3) |
| Número de enfermedades inflamatorias de T2 por paciente, media (DE) | 1,6 (0,8) | 1,7 (0,9) | 1,6 (0,8) |
| Comorbilidades tipo T2, n (%) | | | |
| Rinitis alérgica | 2.285 (39,0) | 631 (43,4) | 1.654 (37,5) |
| Asma | 1.771 (30,2) | 548 (37,7) | 1.223 (27,7) |
| AINE-ERD | 233 (4,0) | 86 (5,9) | 147 (3,3) |
| Urticaria | 650 (11,1) | 161 (11,1) | 489 (11,1) |
| Dermatitis atópica | 537 (9,2) | 125 (8,6) | 412 (9,3) |
| Otitis media con derrame (OME) | 398 (6,8) | 106 (7,3) | 292 (6,6) |
| Síndrome hipereosinofílico (HES) | 4 (0,1) | 1 (0,1) | 3 (0,1) |
| Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) | 6 (0,1) | 3 (0,2) | 3 (0,1) |
| Esofagitis eosinofílica (EoE) | 2 (0,0) | 1 (0,1) | 1 (0,0) |
| Comorbilidades no T2/respiratorias, n (%) | | | |
| Rinitis no alérgica | 1.873 (31,9) | 537 (36,9) | 1.336 (30,3) |
| Apnea del sueño | 623 (10,6) | 148 (10,2) | 475 (10,8) |
| Bronquiectasias | 603 (10,3) | 182 (12,5) | 421 (9,5) |
| EPOC | 232 (4,0) | 72 (5,0) | 160 (3,6) |
| Fibrosis quística | 14 (0,2) | 2 (0,1) | 12 (0,3) |

*(continúa)*

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla 1.** Características basales, población prevalente a 31 de julio de 2025 *(continuación).*

| | Población total con RSCcPN | Subgrupo_ RSCcPN grave | Subgrupo_ RSCcPN no grave |
|---|---|---|---|
| Comorbilidades generales, n (%) | | | |
| Dislipidemia | 2.698 (46,0) | 662 (45,5) | 2.036 (46,1) |
| Ansiedad | 2.444 (41,7) | 588 (40,4) | 1.856 (42,1) |
| Hipertensión | 2.211 (37,7) | 515 (35,4) | 1.696 (38,4) |
| Obesidad | 1.244 (21,2) | 330 (22,7) | 914 (20,7) |
| Enfermedad cardíaca crónica | 988 (16,8) | 230 (15,8) | 758 (17,2) |
| Diabetes tipo 2 | 751 (12,8) | 167 (11,5) | 584 (13,2) |
| Depresión | 623 (10,6) | 132 (9,1) | 491 (11,1) |
| Enfermedad renal crónica | 290 (4,9) | 68 (4,7) | 222 (5,0) |
| Insuficiencia cardíaca | 221 (3,8) | 59 (4,1) | 162 (3,7) |
| Infarto | 138 (2,4) | 27 (1,9) | 111 (2,5) |
| Alzheimer/Demencia | 102 (1,7) | 17 (1,2) | 85 (1,9) |
| Parkinson | 58 (1,0) | 12 (0,8) | 46 (1,0) |
| Inmunodeficiencias primarias | 34 (0,6) | 7 (0,5) | 27 (0,6) |
| Síndrome metabólico | 20 (0,3) | 6 (0,4) | 14 (0,3) |

**Tabla 2.** Tratamientos y cirugías endoscópicas nasosinusal (CENS).

| | Población total con RSCcPN | Subgrupo_ RSCcPN grave | Subgrupo_ RSCcPN no grave |
|---|---|---|---|
| Población RSCcPN, N (%) | 5.866 | 1.454 (24,8%) | 4.412 (75,2%) |
| Número de pacientes con CENS, n (%) | 1.196 (20,4%) | 1.196 (82.3%) | 0 (0.0%) |
| Individuos con 1 cirugía, n (%) | 1.096 (91,6%) | 1.096 (91,6%) | 0 (0,0%) |
| Individuos con >2 cirugías, n (%) | 100 (8,4%) | 100 (8,4%) | 0 (0,0%) |
| Número de cirugías por paciente, media (DE) | 1,1 (0,6) | 1,1 (0,6) | NA |
| Tratamientos para RSCcPN y asma, n (%) en los 12 meses previos a la fecha índice | | | |
| Corticosteroides intranasales (CIN) | 2.222 (37,9%) | 617 (42,4%) | 1.605 (36,4%) |
| Corticosteroides sistémicos/orales (CS / CO) | 992 (16,9%) | 390 (26,8%) | 602 (13,6%) |
| Terapias biológicas | 217 (3,7%) | 159 (10,9%) | 58 (1,3%) |
| Antibióticos | 1.009 (17,2%) | 302 (20,8%) | 707 (16,0%) |
| Antihistamínicos (anti-H1) | 1.584 (27,0%) | 422 (29,0%) | 1162 (26,3%) |
| Antileucotrienos (anti-LTs) | 179 (3,1%) | 64 (4,4%) | 115 (2,6%) |
| Antihistamínicos intranasales | 14 (0,2%) | 1 (0,1%) | 13 (0,3%) |
| ICS | 190 (3,2%) | 63 (4,3%) | 127 (2,9%) |
| SABA | 685 (11,7%) | 223 (15,3%) | 462 (10,5%) |
| LABA+ICS | 1.232 (21,0%) | 387 (26,6%) | 845 (19,2%) |
| LABA | 7 (0,1%) | 1 (0,1%) | 6 (0,1%) |
| LAMA | 462 (7,9%) | 158 (10,9%) | 304 (6,9%) |
| LAMA/LABA | 78 (1,3%) | 17 (1,2%) | 61 (1,4%) |
| LAMA/LABA/ICS | 235 (4,0%) | 90 (6,2%) | 145 (3,3%) |
| Teofilinas | 69 (1,2%) | 20 (1,4%) | 49 (1,1%) |

*(continúa)*

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla 2.** Tratamientos y cirugías endoscópicas nasosinusal (CENS) *(continuación).*

| | Población total con RSCcPN | Subgrupo_ RSCcPN grave | Subgrupo_ RSCcPN no grave |
|---|---|---|---|
| Tratamientos biológicos en la fecha índice | | | |
| Pacientes con tratamiento biológico n (%) | 174 (3,0%) | 130 (8,9%) | 44 (1,0%) |
| Mepolizumab | 73 (42%) | 57 (43,8%) | 16 (36,4%) |
| Benralizumab | 14 (8%) | 4 (3,1%) | 10 (22,7%) |
| Omalizumab | 12 (6,9%) | 9 (6,9%) | 2 (4,5%) |
| Reslizumab | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Tezepelumab | 5 (2,9%) | 3 (2,3%) | 2 (4,5%) |
| Dupilumab | 71 (40,8%) | 57 (43,8%) | 14 (31,8%) |

El 93,6% tuvieron ≥1 comorbilidad general o respiratoria y el 63,9% ≥1 comorbilidades tipo T2 (Tabla 1), aumentando este porcentaje hasta el 70,2% en pacientes con RSCcPN grave. El asma afectó al 30,2% y la rinitis alérgica al 39%, siendo ligeramente superior en el subgrupo de RSCcPN grave (37,7% y 43,4%, respectivamente). Un 20,4% de los pacientes había sido sometido a CENS. El uso de biológicos aumentó del 1,6% (2023) al 3,0% (2025).

**Conclusión**

Se observa un aumento de la prevalencia de RSCcPN asociada a una alta carga de comorbilidades T2, especialmente en las formas graves. Los datos muestran una creciente utilización de terapias biológicas, reflejando cambios en el manejo clínico. Estos hallazgos subrayan la necesidad de optimizar estrategias terapéuticas y mejorar la identificación de pacientes candidatos a tratamientos biológicos.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Evolución de los biomarcadores inflamatorios tras tratamiento con biológicos en asma grave: análisis intragrupo en vida real

Campagner C[1], Gómez-Chaparro Sopelana C[1], Loza Flores K[1], Acampora E[2], Vázquez de la Torre Gaspar M[1], Ruano Pérez FJ[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España
[2] Centro Malattie Rare Immunologiche e dell'Apparato Respiratorio, UOC Medicina Generale 1, Ospedale Ca' Foncello di Treviso, Dipartimento di Medicina DIMED, Universitá degli Studi di Padova, Treviso, Italia

**Objetivo/Introducción**

Los biomarcadores inflamatorios reflejan distintas vías fisiopatológicas implicadas en el asma grave y pueden verse modificados tras el inicio del tratamiento con fármacos biológicos. No obstante, la evidencia sobre su evolución en práctica clínica es aún limitada.

El objetivo del estudio fue evaluar para cada fármaco biológico empleado en los pacientes con asma grave, la evolución de los biomarcadores inflamatorios tras un año de tratamiento.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo que incluyó 56 pacientes en seguimiento en la Unidad de Asma Grave del Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid) en tratamiento biológico con omalizumab (n=4), benralizumab (n=6), mepolizumab (n=6), dupilumab (n=18) y tezepelumab (n=22). Se recogieron datos epidemiológicos y biomarcadores basales, y a los 12 meses de tratamiento, mediante historia clínica electrónica. Se analizaron los valores de eosinófilos, neutrófilos y basófilos en sangre periférica, proteína C reactiva (PCR), IgE total y fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO). El análisis intragrupo se realizó mediante test de Wilcoxon para comparaciones apareadas y el tamaño del efecto se estimó mediante *r*.

**Resultados**

Se incluyeron 56 pacientes (edad media 46,2 años; 78,6% mujeres). Benralizumab se asoció con una reducción significativa del número de eosinófilos y basófilos ($p$=0,028, r= -0,90 en ambos casos), mientras que mepolizumab del valor de eosinófilos ($p$=0,028, r= -0,90) y neutrófilos ($p$=0,046, r= -0,81), manteniéndose estos últimos dentro de los rangos de normalidad. Dupilumab y tezepelumab se asociaron a una reducción significativa de IgE total ($p$=0,040 r= -0,48 y $p$=0,020 r= -0,50, respectivamente), observándose además una tendencia a la reducción del FeNO con dupilumab. No se observaron cambios significativos de la PCR en ningún grupo de tratamiento.

**Conclusión**

Los tratamientos biológicos indujeron cambios específicos en los biomarcadores inflamatorios tras 12 meses de seguimiento, observándose una reducción predominante del número de eosinófilos con terapias anti-IL-5/IL-5Rα y de IgE total con dupilumab y tezepelumab, en concordancia con sus mecanismos de acción.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Evolución de los biomarcadores inflamatorios en pacientes con asma grave en tratamiento con biológicos: análisis comparativo en vida real

Campagner C[1], Gómez-Chaparro Sopelana C[1], Loza Flores K[1], Acampora E[2], López-González P[1], Ruano Pérez FJ[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España
[2] Centro Malattie Rare Immunologiche e dell'Apparato Respiratorio, UOC Medicina Generale 1, Ospedale Ca' Foncello di Treviso. Dipartimento di Medicina DIMED, Università degli Studi di Padova, Treviso, Italia

**Objetivo/Introducción**

Los tratamientos biológicos han transformado el manejo del asma grave, aunque su impacto diferencial sobre los biomarcadores inflamatorios en la práctica clínica no está completamente definido.

El objetivo del estudio fue comparar los cambios en los biomarcadores inflamatorios entre los distintos tratamientos biológicos en pacientes con asma grave tras un año de seguimiento.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo que incluyó 56 pacientes en seguimiento en la Unidad de Asma Grave del Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid) en tratamiento biológico con omalizumab (n=4), benralizumab (n=6), mepolizumab (n=6), dupilumab (n=18) y tezepelumab (n=22). Se recogieron datos epidemiológicos y biomarcadores basales y a los 12 meses de tratamiento, mediante historia clínica electrónica. Se analizaron los valores de eosinófilos, neutrófilos y basófilos en sangre periférica, proteína c reactiva (PCR), IgE total y fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO). El estudio comparativo intergrupo se realizó mediante Kruskal-Wallis y test de Dunn con corrección de Bonferroni.

**Resultados**

Se incluyeron 56 pacientes (edad media 46,2 años; 78,6% mujeres). Se observaron diferencias significativas entre biológicos en el número de eosinófilos ($p$=0,023), FeNO ($p$=0,003) e IgE total ($p$=0,002). Mepolizumab y benralizumab mostraron una reducción significativamente mayor de eosinófilos en comparación con dupilumab ($p$<0,05), mientras que dupilumab y tezepelumab presentaron mayores reducciones de FeNO e IgE total frente a las terapias anti-IL-5/IL-5Rα ($p$<0,01), sin diferencias entre ellos. Además, dupilumab mostró una mayor reducción de IgE total en comparación con omalizumab ($p$<0,05). No se observaron diferencias en los valores de neutrófilos, basófilos ni PCR.

**Conclusión**

Los biomarcadores inflamatorios permiten diferenciar la respuesta entre fármacos biológicos según su mecanismo de acción, siendo los eosinófilos un marcador de terapias anti-IL-5/IL-5Rα y el FeNO y la IgE total marcadores de terapias dirigidas a la vía IL-4/TSLP, apoyando su utilidad en estrategias de medicina personalizada en asma grave.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Evolución de la IgE total y específica frente a neumoalérgenos tras tratamiento con tezepelumab en pacientes con asma grave fenotipo T2 alérgico: estudio en vida real

Gómez-Chaparro Sopelana C[1], Campagner C[1], Loza Flores K[1], Acampora E[2], Vázquez de la Torre Gaspar M[1], Ruano Pérez FJ[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España
[2] Centro Malattie Rare Immunologiche e dell'Apparato Respiratorio, UOC Medicina Generale 1, Ospedale Ca' Foncello di Treviso, Dipartimento di Medicina DIMED, Università degli Studi di Padova, Treviso, Italia

**Objetivo/Introducción**

El asma grave se asocia a una elevada carga inflamatoria en la que la IgE desempeña un papel relevante, especialmente en pacientes con fenotipo alérgico. Tezepelumab es un anticuerpo monoclonal dirigido frente a la TSLP, que actúa sobre fases tempranas de la cascada inflamatoria. Su efecto sobre la IgE total y las sensibilizaciones específicas en práctica clínica no está bien definido.

El objetivo fue analizar la evolución de la IgE total y específicas a los 12 meses de tratamiento con tezepelumab en pacientes con asma grave fenotipo T2 alérgico.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con asma grave fenotipo T2 alérgico en seguimiento en nuestra Unidad de Asma Grave del Hospital Infanta Leonor (Madrid). Se recogieron los valores de IgE total y específica frente a epitelio de gato, *Cupressus arizonica*, *Lolium perenne* y *Olea europaea* basales, y a los 12 meses de tratamiento con tezepelumab, mediante revisión de historia clínica electrónica. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.

**Resultados**

Se incluyeron 10 pacientes (100% mujeres, edad media 42,7 años). Tras 12 meses de tratamiento con tezepelumab se observó una disminución significativa de la IgE total ($p$=0,047; r=0,63). En cuanto a las IgE específicas, se evidenció una reducción significativa frente a *C. arizonica* ($p$=0,021; r=0,73) y una tendencia a la disminución frente a *L. perenne* sin alcanzar significación estadística. No se observaron cambios relevantes frente a epitelio de gato ni *O. europaea*.

**Conclusión**

En pacientes con asma grave alérgico, tezepelumab se asoció a una disminución significativa de IgE total e IgE específica frente a polen de *Cupressus arizonica* tras 12 meses de tratamiento. Estos hallazgos sugieren un posible efecto modulador sobre la respuesta alérgica mediada por IgE y refuerzan su utilidad en pacientes asmáticos con fenotipo T2 alérgico, siendo necesarios estudios con mayor tamaño muestra para confirmar estos resultados.

## Registro de terapias biológicas en una unidad de alergia

Habernau Mena A[1], Redondo Caldera L[2], Larios Cuenda ÁC[2], Díaz Suárez L[3], Caldera Bermejo J[1], Valle Cerrato LI[4]

[1] Sección de Alergología, Complejo Hospitalario del Área de Salud de Mérida, Mérida
[2] Servicio Extremeño de Salud, Mérida
[3] Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario del Área de Salud de Mérida, Mérida
[4] FundeSalud, Mérida

**Objetivo/Introducción**

Actualmente existen varias terapias biológicas con indicación en enfermedades alérgicas. Los fármacos biológicos actúan uniéndose a un receptor específico, evitando el mecanismo inflamatorio e inmunológico subyacente. La vía de administración en su mayoría es subcutánea y son administrados por el personal de enfermería.

*Objetivo:* Analizar el número de pacientes tratados con terapia biológica en la unidad de alergología en los últimos 5 años y registro de las enfermedades tratadas, así como las dosis administradas.

**Material y métodos**

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes tratados con terapias biológicas en la Unidad de Alergología del Hospital de Mérida desde el año 2020 a 2025. Se estudiaron las enfermedades tratadas, el número de pacientes, sexo y edad; y la suspensión o cambios de estos fármacos. Utilizamos como fuente primaria de datos las historias clínicas recogidas en el sistema informático JARA del SES y la BBDD aportada por el servicio de farmacia.

**Resultados**

En la actualidad, 94 pacientes tienen tratamiento biológico, 67% mujeres, con una edad media de 42 años. 61 pacientes están en tratamiento con omalizumab, 14 con tezeplumab, 12 con dupilumab. 5 con mepolizumab, 2 con benralizumab y 2 pacientes estuvieron con reslizumab. Según la enfermedad, los casos tratados con omalizumab son urticaria crónica (42), asma grave (AG) (19); con dupilumab asma grave (7), dermatitis atópica (4) y esofagitis eosinofílica (1); y AG para el resto de biológicos benralizumab, mepolizumab y tezepelumab. Un total de 8 pacientes han necesitado cambio de biológico por escasa respuesta y se han suspendido algunas terapias por mejoría o remisión de la enfermedad.

**Conclusión**

Actualmente en nuestro servicio hay 94 pacientes en tratamiento con fármacos biológicos, el más utilizado es omalizumab y la enfermedad más frecuente el AG, seguido de la urticaria crónica. En los últimos años ha habido un incremento del número de pacientes con tratamiento biológico en patología alérgica.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Efectividad en vida real de mepolizumab en la rinosinusitis crónica con pólipos nasales en pacientes con asma grave: un análisis del estudio TYREX

Domínguez Ortega J[1], Álvarez Gutiérrez FJ[2], Pérez de Llano LA[3], Almonacid Sánchez C[4], Cisneros Serrano C[5], Dávila González I[6]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz. Instituto de Investigación Sanitaria (IDIPAZ)., Madrid
[2] Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
[3] Servicio de Neumología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo
[4] Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid
[5] Servicio de Neumología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid
[6] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Salamanca., Salamanca

**Objetivo/Introducción**

La rinosinusitis crónica con poliposis nasal (RSCcPN) es una comorbilidad frecuente en pacientes con asma grave (AG) y se asocia a una mayor carga de la enfermedad y de inflamación T2. Mepolizumab, anticuerpo antiinterleucina (IL-5), ha demostrado reducir síntomas y mejorar la calidad de vida en pacientes con RSCcPN refractaria, en ensayos clínicos y práctica clínica habitual. Su mecanismo de acción permite un abordaje integral de la inflamación T2 mediada por la IL-5 en ambas patologías.

**Material y métodos**

En este análisis *post hoc* del estudio TYREX se evaluaron los cambios en las puntuaciones SNOT-22, escala visual analógica (VAS) global y la VAS para pérdida de olfato a los 12 meses, y al final del seguimiento en la población que padecía AG no controlado y RSCcPN.

**Resultados**

Se observaron mejorías en todos los parámetros relacionados con la RSCcPN. Las puntuaciones del SNOT-22 disminuyeron desde 65,82 en el momento basal hasta 24,90 al final del seguimiento ($p$<0,0001). Del mismo modo, la VAS global y la VAS para la pérdida de olfato mostraron reducciones significativas a los 12 meses, que se mantuvieron hasta la evaluación final. Cabe destacar que el número de pacientes con variables de poliposis nasal recogidas fue aumentando conforme avanzaba el estudio, lo que pone de manifiesto un mayor conocimiento y un abordaje más completo de la vía respiratoria global con el paso del tiempo (Tabla).

**Conclusión**

Mepolizumab mejoró significativamente las puntuaciones del SNOT-22 y en la VAS de síntomas globales y de olfato. Estos resultados confirman el beneficio clínico de inhibir la IL-5 en pacientes con AG no controlada y RsCcPN tratados en práctica clínica habitual, y pone de manifiesto el papel de mepolizumab en la inflamación T2 en la vía respiratoria global.

**Tabla.** Eficacia de mepolizumab en pacientes con rinosinusitis crónica con poliposis nasal en cuanto al SNOT-22, puntuación global de síntomas y puntuación de pérdida de olfato a los 12 meses y al final del seguimiento.

| Resultados clínicos | Basal | N | 12 meses | N | Valor *p* | Fin de seguimiento | N | Valor *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SNOT-22, media (DE) | 65,82 (19,71) | 38 | 27,70 (17,17) | 37 | <0,0001 | 24,90 (18,13) | 51 | <0,0001 |
| Puntuación global de síntomas (EVA), media (DE) | 8,55 (1,47) | 20 | 2,57 (1,12) | 21 | 0,0010 | 2,57 (2,15) | 28 | 0,0006 |
| Puntuación de pérdida del olfato (EVA), media (DE) | 7,95 (2,13) | 22 | 3,13 (229) | 24 | <0,0001 | 2,76 (2,64) | 29 | <0,0001 |

Abreviaturas: DE, desviación estándar; VAS, escala visual analógica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Asma grave y mala adherencia: cuando el fracaso terapéutico obliga a replantear las reglas

Herrero Galván M, Noblejas Rodríguez A, Reyes Chinea L, Pesántez Cedeño DE, Carrasco Gómez L, Antolín Amérigo D

Hospital Ramón y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El asma afecta a millones de personas y su control depende en gran medida de la adherencia terapéutica, que no supera el 50%. La baja adherencia incrementa exacerbaciones, uso de corticoides sistémicos y costes sanitarios. Existen estrategias educativas y multidisciplinares, aunque no siempre son eficaces.

**Material y métodos**

Varón de 36 años con asma grave no controlada, múltiples ingresos en UCI por crisis de riesgo vital, generalmente desencadenadas por infecciones virales. Presenta tabaquismo activo, obesidad y muy baja adherencia al tratamiento inhalado (≈0-10% según registros electrónicos), pese a seguimiento especializado y educación sanitaria.

**Resultados**

El paciente presenta síntomas persistentes (ACT 16-19), uso frecuente de broncodilatador de rescate y 7 ciclos de corticoides sistémicos en el último año, con dosis acumulada cercana a 3 g de prednisona. Analíticamente destaca IgE elevada (hasta 1.534 kU/L) y eosinofilia leve. A pesar de tratamiento en escalón 5 (triple terapia inhalada + montelukast) y abordaje multidisciplinar, persiste mal control clínico y nuevas exacerbaciones. La adherencia continúa siendo muy baja, condicionada por factores socioeconómicos y culturales. Dada la asistencia regular a consultas hospitalarias, se plantea inicio de terapia biológica.

**Conclusión**

En pacientes con asma grave no controlada y mala adherencia persistente, la terapia biológica podría considerarse de forma individualizada, especialmente ante riesgo vital y elevada carga de corticoides sistémicos. Este enfoque podría mejorar el control clínico y reducir ingresos y costes sanitarios. El caso resalta la necesidad de nuevas estrategias para optimizar la adherencia y el manejo integral del asma grave.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Identificación de alérgenos de legumbres en un caso de asma laboral

Camazón Izquierdo B[1], Ortega Camazón E[1], Blanco Reinosa MB[1,2], Santos Vicente F[2], Fernández Fernández AE[3], Pineda de la Losa F[3]

[1] Consulta Privada, León
[2] Complejo Asistencial Universitario León, León
[3] Applied Science, Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El asma ocupacional por exposición a proteínas vegetales es una entidad emergente en entornos agroalimentarios. En pacientes atópicos con sensibilización previa a alimentos, la exposición inhalatoria puede desencadenar síntomas respiratorios. Sin embargo, la identificación molecular de los alérgenos implicados en legumbres continúa siendo limitada.

Este estudio evalúa un caso de asma ocupacional en un trabajador expuesto a polvo de legumbres.

**Material y métodos**

Se evaluó a un paciente atópico con clínica respiratoria tras exposición laboral en un almacén de legumbres. Se realizó estudio mediante pruebas cutáneas e IgE específica con perfil molecular y función respiratoria.

Se prepararon extractos proteicos de las legumbres implicadas y se analizaron mediante SDS-PAGE e IgE-Western blot con suero del paciente. Las bandas reconocidas se sometieron a identificación proteómica mediante huella peptídica.

**Resultados**

El Western blot mostró reconocimiento IgE selectivo frente a una proteína en el rango de 20-25 kDa en el extracto de garbanzo, sin reactividad significativa frente a lenteja o alubia.

El análisis proteómico identificó esta banda como una proteína de tipo albúmina 2S, con un *score* elevado y un valor de *expect* altamente significativo, confirmando su identidad con alta probabilidad. Este hallazgo es consistente con proteínas de almacenamiento altamente estables, con potencial capacidad alergénica tanto por vía digestiva como inhalatoria.

Clínicamente, el paciente presentó síntomas respiratorios persistentes en relación con la exposición laboral, con mejoría tras tratamiento y medidas de control.

**Conclusión**

Este caso demuestra la implicación de proteínas de almacenamiento tipo albúmina 2S como alérgenos inhalados en asma ocupacional por exposición a legumbres. Estos hallazgos subrayan la necesidad de incorporar el análisis molecular en la evaluación de asma ocupacional y considerar las legumbres como fuente relevante de alérgenos inhalados en entornos laborales.

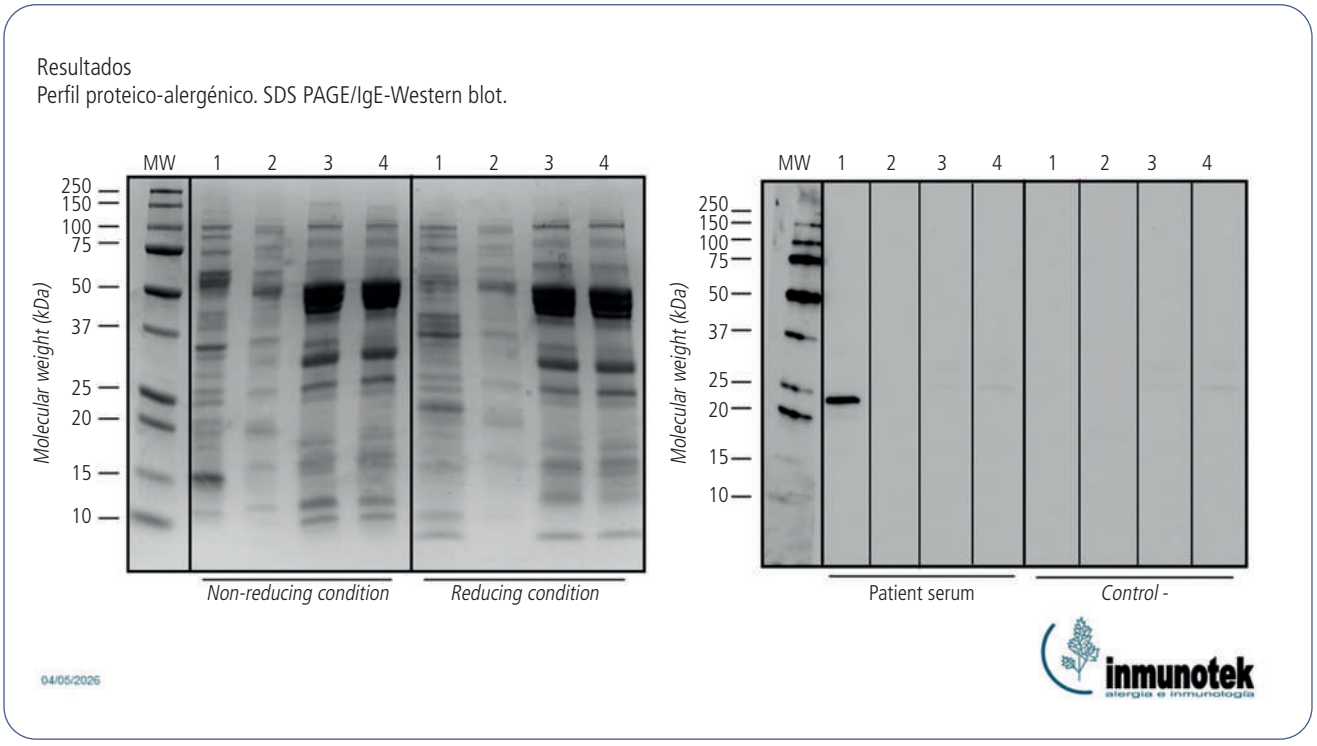



**Figura 1.** SDS-PAGE en condiciones no reductoras y reductoras. IgE-Western blot en condiciones reductoras. MW: marcador de peso molecular. Carril 1, garbanzo crudo lavado. Carril 2, lenteja cruda lavada. Carril 3, alubia cruda lavada. Carril 4, alubia cruda sin lavar.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

Resultados
Análisis de proteómica. Huella peptídica.

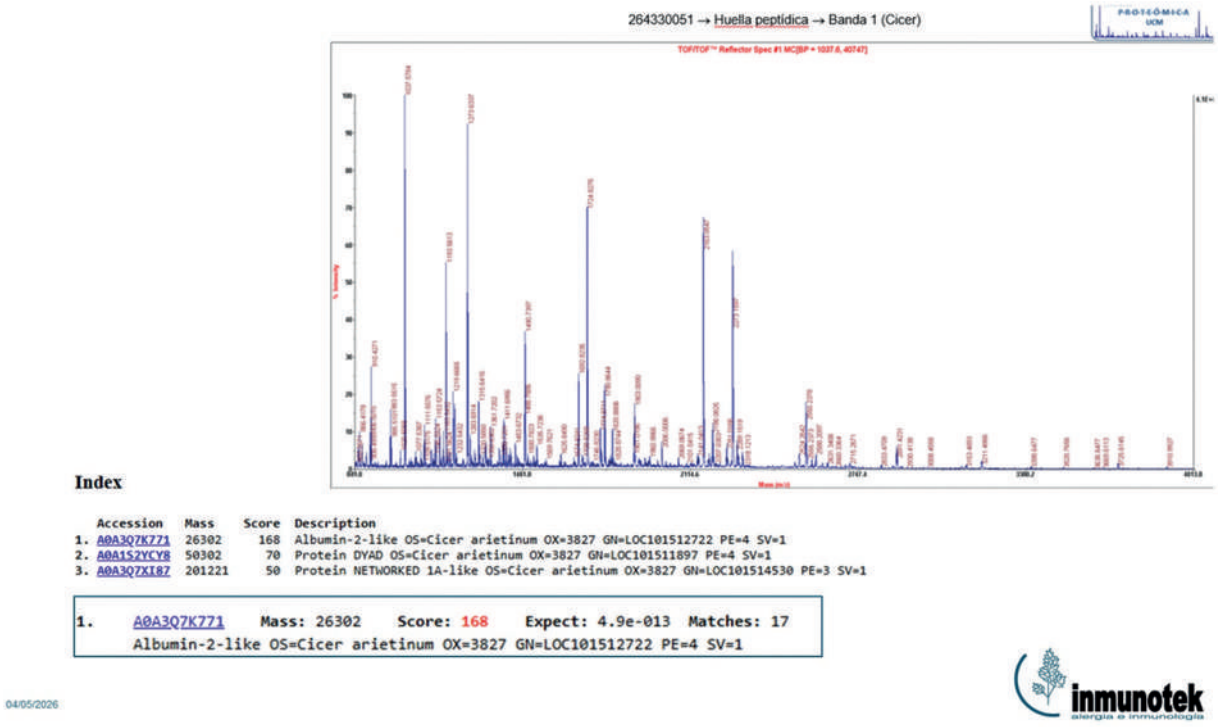



**Figura 2.** Análisis de proteómica huella peptídica.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Rinitis ocupacional por alergia a harina de cereales: particularidades de la sensibilización a proteínas LTP

Piñero Cáceres T, Armas Sosa E, González Afonso M, Rodríguez Plata E, Martínez Tadeo JA, Pérez Rodríguez EM

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

**Objetivo/Introducción**

La inhalación de harina de trigo es el principal agente causal de la rinitis ocupacional en panaderos, desempeñando un importante papel la sensibilización a las proteínas transportadoras de lípidos (LTP).

El Tri a 14 (nsLTP), considerado un alérgeno mayor del trigo común, se ha identificado como un aeroalérgeno relevante capaz de inducir síntomas respiratorios por inhalación.

**Material y métodos**

Varón de 53 años, exfumador, panadero de profesión, que solicita valoración por cuadro de rinitis persistente moderada-grave en relación, exclusivamente, con la exposición a harina de cereales durante su jornada laboral. No asocia sintomatología bronquial. Tolerancia a la ingesta de pan y otros productos elaborados con cereales, así como a distintos alimentos de origen vegetal.

**Resultados**

Estudio *in vivo*: las pruebas cutáneas en *prick* con batería de cereales fueron positivas a maíz y arroz, con resultados negativos para avena, cebada, centeno, trigo y soja. En la batería de neumoalérgenos se detectó positividad al polen de *Artemisia vulgaris*.

Estudio *in vitro*:

- ImmunoCAP™ sIgE: trigo 1,68 kUI/L, gluten 1,16 kUI/L, *Artemisia vulgaris* 1,62 kUI/L, alfa-amilasa <0,10 kUI/L.
- Test ALEX³ (Allergy Explorer de MacroArray Diagnostics): Zea m a 14 (nsLTP del maíz) 5,73 $kU_A$/L, Pan m (mijo) 0,25 $kU_A$/L. Se detectaron niveles bajos-moderados de IgE específica frente a LTP de cacahuete, lenteja, kiwi, apio, fresa, cereza, uva, manzana, melocotón y plátano de sombra. No se detectaron anticuerpos IgE específicos a componentes del trigo.

**Conclusión**

- Las LTP de los cereales pueden actuar como aeroalérgenos sin provocar, necesariamente, una alergia alimentaria al ingerir el cereal.
- La sensibilización múltiple por LTP se explica, principalmente, por el fenómeno de reactividad cruzada debido a la alta similitud estructural entre las proteínas de defensa de diferentes alimentos vegetales.
- La negatividad del diagnóstico molecular no excluyó la sensibilización a trigo, confirmada mediante IgE específica frente a extracto completo.

## Respuesta parcial al tratamiento del reflujo gastroesofágico en una paciente con asma grave

Santaolalla Felices R[1], Meneses Sotomayor JV[1], Noriega Herrera MA[1], Sanjuán Conde M[1], Alonso Bilbao N[2], Venturini Díaz M[1]

[1] Servicio de Alergología e Inmunología, Hospital Universitario San Pedro, Logroño
[2] Servicio de Aparato Digestivo, Logroño

**Objetivo/Introducción**

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una comorbilidad frecuente en el asma grave que afecta a entre el 46% y el 63% de los pacientes, frente al 21% en asma leve-moderada. El asma es un factor de riesgo para la ERGE y viceversa existiendo conexiones patológicas multidireccionales entre ambas.

**Material y métodos**

Mujer de 65 años, exfumadora, con asma grave fenotipo T2 alérgico y eosinofílico persistente severo (en tratamiento en escalón 5 de la Guía GINA incluido omalizumab), con antecedente de doble funduplicatura de Nissen por hernia de hiato, que en revisiones sucesivas presenta mal control de asma con síntomas de predomino nocturno que se asocian a pirosis, regurgitación y vómitos, con 1 o 2 exacerbaciones al año y $FEV_1$ de 1,14 L (55%).

Se ajusta el tratamiento farmacológico, se plantea cambio de biológico y se deriva a digestivo para valoración.

**Resultados**

- Endoscopia digestiva alta: hernia hiatal recidivada. Reflujo biliar duodenogástrico.
- Manometría: motilidad ineficaz (Chicago 4.0). EEI hipotenso (3,8 mmHg).
- pH-metría 24 h con IBP: normal en decúbito y bipedestación.
- TAC de tórax: gran hernia hiatal. Bronquiectasias paramediastínicas, infiltrados alveolointersticiales y lesiones fibrocicatriciales.

Indican medidas antireflujo, aumento de dosis de esomeprazol, levosulpirida y un fármaco de acción barrera esofágica.

Pasados 2 años, la paciente refiere mejoría de los síntomas de RGE y de asma nocturno, aunque persisten 1 o 2 exacerbaciones al año y un deterioro progresivo de la función pulmonar $FEV_1$: 0,97 L.

**Conclusión**

De acuerdo a la Guía GINA 2025 consideramos importante evaluar la presencia de ERGE e indicar tratamiento antirreflujo en pacientes con asma grave mal controlado con pirosis y síntomas respiratorios nocturnos.

En la línea con lo descrito en la literatura, el tratamiento de la ERGE en nuestra paciente con asma grave mejoró los síntomas respiratorios, pero no produjo mejoría en la función pulmonar ni en el número de exacerbaciones.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Análisis de los patrones de prescripción de benralizumab en la Comunidad Valenciana: estudio transversal (2023-2024)

Marín Justo A, Di Bernardo Delgado FT, Frattini Llorens L, Martínez Guerra ME, Díaz Palacios MÁ, Landaveri Sánchez L

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

**Objetivo/Introducción**

Benralizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL-5Rα indicado como tratamiento adicional en adultos con asma eosinofílica grave no controlada. La variabilidad en su prescripción en la práctica clínica real ha sido escasamente evaluada.

*Objetivo:* Analizar la prescripción de benralizumab en la Comunidad Valenciana (CV) durante los años 2023-2024 y evaluar su asociación con variables organizativas y epidemiológicas.

**Material y métodos**

Se presenta un estudio epidemiológico descriptivo, transversal y retrospectivo basado en datos anonimizados obtenidos a través de la plataforma PROSIGA (SIA-GAIA), facilitados por la Conselleria de Sanitat de la CV.

Se analizó la prescripción de 1.979 envases de benralizumab en los 24 departamentos de salud de la CV. Los departamentos se clasificaron en 4 grupos según el número de camas de su hospital de referencia (G1 > 751 camas; G2: 500-750; G3: 250-499; G4 < 249). Se analizó la prescripción en relación con la prevalencia de asma en el departamento, ratio especialistas en alergología y neumología, existencia de comité de asma, y existencia de unidades acreditadas de asma. Para el análisis estadístico se emplearon ANOVA de Welch y un modelo de regresión binomial negativa ajustado por población.

**Resultados**

Se observaron diferencias en la prescripción de benralizumab en función del tamaño del hospital, siendo mayor en hospitales de menor tamaño (grupos G3 y G4, $p<0,01$). La presencia de unidades acreditadas de asma, mayor prevalencia de asma en el departamento y mayor ratio de camas por población se asoció a un incremento significativo de la prescripción ($p<0,001$). Una ratio mayor de neumólogos por población se asoció a menor prescripción ($p<0,001$). La existencia de un comité de asma y la ratio de alergólogos por departamento no tuvieron un impacto relevante.

**Conclusión**

La prescripción de benralizumab presenta variabilidad entre departamentos, dependiendo probablemente de factores organizativos y asistenciales.

## Estudio VACASMA, percepción de la vacunación en pacientes con asma grave: resultados de un estudio transversal y descriptivo

Domínguez Ortega J[1], Martínez Moragón E[2], Blanco Aparicio M[3], Diab Cáceres A[4]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Servicio de Neumología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia
[3] Servicio de Neumología, Hospital Universitario A Coruña, A Coruña
[4] GSK, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El asma grave (AG) es una patología crónica que requiere un abordaje multidisciplinar. Aunque las infecciones respiratorias son desencadenantes clave de exacerbaciones, las recomendaciones de vacunación en estos pacientes son heterogéneas.

*Objetivo:* Estudiar las actitudes de médicos especialistas ante la vacunación en estos pacientes.

**Material y métodos**

El estudio VACASMA fue un estudio de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal y multicéntrico realizado en España. Se incluyeron alergólogos y neumólogos con una experiencia >3 años en atención de pacientes con AG. Entre septiembre de 2025 y abril de 2026 cumplimentaron un cuestionario estructurado sobre sus datos, su labor asistencial y los motivos, estrategias y barreras de vacunación. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas.

**Resultados**

Participaron 114 especialistas (experiencia media de 17,1 años), de los cuales el 77% trabajaba en consulta monográfica de AG. Sin embargo, el 65% carecía de un circuito de vacunación específico, delegando el 79,8% la vacunación al centro de salud. Más del 85% consideran necesaria la vacunación frente a influenza estacional, neumococo y COVID-19 en AG no controlada. Aunque el 98% conocen los riesgos de las infecciones respiratorias en el control del AG y más del 93% informa verbalmente a sus pacientes sobre los beneficios de la vacunación, el 83,3% considera que los pacientes no están lo suficiente informados. Las principales barreras identificadas son la desinformación/mitos (73%) y el miedo a efectos adversos (71%).

**Conclusión**

Existe una alta predisposición en formación y consenso clínico sobre la necesidad de vacunación en AG. Sin embargo, la comunicación verbal es insuficiente para mitigar la desinformación del paciente. Es necesario considerar las barreras administrativas y propias del paciente con el fin de optimizar la vacunación de estos pacientes.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Asma persistente por monosensibilización a Der p 23: un fenotipo excepcional en alergia a ácaros

Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

La sensibilización a *Dermatophagoides pteronyssinus* es altamente prevalente en patología respiratoria alérgica, siendo Der p 1 y Der p 2 los alérgenos mayoritarios. El componente Der p 23 ha emergido como alérgeno relevante, aunque la monosensibilización aislada es excepcional.

*Objetivo:* Describir un caso clínico infrecuente y discutir sus implicaciones diagnósticas.

**Material y métodos**

Mujer de 45 años, residente en zona urbana, con rinitis y asma persistentes moderada de difícil control. *Prick test* positivo frente a *Dermatophagoides pteronyssinus*.

Estudio molecular (ImmunoCAP™): IgE total 250 kU/L; IgE específica a *Dermatophagoides pteronyssinus* 20,9 kU/L; Der p 1 y Der p 2 ≤0,35 $kU_A$/L; Der p 23 positivo (10,4 $kU_A$/L). Estudio negativo para otros neumoalérgenos.

**Resultados**

Se confirmó monosensibilización aislada a Der p 23, un hallazgo extremadamente infrecuente en la práctica clínica. Este perfil sugiere que la respuesta alérgica puede no estar mediada exclusivamente por los alérgenos mayoritarios clásicos, sino también por componentes emergentes. Asimismo, plantea la posible participación de otros alérgenos menores o no incluidos en los paneles diagnósticos habituales, lo que podría explicar la clínica respiratoria en pacientes con estudios convencionales aparentemente negativos o incompletos.

**Conclusión**

La monosensibilización a Der p 23 constituye un fenotipo poco frecuente que puede pasar desapercibido sin diagnóstico molecular, a pesar de tratarse de un alérgeno mayor. Este caso refuerza la importancia de ampliar el estudio alergológico más allá de los componentes clásicos Der p 1 y Der p 2, e identificar perfiles de sensibilización atípicos. Asimismo, sugiere la posible implicación de otros alérgenos distintos a los mayoritarios incluidos en los paneles habituales. La medicina de precisión basada en diagnóstico molecular resulta clave para una adecuada caracterización y manejo de estos pacientes.

## Asma pediátrica por monosensibilización a Der p 23: relevancia del diagnóstico molecular

Albarracín Contreras Á[1], Ortiz Aljaro PA[1], León Hervias P[1], Palazuelos Cayón N[1], García Gutiérrez I[1], Piña Yungasaca R[2]

[1] Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander
[2] Hospital Clínico de Valencia, Valencia

**Objetivo/Introducción**

El componente Der p 23 es un alérgeno mayor de *Dermatophagoides pteronyssinus* cuya relevancia clínica ha aumentado en los últimos años, especialmente en población pediátrica. A diferencia de los alérgenos clásicos (Der p 1 y Der p 2), su detección requiere diagnóstico molecular, lo que puede condicionar infradiagnóstico.

El objetivo es describir un caso clínico representativo y resaltar su valor diagnóstico

**Material y métodos**

Varón de 13 años, residente en Cantabria, sin antecedentes atópicos conocidos, que consulta por rinitis persistente y episodios recurrentes de sibilancias desde la infancia, con empeoramiento progresivo en el último año. Presentaba síntomas diarios, limitación de la actividad física y necesidad frecuente de broncodilatadores de rescate, siendo diagnosticado de asma persistente moderada.

El *prick test* fue positivo para *Dermatophagoides pteronyssinus*. Ante la discordancia clínico-analítica, se realizó diagnóstico molecular (ImmunoCAP™): IgE total 102 kU/L; IgE específica frente a extracto total 22,7 kU/L; Der p 1 y Der p 2 negativos (≤0,35 $kU_A$/L); Der p 23 positivo (12,1 $kU_A$/L). No se evidenció sensibilización a otros aeroalérgenos.

**Resultados**

Se confirmó monosensibilización aislada a Der p 23, un hallazgo poco frecuente pese a tratarse de un alérgeno mayor. Este perfil permitió establecer una relación directa entre la sensibilización molecular y la clínica respiratoria, reclasificando el cuadro como asma alérgica previamente no filiada. Asimismo, sugiere que componentes distintos de los alérgenos mayoritarios clásicos pueden tener un papel clínico relevante en determinados pacientes.

**Conclusión**

La monosensibilización a Der p 23 constituye un fenotipo infrecuente que puede pasar desapercibido sin diagnóstico molecular, a pesar de tratarse de un alérgeno mayor. Este caso pone de manifiesto la importancia de ampliar el estudio alergológico en pacientes con sospecha clínica y resultados convencionales no concluyentes. La identificación de este perfil permite una mejor caracterización fenotípica del asma alérgica, orientando decisiones terapéuticas más precisas y personalizadas.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Impacto de la educación enfermera especializada en la autoadministración de terapias biológicas en asma

Pérez Vega E, Cuadrado Martín Y, García Parrales P, Albarrán Chamorro AI, Ávila Miranda S, Caminoa Irisarri M

Hospital General Universitario Ntra. Sra. del Prado, Talavera de la Reina, Toledo

**Objetivo/Introducción**

El asma grave requiere un abordaje especializado mediante terapias biológicas, permitiendo un control sintomático y una mejora en la calidad de vida del paciente.

El personal de enfermería juega un papel fundamental como educador sanitario, vigilando la seguridad del paciente, optimizando la adherencia al tratamiento y fomentando su autonomía.

*Objetivo:* Describir el perfil del paciente, analizar sus hábitos de administración (lugar, frecuencia, dispositivo y técnica) y evaluar la percepción del dolor, las complicaciones en la zona de punción y la eficacia de la formación impartida.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo sobre una muestra de 150 pacientes, atendidos en la unidad de asma grave.

Se evaluaron variables sociodemográficas y factores del tratamiento (fármaco, frecuencia, dispositivo, zona de punción y tiempo de atemperado), formación recibida, escala de dolor EVA y quién lo administra.

**Resultados**

66% mujeres. Edad media de 50,96 años, rango de edad 8-89 años.

Fármaco más frecuente: dupilumab (37,3%), seguido de tezepelumab (20,7%), omalizumab (16,7%), mepolizumab (16%) y benralizumab (9,3%). El 79% se administran el tratamiento en su domicilio, autoinyección mayoritariamente.

El personal de enfermería de alergias instruye al 72% de los pacientes y familiares.

Solo el 10% presenta complicaciones, como dolor tras administración o reacción local leve.

Media de dolor (escala EVA): dupilumab, 5,57; mepolizumab, 3,58; tezepelumab, 3,31; omalizumab, 3,00; benralizumab, 1,21.

El abdomen es la zona más elegida y la menos dolorosa.

Atemperado insuficiente en el 50,67% de casos.

**Conclusión**

- La labor educativa de enfermería es fundamental para conseguir el éxito de la administración domiciliaria y baja tasa de complicaciones.
- El dispositivo autoinyectable facilita la administración.
- Debemos reforzar la labor educativa en relación al tiempo de atemperado.
- Es recomendable revisar la técnica en aquellos pacientes con dolor intenso.

## Asma grave de inicio tardío como forma de presentación de vasculitis eosinofílica

Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, León Palazuelos N, García Gutiérrez I

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

El asma grave (AG) constituye una entidad heterogénea que requiere tratamiento intensivo en los escalones más altos de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Su abordaje implica confirmar el diagnóstico, evaluar la adherencia terapéutica y descartar causas secundarias o comorbilidades que condicionen el mal control. En determinados casos puede ser la manifestación inicial de enfermedades sistémicas.

*Objetivo:* Describir un caso clínico de asma grave con etiología subyacente.

**Material y métodos**

Varón de 65 años derivado a consulta de alergología por asma de inicio tardío no controlada en escalón 5, asociada a eosinofilia persistente y anosmia.

Las pruebas funcionales respiratorias evidenciaron una obstrucción grave al flujo aéreo, con fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) de 133 ppb. El estudio alergológico fue negativo.

En la analítica destacaban eosinofilia máxima de 950 células/µL, IgE total de 311 UI/mL y positividad de anticuerpos anti-mieloperoxidasa (MPO) (105,7 UI/mL), con anticuerpos antiproteinasa 3 negativos.

La tomografía computarizada de alta resolución mostró signos de broncopatía crónica y áreas parcheadas en vidrio deslustrado. La nasofibroscopía evidenció poliposis nasal bilateral grado IV. El ecocardiograma no mostró alteraciones relevantes.

**Resultados**

Ante la sospecha de granulomatosis eosinofílica con poliangeítis, se inició manejo multidisciplinar. Se pautó corticoterapia sistémica a dosis altas durante dos semanas sin mejoría clínica significativa.

Posteriormente, se inició tratamiento con mepolizumab a dosis de 300 mg subcutánea mensual, observándose mejoría clínica progresiva y recuperación de la función pulmonar.

**Conclusión**

El asma grave eosinofílica de inicio tardío requiere un abordaje diagnóstico amplio que incluya enfermedades sistémicas como la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. La presencia de eosinofilia persistente, afectación respiratoria severa y manifestaciones otorrinolaringológicas debe alertar sobre esta posibilidad.

El inicio precoz de terapias dirigidas como mepolizumab puede mejorar la evolución clínica, controlar la inflamación eosinofílica y potencialmente limitar la progresión hacia formas más graves con afectación multiorgánica.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# La oscilometría como herramienta que muestra modificaciones en la vía aérea pequeña desde el primer mes tras pauta de tezepelumab antes que la espirometría

Gallego Segovia MD[1,2], García Dumpiérrez AM[3], Figueroa Rivero J[1,2], Díaz Cruz MR[1], Reinaldo Armas Y[1], de la Nuez León MJ[1]

[1] Sección de Alergología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
[2] Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (IISC), Las Palmas de Gran Canaria
[3] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Dr. Negrín de Gran Canaria., Las Palmas de Gran Canaria

**Objetivo/Introducción**

La oscilometría de impulsos valora la mecánica respiratoria con la aplicación de pequeños pulsos de presión que producen oscilaciones de flujo a una frecuencia determinada (5-30 Hz), con respiración a volumen corriente. Los parámetros más útiles registrados son la resistencia al flujo aéreo y la reactancia respiratoria.

*Objetivo:* Observar los cambios en la resistencia y reactancia de la vía aérea pequeña desde el primer mes de la administración de tezepelumab en una paciente con asma grave no controlada (AGNC).

**Material y métodos**

Se trata de una paciente de 53 años con síntomas de tos seca persistente, disnea y sibilantes diarios con despertares de 4 noches/semana en tratamiento de mantenimiento con dosis medias de corticoides inhalados y LABA, además de salbutamol 4-5 inhalaciones/día. Presenta exacerbaciones asmáticas cada 1-2 meses que requiere de tratamiento urgente con aerosoles, corticoides parenterales, orales y antibióticos, siendo diagnosticada de rinitis y AGNC. Ha padecido 2 neumonías previas. Se añade antileucotrienos, triple terapia inhalada, con exacerbaciones cada 2-3 meses, pero sin uso diario de salbutamol y con despertares de un día/semana.

Pruebas complementarias:

- Tests cutáneos a aeroalérgenos: ácaros, pólenes, hongos, derivados de animales, cucaracha y látex: resultando positivo a ácaros.
- Eosinofilia periférica: 300/microlitro, IgEt: 388, subpoblaciones linfocitarias normales.
- Citología de esputo: patrón eosinofílico.
- Espirometría: VEMS 50%, FVC 77%, IT 69%. TBD positivo en mesoflujos.
- FeNO: 39 ppb.
- Oscilometrías: R5-20: 10,54, AX: 3,536, R5: 2,495 con TBD positivo.
- ACT: 10.
- TACAR: atelectasia subsegmentaria.

**Resultados**

Se objetiva cómo desde el primer mes de tratamiento con el biológico, las resistencias y reactancias de la vía aérea pequeña se reducen durante los 8 meses de seguimiento.

**Conclusión**

La oscilometría es una herramienta que aporta gran información respecto a los cambios en la vía aérea pequeña tras el uso tezepelumab, desde el primer mes de su administración, antes que la espirometría.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# La oscilometría como herramienta de diagnóstico en casos de imposibilidad de realización de otras pruebas funcionales respiratorias

Gallego Segovia MD[1,2], García Dumpiérrez AM[3], Figueroa Rivero J[1,2], Martínez Beltrán D[1,2], Caballero Naranjo E[1,2], Góngora Martínez MA[1]

[1] Sección de Alergología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
[2] Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (IISC), Las Palmas de Gran Canaria
[3] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Dr. Negrín de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

**Objetivo/Introducción**

La oscilometría de impulsos valora la mecánica respiratoria con la aplicación de pequeños pulsos de presión que producen oscilaciones de flujo a una frecuencia determinada (5-30 Hz), con respiración a volumen corriente. Los parámetros más útiles registrados son la resistencia al flujo aéreo y la reactancia respiratoria.

El objetivo del estudio es la puesta en valor de la oscilometría como herramienta tanto de diagnóstico, cuando otras pruebas funcionales no pueden realizarse por motivos justificables, como de valoración de la respuesta al tratamiento con mepolizumab 100 mg.

**Material y métodos**

Se trata de una paciente de 56 años que presenta 3-4 exacerbaciones asmáticas al año en tratamiento de mantenimiento con dosis altas de corticoides inhalados, LABA, y SABA a demanda, que en los últimos tres meses antes de llegar a nuestra consulta, por indicación de primaria, se mantiene única y exclusivamente con salbutamol a demanda de 6-12 inhalaciones/día, presentando parada cardiorrespiratoria y tetraparesia por anoxia como secuela. Además, padece de poliposis nasosinusal con una polipectomía previa.

Pruebas complementarias:

- Test cutáneos a aeroalérgenos a ácaros, pólenes, derivados de animales, hongos, cucaracha y látex: resultando negativos.
- Espirometría, FeNO, citología de esputo: no realizables por incapacidad funcional de la paciente.
- Oscilometrías: R5-20: 4,69, AX: 3,3, R5: 2,65.
- Analítica: eosinofilia 500/microlitro, IgEt 84,5, PCE 36,7.

Iniciamos tratamiento con mepolizumab 100 mg.

**Resultados**

Le diagnosticamos un asma grave eosinofílica no controlada con disfunción grave de la vía aérea pequeña con poliposis nasosinusal como comorbilidad.

Se le realiza oscilometría al mes del tratamiento con mepolizumab 100 mg, objetivándose disminución de las resistencias y reactancias de la vía aérea pequeña.

**Conclusión**

La oscilometría es útil en el diagnóstico del asma cuando otras pruebas funcionales no pueden realizarse. Asimismo, la oscilometría es una herramienta útil para la valoración de la respuesta al tratamiento con mepolizumab desde el primer mes.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Impacto de comorbilidad atópica en el control del asma en población pediátrica: estudio transversal

Andrade Geraldes R, Mendes Freitas T, Ferreira Alves I, Cunha Tavares F, Todo Bom A, Gaspar Lemos S

Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

**Objetivo/Introducción**

Las enfermedades atópicas frecuentemente coexisten en pacientes pediátricos con asma, pudiendo contribuir a un fenotipo clínico más complejo.

*Objetivo:* Evaluar el impacto de las comorbilidades atópicas en el control del asma.

**Material y métodos**

Estudio transversal retrospectivo que incluyó pacientes pediátricos con diagnóstico de asma seguidos en una consulta de alergología pediátrica. Se recogieron variables demográficas y clínicas, incluyendo la presencia de alergia alimentaria (AA), rinitis alérgica (RA) y dermatitis atópica (DA). El mal control del asma se definió por la presencia de alguno de los siguientes en la última consulta: síntomas diurnos/nocturnos, uso frecuente de medicación de rescate o alguna exacerbación. Se realizó regresión logística multivariable ajustada por edad y sexo.

**Resultados**

Se incluyeron 401 pacientes, de los cuales 163 (40,6%) presentaban asma no controlada en la última consulta. Las características clínicas y demográficas se resumen en la Tabla.

En el análisis multivariable, la AA se asoció de forma independiente con mayor probabilidad de asma no controlada (OR 2,9; IC95% 1,1-7,7; $p$=0,032). Asimismo, la DA mostró una asociación significativa (OR 2,6; IC95% 1,3-5,5; $p$=0,010). No se observó asociación con la RA ($p$=0,859). Asimismo, el número de comorbilidades atópicas mostró una asociación significativa con el mal control del asma, observándose un incremento progresivo en la frecuencia de asma no controlada por cada comorbilidad adicional (OR 1,55; IC 95% 1,16-2,07; $p$=0,003).

**Conclusión**

Las comorbilidades atópicas, en particular la AA y la DA, se asocian de forma independiente con un peor control del asma en población pediátrica. Además, se observa una relación directa entre el número de comorbilidades atópicas y el mal control del asma, lo que sugiere un efecto acumulativo de la carga atópica. La evaluación sistemática de estas comorbilidades puede ser relevante en la estratificación y manejo del asma pediátrica.

**Tabla.** Características clínicas según el control del asma.

| Variable | Asma controlada (n=238) | Asma no controlada (n=163) | Valor $p$* |
|---|---|---|---|
| Edad, mediana (RIQ) | 10 (5) | 8 (5) | <0,001 |
| Sexo masculino, n (%) | 139 (58,4) | 84 (51,5) | 0,174 |
| Rinitis alérgica, n (%) | 155 (65,1) | 101 (62,0) | 0,517 |
| Dermatitis atópica, n (%) | 15 (6,3) | 27 (16,6) | <0,001 |
| Alergia alimentaria, n (%) | 7 (2,9) | 18 (11,0) | <0,001 |

*Relación univariada entre variables y control del asma mediante $\chi^2$ para variables categóricas y Mann-Whitney para edad por distribución no normal.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Epidemiología de las crisis bronquiales en la infancia. Experiencia en nuestro centro

Zambrano Cedeño KJ, Sobrevía Elfau MT, Pichardo Santos MA, Colás Sanz C

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

**Objetivo/Introducción**

El asma y las crisis bronquiales son la patología pediátrica más prevalente en urgencias. Según la guía GEMA 5.5, el uso recurrente de corticoides sistémicos (CS) es un marcador de mal control y riesgo de exacerbaciones graves. Este estudio analiza el consumo de CS en urgencias y su relación con la gravedad clínica, ingresos y tratamiento basal.

**Material y métodos**

Estudio observacional, analítico y retrospectivo de 169 pacientes (0-14 años) con ≥2 asistencias a urgencias por patología bronquial en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante 2024. Se compararon dos grupos: bajo consumo (<2 pautas/año) y alto consumo (≥2 pautas/año) de CS. Se analizaron variables demográficas, gravedad mediante *pulmonary score* (PS) y uso de recursos asistenciales.

**Resultados**

La mediana de edad fue de 2 años (60,36% varones). El 48,5% presentó alto consumo de CS. Aunque el PS fue el principal determinante para administrar CS ($p$<0,001), el 21,3% de las crisis leves también recibió el fármaco. Se detectó una brecha terapéutica significativa: solo el 20,1% de la muestra recibió corticoides inhalados (CI) de mantenimiento. El alto consumo de CS se asoció con un incremento drástico en la carga asistencial, triplicando el riesgo de ingreso hospitalario (OR 3,17; $p$=0,012) y quintuplicando la probabilidad de ser hiperfrecuentador en urgencias (≥3 visitas/año; OR 5,24; $p$<0,001). Además, el 23,7% de los pacientes con alto consumo no habían sido derivados a consultas especializadas.

**Conclusión**

El uso recurrente de CS identifica un fenotipo de paciente hiperfrecuentador con control basal deficitario. El segundo ciclo anual de CS marca un punto de inflexión en el riesgo de hospitalización. Urgencias debe funcionar como detector de pacientes con necesidad de tratamiento preventivo. La instauración precoz de CI mantenimiento y la derivación prioritaria a consulta especializada son esenciales para romper este ciclo.

## Evolución en el asma grave eosinofílico corticodependiente

Frías Jiménez M, Vegas Sánchez MC, Roncancio Clavijo A, de la Viuda Camino E, Ruiz de Galarreta Beristain M, Uriel Villate O

Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz

**Objetivo/Introducción**

El manejo del asma grave corticodependiente presenta un reto clínico significativo debido a la morbilidad asociada al uso crónico de glucocorticoides orales (GCO). Presentamos el caso de un paciente con asma grave no controlada corticodependiente y evaluamos la respuesta clínica, funcional y la capacidad de desescalada terapéutica tras el cambio de una terapia biológica anti-IL-5 (mepolizumab) a anti-TSLP (tezepelumab).

**Material y métodos**

Se trata de un varón de 73 años, exfumador, con antecedentes de poliposis nasal, asma grave eosinofílico corticodependiente. Antes de 2017 presentó 3 ingresos hospitalarios (2 de ellos en UCI). Se analiza la respuesta clínica tras el inicio de mepolizumab en 2017 y el posterior cambio a tezepelumab en junio de 2025, comparando variables de función pulmonar y la necesidad de mantenimiento con GCO.

**Resultados**

Con mepolizumab, el paciente presentó mejoría clínica, aunque persistió dependencia a prednisona a dosis de 5 mg/día, con necesidad de incrementos ocasionales durante exacerbaciones. Tras el inicio de tezepelumab, se logró la retirada completa de la prednisona, manteniendo estabilidad clínica y ausencia de agudizaciones.

El perfil inmunológico mostró IgE total de 843 UI/mL y sensibilización a ácaros. Tras la suspensión del anti-IL-5, los eosinófilos subieron de 100 a 500 células/µL.

Se observó mejoría funcional significativa entre febrero de 2025 y septiembre de 2026: incremento de FVC de 2,50 L (59%) a 3,14 L (75%); incremento de $FEV_1$ de 1,10 L (35%) a 1,41 L (45%).

**Conclusión**

Se objetiva que el fenotipo del asma grave es dinámico y puede evolucionar con el tiempo, requiriendo una reevaluación constante. El cambio a una terapia biológica con una diana distinta ha permitido en este paciente la estabilización clínica, la retirada definitiva de los GCO y la mejoría en la capacidad pulmonar.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Asma ocupacional por sensibilización a enzima derivada de *Rhizomucor miehei* en trabajador del sector lácteo

Lemes Mendoza C[1], Cortés Collado JJ[2], Muñoz Ramírez M[1], Kuljuh Causevic A[1], Vicente López JJ[3], Peñalver Mellado M[3]

[1] Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia
[2] Hospital Virgen del Castillo, Murcia
[3] Probelte Pharma, Murcia

**Objetivo/Introducción**

Las enzimas alimentarias microbianas constituyen alérgenos ocupacionales reconocidos en la industria. El coagulante Fromase®, derivado de *Rhizomucor miehei*, presenta un elevado potencial alergénico debido a su naturaleza fúngica y composición proteica.

Presentamos un caso de asma ocupacional en un trabajador del sector lácteo en relación con la exposición a proteasas derivadas de este hongo.

**Material y métodos**

Varón de 44 años, empleado en una fábrica de quesos, con rinoconjuntivitis alérgica previa por sensibilización a pólenes, que presenta síntomas bronquiales en relación con la exposición laboral al cuajo de queso, con mejoría en periodos vacacionales.

Se realizó *prick-prick* con los productos implicados: Fromase® (endopeptidasa) y Maxiren® (quimosina), con resultado positivo para Fromase® y controles negativos.

Se elaboraron extractos alergénicos de ambos productos, caracterizándolos mediante SDS-PAGE. Posteriormente, se realizó *immunoblot* incubando el suero del paciente con el extracto de Fromase® al 5%.

**Resultados**

El análisis por SDS-PAGE mostró que Fromase® presentaba una banda principal entre 40-50 kDa, junto con fragmentos secundarios de 35-40 kDa.

En el *immunoblot* se identificaron tres bandas IgE-reactivas entre 37 y 50 kDa, con una banda predominante en torno a 40 kDa. Las bandas de menor peso molecular se interpretan como posibles fragmentos procesados o variantes de la enzima.

**Conclusión**

La clínica sugerente de asma ocupacional, junto con la demostración de sensibilización mediada por IgE frente a proteínas derivadas de *Rhizomucor miehei*, apoya el papel de este coagulante como agente implicado en el cuadro respiratorio del paciente.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# El esputo inducido como herramienta de apoyo al diagnóstico del fenoendotipo del paciente con asma grave no controlada

Gallego Segovia MD[1,2], Sánchez Alonso S[3], González Martínez G[3], Rivas García E[3], García Dumpiérrez AM[4]

[1] Sección de Alergología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
[2] Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (IISC), Las Palmas de Gran Canaria
[3] Servicio de Inmunología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
[4] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Dr. Negrín de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

**Objetivo/Introducción**

El esputo inducido es una herramienta validada y estandarizada, considerada el *gold standard* de los métodos no invasivos para evaluar la inflamación bronquial y discernir los fenotipos inflamatorios en el asma.

Nuestro objetivo fue utilizar esta herramienta complementaria junto a la eosinofilia en sangre, las pruebas funcionales respiratorias y radiológicas, en pacientes diagnosticados de asma grave no controlada (AGNC), así como la citología nasal en pacientes con poliposis nasosinusal, para un mejor diagnóstico del fenoendotipo y la elección del biológico más adecuado.

**Material y métodos**

Se obtuvo el esputo espontáneo de 10 pacientes con AGNC, 5 de ellos con la comorbilidad de poliposis nasosinusal y se envió al servicio de inmunología donde realizaron estos pasos:

- Procesamiento del esputo:
  - Selección de tapones de moco.
  - Tratamiento con ditiotreitol (DTT).
- Valoración de la calidad de la muestra teniendo en cuenta:
  - La viabilidad celular y el grado de contaminación escamosa celular.
- Contaje celular por citometría de flujo:
  - Técnica multiparamétrica que permite identificar, caracterizar y cuantificar poblaciones celulares mediante la utilización de anticuerpos monoclonales unidos a fluorocromos, los cuales reconocen proteínas específicas expresadas por los leucocitos.

Se compararon los resultados de la citología de esputo, la citología de los pólipos, la eosinofilia en sangre y el FeNO, para valorar el biológico más adecuado del paciente *naïve* o del que requirió un *switching*.

**Resultados**

Según la proporción de las distintas poblaciones leucocitarias del esputo, se obtuvieron siete pacientes con patrón eosinofílico, dos con patrón neutrofílico y uno con patrón paucigranulocítico.

Tras valorar la correlación de todos los parámetros comentados, se realizaron tres *switching* y siete fueron pacientes *naïve*.

**Conclusión**

La citología de esputo es una herramienta muy útil para el mejor diagnóstico del fenoendotipo del paciente con AGNC y la elección del biológico más adecuado.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Asma alérgica con monosensibilización a *Blomia tropicalis* como causa infradiagnosticada en el norte de España

Albarracín Contreras Á[1], Ortiz Aljaro PA[1], León Hervias P[1], Palazuelos Cayón N[1], García Gutiérrez I[1], Ruiz de Galarreta Beristain M[2]

[1] Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander
[2] Hospital Universitario de Arava, Vitoria-Gasteiz

**Objetivo/Introducción**

*Blomia tropicalis* es un ácaro doméstico prevalente en regiones tropicales, cuya relevancia en zonas templadas ha sido tradicionalmente infravalorada en Cantabria. Puede actuar como aeroalérgeno clínicamente significativo incluso en ausencia de sensibilización a otros ácaros habituales, dificultando el diagnóstico etiológico en pacientes con patología respiratoria persistente.

*Objetivo:* Describir un caso de asma en adulto en el que la monosensibilización a *Blomia tropicalis* permitió establecer el diagnóstico.

**Material y métodos**

Mujer de 53 años, residente en Cantabria, con antecedentes de rinitis persistente moderada y asma persistente moderada en tratamiento con triple terapia inhalada, con control clínico subóptimo y exacerbaciones frecuentes. No refería antecedentes de atopia ni exposición relevante a ambientes tropicales.

Se realizó estudio alergológico completo, incluyendo pruebas cutáneas e IgE específica frente a aeroalérgenos habituales (ácaros domésticos, pólenes, epitelios y hongos), resultando negativo. La determinación de IgE específica frente a *Blomia tropicalis* fue positiva (10,07 kU/L), con IgE total de 83,2 IU/mL.

**Resultados**

Se confirmó monosensibilización a *Blomia tropicalis*, identificándose como el único alérgeno implicado en la clínica respiratoria de la paciente. Este hallazgo permitió reinterpretar la enfermedad como asma alérgica no previamente filiada. La ausencia de sensibilización a otros alérgenos habituales contribuyó al retraso diagnóstico inicial.

**Conclusión**

La monosensibilización a *Blomia tropicalis* debe considerarse en pacientes con asma y rinitis en zonas templadas, especialmente en casos sin etiología clara. Su infradiagnóstico puede condicionar un manejo inadecuado y un peor control clínico. La inclusión de este alérgeno en el estudio alergológico puede mejorar la precisión diagnóstica y optimizar el abordaje terapéutico en pacientes seleccionados.

## Rinitis y sibilancias recurrentes en niño migrante: *Blomia tropicalis* como alérgeno poco frecuente en el norte de España

Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

*Blomia tropicalis* es un ácaro predominante en regiones tropicales y subtropicales, cuya sensibilización puede persistir tras la migración a zonas templadas. En población pediátrica, puede pasar desapercibido al no incluirse de forma rutinaria en los estudios alergológicos estándar.

*Objetivo:* Describir un caso pediátrico en el que la monosensibilización a *Blomia tropicalis* permitió establecer la causa de la sintomatología respiratoria.

**Material y métodos**

Varón de 12 años, procedente de Colombia, residente en Cantabria desde hace 4 años, que presenta rinitis persistente y episodios de sibilancias recurrentes desde su llegada. No presentaba antecedentes personales ni familiares de atopia conocidos.

El estudio alergológico inicial (pruebas cutáneas e IgE específica frente a aeroalérgenos habituales) fue negativo. Ante la persistencia de la clínica, se amplió el estudio incluyendo *Blomia tropicalis*, objetivándose IgE específica positiva (18,3 kU/L) con IgE total de 68,2 IU/mL.

**Resultados**

Se confirmó monosensibilización a *Blomia tropicalis*, siendo el único alérgeno identificado. La procedencia del paciente de un área con mayor prevalencia sugiere sensibilización previa. Además, las condiciones climáticas de Cantabria, caracterizadas por elevada humedad, podrían favorecer la persistencia del alérgeno en el entorno, actuando como desencadenante clínico tras la migración. Este caso refuerza su papel como alérgeno emergente o introducido en zonas templadas

**Conclusión**

La sensibilización a *Blomia tropicalis* debe considerarse en niños con clínica respiratoria persistente, especialmente en población migrante. Su posible papel como alérgeno emergente en zonas templadas húmedas refuerza la necesidad de ampliar los paneles diagnósticos. Su identificación precoz permite un manejo dirigido y mejora el control de la enfermedad alérgica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## SIGLEC6 como posible marcador tisular en poliposis nasal y asma: estudio piloto

Morgado Llamazares N[1,2], Moreno Jiménez E[1,2], Bueno Fortes S[1], González de Olano D[3], García Sánchez A[1,4,5], Sanz Lozano C[1,2,5]

[1] Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca
[2] Departamento de Microbiología y Genética, Universidad de Salamanca
[3] Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid
[4] Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico, Salamanca
[5] Instituto de Salud Carlos III, Red de Enfermedades Inflamatorias (RICORS), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La rinosinusitis crónica con poliposis nasal (CRSwNP) es una enfermedad heterogénea en cuya patogénesis intervienen múltiples factores genéticos. SIGLEC6 (*Sialic Acid Binding Ig Like Lectin 6*) codifica un receptor de membrana expresado en mastocitos humanos que modula la respuesta inflamatoria. En un análisis transcriptómico previo, se identificó SIGLEC6 como gen diferencialmente sobreexpresado en las biopsias nasales de pacientes con CRSwNP (FC=-6,29; valor $p$ = 9,46E-19).

El objetivo de este estudio piloto fue validar la expresión de SIGLEC6 en biopsias y sangre periférica de controles y de pacientes con CRSwNP y asma.

**Material y métodos**

Se incluyeron 23 individuos (11 controles y 12 pacientes con CRSwNP y asma). Se obtuvieron tejido de la mucosa nasal sana y tejido polipoideo, y sangre periférica de ambos grupos. Se aisló el ARN total, se generó ADNc mediante RT-PCR y se evaluó la expresión del gen SIGLEC6 mediante PCR cuantitativa con SYBR Green. Se aplicó el método ΔΔCt con *GAPDH* como gen de referencia. Los datos se analizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney. La correlación de SIGLEC6 entre sangre y tejido se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

**Resultados**

La expresión de SIGLEC6 fue significativamente mayor en el tejido polipoide de los pacientes en comparación con los controles (5,68 ± 4,13 vs. 1,67 ± 1,87; $p$<0,001), confirmando los hallazgos transcriptómicos previos. Esta diferencia no se observó en sangre periférica (1,28 ± 0,75 vs. 1,44 ± 0,81; $p$=0,712), lo que refuerza su carácter de marcador tisular específico. No hubo correlación de SIGLEC6 entre sangre y tejido (r= 0,151, $p$=0,49)

**Conclusión**

La sobreexpresión de SIGLEC6 en tejido de pacientes con CRSwNP y asma lo posiciona como posible marcador tisular y diana terapéutica. Son necesarios estudios en cohortes más amplias para confirmar su relevancia clínica.

## Concordancia e impacto clínico y funcional de los criterios de broncodilatación ERS/ATS 2021 en asma

Sánchez Carrasco P, González Figueroa D, Sastre Domínguez J, Betancor Pérez D

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La respuesta broncodilatadora (RBD) es una herramienta clave diagnostica y en la evaluación de los pacientes asmáticos, dado que se asocia a peor control del asma, más exacerbaciones y mayor deterioro de la función pulmonar. Tradicionalmente, una RBD positiva se consideraba como $FEV_1$ ≥12% y ≥200 mL (ERS/ATS 2005). Pero en 2021 se propusieron unos nuevos criterios determinando positivo $FEV_1$, >10% del valor predicho para reducir el sesgo por tamaño corporales y valores extremos de $FEV_1$. La implicación de estos nuevos criterios en la práctica clínica es controvertida.

Por ello, el objetivo de nuestro estudio fue comparar el impacto clínico y funcional de los pacientes con ambas definiciones de broncodiltación durante tres años y determinar diferencias entre ellos.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional longitudinal de pacientes asmáticos de distintas gravedades evaluados durante 3 años (cohorte MEGA). Se evaluó en cada periodo el control de la enfermedad (*Asthma Control Test* [ACT]) y función pulmonar ($FEV_1$, $FEV_1$/FVC). La concordancia se analizó mediante el índice kappa de Cohen.

**Resultados**

351 pacientes asmáticos fueron incluidos. La concordancia entre ambos criterios de RBD fue del 89,5% (kappa=0,752), con prevalencia de RBD positiva un 10% menos con los criterios de 2021. Los pacientes con RBD positiva según 2005 mostraron significativamente peor ACT inicial (19,5 vs. 20,7; $p$=0,048) que se equiparaba durante el seguimiento. Ambas definiciones identificaron menor $FEV_1$ y $FEV_1$/FVC en pacientes con RBD positiva al inicio y al primer año ($p$<0,05), diferencias que disminuyeron en visitas posteriores ($p$<0,05).

**Conclusión**

Los criterios ERS/ATS 2021 muestran alta concordancia con los de 2005 y no generan diferencias clínicamente relevantes en control ni función pulmonar a lo largo de tres años. La RBD podría reflejar una variabilidad fisiológica inicial más que un fenotipo estable, reforzando la validez de ambos criterios en el monitoreo longitudinal del asma.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Una sola inflamación, múltiples órganos: respuesta multiorgánica a dupilumab en una paciente con multimorbilidad T2

Moreira García MG, Abengozar Manzanaque M, Martínez Sendino M, Román Sanabria J, Peña Arellano MI, Moro Moro MDM

Hospital Universitario de Toledo, Toledo

**Objetivo/Introducción**

La inflamación tipo 2 (T2) representa un mecanismo inmunopatológico común implicado en múltiples enfermedades alérgicas y eosinofílicas, como el asma grave, la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) y diversas dermatosis inflamatorias pruriginosas. El concepto de multimorbilidad T2 ha adquirido especial relevancia al reconocerse la existencia de una inflamación epitelial compartida capaz de afectar simultáneamente distintos órganos. Presentamos un caso de inflamación T2 multisistémica con afectación cutánea y respiratoria grave, destacando la respuesta clínica multiorgánica tras bloqueo dual IL-4/IL-13.

**Material y métodos**

Mujer de 41 años con antecedentes de asma grave T2 eosinofílica/alérgica, sensibilizada a gramíneas, ácaros y olivo, RSCcPN intervenida mediante cirugía endoscópica nasosinusal y prurigo nodular grave refractario (Figura 1). Fue evaluada de forma multidisciplinar por alergología, dermatología y otorrinolaringología mediante cuestionarios clínicos, biomarcadores inflamatorios, pruebas funcionales respiratorias, estudio alergológico y valoración ORL.

**Resultados**

La paciente presentaba polisensibilización respiratoria relevante, IgE total de 1.662 kU/L y eosinofilia periférica de 800 células/µL. El asma mostraba mal control clínico (ACT 9), FeNO de hasta 43 ppb y $FEV_1$ del 63%. Persistía

**Tabla.** Evolución de variables clínica y biomarcadores.

| | Variable | Basal | Seguimiento tras dupilumab |
|---|---|---|---|
| Asma grave | Sensibilización molecular | *Dermatophagoides pteronyssinus* 2,3 kU/L<br>*Cupressus arizonica* 0,92 kU/L<br>*Olea europea* 56,4 kU/L<br>*Phleum pratense* >100 kU/L | Persistente<br>(sin reevaluación) |
| | ACT | 9-13 puntos | 19 puntos |
| | FeNO | 39-43 ppb | 7 ppb |
| | Eosinófilos periféricos | 1.200 cél/µL | 600 cél/µL |
| | IgE total | 1.662 kU/L | 1.278 kU/L |
| | $FEV_1$ | 1.650 mL (63%) | 1.910 mL (74%) |
| | Uso de salbutamol | 2 veces/día | No necesidad de rescate |
| | Exacerbaciones asmáticas | Crisis previas con CSO e ingreso en 2023 | Sin nuevas exacerbaciones |
| | Peso corporal | Obesidad | Pérdida >10 kg |
| | Tolerancia al ejercicio | Disnea con esfuerzo | Mejoría significativa |
| | TACAR pulmonar | Signos de broncopatía.<br>Pequeñas áreas de atrapamiento aéreo. | No disponible postratamiento |
| Poliposis | TAC Facial | Lesiones polipoides en ambas cavidades nasales. Ocupación parcial de senos paranasales. | No disponible postratamiento |
| | RSCcPN-SNOT-22 | 70 puntos | 58 puntos (mejoría subjetiva) |
| | EVA obstrucción nasal | 5/10 | 3/10 |
| | EVA olfato | 8-10/10 (anosmia grave) | 5/10 |
| | Poliposis nasal (fibroscopio) | Grado III-IV bilateral | Grado II bilateral |
| Prurigo nodular | NRS/EVA prurito | 10/10 | Mejoría clínica significativa |
| | DLQJ | 13 | Mejoría subjetiva |
| | BSA afectada | 53% | Descenso clínico de lesiones activas, lesiones residuales. |
| | Necesidad de corticoides sistémicos | Ciclos repetidos de prednisona | Suspendidos tras dupilumab |
| | Calidad de vida | Alteración severa, ansiedad/depresión asociada | Mejoría de eje psicosocial |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad




**Figura.** Lesiones de prurigo nodular refractario.

además poliposis nasal bilateral grado III-IV con SNOT-22 de 70 puntos. Desde el punto de vista dermatológico, presentaba prurigo nodular grave con EVA prurito 10/10, DLQI 13 y afectación corporal del 53%, refractario a corticoides tópicos y sistémicos. Se inició tratamiento con dupilumab (600 mg inicial y 300 mg cada 14 días), observándose en tan solo dos meses una mejoría clínica rápida y simultánea a nivel cutáneo, nasal y respiratorio, con disminución de lesiones activas, mejor control asmático y retirada de corticoterapia (Tabla).

**Conclusión**

Este caso ejemplifica el paradigma actual de multimorbilidad T2 y refuerza el concepto de eje piel-vía aérea como entidad inflamatoria unificada, subrayando el valor del abordaje multidisciplinar y de las terapias biológicas dirigidas en pacientes con enfermedad T2 compleja.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Utilidad de la prueba de provocación nasal con *Quercus* en la optimización de la inmunoterapia: a propósito de un caso

Uchupaille Torres PY[1], Sampedro Moreno S[1], de León Castillo MC[1], Rodríguez Calderón L[1], García Canuto E[1], Rodríguez Trabado A[1,2]

[1] Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara
[2] IDISCAM, Guadalajara

**Objetivo/Introducción**

La identificación del alérgeno clínicamente relevante es fundamental para optimizar la inmunoterapia específica (ITE), especialmente en pacientes polisensibilizados. Presentamos un caso de reevaluación diagnóstica mediante prueba de provocación nasal (PPN).

**Material y métodos**

Varón de 10 años con rinoconjuntivitis y asma estacionales por alergia a pólenes, mal controlado con tratamiento sintomático. Se pautó inmunoterapia subcutánea (ITSC) con gramíneas y olivo.

Tras 18 meses de ITSC, no se evidenció una mejoría clínica suficiente, por lo que se realizó una reevaluación con *prick test* e IgE específica, detectándose sensibilización a *Quercus* spp. Dada la existencia de encinas (*Quercus ilex*) en el municipio de residencia del paciente (Pioz, Guadalajara), se realizó PPN con extracto de *Quercus* para valorar la relevancia clínica del alérgeno. Se empleó extracto liofilizado de *Quercus* spp (Laboratorios Leti, España), para testar concentraciones de 0,125, 0,25 y 0,5 mg/mL. La positividad se definió como descenso ≥40% del flujo inspiratorio nasal máximo (PFIN) respecto al basal, asociado a sintomatología nasoocular.

**Resultados**

- IgE específica: sensibilización predominante a gramíneas (rPhl p 1: 50,40 kU/L), sensibilización significativa a *Quercus* spp. (45,90 kU/L) y menor sensibilización a *Olea europaea* (Ole 1, ole 7 y Ole 9: 3,71, 0,12 y 1,37 kU/L, respectivamente).
- PPN con *Quercus* spp: positiva. Descenso del PFIN del 55% (de 90 a 40 mL/s), junto con rinorrea, estornudos en salva, eritema conjuntival y lagrimeo.

Se ajustó la inmunoterapia añadiendo *Quercus ilex* y retirando el olivo (de menor relevancia clínica). De este modo, se limita el extracto *depot* a dos pólenes, garantizando una concentración adecuada y evitando la dilución que supondría incluir un tercero.

**Conclusión**

Este caso destaca la importancia de reevaluar al paciente polisensibilizado con respuesta insuficiente a la ITE, considerando su exposición ambiental. La IgE mostró sensibilización a un alérgeno no incluido en la inmunoterapia y la PPN confirmó su relevancia clínica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Los pacientes españoles con asma y/o rinosinusitis crónica con pólipos nasales y los especialistas que los tratan preferirían un tratamiento biológico con dos dosis anuales frente a otros biológicos con mayor frecuencia de administración

González Guijarro I[1], Plaza Moral V[2], López Ramos C[3], Oliveras Manubens G[3], Preib MT[4], González Pérez R[5]

[1] Unidad de Rinología, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España
[2] Servicio de Neumología y Alergia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España
[3] Departamento Médico GSK, Madrid
[4] Global Real World Evidence & Health Outcomes Research GSK, Collegeville, Pennsylvania, Estados Unidos
[5] Servicio de Alergología y Unidad de Asma Grave, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

**Objetivo/Introducción**

El asma y la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) son patologías crónicas mediadas por la inflamación tipo 2 en las que la terapia biológica constituye un pilar de tratamiento en pacientes graves no controlados.

El objetivo de este trabajo es analizar las preferencias de pacientes y profesionales sanitarios respecto a la frecuencia de administración del tratamiento biológico.

**Material y métodos**

Estudio no intervencional consistente en una encuesta anónima, transversal y *online* difundida en 9 países, incluyendo España. Los participantes elegibles debían tener ≥18 años y ser (*a*) pacientes con asma moderada-grave diagnosticada hace ≥2 años, (*b*) pacientes con RSCcPN diagnosticada hace ≥2 años o (*c*) médicos que traten estas patologías.

**Resultados**

La encuesta fue completada por 726 encuestados, incluyendo 353 pacientes (48,62%) y 373 médicos (51,38%). En España, participaron 49 pacientes (32 [65,31%] con asma, 2 [4,08%] con RSCcPN y 15 [30,61%] con ambas patologías) y 50 médicos (30 neumólogos, 11 otorrinolaringólogos, 10 alergólogos y 1 otro).

Al analizar las preferencias de los pacientes y profesionales sanitarios españoles en cuanto a la administración del tratamiento, el 87,76% de los pacientes y el 84% de los especialistas afirmaron que preferirían un tratamiento que requiera 2 dosis al año frente a otro de 26 dosis. Comparando un tratamiento hipotético con 2 dosis anuales frente a otro con 13 dosis anuales, el 83,67% de los pacientes y el 88% de los médicos preferirían el administrado 2 veces al año. Finalmente, ante la elección entre un tratamiento de 2 dosis anuales y uno de 8 dosis, el 89,8% de los pacientes y el 92% de los médicos optarían por un tratamiento con 2 dosis anuales.

**Conclusión**

Los pacientes y especialistas españoles preferirían un tratamiento biológico administrado dos veces al año frente a regímenes de administración más frecuentes.

Financiación: GSK (212675).

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# ¿Omalizumab en queratoconjuntivitis vernal grave?

Maiese Hernández JG, Salvatierra Izaguirre A, Mujika Ruiz de Aguirre N, Martínez Molina S, Guerrero Sotelo ÁL, Giménez Revilla MJ

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao

**Objetivo/Introducción**

La queratoconjuntivitis vernal (QCV) es una enfermedad ocular inflamatoria bilateral de causa no alérgica que cursa en brotes estacionales y suele afectar a varones mayores de 5 años. Formas graves pueden producir afectación corneal severa y pérdida de agudeza visual.

**Material y métodos**

Varón de 15 años, diagnosticado de queratoconjuntivitis vernal desde los 10 años, con brotes frecuentes de predominio estacional de hiperemia, prurito intenso, papilas subtarsales gigantes y leucoma. Recibió tratamiento tópico escalonado con lubricantes, antihistamínicos, inmunosupresores y múltiples tandas de rescate con corticoides tópicos, sin mejoría de la sintomatología. Como antecedentes personales destacan rinoconjuntivitis y asma bronquial por sensibilización a ácaros del polvo desde la infancia con inmunoterapia S.C específica desde hace 5 años, sin clara mejoría de clínica conjuntival. Se inicia en el 2024 tratamiento con omalizumab subcutáneo 300 mg cada 2 semanas.

**Resultados**

IgE total: 2.244 $kU_A/L$.

IgE específica: *Dermatophagoides* pt.: >100 $kU_A/L$; Der p 1 >100 $kU_A/L$; Der p 2>100 $kU_A/L$; Der p 23 20 $kU_A/L$; resto no significativo.

Aproximadamente tras 1 mes de inicio del tratamiento con omalizumab, presentó resolución casi completa de los síntomas, agudeza visual de 1,0 en ambos ojos, desaparición de los nódulos perilimbares y persistencia únicamente de reacción papilar leve. Se mantiene con buen control sintomático.

**Conclusión**

El omalizumab subcutáneo puede ser una alternativa terapéutica eficaz en queratoconjuntivitis vernal grave refractaria, especialmente en pacientes seleccionados con IgE elevada y sensibilización alérgica demostrada. Existen pocas revisiones sobre su uso; sin embargo, la mayoría de los estudios concluyen que reduce eficazmente los síntomas oculares y permite disminuir corticoesteroides. Con el uso creciente de biológicos en patología alérgica ocular, la adecuada selección de candidatos resulta esencial.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Beneficio de depemokimab en pacientes con rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) y asma concomitante que cumplen criterios de elegibilidad para terapia biológica según guía POLINA. Subanálisis de los ensayos ANCHOR 1/2

Mullol i Miret J[1,2,3,4], López Ramos C[5], Moreno Borrallo P[5], Oliveras Manubens G[5], Walrave Walrave L[6], del Cuvillo Bernal A[7]

[1] Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España
[2] Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, España
[3] Universitat de Barcelona, Barcelona, España
[4] Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias, Barcelona, España
[5] Departamento Médico GSK, Madrid, España
[6] GSK Global Medical Affairs, Wavre, Bélgica
[7] Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Jerez, Cádiz, España

**Objetivo/Introducción**

Depemokimab es el primer tratamiento biológico de acción ultraprolongada (administración cada 6 meses) con alta afinidad para la IL-5. En los ensayos ANCHOR 1/2, depemokimab mostró mayor eficacia en pacientes con asma concomitante, con buen perfil de seguridad. Este análisis *post hoc* del estudio ANCHOR 1/2 analiza la eficacia de depemokimab en pacientes con RSCcPN grave y asma concomitante, candidatos a terapia biológica según criterios de la guía POLINA 2023.

**Material y métodos**

Se aleatorizaron 1:1 a adultos con RSCcPN grave mal controlada para recibir depemokimab (100 mg subcutáneo) o placebo (dosis a las 26 y 52 semanas), además del tratamiento médico apropiado. Las variables coprimarias fueron: cambio desde basal en *nasal polyp score* (NPS de 0-8) en la semana 52 y cambio en la puntuación media de obstrucción nasal (escala de respuesta verbal [VRS], 0-3) durante las semanas 49-52. Se analizaron los cambios en otras variables: pérdida del olfato mediante VRS (0-3), puntuación Lund-Mackay mediante TC (0-24) y calidad de vida mediante SNOT-22 (0-110).

**Resultados**

196 pacientes (depemokimab, n=103; placebo, n=93) que cumplían criterios POLINA y presentaban asma concomitante se incluyeron en los estudios ANCHOR 1/2 y se seleccionaron para este subestudio. Depemokimab mostró mejoras nominalmente significativas frente al placebo en las variables coprimarias, observándose diferencias de -0,8 puntos (IC 95%: -1,3 a -0,3, $p$<0,001) en cambio del NPS y de -0,30 puntos (IC 95%: -0,57 a -0,04, $p$=0,027) en la obstrucción nasal. También se observaron diferencias con depemokimab en las variables secundarias: pérdida de olfato (-0,35; -0,55 a -0,15; $p$<0,001), puntuación de Lund-Mackay (-3,0; -4,4 a -1,6; $p$<0,001) y SNOT-22 (-13,3; -21,9 a -4,7; $p$=0,003).

**Conclusión**

El tratamiento con depemokimab administrado cada 6 meses durante un año se asoció a una mejoría en pacientes con RSCcPN y asma concomitante elegibles para tratamiento biológico según la guía POLINA.

Financiación: GSK (217095/218079; NCT05274750/NCT05281523).

**Tabla.** Análisis del cambio desde basal en la puntuación media de mínimos cuadrados (error estándar) en obstrucción nasal, pérdida de olfato, NPS y SNOT-22.

| Variables | Semana 21-24 | | | | Semana 49-52 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Placebo (SE) | Depemokimab (SE) | Diferencia (IC 95%) | Valor *p* | Placebo (SE) | Depemokimab (SE) | Diferencia (IC 95%) | Valor *p* |
| Obstrucción nasal (VRS) | -0,75 (0,087) | -0,93 (0,083) | -0,18 (-0,42, 0,06) | 0,141 | -0,65 (0,097) | -0,95 (0,093) | -0,30 (-0,57, -0,04) | 0,027 |
| Pérdida de olfato (VRS) | -0,22 (0,070) | -0,46 (0,066) | -0,25 (-0,44, -0,06) | 0,012[a] | -0,18 (0,072) | -0,52 (0,069) | -0,35 (-0,55, -0,15) | <0,001[a] |
| **Variables** | **Semana 26** | | | | **Semana 52** | | | |
| | Placebo (SE) | Depemokimab (SE) | Diferencia (IC 95%) | Valor *p* | Placebo (SE) | Depemokimab (SE) | Diferencia (IC 95%) | Valor *p* |
| NPS | 0,0 (0,15) | -0,7 (0,15) | -0,7 (-1,1; -0,3) | 0,002 | 0,1 (0,17) | -0,7 (0,16) | -0,8 (-1,3; -0,3) | <0,001 |
| SNOT-22 | -14,0 (2,63) | -21,1 (2,47) | -7,1 (-14,2; 0,1) | 0,053[a] | -6,8 (3,17) | -20,1 (2,99) | -13,3 (-21,9; -4,7) | 0,003[a] |

Abreviaturas: IC, intervalo de confianza; NPS, *nasal polyp score*; SE, error estándar; SNOT-22, *Sinonasal Outcome Test-22*; VRS, escala de respuesta verbal.
[a]Análisis estadístico no ajustado por multiplicidad.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Afectación conjuntival en la rinoconjuntivitis alérgica: caracterización clínica y relevancia asistencial

Salinas Zaldúa AM, Cansino Bascón R, Sánchez Hernández MC, Almeida Arteaga CG, Domínguez Cereijo L, de Luque Piñana V

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

## Objetivo/Introducción

La rinoconjuntivitis alérgica (RCA) se evalúa y trata habitualmente desde el punto de vista nasal, relegando la afectación ocular a un segundo plano. Esto puede infravalorar la carga sintomática conjuntival e infratratarla, afectando a la calidad de vida.

*Objetivo:* Describir el impacto de la afectación ocular frente a la nasal en pacientes con RCA caracterizando los perfiles clínicos.

## Material y métodos

Estudio observacional descriptivo transversal (junio 2025 - enero 2026) que incluyó pacientes con síntomas sugestivos de conjuntivitis alérgica (CA) y rinitis alérgica (RA). Se excluyeron pacientes con conjuntivitis o rinitis aisladas.

Se analizó sexo, edad, clasificación según los criterios DECA para CA y según ARIAm para RA, intensidad de síntomas oculares y nasales medidos con escalas visuales analógicas (EVA: 0-10), síntoma inicial del episodio alérgico y alérgenos clínicamente relevantes.

## Resultados

Se incluyeron 222 pacientes (Tabla 1).

La forma de presentación más frecuente de CA según DECA fue persistente moderada (59,0%), al igual que en RA según ARIAm (67,7%).

**Tabla 1.** Resultados demográficos de la cohorte total.

| | <14 años | ≥14 años | Total |
|---|---|---|---|
| Mujeres | 24 (10,8%) | 98 (44,1%) | 122 (55,0%) |
| Hombres | 20 (9,0%) | 80 (36,0%) | 100 (45,0%) |
| Total | 44 (19,8%) | 178 (80,2%) | 222 (100%) |

**Tabla 2.** Resultados: clasificación de perfiles según criterios ARIAm y DECA.

| Clasificación | DECA | ARIA |
|---|---|---|
| Intermitente leve | 11 (5,0%) | 4 (1,8%) |
| Intermitente moderada | 21 (9,5%) | 17 (7,7%) |
| Intermitente grave | 0 (0,0%) | 1 (0,5%) |
| Persistente leve | 45 (20,3%) | 32 (14,4%) |
| Persistente moderada | 131 (59,0%) | 150 (67,6%) |
| Persistente grave | 14 (6,3%) | 18 (8,1%) |

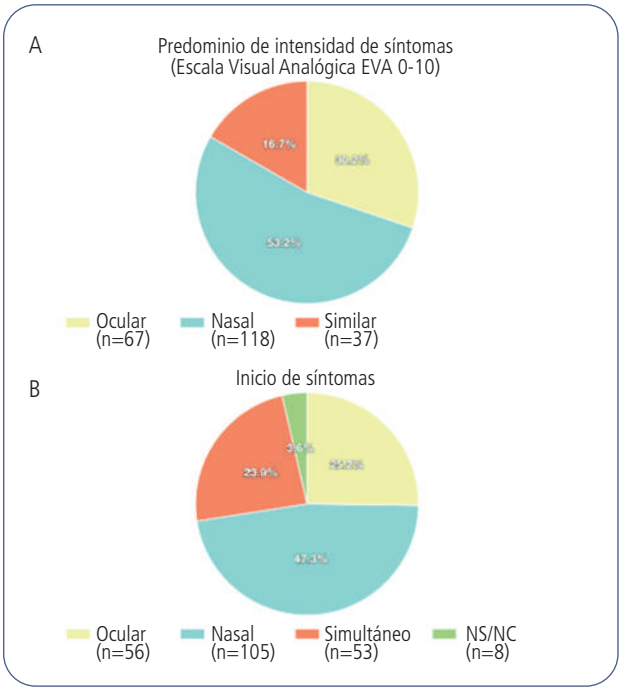



**Figura 1.** A, Predominio de intensidad de síntomas medidos según escala visual analógica; siendo predominio ocular (EVA ocular >EVA nasal), predominio nasal (EVA nasal >EVA ocular) y similar (EVA ocular=EVA nasal) en la cohorte total. B, Inicio de síntomas de la cohorte total.

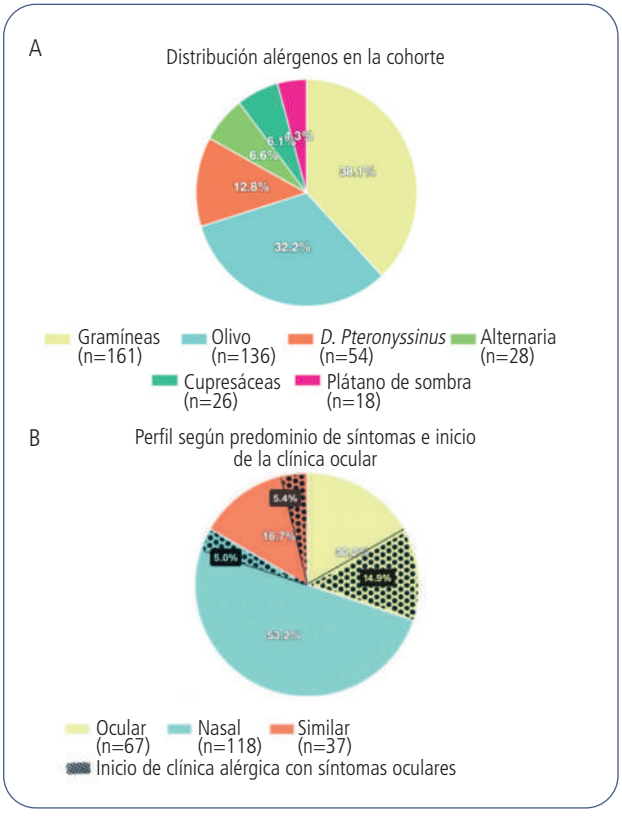



**Figura 2.** A, Distribución de alérgenos en la cohorte. B, Inicio de la clínica alérgica ocular sobre la cohorte total observada en cada uno de los perfiles determinados según predominio de intensidad de síntomas.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

En el 30,2% de los pacientes (67/222) los síntomas oculares fueron más intensos que los nasales y en el 16,7% tuvo una intensidad similar (37/222).

La clínica alérgica se inició con síntomas oculares en el 25,2% del total de los pacientes (56/222), sobre todo en el grupo de predominio ocular.

En nuestra población, los alérgenos más relevantes son gramíneas y olivo, sin diferencias en cuanto a edad, sexo, inicio de la clínica, predominio de síntomas o gravedad de la patología.

**Conclusión**

En nuestro estudio, el predominio de síntomas oculares sobre los nasales en 1 de cada 3 pacientes con RCA, y la precocidad de los mismos, nos alertan sobre la importancia de valorar adecuadamente la sintomatología conjuntival en los pacientes alérgicos.

## Fracaso de inmunoterapia y persistencia de inflamación tipo 2 en adolescente con asma alérgica

Veza Perdomo S, Flores Infante C, Muñoz García E, Rodríguez Jiménez B

Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia subcutánea (SCIT) es eficaz en asma y rinoconjuntivitis alérgica, aunque un subgrupo de pacientes presenta respuesta insuficiente.

**Material y métodos**

Varón de 14 años con antecedente de alergia a frutos secos y frutas, así como rinoconjuntivitis y asma por polen de gramíneas y cupresáceas. Recibió SCIT gramíneas + arizónica en pauta perenne durante 2 años sin mejoría clínica, por lo que se suspendió. Persistía asma no controlada durante todo el año, objetivándose $FEV_1$ 54%, FVC: 67%, $FEV_1$/FVC: 0,68, $FEF_{25-75}$: 31%; PBD: negativa, $FEV_1$ post: 57%, +6%, +0,09 L y FeNO 71 ppb.

Tras inicio de ICS/LABA presentó mejoría inicial ($FEV_1$ 86%, FeNO 19 ppb), con posteriores recaídas. Destacó patrón obstructivo restrictivo persistente sin respuesta broncodilatadora y elevación mantenida de FeNO (hasta 229 ppb), pese a buena adhesión al tratamiento.

**Resultados**

El estudio molecular mostró sensibilización a proteínas de almacenamiento (Jug r 1, Jug r 2, Cor a 9, Gly m 6) y pólenes. Se intensificó a triple terapia (ICS/LABA + LAMA), con mejoría clínica parcial pero persistencia de alteraciones funcionales ($FEV_1$ 57-78%).

Tras comentar el caso en grupo multidisciplinar, se evidenció rinosinusitis crónica con degeneración polipoidea en cabeza de ambos cornetes medios en valoración ORL. Actualmente estable clínicamente, aunque con patrón obstructivo-restrictivo e inflamación tipo 2 persistente.

**Conclusión**

La falta de respuesta a SCIT en pacientes polisensibilizados con mala evolución requiere una reevaluación integral, siendo crucial el abordaje multidisciplinar. La persistencia de inflamación tipo 2, con control clínico parcial en pacientes pediátricos, puede requerir terapias biológicas.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Encuesta a enfermería de las unidades de asma grave acreditadas de SEAIC

Bellido Linares V[1], Antolín Amérigo D[2], López Carrasco V[3], Miralles López JC[4]

[1] Hospital El Tomillar, Sevilla
[2] Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid
[3] Hospital Universitario La Paz, Madrid, Madrid
[4] Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia

**Objetivo/Introducción**

Con la intención de detectar necesidades en el personal de enfermería de las unidades de asma grave (UAG) acreditadas y su nivel de satisfacción, se lanzó una encuesta desde el comité de asma.

Actualmente, existen 48 UAG, 29 acreditadas con nivel de excelencia.

**Material y métodos**

Se lanzó encuesta de 28 preguntas, con la participación de 29 centros (60% del total de UAG).

**Resultados**

– Formación recibida:
  - 85% recibió formación previa para estar en la UAG.
  - 65% considera que esta formación es suficiente (obtenida desde sociedades científicas, en su servicio, industria farmacéutica y congresos).

– Relación enfermero-paciente:
  - 86% consideran que los pacientes conocen su nombre.
  - 76% considera que el tiempo dedicado a cada paciente es suficiente.
  - 80% considera que los pacientes valoran su cualificación en asma grave.
  - 100% considera que los pacientes los trata con amabilidad.
  - 100% considera que tienen apoyo del médico responsable de la unidad.
  - 55% considera que la regularidad para mantener el control es suficiente.

– Recursos de la unidad:
  - 7% considera que su unidad está excelentemente dotada, 65% bien dotada y 27% cumple con los criterios mínimos requeridos.
  - 65% considera que la coordinación del equipo es muy buen, 35% buena.

– Satisfacción:
  - 97% considera que su opinión es tomada en cuenta.
  - Satisfacción global (escala 1-10): >88% está muy satisfecho (valor 8 y 9).

– Mejoras:
  - Más formación, sobre todo *online*.
  - Más tiempo para el paciente
  - Más puesta en común.

**Conclusión**

El personal de enfermería de la UAG se siente parte activa de la unidad y considera que tiene suficiente formación para ello, aunque quisiera disponer de más formación continuada, específica para enfermería y acreditada en asma grave, y disponer de más tiempo con el paciente para un mejor control de la enfermedad.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Inmunoterapia e inmunología

## Dupilumab previo a inicio de inmunoterapia en pacientes con asma estacional grave por alergia a polen de olivo

Gómez de la Cruz Pérez S[1,2], Contreras Gómez N[3,4], López Rodríguez JC[4,5], Ruiz León B[2,6,7]

[1] Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
[2] Maimonides Biomedical Research Institute of Córdoba (IMIBIC), Córdoba
[3] Departamento de Ciencias Médicas Básicas, Madrid
[4] Fundación Universitaria San Pablo CEU, Madrid
[5] Facultad de Farmacia, Madrid
[6] Instituto de Medicina Molecular Aplicada - Nemesio Díez (IMMA-ND), Córdoba
[7] Universidad de Córdoba (UCO), Córdoba

**Objetivo/Introducción**

El asma estacional grave por sensibilización a polen de olivo, predominantemente a Ole e 7, puede resultar un reto durante el inicio de la inmunoterapia con alérgenos (ITA), al asociar mayor presencia de eventos adversos que pueden conducir al fracaso terapéutico de la misma, especialmente en aquellas zonas geográficas con alto impacto.

Este estudio evalúa la eficacia de un ciclo de tratamiento corto con dupilumab (anticuerpo monoclonal dirigido frente a IL-4 e IL-13), previo al inicio de ITA en esta población.

**Material y métodos**

Este estudio observacional y prospectivo reclutó a 22 pacientes adultos con asma grave por sensibilización al polen de olivo, predominantemente a Ole e 7.

Se aleatorizó en dos grupos: tratamiento con dupilumab durante seis meses (n=12) y grupo control (n=10). Ambos fueron valorados cada dos semanas durante seis meses, que incluía la temporada polínica, donde se realizaron evaluaciones clínicas, cuestionarios para control de asma (ACT), adherencia a inhaladores (TAI), calidad de vida (mini-AQLQ) y medidas espirométricas, junto con ajustes de tratamiento sintomático para ambos grupos.

Se analizaron parámetros inflamatorios clínicos (espirometría y FeNO), biomarcadores analíticos (eosinofilia, niveles de inmunoglobulina E) y estudios multi-ómicos al inicio, durante el periodo de polinización del olivo (T4) y a los seis meses durante 18 tiempos (T1-T18).

**Resultados**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a la mejora basal de $FEV_1$, síntomas clínicos más leves y menos frecuentes según los cuestionarios (Mini AQL y ACT), reducción del uso de medicación y reducción de los niveles de IgE frente a olivo tras el tratamiento. El grupo control presentó una mayor tasa de exacerbaciones asmáticas, infecciones y afectación del sueño.

**Conclusión**

Dupilumab demuestra eficacia clínica y biológica en el manejo del asma estacional grave, convirtiéndose en una herramienta terapéutica que permite la estabilización y reversión del estado inflamatorio, posibilitando el tratamiento inmunoterápico posterior.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Aplicabilidad de una herramienta de móvil para el control de pacientes en tratamiento con inmunoterapia subcutánea

Miquel Marcó S, Bolós Riu M, Albert Yecora N, Gómez Fernández M, Padró Casas C, Roger Reig A

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

**Objetivo/Introducción**

El Institut Català de la Salut ha puesto en marcha un proyecto basado en una aplicación móvil (eSalut) que ofrece a los pacientes información personalizada para ayudarlos a realizar el seguimiento de sus enfermedades desde casa.

Desde la Unidad de Inmunoterapia del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol se ha participado en el proyecto con el objetivo de mejorar el control de forma telemática de los pacientes que realizan un tratamiento con inmunoterapia subcutánea.

**Material y métodos**

Durante 2025, a los pacientes que acudían a iniciar tratamiento con inmunoterapia subcutánea se les ofrecía la posibilidad de participar en el proyecto dándoles acceso a la aplicación eSalut, donde disponían de información general sobre sus alergias y tratamientos, recordatorios para no olvidar la administración del tratamiento, la posibilidad de reportar reacciones adversas y cuestionarios de síntomas (EVA), que debían contestar en la visita de inicio del tratamiento, a los 3, 6 y 12 meses, así como cuestionarios de satisfacción del tratamiento (TSQM-II y ESPIA), que debían contestar a los 3, 6 y 12 meses de inicio del tratamiento.

**Resultados**

Se incluyeron un total de 32 pacientes en la aplicación eSalut, de los cuales solo 6 pacientes contestaron adecuadamente los cuestionarios EVA, TSQM-II y ESPIA a los 3 meses de tratamiento. Destacar que una paciente reportó una reacción adversa local en la fase de inicio y desde la unidad de inmunoterapia nos pudimos poner en contacto rápidamente para modificar la pauta y mejorar la tolerabilidad.

**Conclusión**

Aunque se incluyeron 32 pacientes, únicamente 6 completaron los cuestionarios, lo que limita la representatividad de los resultados y por el momento la aplicación eSalut no nos ha sido de utilidad para mejorar el control telemático de los pacientes. Nos planteamos en un futuro buscar estrategias para aumentar la participación.

## Perfil molecular de ácaros en pacientes con fracaso a inmunoterapia y su impacto en el diseño de nuevos esquemas de tratamiento

Pereyra Acha MC[1], Alvarado Izquierdo MI[1], Gutiérrez Hernández M[2], Sanz Gómez N[2]

[1] Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres
[2] Laboratorio de Diagnóstico de Precisión, DIATER, Leganés, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Los ácaros del polvo doméstico y de almacén son una causa principal de rinitis y asma alérgicas. La inmunoterapia específica (IT) con extractos completos constituye un pilar terapéutico, pero a veces fracasa pese a su correcta prescripción.

*Objetivo:* Describir la frecuencia de sensibilización a componentes moleculares de ácaros en pacientes sin mejoría clínica a pesar de IT y analizar su relación con el fracaso terapéutico.

**Material y métodos**

Estudio prospectivo observacional de 23 pacientes alérgicos a ácaros diagnosticados en el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres entre 2013 y 2017, sin mejoría clínica a pesar de IT con extractos completos.

Se realizó preparación de extracto de *Dermatophagoides pteronyssinus*, cuantificación proteica por método de Bradford y caracterización del perfil proteico mediante SDS-PAGE.

La reactividad IgE se estudió mediante IgE-Western blot y el perfil molecular, con panel MADx de ALEX$^2$.

**Resultados**

El 82,6% de nuestra cohorte presentó sensibilización significativa al menos a uno de los componentes mayoritarios (Der p 1, Der p 2 o Der p 23), siendo frecuente la sensibilización simultánea y observándose predominio de Der p 2. Los valores medios fueron: Der p 1 (6,3 $kU_A$/L), Der p 2 (10,2 $kU_A$/L) y Der p 23 (1,5 $kU_A$/L).

Una proporción relevante mostró sensibilización a Der f 2, Lep d2 y Tyr p2, indicando polisensibilización a múltiples especies.

El 17,4% no estaba sensibilizado a los componentes mayoritarios, sugiriendo un desajuste entre perfil molecular y extracto utilizado.

**Conclusión**

En pacientes con fracaso a IT frente a ácaros, el *immunoblotting* y el diagnóstico molecular revelan perfiles de sensibilización complejos, con polisensibilización a múltiples especies y una falta de adaptación de la IT a la serodominancia de los componentes (en nuestro caso, Der p 2), y ayudan a explicar el fracaso del modelo de IT empleado. También apoyan nuevas estrategias de inmunoterapia ajustadas al perfil molecular individual.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# ¿Somos la especialidad más feliz? Estudio comparativo de *burnout* en alergología y medicina interna en residentes y especialistas jóvenes en España

Navarro Salgado SC, Colomer García MC, Prieto Martínez ML, Hernández Arbeiza FJ, Hernández Romero I

Hospital Universitario de Cáceres, Cáceres

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de *burnout* es un problema ocupacional frecuente en médicos, caracterizado por agotamiento emocional y baja realización personal derivados del estrés laboral crónico. Su elevada prevalencia impacta en la calidad asistencial y en la salud. Existen escasos datos comparativos entre especialidades.

El objetivo fue describir la prevalencia, comparar el grado de *burnout* y analizar factores asociados en residentes y especialistas jóvenes (<5 años) de alergología y medicina interna en España.

**Material y métodos**

Estudio observacional, descriptivo y transversal mediante encuesta *online* anónima basada en el cuestionario Mini-Z y variables adicionales relacionadas con carga laboral, bienestar y percepción profesional. Se incluyeron residentes y especialistas jóvenes de ambas especialidades. Se analizaron variables sociodemográficas, laborales y de salud mental, así como la presencia de *burnout*.

**Resultados**

Se incluyeron 122 participantes (59 alergología, 63 medicina interna). En ambos grupos más del 50% trabajaba 40-50 horas semanales y realizaba ≥5 guardias/mes.

La prevalencia de *burnout* fue elevada en ambas especialidades, superior en medicina interna (79,4%) frente a alergología (64,4%).

Los internistas presentaron mayor percepción de carga laboral (76,2% vs. 11,9%) y mayor intención de abandonar la especialidad (68,3% vs. 49,2%). La carga asistencial y las guardias fueron las principales fuentes de agotamiento (>69%).

Se observó mayor afectación de la salud mental en medicina interna (76,2% vs. 64,4%), así como mayor distanciamiento con los pacientes. Más del 60% refirió tiempo insuficiente para autocuidado.

Alergología mostró mayor percepción de apoyo por parte del equipo y tutores, así como mayor satisfacción laboral y formativa (49,2% vs. 36,5%).

**Conclusión**

El *burnout* es altamente prevalente en ambas especialidades, con tendencia a menor impacto en alergología. A pesar de mejores indicadores de bienestar, persisten cifras relevantes de *burnout* que reflejan un problema transversal. La sobrecarga asistencial y las guardias son los principales factores asociados. Se requieren estrategias organizativas dirigidas a mejorar las condiciones laborales.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Implementación de una consulta de enfermería especializada para el seguimiento autónomo de la inmunoterapia con alérgenos: protocolo de eficacia y seguridad

Garrido Fernández S, Manero Olleta A, Zavala Segovia MJ, Ramos Chaparro AB, Portal Mañeru M, García Figueroa BE

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia con alérgenos (ITE) requiere un seguimiento riguroso para garantizar la adherencia, controlar la seguridad y evaluar su eficacia.

Presentamos un modelo de consulta telefónica de enfermería (CTE-ITE) para estandarizar el seguimiento de los pacientes con alergia respiratoria en tratamiento con ITE y evaluar su capacidad resolutiva mediante criterios definidos de derivación a la consulta médica y de alta asistencial.

**Material y métodos**

Se desarrolló un protocolo de preguntas en una ficha *ad hoc* de la historia informatizada con campos prefijados acerca de:

- Adherencia y logística: verificación del cumplimiento, administración y cadena de frío.
- Seguridad: existencia/manejo de reacciones locales/sistémicas.
- Eficacia percibida: mediante escala visual analógica (EVA 0-10) y su impacto en la calidad de vida.
- Control sintomático: consumo de medicación de rescate/pautada para síntomas nasales y/o bronquiales o debut de asma.
- Gestión de citas/altas:
  - CTE-ITE: pacientes estables con EVA≥6.
  - Alergólogo: si EVA<6, mal control clínico, debut de asma o dudas clínicas.
  - Alta: si >3 años de mantenimiento con EVA≥6.

Se realizó entrevista telefónica anual, calendarizada estratégicamente:

- Cupresáceas: marzo-abril.
- Otros pólenes: verano.
- Ácaros: invierno.
- Hongos y epitelios: cualquiera.

**Resultados**

Se analizaron 248 pacientes (128 CE-pólenes, 120 CE-ácaros), edad media 29,75 años (DE ± 15,39), 51,6% hombres. El 54% presentaba rinoconjuntivis en exclusiva y el 46% asma asociada.

El 82,3% (204 pacientes) puntuó EVA ≥6. El 17,7% puntuó EVA <6, derivándose el 15,32% (38 pacientes) a consulta médica por síntomas bronquiales o mal control. Se observó una alta adherencia, especialmente en ácaros (48,3%, EVA entre 8-10), asociado a una reducción de la medicación de rescate.

El 12,9% (32 pacientes) recibió el alta y el 71,77% (178 pacientes) fue derivado para revisión en 1 año en CTE-ITE.

**Conclusión**

La protocolización de la CTE-ITE facilita una gestión eficiente y autónoma. El modelo optimiza recursos al filtrar casos que requieren intervención médica, garantizando una vigilancia estrecha de la seguridad y eficacia del tratamiento.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Optimización de la inmunoterapia con extractos despigmentados-polimerizados mediante validación por provocación conjuntival: protocolo GOES (*Grass/Olive Immunotherapy for Rhinitis and Asthma*) para el manejo de la polisensibilización a gramíneas y olivo

Salamanca Fernández G, Torres Pérez B, Ruiz García M, Gracia Colldeforns J, Marín de Pablo A

LETI Pharma, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La rinoconjuntivitis alérgica (RCA) supone una carga relevante para los sistemas sanitarios en el área mediterránea, donde la cosensibilización a pólenes de gramíneas y olivo (*Olea europaea*) es una causa frecuente de síntomas estacionales. Determinar la relevancia clínica de las sensibilizaciones es esencial para orientar el tratamiento hacia los alérgenos responsables. La inmunoterapia con alérgenos (ITA) es el único tratamiento capaz de modificar el curso natural de la enfermedad, siendo importante incluir todos los alérgenos clínicamente relevantes. El estudio GOES evalúa la eficacia clínica de una mezcla de extractos despigmentados-polimerizados de gramíneas y olivo. La prueba de provocación conjuntival (PPC) es una prueba sencilla, rápida y segura.

*Objetivo:* Evaluar la eficacia de la ITA mediante el cambio en la puntuación combinada de síntomas y medicación (cSMS) en el pico polínico. Como objetivos secundarios, se evaluarán la calidad de vida, la función pulmonar, la gravedad, los cambios inmunológicos y los costes sanitarios. Asimismo, se analizarán cambios en PPC, realizada fuera de estación polínica en cuatro visitas: basal y tras cada una de las tres estaciones.

**Material y métodos**

Ensayo clínico fase III, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, con un primer año en doble ciego seguido de dos en fase abierta. El estudio cuenta con aprobación de la AEMPS y comités éticos, y está en reclutamiento. Incluye pacientes con RCA y sensibilización relevante a gramíneas y olivo confirmada mediante *prick test* o sIgE y PPC positiva.

**Resultados**

Los resultados del primer año estarán disponibles en el tercer trimestre de 2027. El diseño sigue guías europeas que requieren demostrar mejoría clínica, reducción de medicación y relevancia de la sensibilización, aportando la PPC valor añadido.

**Conclusión**

El uso del TPC como criterio de selección y seguimiento permite una evaluación más precisa de la eficacia de la ITA. Proporciona una confirmación objetiva de la relevancia clínica, especialmente en pacientes polialérgicos y en áreas complejas.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Evaluación de la eficacia, seguridad y capacidad inmunomoduladora de dos concentraciones de un extracto despigmentado-polimerizado de polen de gramíneas: protocolo del ensayo clínico GIRA (*Grass Immunotherapy for Rhinitis and Asthma*) en pacientes con rinoconjuntivitis por gramíneas en España y Portugal

Salamanca Fernández G, Torres Pérez B, Ruiz García M, Gracia Colldeforns J, Marín de Pablo A

LETI Pharma, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La rinoconjuntivitis (RCA) por polen de gramíneas es el fenotipo alérgico predominante en Europa, asociándose frecuentemente con progresión del asma y marcha atópica. La inmunoterapia con alérgenos (ITA), además del control sintomático, busca actuar como modificadora de la enfermedad. La ITA ha demostrado capacidad de prevenir nuevas sensibilizaciones, especialmente cuando el tratamiento se mantiene al menos 3 años.

El estudio GIRA evaluará la eficacia y seguridad de la ITA con dos concentraciones de una mezcla de extractos despigmentados-polimerizados de gramíneas, con foco en su capacidad moduladora del perfil inmunológico a largo plazo.

*Objetivo:* Cambio en la puntuación combinada de síntomas y medicación (cSMS) durante el pico polínico en la 1ª, 2ª y 3ª época polínica. El protocolo cuenta con aprobación de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y Comités de Ética. Como objetivos secundarios, se evaluarán la seguridad y el uso de recursos, así como los cambios en la provocación conjuntival, la calidad de vida, la función pulmonar, la gravedad de la enfermedad y los cambios inmunológicos, incluidas las diferencias en el perfil de sensibilización entre pacientes tratados con ITA y placebo.

**Material y métodos**

Ensayo clínico fase III, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo durante el primer año y abierto los siguientes 2 años (concentración máxima). Se reclutarán participantes (≥5 años) con RCA moderada-grave (con o sin asma).

**Resultados**

Los resultados del primer año del estudio (doble ciego controlado con placebo) estarán disponibles el tercer trimestre de 2027.

GIRA está en línea con guías europeas que solicitan confirmar mejoría de síntomas y reducción en el uso de medicación. Además, investigará la ITA en su capacidad para evitar nuevas sensibilizaciones.

**Conclusión**

GIRA evidenciará eficacia y seguridad de extractos despigmentados-polimerizados de polen de gramíneas. Los resultados sobre prevención de nuevas sensibilizaciones y cambios inmunológicos consolidarán la ITA subcutánea con extractos completos como estrategia preventiva para frenar la evolución de la enfermedad.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Efectividad de una consulta telefónica de enfermería en pacientes tratados con inmunoterapia frente a pólenes: análisis de eficacia, adherencia y gestión asistencial

Ramos Chaparro AB, Zavala Segovia MJ, Manero Olleta A, Anda Apiñániz M, Goyena Navarro P, Garrido Fernández S

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia específica (ITE) es el único tratamiento capaz de modificar el curso natural de las enfermedades alérgicas. La implementación de una consulta telefónica de enfermería especializada (CTE-ITE) permite un seguimiento protocolizado y estructurado, optimizar los recursos y mejorar la carga médica asistencial, sin comprometer la seguridad del paciente.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo basado en una CTE-ITE de pólenes realizadas en agosto de 2025. Se analizaron variables demográficas, perfil clínico (diagnóstico, tipo, composición, vía de administración y duración de la ITE), eficacia percibida mediante escala visual analógica (EVA 0-10, punto de corte ≥6) y resultados de gestión asistencial (altas, derivaciones y sus motivos, según criterios protocolizados).

**Resultados**

Se analizaron 128 pacientes con una edad media de 30,24 años (DE ± 15,12) y distribución paritaria por sexo (50% H/M). El 64,06% presentaba rinoconjuntivitis y 35,16% asociaba asma. El 100% recibió tratamiento para gramíneas (65,63% exclusivamente y el resto en mezclas), el 87,50% por vía subcutánea.

En términos de eficacia percibida, el 63,28% de los pacientes, puntuó una EVA≥6, (35,14% de todos los pacientes EVA=8-10). El 21,10% no puntuaron o fueron incumplidores.

El modelo de enfermería gestionó de forma autónoma al 78,12% de los pacientes (62,50% continuó seguimiento en CTE-ITE y el 15,62% recibió el alta). El 21,87% requirió derivación médica, por baja eficacia (EVA<6; 15,62%), dudas irresolubles o debut asmático. No se observaron diferencias significativas entre EVA/derivaciones en relación a variables demográficas, clínicas o por aspectos derivados de la ITE.

**Conclusión**

La CTE-ITE de pólenes, constituye un modelo asistencial eficiente, seguro y resolutivo. La escala EVA se confirma como una herramienta válida y sencilla para el seguimiento, permitiendo filtrar adecuadamente a los pacientes complejos, reduciendo significativamente la carga médica asistencial. Además, permite adecuar la asistencia estratégicamente justo después de la estación polínica para mejorar el reconocimiento de los síntomas por parte de los pacientes.

## Efectividad de una consulta telefónica de enfermería en pacientes tratados con inmunoterapia frente a ácaros: análisis de eficacia, adherencia y gestión asistencial

Portal Mañeru M, Goyena Navarro P, García Figueroa BE, Aldunate Muruzábal MT, Lizaso Bacaicoa MT, Garrido Fernández S

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

El seguimiento de la inmunoterapia específica (ITE) es fundamental para garantizar la seguridad, la adherencia y evaluar la respuesta clínica.

*Objetivo:* Analizar el impacto de un modelo de consulta telefónica de ITE por enfermería (CTE-ITE), especializada en el seguimiento y derivación de pacientes en tratamiento con ITE frente a ácaros.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Se analizaron variables demográficas, perfil clínico (diagnóstico, tipo, composición, vía de administración y duración de la ITE), eficacia percibida mediante escala visual analógica (EVA 0-10) y resultados de gestión asistencial (altas, derivaciones y motivos).

El análisis estadístico se realizó con SPSS v.25, mediante Chi-cuadrado y *t* de Student.

**Resultados**

Se realizaron 120 CTE-ITE en noviembre-diciembre del 2025. Edad media de los pacientes de 23,4 años (DE ± 14,2), 52,5% varones. El 62,5% presentaba rinoconjuntivitis con asma bronquial. El 100% de las vacunas incluía *D. pteronyssinus*, solo o asociado a *L. destructor* (24,2%), *D. farinae* (22,5%) o pólenes (15%). La vía subcutánea fue más frecuente (74,2%).

En términos de eficacia percibida, el 91,7% puntuó una EVA ≥6 (el 48,3% entre 8-10).

Todos los pacientes con EVA <6 fueron derivados a consulta médica ($p$<0,001), confirmando el cumplimiento del protocolo por el que se rige la CTE-ITE. No encontramos diferencias en la eficacia percibida por razón de sexo, edad, diagnóstico ni características de la ITE (composición, vía de administración, casa comercial o duración).

El 81,7% de los pacientes continuó seguimiento anual por enfermería, el 8,3% fue derivado a consulta médica y un 10% recibió el alta, siguiendo los criterios protocolizados.

**Conclusión**

La CTE-ITE-ácaros constituye una herramienta eficiente para el manejo y control de la ITE, favoreciendo una clasificación precisa de los pacientes y constituyendo un modelo de evaluación capaz de optimizar las derivaciones a la consulta del alergólogo. Además, ayuda en el control de la lista de espera médica.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Estandarización biológica *in vivo* de extractos alergénicos de *Dermatophagoides pteronyssinus* y *Dermatophagoides farinae*

Ferrer Torres Á[1], Enrique Miranda E[2], Escorial García M[3], Brotons Silvar B[4], Hernández Rocamora FT[5], Hernández Peña J[6]

[1] Servicio de Alergia, Centro médico Quirónsalud Alicante, Alicante
[2] Servicio de Alergia, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón
[3] Departamento médico, ASAC Pharmaceutical Immunology, Alicante
[4] Departamento I+D, ASAC Pharmaceutical Immunology, Alicante
[5] Dirección técnica, ASAC Pharmaceutical Immunology, Alicante
[6] Servicio de Alergia, Clínica RM Moralzarzal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Tanto las pruebas cutáneas *in vivo* (*skin prick test*) como los tratamientos con inmunoterapia específica precisan de un extracto alergénico adecuado y convenientemente estandarizado, cuya producción se realiza a partir de fuentes naturales, lo que supone cierta variabilidad en la sustancia activa.

Por ello, el objetivo del presente estudio fue realizar la estandarización biológica *in vivo* de los extractos alergénicos *Dermatophagoides pteronyssinus* y *Dermatophagoides farinae*, a fin de garantizar la actividad de los distintos productos alergénicos.

**Material y métodos**

Estudio fase II, prospectivo, abierto, nacional, multicéntrico en pacientes diagnosticados de alergia IgE mediada a los alérgenos *Dermatophagoides pteronyssinus* y *Dermatophagoides farinae*. Se probaron 4 concentraciones de los extractos a estandarizar junto al control negativo y control positivo (histamina diclorohidrato).

**Resultados**

Se consideraron 36 pacientes para participar en el estudio. De ellos, 13 del grupo *D. pteronyssinus* y 9 pacientes del grupo *D. farinae* fueron excluidos por no cumplir con los criterios de aceptación establecidos. De esta forma, en total, se incluyeron 23 pacientes para *D. pteronyssinus* y 27 pacientes para el estudio de *D. farinae*. El 58% de los pacientes fueron mujeres con una edad media de 33 años. Las curvas dosis-respuesta confirmaron una relación consistente entre la concentración del extracto y la respuesta cutánea en sujetos sensibilizados para ambos extractos (Figura). En relación al perfil de seguridad, 8 pacientes presentaron reacciones adversas, si bien en todos los casos la aparición de estas fue tardía y de intensidad leve.

**Conclusión**

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron determinar el valor mediano de la concentración proteica en los pacientes que presentaron una reacción equivalente al control positivo y una adecuada correlación dosis-respuesta, de forma segura.

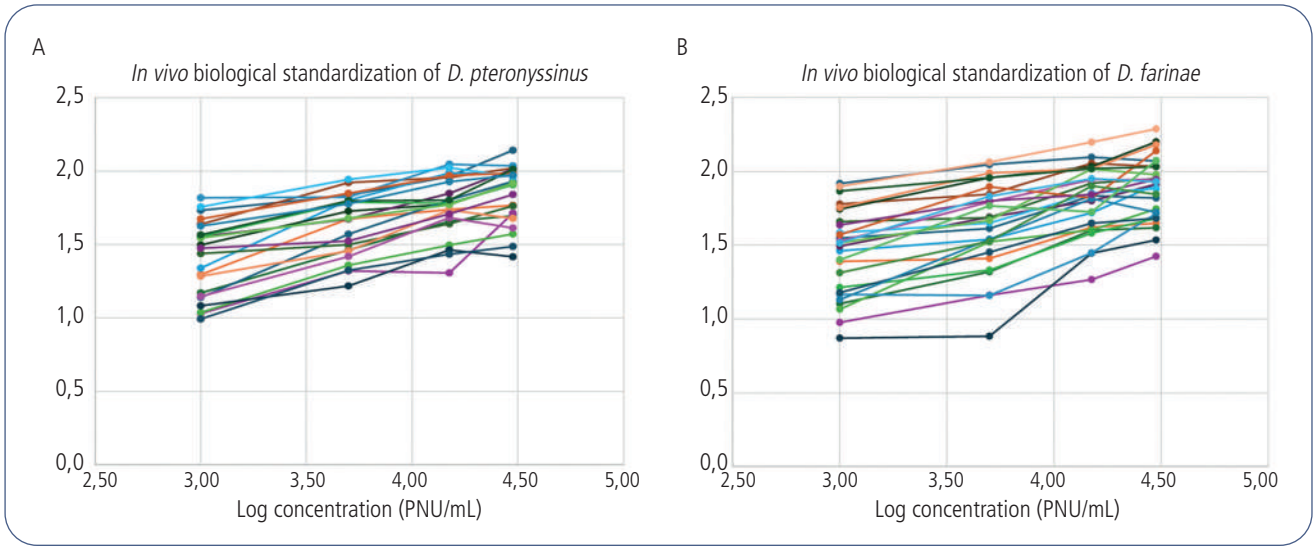



**Figura.** Relación log-log entre la concentración del extracto y el área de la pápula (escala logarítmica) en *D. pteronyssinus* (A) y *D. farinae* (B).

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Registro de inmunoterapia específica con alérgenos en la Unidad de Inmunoterapia del Hospital de Mérida, Badajoz, España

Habernau Mena A[1], Redondo Caldera L[2], Larios Cuenda ÁC[2], Caldera Bermejo J[3], Valle Cerrato LI[4], Carracedo Molina MDM[3]

[1] Complejo Hospitalario del Área de Salud de Mérida, Mérida
[2] Servicio Extremeño de Salud, Mérida
[3] Complejo Hospitalario del Área de Salud de Mérida, Mérida
[4] FundeSalud, Mérida

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia con alérgenos (ITA) es el único tratamiento capaz de modificar el curso de la enfermedad y curar la alergia respiratoria y la alergia a venenos de himenópteros (VH). La administración de ITA se realiza por vía subcutánea o sublingual y generalmente se mantiene durante un período de 3 a 5 años. La ITA con VH ofrece una protección superior al 95% contra las reacciones sistémicas graves tras picaduras. Los grupos de riesgos más habituales son aquellos con alta exposición y pacientes con mastocitosis.

*Objetivo:* Registro de dosis de ITA administradas en el período 2024 a 2025 y analizar el perfil del paciente tratado con ITA con VH.

**Material y métodos**

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de dosis de ITA administradas y perfil de pacientes en tratamiento con ITE con VH en la Unidad de Inmunoterapia de la Sección de Alergología del Hospital de Mérida. Utilizamos como fuente primaria de datos las historias clínicas y BBDD de las prestaciones recogidas en el sistema informático JARA del Servicio Extremeño de Salud.

**Resultados**

Durante el año 2025 se han administrado un total de 2334 dosis de ITA con neumoalérgenos y 591 dosis de ITA con VH. Un total de 46 pacientes están con ITA con VH, el 63% de ellos varones, con una edad media de 53 años. Según el extracto, 19 pacientes estaban con ITA de *Polistes*, 10 con *Vespula*, 8 con *Apis mellifera*, 8 con *Polistes* + *Vespula* y 1 con *Polistes* + *Apis*. Trece pacientes (28%) presentan mastocitosis o síndrome de activación mastocitaria (SAM).

**Conclusión**

En nuestra unidad de ITA se han administrado unas 3000 dosis de ITA en 2025 y se han registrado 46 pacientes con ITA a VH, 9 pacientes tienen ITA con dos venenos y 13 pacientes con mastocitosis o SAM. Las unidades de ITA mejoran los resultados en salud.

## Utilidad del bloqueo de determinantes carbohidratados (CCD) en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en alergia a himenópteros e inhalantes: a propósito de un caso

Viedma Ayllón P[1], Reverter Morales M[2], Germán Sánchez A[1], Palau Canós T[2], Bueno Vargas A[3], Enrique Miranda E[2]

[1] Sección de Alergología, Hospital General Universitario de Castellón (HGUCS), Castellón
[2] Hospital General Universitario de Castellón (HGUCS), Castellón
[3] Sección de Alergología, Euroimmun, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El diagnóstico de las enfermedades alérgicas mediante la determinación de IgE específica puede verse limitado por la reactividad cruzada mediada por determinantes carbohidratados (CCD), capaz de generar perfiles de polisensibilización y resultados falsamente positivos que dificultan la interpretación clínica, tanto en alergia a himenópteros como a aeroalérgenos.

*Objetivo:* Evaluar la utilidad del reactivo absorbente de anticuerpos anti-CCD (Euroimmun) en la identificación de la sensibilización primaria en un paciente con alergia a inhalantes y venenos de himenópteros.

**Material y métodos**

Mujer de 42 años con antecedente de reacción sistémica grave (grado III-IV) tras picadura de himenóptero no identificado y rinitis alérgica perenne. Se realizó estudio alergológico mediante pruebas cutáneas y determinación de IgE específica frente a venenos mediante ImmunoCAP™ (Thermo Fisher Scientific) y tira de himenópteros e inhalantes tipo *immunoblot* (EUROLINE, Euroimmun), junto con estudio de componentes moleculares y pruebas de inhibición.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas y la IgE específica mostraron doble sensibilización a *Apis mellifera* y *Vespula* spp., junto con polisensibilización a múltiples pólenes y niveles elevados de CCD. El estudio molecular evidenció positividad aislada a rApi m 10, con negatividad del resto de componentes relevantes, incluyendo Api m 1 y Ves v 1/Ves v 5.

Las pruebas de inhibición no mostraron inhibición significativa. Tras el bloqueo de CCD en la tira EUROLINE (Euroimmun), se confirmó sensibilización primaria a *Apis mellifera*, descartándose la relevancia clínica de *Vespula* spp. Asimismo, la aparente polisensibilización a pólenes se negativizó, persistiendo únicamente sensibilización a epitelio de gato (Fel d1).

**Conclusión**

El bloqueo de CCD permitió distinguir entre sensibilización verdadera y reactividad cruzada, siendo determinante para identificar el himenóptero responsable y evitar una sobreinterpretación de polisensibilización a aeroalérgenos. Este caso resalta el valor clínico de estas técnicas en la optimización del diagnóstico y en la toma de decisiones terapéuticas, incluyendo la indicación precisa de inmunoterapia.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Aplicación de la tecnología Nexkin DSPT® en la estandarización *in vivo* de alérgenos moleculares de *Dermatophagoides pteronyssinus*: correlación con la lectura manual del área de las pápulas

Azpilicueta Ferrer J[1], Gutiérrez Suazo E[2], García-Parrado García G[3], Rica Reguilón A[1], Martínez Gomariz M[3], Tabar Purroy AI[2,4]

[1] Nexkin Medical, Donostia-San Sebastián
[2] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona
[3] Departamento de Investigación y Desarrollo, Diater Laboratorios, Madrid
[4] Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IDISNA), Pamplona

**Objetivo/Introducción**

El *prick test* (SPT) es clave para el diagnóstico de sensibilización y la estandarización biológica de extractos alergénicos (HEP). Sin embargo, la lectura manual de la pápula presenta variabilidad entre operadores y lecturas, lo que limita la comparabilidad de los estudios. Los métodos automáticos han demostrado mejorar la precisión y reducir esta variabilidad.

*Objetivo:* Evaluar la concordancia entre la medición automática del área de la pápula mediante Nexkin DSPT® y la planimetría manual en un modelo *in vivo* con nDer p 1, nDer p 2 y nDer p 23, como prueba de concepto para futuros estudios de potencia biológica.

**Material y métodos**

En 27 pacientes con rinitis y/o asma por ácaros y SPT positivo a *D. pteronyssinus*, se realizaron por duplicado pruebas cutáneas con cuatro concentraciones de nDer p 1, nDer p 2 y nDer p 23, además de histamina y control negativo. A los 15 minutos, se midieron las pápulas, con Nexkin DSPT® y después mediante planimetría. Se compararon un total de 702 áreas, calculándose las HEP individuales (HEPi).

**Resultados**

La lectura manual presenta áreas medias mayores que Nexkin DSPT® (13,73 vs. 9,68 mm²; $p<0,0001$), con dispersión comparable y tendencia a mayor variabilidad. La correlación entre métodos fue alta (Pearson r=0,875; $p<0,0001$) con una proporción elevada de variabilidad explicada ($R^2=0,77$).

En el HEPi, los 33 valores pareados mostraron correlación positiva significativa (Pearson r=0,72; $p<0,0001$) con mayor dispersión ($R^2=0,51$). Esto sugiere que ambos métodos presentan una tendencia común, pero no pueden considerarse equivalentes para estimaciones individuales.

**Conclusión**

Nexkin DSPT® muestra concordancia con la planimetría manual en la estandarización *in vivo* de nDer p 1, nDer p 2 y nDer p 23, aportando mayor objetividad y menor variabilidad. Se observa un sesgo sistemático hacia áreas menores que debe considerarse al calcular HEPi. En conjunto, la tecnología Nexkin DSPT® es una herramienta útil para mejorar la reproducibilidad y comparabilidad de estudios de estandarización biológica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Caracterización clínica y molecular de pacientes sensibilizados a caspa de gato

Bernal Rubio L[1], Sola Martínez FJ[1], Camacho Nieto N[2], García-Parrado García G[2], Picos Souto S[2], Martínez Gomariz M[2]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid
[2] Departamento de I+D, Diater Laboratorios, Madrid

**Objetivo/Introducción**

*Objetivo:* Analizar una cohorte de pacientes alérgicos a la caspa de gato para caracterizar su perfil clínico y de sensibilización molecular.

**Material y métodos**

Se incluyeron 30 pacientes con clínica respiratoria alérgica y sensibilización a gato por prueba cutánea (SPT). Se analizaron variables clínicas (rinitis, asma, síntomas cutáneos), la cosensibilización a otros aeroalérgenos y niveles de IgEe (ImmunoCAP™) frente a Fel d, Fel d 1, Fel d 2 y Fel d 7. Además, se evaluaron los perfiles alergénicos frente a Fel d y Fel d 1 mediante Western blot.

**Resultados**

El 80% de los pacientes presentó rinitis, el 43,3% asma y el 10% síntomas cutáneos, sin asociaciones significativas entre sensibilización a los alérgenos moleculares de Fel d y las manifestaciones clínicas.

La polisensibilización en los pacientes alérgicos a gato fue alta con alérgenos ambientales, especialmente caspa de perro (86,7%) y gramíneas (83,3%).

Todos los pacientes presentaron IgEe al extracto completo Fel d y al alérgeno mayor Fel d 1. La sensibilización a otros alérgenos fue del 30% a Fel d 7 y 13,3% a Fel d 2. Fel d 1 fue serodominante, con niveles medios de IgEe más elevados que el resto.

La monosensibilización a Fel d 1 fue el patrón alergénico predominante (63,3%), mientras el 36,7% mostró cosensibilización a Fel d 7 y Fel d 2.

El Western blot confirmó la sensibilización a Fel d 1 y no mostró bandas alergénicas adicionales comunes que representen más del 50% de los perfiles alergénicos analizados.

**Conclusión**

La cohorte mostró sensibilización del 100% a Fel d 1 serodomiante, con contribución variable de otros alérgenos menores. En conjunto, estos resultados consolidan la caracterización clínica y molecular de los pacientes sensibilizados a caspa de gato y subrayan el papel determinante de Fel d 1 en su perfil de sensibilización.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Rendimiento diagnóstico de *prick test* en gramíneas: sensibilidad y especificidad en un estudio multicéntrico

González de Olano D[1], González Mancebo E[2], Rosado Ingelmo A[3], Escorial García M[4], Hernández Peña J[5], Brotons Silvar B[6]

[1] Servicio de Alergia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid
[2] Servicio de Alergia, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid
[3] Servicio de Alergia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid
[4] Departamento médico, ASAC Pharmaceutical Immunology, Alicante
[5] Servicio de Alergia, Clínica RM Moralzarzal, Madrid
[6] Departamento I+D, ASAC Pharmaceutical Immunology, Alicante

**Objetivo/Introducción**

El *prick test* (SPT) es el *gold standard* para diagnosticar la sensibilización mediada por IgE, utilizando extractos alergénicos estandarizados.

Tras la estandarización biológica de *Phleum pratense* como representante del grupo homologo, el objetivo del presente estudio fue determinar la especificidad y sensibilidad de las pruebas cutáneas diagnósticas tipo *prick* con extractos de gramíneas.

**Material y métodos**

Estudio prospectivo, nacional, abierto y multicéntrico de fase II sobre pacientes de 18 a 50 años. Se evaluaron los siguientes diagnósticos *prick* de gramíneas (*Phleum pratense*, *Dactylis glomerata*, *Hordeum vulgare*, *Lolium perenne*, *Poa pratensis*, *Secale cereale*, *Triticum sativum*) mediante SPT en el antebrazo, utilizando extractos estandarizados a una concentración de 30 HEP/mL, con el fin de determinar la sensibilidad en pacientes sensibilizados y la especificidad en pacientes no sensibilizados.

**Tabla.** Resultados de sensibilidad y especificidad.

| | Sensibilidad | Especificidad |
|---|---|---|
| Casos reclutados | 30 | 28 |
| Verdadero positivo | 30 | 28 |
| Falso negativo | 0 | 0 |
| Total | 100% | 100% |

**Resultados**

Se consideraron 60 pacientes para participar en el estudio. De ellos, dos fueron excluidos: uno por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos y otro debido a un resultado inválido en la prueba, incluyéndose finalmente 58 sujetos. De esta forma, en total, se incluyeron 30 pacientes para la determinación de sensibilidad y 28 pacientes para la determinación de la especificidad. Todos los sujetos del grupo de sensibilidad presentaron un resultado positivo en el SPT para los 7 alérgenos testados (VP=30; FN=0) y todos los sujetos del grupo de especificidad obtuvieron resultados negativos para los 7 alérgenos testados (VN=28; FP=0) (Tabla). Por tanto, los diagnósticos *prick* mostraron una sensibilidad y especificidad del 100%.

**Conclusión**

Los resultados de este estudio permiten confirmar el rendimiento diagnóstico de los *prick test* de gramíneas estandarizados biológicamente, respaldando su validez clínica en el diagnóstico *in vivo*.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Cuantificación del alérgeno natural purificado Cup a 1 mediante el desarrollo de un ELISA indirecto con anticuerpos policlonales

Camacho Nieto N, García Hernández MDC, Sánchez Martín P, Hernández Ortiz N, Martínez Gomariz M

Laboratorios Diater, Leganés, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Cup a 1 es el alérgeno mayor de *Cupressus arizonica* y marcador genuino de sensibilización a cupresáceas por su alta reactividad cruzada con pólenes de la misma familia. Es clínicamente relevante en rinoconjuntivitis alérgica, asociándose a formas graves y persistentes. Por ello, su cuantificación es indispensable para garantizar la uniformidad entre lotes del alérgeno natural purificado, empleado en diagnóstico e inmunoterapia.

*Objetivo:* Validar un ELISA indirecto para cuantificar el alérgeno natural Cup a 1 con anticuerpos policlonales, como herramienta robusta y sensible para el control de calidad de productos comerciales.

**Material y métodos**

Cup a 1 se purifica a partir de un extracto de *C. arizonica* mediante cromatografía de intercambio iónico y exclusión molecular. Se caracteriza mediante SDS-PAGE y la identidad se confirma por espectrometría de masas.

El suero con anticuerpos policlonales se obtiene tras inmunizar conejos con Cup a 1 natural purificado, con especificidad confirmada mediante *immunoblot*. En el ELISA indirecto se emplea como anticuerpo primario.

La validación incluye selectividad, precisión (repetibilidad instrumental, del método y precisión intermedia), exactitud y linealidad, empleando Cup a 1 natural purificado como estándar. Además, se cuantifica Cup a 1 en lotes del alérgeno purificado.

**Resultados**

La proteína purificada se identifica como Cup a 1 por huella peptídica, con una cobertura de secuencia del 41%, mostrando una banda de 40 kDa en SDS-PAGE. El método cumplió los criterios de aceptación en precisión y mostró linealidad en el rango 100 ng/mL a 8,779 ng/mL, con recuperación del 100% ± 30%, demostrando exactitud. La especificidad se confirmó al no detectarse señal con alérgenos distintos de Cup a 1. La cuantificación de Cup a 1 en todas las muestras es reproducible entre lotes, lo que asegura la robustez de la técnica.

**Conclusión**

Se consigue desarrollar y validar un ELISA indirecto robusto, preciso y reproducible para la cuantificación de Cup a 1 natural purificado.

## Identificación mediante espectrometría de masas de alérgenos de *Blomia tropicalis* y *Dermatophagoides* spp. en extractos nativos, despigmentados y despigmentados polimerizados

López Matas MÁ, Moya Lobo R, Aranda Cantero T, Carnés Sánchez J

LETI Pharma S.L.U., Tres Cantos, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La presencia de alérgenos clínicamente relevantes en los productos utilizados para inmunoterapia alergénica es esencial para garantizar su eficacia. La estructura del polímero en los extractos despigmentados polimerizados no permite la utilización de métodos de ELISA para la identificación y cuantificación de alérgenos. Por ello, es necesario recurrir a métodos alternativos, como es la espectrometría de masas (MS).

*Objetivo:* Identificar los alérgenos presentes en extractos nativos, despigmentados y despigmentados polimerizados de diferentes especies de ácaros mediante MS.

**Material y métodos**

Extractos liofilizados nativos, despigmentados y despigmentados polimerizados de *Blomia tropicalis*, *Dermatophagoides pteronyssinus* y *Dermatophagoides farinae* fueron solubilizados y digeridos con tripsina. Los péptidos obtenidos se analizaron mediante cromatografía en fase reversa acoplada a MS de alta resolución (Vanquish Neo IFC-Q Exactive HF, Thermo). La identificación de alérgenos se realizó utilizando las secuencias de alérgenos procedentes de las bases de datos IUIS y UniProt.

**Resultados**

En *B. tropicalis*, de los 23 alérgenos descritos, se identificaron 17 en extractos nativos, 19 en despigmentados y 16 en despigmentados polimerizados. En *D. pteronyssinus*, de las 31 secuencias descritas, se identificaron 25, 21 y 23 alérgenos respectivamente en cada uno de los 3 tipos de extractos. En *D. farinae*, se identificaron 31, 30 y 29 alérgenos, respectivamente, de un total de 39 descritos. Los alérgenos mayoritarios (Blo t 5, Blo t 2, Blo t 21, Der p 1, Der p 2, Der p 23, Der f 1, Der f 2 y Der f 23) se detectaron de forma consistente en todos los tipos de extracto.

**Conclusión**

La espectrometría de masas permitió confirmar la presencia de los alérgenos mayoritarios y de gran parte del resto de alérgenos de cada especie en extractos nativos, despigmentados y despigmentados polimerizados de ácaros, respaldando la idoneidad de estos extractos para su uso en inmunoterapia con alérgenos.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Tolerancia a inmunoterapia sublingual de gato en pacientes adultos con asma grave: serie de casos

Trondina A, Monje Tejedor S, Enríquez Matas A, García Moguel I, Feliu Vila A, Barranco Jiménez R

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a gato es una causa frecuente de asma, y la inmunoterapia representa una opción terapéutica eficaz. Sin embargo, la tolerancia y seguridad de la inmunoterapia sublingual (ITSL) con extractos de alérgenos de gato en pacientes con asma grave no está completamente establecida, siendo la experiencia en práctica clínica real limitada.

**Material y métodos**

Presentamos una serie de pacientes adultos con asma grave bien controlada por alergia a gato, en tratamiento de escalón GEMA 5-6/Guía GINA 5, que recibieron ITSL con extracto estandarizado de gato. Se recogieron los eventos adversos locales y sistémicos durante la fase de inicio y mantenimiento (media seguimiento [n=5] 12,5 meses [5-15 meses]).

Se incluyeron 6 pacientes (edad media 35,5 ± 12 años, 83,3% mujeres) en tratamiento con dosis altas de corticoides inhalados, LABA y otros controladores (LAMA [n=2], tezepelumab [n=1]) que recibieron extracto sublingual estandarizado de gato iniciado bajo supervisión especializada. Todos los pacientes mantenían convivencia con uno o dos gatos. Un paciente presentaba antecedente de reacción sistémica grado II durante inmunoterapia subcutánea previa con gato.

**Resultados**

Durante el período de estudio, ningún paciente desarrolló reacción adversa inmediata. Uno de los pacientes, con antecedente de dermatitis atópica, presentó urticaria (1-2 habones) en tórax a las 6-8 h de la administración de la primera dosis, autolimitada, sin asociar otros síntomas y tolerando posteriormente la dosis (premedicando con antihistamínico oral). No se registraron exacerbaciones asmáticas ni otras reacciones locales ni sistémicas.

**Conclusión**

La inmunoterapia sublingual con alérgenos de gato parece ser bien tolerada y segura en pacientes con asma grave. La ITSL puede ser una alternativa terapéutica en este grupo si se realiza bajo una estrecha supervisión médica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Seguridad y eficacia de un nuevo alergoide molecular (purificado y polimerizado) de Fel d 1 en pacientes alérgicos a epitelio de gato

Moreno Fernández A[1], Cava Ruiz N[1], Corrales García R[2]

[1] Hospital Universitario de Cuenca, Cuenca
[2] Roxall Medicina España SA, Bilbao

## Objetivo/Introducción

Fel d 1 es el alérgeno mayor y más relevante en la alergia a epitelio de gato, cuya presencia en los domicilios ha aumentado en los últimos años.

El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad y efectividad clínica de MODIGOID® Fel d 1, una innovadora inmunoterapia molecular con el alérgeno mayoritario del gato (Fel d 1), en condiciones de práctica clínica habitual.

## Material y métodos

Estudio observacional prospectivo en 20 pacientes con alergia a gato que completaron 12 meses de tratamiento.

El primer día se administraron 0,2 mL, seguidos de 0,3 mL tras 30 minutos. Posteriormente, dosis mensuales de continuación con 0,5 mL, que equivalen a 15 µg de Fel d 1.

Se evaluaron como variables de eficacia el *Combined Symptom and Medication Score* (CSMS), la escala visual analógica (EVA) de disconfort, el cuestionario de calidad de vida ESPRINT-15 y el cuestionario de satisfacción ESPIA.

La seguridad se analizó mediante el registro de reacciones adversas por inyección.

**Tabla 1.** Características de los pacientes reclutados en el estudio.

| Variable | Resultado |
|---|---|
| Edad, media (rango) | 22 (11-49) |
| Sexo femenino, n (%) | 14 (70%) |
| Diagnóstico, n (%) | |
| Rinoconjuntivitis | 20 (100%) |
| RC + asma | 10 (50%) |
| Sensibilización a Fel d 1 (IgE >0,35 $kU_A/L$) | 20 (100%) |
| Valor medio IgE Fel d 1 (ImmunoCAP™ Allergens, rFel d 1, e94) | 26,95 $kU_A/L$ |
| Polisensibilización a ≥2 fuentes alergénicas, n (%) | 13 (65%) |
| Otras sensiblizaciones (además de epitelio de gato) | Gramíneas, *Olea europaea*, *Salsola kali*, *Alternaria alternata*, perro, caballo |

## Resultados

Se administraron un total de 260 inyecciones.

Se registraron 8 reacciones locales, lo que supone una tasa del 3,08% por inyección (IC 95%: 1,6-6,0%). Estas reacciones aparecieron en 4 pacientes (20%; IC 95%: 6,8-43,7%). Todas ellas fueron inmediatas, leves-moderadas, autolimitadas y resueltas con hielo local.

Estas reacciones locales aparecieron principalmente durante la fase inicial del tratamiento, no registrándose ninguna a partir del tercer mes de tratamiento.

No hubo reacciones sistémicas (0%).

Mejoría clínica (valores medios, basal vs. 12 meses): CSMS de 4,5 a 2; EVA de 8 a 3,5. ESPRINT-15: de 75 a 27,75.

Satisfacción con la ITA tras 12 meses - cuestionario ESPIA: 78,6 (escala sobre 100).

## Conclusión

MODIGOID® Fel d 1 en vida real muestra un perfil de seguridad favorable (sin reacciones sistémicas y una baja tasa de reacciones locales), junto con una mejoría clínica significativa, una mejora de la calidad de vida y una alta satisfacción con el tratamiento.

**Tabla 2.** Tabla de reacciones adversas.

| Paciente | 1ª dosis (0,2 mL) | 2ª dosis (0,3 mL) | 3ª dosis (0,5 mL) | 4ª dosis (0,5 mL) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | LI<5 | LI<5 | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | LI>5 | LI>5 | LI>5 | |
| 10 | | | | |
| 11 | | LI<5 | LI<5 | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | LI<5 | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Infecciones respiratorias recurrentes: un diagnóstico inmunológico

Collado Arocha MA, Bohorquez Cruz VM, Núñez Beltrán M, Carbonell Hurtado E, Coronado Pérez AI, Enrique Miranda E

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana

**Objetivo/Introducción**

Los errores congénitos de la inmunidad (ECI) son un grupo heterogéneo de trastornos hereditarios ocasionados por defectos del sistema inmunitario que mayormente debutan en la infancia. Sin embargo, también pueden debutar en la edad adulta, siendo la forma más frecuente de presentación las infecciones recurrentes.

**Material y métodos**

Se describe una paciente de 54 años con antecedente relevante de trastorno de la marcha desde la infancia, no estudiado. Desde hacía 20 años presentaba, durante las temporadas de invierno, sinusitis, otitis y neumonías de repetición que posteriormente se complicaron con bronquiectasias.

**Resultados**

Al inicio de su patología la paciente fue diagnosticada de hipogammaglobulinemia por hematología, con descenso de IgG (319 mg/dL), IgA (<5 mg/dL) e IgM (28 mg/dL). En la analítica destacaba leucopenia y linfopenia, con un cociente CD4/CD8 bajo y un recuento de CD4 de 229 células/µL.

Recibió tratamiento con gammaglobulinas endovenosas y años después fue remitida al servicio de inmunología para seguimiento.

En los estudios inmunofenotípicos se observó aumento de linfocitos B *naïve* (80%), aumento de células B transicionales (40%) y descenso de células B de memoria con cambio de clase (0,7%), cumpliendo criterios de inmunodeficiencia común variable (IDCV) según la ESID.

En estudios genéticos posteriores se identificó una variante en heterocigosis en el gen *PIK3CD*, de significado clínico incierto, con predictores *in silico* (CADD 31.0) que podrían orientar hacia patogenicidad.

Los estudios neurológicos fueron normales.

**Conclusión**

El síndrome activado de la fosfoinosítido 3-cinasa δ (APDS) es un ECI asociado a mutaciones de ganancia de función en el gen PIK3CD, con señalización desregulada de PI3Kδ. Sus manifestaciones clínicas incluyen infecciones respiratorias recurrentes y fenómenos linfoproliferativos. En el caso de nuestra paciente, su cuadro cumple criterios ESID de IDCV, sin embargo, se deben realizar estudios de funcionalidad del gen PIK3CD para determinar si esta variante podría desempeñar un papel en su patología.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Estudio de la eficacia y seguridad de la inmunoterapia (ITA) subcutánea con un alergoide polimerizado (Cup a 1, gramíneas y olivo) en pacientes con rinoconjuntivitis (RA) y/o asma alérgica

Acuña Vila G[1], Luna Porta A[1,2], Tomás Pérez M[1,2]

[1] Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de Investigación (IdlPaz), Madrid

## Objetivo/Introducción

La ITA Modigoid Plus® (Roxall Medicina España S. A.) conteniene un alergoide molecular liofilizado del polen *Cupressus arizonica* (Cup a1) reconstituido con una mezcla polimerizada de pólenes de olivo y gramíneas.

*Objetivo:* Evaluar la seguridad de la ITA Modigoid Plus® Cup a 1-gramíneas-olivo en pacientes con RA y/o asma y los cambios producidos en sintomatología y uso de medicación al año de tratamiento.

## Material y métodos

Estudio en pacientes polialérgicos a pólenes (ciprés, olivo, gramíneas), con RA y/o asma que recibieron ITA Modigoid Plus®.

La pauta de inicio fue de 1 día (0,2 mL + 0,3 mL separadas 30') con administración mensual (0,5 mL) posterior. Evaluamos el número y severidad de las reacciones adversas (RRAA) según gradación de la WAO y tratamiento administrado. Secundariamente analizamos cambios en la sintomatología y uso de medicación al inicio y al año de tratamiento.

## Resultados

Incluimos 39 pacientes (mediana de edad 40 años, 58,9% mujeres). Todos presentaban RA y el 71,7% asma asociada.

La ITA fue bien tolerada, sin suspensiones. El 7,6% de los pacientes presentó reacciones locales leves.

Al año de tratamiento se observó una mejoría clínicamente relevante en la RC. La rinitis severa disminuye de 43,5% a 2,5%, con desaparición completa de formas persistentes severas (43,5% a 0%), lo que representa una mejoría clínicamente muy relevante. En asma, el porcentaje de pacientes con síntomas se redujo un 9,7%, con desaparición del asma persistente severa (Tabla 1).

El uso de medicación también disminuyó, según se aprecia en la Tabla 2.

## Conclusión

La ITA Modigoid Plus® es un extracto seguro y bien tolerado en los pacientes alérgicos, con rinitis y/o asma, a pólenes de cupresáceas, olivo y gramíneas.

Los pacientes mostraron mejoría significativa en cuanto a intensidad/severidad de los síntomas tras un año de tratamiento y una disminución en cuanto al uso de medicación.

**Tabla 2.**

| Medicamento | Antes | Después |
|---|---|---|
| ANTIH1 oral | 92% | 56,40% |
| Corticoide tópico nasal | 48,70% | 41% |
| ANTIH1 tópico | 35,80% | 41% |
| Corticoide oral | 17,90% | 7,60% |
| Corticoide + broncodilatador (SABA/LABA) | 66,60% | 48,70% |

**Tabla 1.**

| Intensidad rinitis | Asintomática | Leve | Moderada | Severa | |
|---|---|---|---|---|---|
| Antes | 0% | 12,80% | 43,50% | 43,50% | |
| Después | 15,3% | 53,80% | 28,20% | 2,50% | |
| **Severidad rinitis** | **Asintomática** | **Intermitente** | **Persistente leve** | **Persistente moderada** | **Persistente severa** |
| Antes | 0% | 0,00% | 12,80% | 43,50% | 43,50% |
| Después | 7,60% | 30,70% | 35,80% | 23,00% | 0% |
| **Severidad asma** | **Asintomática** | **Intermitente** | **Persistente leve** | **Persistente moderada** | **Persistente severa** |
| Antes | 38% | 10,20% | 35,80% | 10,20% | 5,10% |
| Después | 48,70% | 23,50% | 25,60% | 2,50% | 0% |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Resultados clínicos y de seguridad de Pollinex® GO en asma y rinitis alérgica estacional: estudio GOL

Sola Martínez FJ[1], Florido López JF[2], Domínguez Cereijo L[3], Serrano Delgado MDP[4], Cases Ortega B[5], Valverde Monge M[6]

[1] Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid
[2] Hospital Universitario San Cecilio, Granada
[3] Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla
[4] Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
[5] Allergy Therapeutics, Madrid
[6] Fundación Jiménez Díaz, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Evaluar el perfil de seguridad y resultados clínicos e inmunológicos de Pollinex® GO, una inmunoterapia subcutánea de polen de olivo y mezcla de gramíneas, ambos a dosis completa, polimerizados y adyuvados con tirosina microcristalina (MCT) y monofosforil lípido A (MPL), en pacientes con asma y rinitis alérgica estacional.

El objetivo principal fue evaluar la seguridad mediante registro de acontecimientos adversos. Los secundarios incluyeron evolución clínica del asma y rinitis, intensidad de los síntomas, uso de medicación, parámetros inmunológicos, calidad de vida, satisfacción y uso de recursos sanitarios.

**Material y métodos**

Estudio observacional, prospectivo, nacional y multicéntrico en 10 hospitales de Andalucía y Madrid, según la práctica clínica habitual, que incluyó adultos con asma (GEMA) y rinitis alérgica (ARIA), sensibilizados a olivo y gramíneas, estableciéndose dos cohortes: grupo tratado con Pollinex® GO (n=53) y grupo control sin inmunoterapia (n=10).

**Resultados**

Se incluyeron 63 pacientes (54% mujeres). En la cohorte tratada se administraron 202 dosis (vial 1: 600 SU, n=51; vial 2: 1.600 SU, n=49; vial 3: 4.000 SU, n=92). Se registraron 20 reacciones adversas en 15 pacientes (28,3%), predominantemente locales (14 casos; 6,93%) frente a sistémicas (6 casos; 2,97%). Un paciente discontinuó por una reacción adversa y se produjo un episodio de anafilaxia asociado a un error de dosis.

El análisis intragrupo basal vs. posestacional demostró una mejoría en el asma (GEMA: gravedad $p$=0,021; control $p$=0,007) y la rinitis (ARIA: frecuencia $p$<0,001; gravedad $p$=0,006), sin diferencias significativas intergrupo, incremento de sIgG4 (olivo $p$=0,003; gramíneas $p$=0,004), sin cambios en sIgE. Se evidenció mejoría en la calidad de vida, elevada satisfacción y una tendencia a la reducción de recursos sanitarios.

**Conclusión**

Pollinex® GO mostró un perfil de seguridad favorable, con baja incidencia de reacciones adversas sistémicas. Se asoció a mejoría clínica de asma y rinitis, cambios inmunológicos acordes con su mecanismo de acción, y resultados positivos desde la perspectiva del paciente.

## Beneficios de la inmunoterapia con alérgenos en asma grave infantil

Palomino Lozano L, Altuve-Giannini F, Garate Rodríguez E, Zambrano Ibarra G, Rodríguez Mazariego ME, Entrala Bueso A

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El ingreso en UCI pediátrica por broncoespasmo extrínseco es infrecuente, pero genera gran impacto en el paciente y sus cuidadores. Es necesario instaurar u optimizar el tratamiento y realizar un estudio alergológico para identificar alérgenos relevantes que tratar con inmunoterapia específica, para la prevención de futuras crisis.

**Material y métodos**

Varón de 6 años con antecedentes de dermatitis atópica leve y rinoconjuntivitis intermitente estacional sin tratamiento, derivado desde urgencias por episodios de broncoespasmo en abril y mayo, requiriendo en uno de ellos ingreso en UCI y ventilación no invasiva durante 3 días. Fue dado de alta con budesonida 200 mcg, 2 inhalaciones cada 12 horas, precisando posteriormente acudir a urgencias por broncoespasmo moderado nuevamente.

Valorado en alergología en mayo, se realizó estudio y se optimizó el tratamiento: montelukast, salmeterol/fluticasona 25/125 µg, 2 inhalaciones cada 12 horas, asintomático bronquial desde entonces. Finalizada la primavera, se inició inmunoterapia subcutánea (gramíneas y olivo), cuya administración toleró sin incidencias.

**Resultados**

*Prick test* positivo: *Phleum p.*, *Cynodon, Plantago, Olea e., Platanus a., Cupressus a., Artemisia v., Chenopodium a., Salsola k., Fraxinus e.*, profilina.

IgE total: 396 kU/L. *Phleum* p.: 22,8 kU/L; rPhl p1 y rPhl p5: 53,8 kU/L; Olea e.: 41,1 kU/L y *Ole* e1:53,5 kU/L; arizónica: 36 U/L; nCup a 1: 61,5 kU/L, *Platanus* a: 1,52 kU/L, rPla a 1: 0,01 kU/L.

Pruebas de función respiratoria:

Inicial: $FEV_1$ 1,07L (80%); FVC 1,40L (107%); $FEV_1$/FVC 76%; FeNO 35ppb.

15 días: $FEV_1$ 1,28L (94%); FVC 1,43L(109%); $FEV_1$/FVC 89%; FeNO 5ppb.

Durante la primavera siguiente, asintomático a nivel bronquial con este tratamiento: $FEV_1$ 1,42L (103%); FVC 1,85L (108%); $FEV_1$/FVC 82%; FeNO 9ppb.

**Conclusión**

El broncoespasmo grave infantil por alergia a pólenes es infrecuente, pero afecta a la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores. La anamnesis y el estudio alergológico permitieron discernir la relevancia clínica de los alérgenos y decidir la composición correcta de la inmunoterapia, excluyendo el ciprés por no presentar relevancia clínica.

El tratamiento inhalador y la inmunoterapia le permitieron retomar su actividad física, escolar y de ocio en primavera, aspecto necesario en su desarrollo físico, social y emocional.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Correlación diagnóstica del SPT molecular y sIgE (ImmunoCAP™) en alergia pediátrica a *Dermatophagoides*

Moral Jiménez S, Rueda Martín F

UCG Chipiona, Cádiz

**Objetivo/Introducción**

Evaluar la correlación diagnóstica entre el *prick test* molecular (SPT) y la determinación sérica de IgE específica (sIgE) mediante ImmunoCAP™, para los componentes Der p 1, Der p 2 y Der p 23.

**Material y métodos**

Estudio observacional en 20 pacientes pediátricos (edad media 12 años; 8-17), con rinitis y/o asma alérgica sensibilizados a *Dermatophagoides*. Se compararon resultados SPT molecular y sIgE (>0,35 $kU_A/L$). Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo (VPN) y positivo (VPP), índice kappa y PABAK (*Prevalence-Adjusted Bias-Adjusted Kappa*).

**Resultados**

No se observaron casos de sIgE positiva con SPT negativo. El 15% presentó SPT positivo con sIgE negativa en algún componente. Der p 1 y Der p 2: 16 pacientes sensibilizados, sensibilidad 100%, especificidad 75%, VPP 94,1%, VPN 100%, kappa 0,83 (concordancia excelente). Der p 23: 18 pacientes sensibilizados, sensibilidad 100%, especificidad 50%, VPP 94,7%, VPN 100%, kappa 0,64 (concordancia moderada-alta). El análisis PABAK mostró una concordancia elevada (0,90) para los tres componentes, independientemente de la prevalencia.

**Conclusión**

El SPT molecular presenta excelente correlación con la sIgE sérica y elevada capacidad para detectar verdaderos positivos y negativos. Las discrepancias observadas para Der p 23 se relacionan con la elevada prevalencia de sensibilización al componente y no con un peor rendimiento diagnóstico. El SPT molecular puede considerarse una herramienta diagnóstica de precisión para la determinación del perfil molecular en alergia pediátrica a *Dermatophagoides*.

## "Mapa nacional" laboratorio de alergología: resultados preliminares encuesta *online* dirigida a los centros

Sabaté Brescó M[1,2], Rodríguez Pérez R[3], Villaseñor Solís AC[2,4], López Salgueiro R[5], Mayorga Mayorga C[2,6], Pascal Capdevila M[2,7]

[1] Clínica Universidad de Navarra, Pamplona
[2] RICORS – Red de Enfermedades Inflamatorias, Madrid
[3] Instituto de Investigación Biomédica del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid
[4] Instituto de Medicina Molecular Aplicada - Nemesio Díez (IMMA-ND), Universidad San Pablo CEU, Madrid
[5] Hospital Universitario y Politécnico de La Fe, Valencia
[6] Hospital Regional Universitario de Málaga y IBIMA Plataforma BIONAND, Málaga
[7] Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

La Comisión de Laboratorio en Alergología de la SEAIC diseñó una encuesta *online* para conocer la situación del laboratorio de alergología y la disponibilidad de los diferentes estudios *in vitro* en los hospitales de nuestro país.

**Material y métodos**

Difusión de la encuesta a través de los tutores de residentes durante un mes. Se recogieron datos sobre las técnicas disponibles, la capacidad formativa y la situación a nivel de investigación.

**Resultados**

Respondieron 34 centros, la participación más alta la presentaron Madrid (23%) y Andalucía (17%). Del resto de comunidades se obtuvieron entre 1 y 3 respuestas por comunidad.

El 100% tiene laboratorio en su propio centro, aunque el 76% externaliza parte de sus estudios. Los estudios se realizan en laboratorios generales, de análisis clínicos o de inmunología. El 20,5% dispone de laboratorio propio de alergología.

El acceso a IgE-total e IgE-específica es universal, aunque en el 15% de los centros existen limitaciones de tipo económico. El acceso a *multiplex* y *singleplex* es mayoritario (85%). Entre el 97 y el 100% de los centros tienen acceso a triptasa sérica, IL-6 y complemento, mientras que a la histamina solo el 61,8%. El acceso a las técnicas celulares es diverso, siendo el TAB la más alta (61,8%), seguido de esputo inducido (33%) y TTL (23,5%). Los estudios genéticos HAE, c-kit y HAT solo se realizan en algunos centros.

El 76% de los centros dispone de formación en laboratorio, aunque el 62% la considera moderada-baja. En el 97% los residentes hacen rotación de laboratorio de forma obligatoria. Solo el 21% de los departamentos organizan sesiones sobre aspectos del laboratorio periódicamente.

**Conclusión**

La encuesta a los centros refleja que la disponibilidad de estudios es heterogénea y arroja resultados muy similares a los obtenidos con una encuesta equivalente realizada entre socios de la SEAIC. Sería de gran utilidad disponer de un registro de centros y laboratorios para poder ampliar el acceso a todas las técnicas y a su formación.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Seguridad, adherencia y eficacia de una dosis aumentada de Pollinex Quattro gramíneas y/o olivo en práctica clínica

O'Sullivan Guijarro A, González Jáimez A, Betancor Pérez D, Domínguez Ferrer P, Berna Rosado L, Sastre Domínguez J

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Pollinex Quattro (PQ) representa un modelo de inmunoterapia subcutánea preestacional de pauta ultracorta, cuya eficacia clínica ha sido demostrada tanto en ensayos clínicos controlados como en estudios de práctica clínica habitual.

El objetivo principal fue comparar la seguridad de la administración del vial completo de 1,5 mL frente al esquema convencional de 1 mL en extractos de gramíneas y/u olivo. Asimismo, se evaluó la influencia sobre la evolución clínica, el consumo de medicación de rescate y la adherencia al tratamiento.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el Servicio de Alergología del Hospital Fundación Jiménez Díaz (Madrid), incluyendo 155 pacientes con rinitis alérgica estacional y/o asma sensibilizados a pólenes de gramíneas y/u olivo, tratados con PQ entre 2018 y 2021. Se clasificaron según el esquema de dosificación: convencional y dosis aumentada. Se analizaron reacciones adversas, adherencia, suspensiones, mejoría sintomática y uso de medicación sintomática mediante pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas.

**Resultados**

De los pacientes, 51 (32,9%) recibieron dosis aumentada, 87 (56,1%) el esquema convencional y 16 (10,9%) ambos. Del total, 75 pacientes (48,4%) completaron el tratamiento y 80 (51,6%) abandonaron precozmente. Se registraron reacciones adversas en 26 pacientes: 6 (3,9%) sistémicas, sin diferencias entre grupos ni asociación con variables clínicas; y 20 (12,9%) locales, más frecuentes en pacientes con asma y predominantemente en el grupo convencional. Solo 2 suspendieron por efectos adversos. Ambos grupos redujeron el consumo de medicación en época primaveral, con mayor descenso en el grupo de dosis alta, aunque sin significación estadística.

**Tabla 1.** Características de la población según el cumplimiento del ciclo de inmunoterapia con Pollinex Quattro.

| Variable | No cumplidores (n=80) n (%) | Cumplidores (n=75) n (%) | Valor *p* |
|---|---|---|---|
| Edad, media (DE) | 37,2 (15,14) | 32,76 (14,13) | <0,001 |
| Mujeres | 64 (80,0%) | 31 (41,3%) | |
| Características clínicas | | | |
| Rinitis | 1 (1,3%) | 0 (0%) | 0,481 |
| Asma | 44 (55,0%) | 39 (52,0%) | 0,761 |
| Rinitis + asma | 35 (43,8%) | 36 (48,0%) | 0,667 |
| Composición inmunoterapia | | | |
| Gramíneas | 50 (62,5%) | 57 (76,0%) | 0,131 |
| Olivo | 25 (31,3%) | 11 (14,7%) | 0,022 |
| Gramíneas + olivo | 4 (5,0%) | 6 (8,0%) | 0,475 |
| Cambio (Gramíneas → Gramíneas + Olivo) | 1 (1,3%) | 1 (1,3%) | 1.000 |
| Esquema de dosificación | | | |
| Aumentada | 22 (27,6%) | 29 (38,7%) | 0,282 |
| Convencional | 53 (66,3%) | 34 (45,3%) | 0,017 |
| Aumentada → convencional | 1 (1,3%) | 2 (2,7%) | 0,613 |
| Convencional → aumentada | 4 (5,0%) | 10 (13,3%) | 0,067 |

**Conclusión**

La administración del vial completo (1,5 mL) de PQ presenta un perfil de seguridad comparable al esquema estándar, sin incremento de reacciones adversas y con una posible tendencia a mayor eficacia clínica. Sin embargo, debido al diseño retrospectivo y la elevada tasa de abandonos, los resultados deben considerarse exploratorios y requieren corroboración en estudios futuros.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla 2.** Características clínicas, composición y esquema de dosificación de inmunoterapia administrados en pacientes con reacciones adversas.

| Paciente | Edad (años) | Sexo | Diagnóstico | Composición inmunoterapia | Dosis | Año de reacción | Reacción adversa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 22 | H | R + A | G + O | N | 1 | Angioedema facial (3ª dosis) |
| 2 | 43 | M | R + A | G | N | 1 | Rinitis |
| 3 | 46 | M | R + A | G | A | 1 | Rinitis |
| 4 | 46 | M | R + A | G | N | 1 | Asma |
| 5 | 11 | H | R + A | G (1er año) | N (1er año) | 2 | Asma |
| | | | | G + O (2º año) | A (2º año) | | |
| 6 | 49 | M | R | G | A | 1 | Local (1ª y 2ª inyección) |
| 7 | 52 | H | R + A | O | N | 2 | Local |
| 8 | 16 | H | R | G | N | 1-3 | Local |
| 9 | 63 | M | R | G | N | 1-2 | Local |
| 10 | 17 | H | R + A | G | N | 1 | Local (1ª y 2ª inyección) |
| 11 | 21 | H | R + A | G | N | 1 | Local |
| 12 | 38 | M | R + A | O | N | 1-3 | Local |
| 13 | 29 | H | R | G + O | N | 1 | Local |
| 14 | 50 | H | R + A | G + O | N | 1 | Local |
| 15 | 28 | M | R + A | G + O | N | 1 | Local |
| 16 | 24 | H | R | G + O | A | 1 | Local |
| 17 | 41 | M | R | G | A | 1 | Local (1ª y 2ª inyección) |
| 18 | 37 | M | R + A | G | N | 2 | Local |
| 19 | 31 | M | R + A | O | N | 1 | Local (1ª y 2ª inyección) |
| 20 | 47 | M | R + A | G + O | N | 1 | Local |
| 21 | 36 | H | R + A | G | A | 1 | Local (1ª inyección) |
| 22 | 17 | H | R + A | G | N | 1 | Local |
| 23 | 25 | M | R + A | G + O | N | 1 | Local (1ª y 2ª inyección) |
| 24 | 22 | H | R + A | G | N | 1-2 | Local |
| 25 | 25 | M | R + A | G | N | 2 | Local |
| 26 | 34 | H | R + A | G + O | N | 1 | Local |

Abreviaturas: A, asma; A, aumentada (pauta dosis aumentada); G, gramíneas; G + O, gramíneas y olivo; H, hombre; M, mujer; N, normal (pauta convencional); O, olivo; R, rinitis; R + A, rinitis y asma.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Modulación de la expresión génica y respuesta a la inmunoterapia en pacientes con cáncer de pulmón: estudio de la interfaz alérgico-oncológica

García Sánchez A[1,2], González Santa Catalina P[2,3], Churruca Clemente A[1], Parejo Díaz A[3], del Barco Morillo E[2,3], Martín García C[2,3]

[1] Universidad de Salamanca, Salamanca
[2] Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca, Salamanca
[3] Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

**Objetivo/Introducción**

La interrelación entre atopia e inmunidad antitumoral es poco conocida. Los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) tratados con inhibidores de puntos de control inmunitario (ICI) pueden presentar un trasfondo atópico preexistente que podría modular receptores inmunoalérgicos.

Este estudio caracterizó la expresión de los genes VISTA, FCGR1, FCER2, HRH1 y MS4A2 en pacientes con CPNM estratificados según su positividad en las pruebas intraepidérmicas (PC+/PC-) comparados con pacientes con rinitis alérgica (RA) y controles sanos.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo que analizó cuatro cohortes: CPNM-PC+ (n=17), CPNM-PC- (n=34), RA (n=20) y controles sanos (n=23). Se cuantificó la expresión génica mediante qPCR ($2^{-\Delta\Delta Ct}$). Se analizaron variables clínicas, mutacionales (KRAS, TP53) y biomarcadores de inflamación sistémica (NLR, PIV, LIPI) en relación con la respuesta a ICI (superrespondedor, respondedor o no respondedor). Se aplicaron las pruebas de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, correlación de Spearman y el test de Fisher.

**Resultados**

FCER2 presentó sobreexpresión en pacientes con RA frente a CPNM-PC+ ($p$=0,002) y CPNM-PC- ($p$<0,001) SPT. VISTA estuvo significativamente elevado en CPNM PC+ frente a controles sanos ($p$=0,001). Los pacientes CNPM-PC+ mostraron una tendencia hacia menores niveles de inflamación sistémica (NLR: 3,35 vs. 4,12 y PIV: 500 vs. 700), y mejor perfil LIPI (69% vs. 59%) frente a los CNPM-PC-, aunque sin significación estadística. No hubo correlaciones significativas entre genes y grado de respuesta, posiblemente por el tamaño muestral.

**Conclusión**

La atopia en CPNM se asoció con una firma inmunológica transcripcional distinta (supresión de FCER2 y elevación de VISTA). Los hallazgos apoyan una posible interrelación entre atopia e inmunología temporal. Son necesarios estudios prospectivos más amplios para validar la asociación entre atopia y respuesta a los ICI.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Seguridad y eficacia de la inmunoterapia subcutánea administrada en pauta clúster en pacientes con rinoconjuntivitis y/o asma sensibilizados a polen de olivo con o sin sensibilización a gramíneas

Cancelliere Fernández N[1], Alcántara Villar M[2], Martín Casañez AE[3], Palomeque Rodríguez MT[4], Betancor Pérez D[5], Sola Martínez FJ[6]

[1] Hospital la Antigua, Guadalajara
[2] Clínica de Alergia y Asma Alcántara Villar, Jaén
[3] Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada
[4] Hospital Perpetuo Socorro, Albacete
[5] Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid
[6] Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia con alérgenos es el único tratamiento que modifica la evolución natural de las enfermedades alérgicas mediadas por IgE por aeroalérgenos. Las pautas agrupadas de inmunoterapia subcutánea (ITSC) con extractos *depot* hipoalergénicos permiten acortar el periodo de escalada de dosis manteniendo un perfil de seguridad favorable. Sin embargo, existen escasos datos específicos sobre el uso de extractos de *Olea europaea*, sola o combinada con gramíneas, especialmente en población mediterránea.

**Material y métodos**

El estudio OLGA es un estudio multicéntrico, retrospectivo y observacional en vida real realizado en 16 centros de alergología de España. Se incluyeron pacientes con rinoconjuntivitis alérgica y/o asma mediadas por IgE, sensibilizados a *Olea europaea*, asociada o no a alergia a gramíneas, tratados con ITSC en pauta clúster. Se evaluaron la seguridad y la eficacia clínica durante un año mediante el registro de reacciones adversas y la variación de la puntuación de síntomas nasales, no nasales y asmáticos.

**Resultados**

Se analizaron 245 pacientes (51% varones; media de 26,6 años). Tras la administración de ITSC, se produjo una mejoría significativa clínicamente relevante en todos los dominios sintomáticos: síntomas nasales no nasales y puntuación total ($p$<0,001). Asimismo, se observó una reducción significativa de las exacerbaciones asmáticas; $p$<0,001. Más del 93% de los pacientes presentó mejoría clínica relevante. Un total de 67 pacientes (27,3%) presentó al menos una reacción adversa, registrándose 154 reacciones en total, predominantemente locales (82,5%). Las reacciones sistémicas fueron infrecuentes (17,5%) y todas se clasificaron como grado 1-2 según la WAO, consistiendo en tos leve, disnea o síntomas cutáneos. No se registraron reacciones grado ≥3 ni fue necesario el uso de adrenalina. No se observaron diferencias significativas entre pacientes tratados con olivo al 100% y mezclas de olivo-gramíneas.

**Conclusión**

La ITSC con constituye una estrategia segura, eficaz y práctica en pacientes sensibilizados a *Olea europaea*, apoyando su uso rutinario en la práctica clínica.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Resultados del cribado neonatal para la inmunodeficiencia combinada grave en la comunidad de Madrid tras 2 años de su implementación

Quijada Morales P[1,2], Zambrano Ibarra G[1,2], Llorente Martín E[3], García Martínez E[1,4], Gil Herrera J[1,4], Seoane Reula ME[1,2]

[1] Unidad de Inmunodeficiencias Primaria (CSUR), Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[2] Unidad de Inmunoalergia Infantil, Departamento de Alergología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[3] Laboratorio de Cribado Neonatal, Departamento de Bioquímica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[4] Departamento de Inmunología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La inmunodeficiencia combinada grave (IDCG) representa uno de los errores congénitos de la inmunidad (ECI) más graves, siendo fatal en los primeros meses de vida sin un diagnóstico y tratamiento restaurador como el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) o la terapia génica. El cribado neonatal es fundamental para la detección en fase presintomática, permitiendo evitar infecciones oportunistas, en ocasiones mortales, y optimizar la supervivencia. Este estudio describe el resultado del programa de cribado en la Comunidad de Madrid iniciado en 2023.

**Material y métodos**

Se analizaron todos los recién nacidos en la Comunidad de Madrid desde septiembre de 2023 hasta diciembre de 2025. El cribado se realizó mediante la cuantificación de los círculos de escisión del receptor de células T (TREC) en muestras de sangre seca de la tarjeta de Guthrie, mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Los casos con valores anormales fueron derivados a la unidad de referencia clínica para estudios de confirmación.

**Resultados**

De 115.833 recién nacidos cribados (tasa de derivación: 0,048%), se identificaron 3 casos de IDCG (2 IDCG típica y 1 asociada al síndrome de CHARGE). Los defectos genéticos incluyeron variantes en los genes (DCLRE1C, RAG2, CHD7). Además, se diagnosticaron 15 casos de linfopenia T no IDCG, incluyendo formas sindrómicas (síndrome de deleción 22q11.2, ataxia-telangiectasia), condiciones reversibles, linfopenia idiopática y prematuridad.

**Conclusión**

El cribado neonatal basado en TREC en Madrid es una herramienta altamente eficaz que permite identificar de manera temprana a los niños con SCID para su seguimiento y manejo en unidades especializadas, además de la identificación de otras patologías asociadas a linfopenia que se benefician de intervención precoz.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Perfil de seguridad en vida real de la inmunoterapia subcutánea con mezcla de extractos despigmentados polimerizados de *Dermatophagoides pteronyssinus* y epitelio de gato

Hernández Suárez HR[1], Rubira García N[2], Dordal Culla MT[3], Herrero Lifona L[4], Rondón Segovia C[5], Torres Pérez B[6]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria
[2] Servicio de Alergología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona
[3] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona
[4] Servicio de Alergología, Hospital Quirónsalud Málaga, Málaga
[5] Servicio de Alergología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga
[6] Medical Affairs Unit, LETI Pharma, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El 90% de los pacientes con alergia respiratoria en España están polisensibilizados. La sensibilización a *Dermatophagoides pteronyssinus* y al epitelio de gato se observa en el 54% y 30%, respectivamente.

En la inmunoterapia (ITA) con mezclas, la estabilidad y la seguridad son críticas. La mezcla de extractos despigmentados-polimerizados (DPG) de *D. pteronyssinus* y epitelio de gato ha demostrado estabilidad *in vitro* durante al menos 16 semanas, menor actividad proteolítica que los extractos nativos y una actividad alergénica mantenida en el tiempo y comparable a la de los extractos individuales.

*Objetivo:* Evaluar el perfil de seguridad de esta mezcla en condiciones de práctica clínica real.

**Material y métodos**

Se analizaron los datos de seguridad procedentes de:

- Estudio observacional prospectivo de efectividad y seguridad de la ITA con mezcla de extractos DPG *D. pteronyssinus*/epitelio de gato, en curso, considerando los acontecimientos adversos registrados durante la fase de inicio de los 29 pacientes incluidos.
- Notificaciones espontáneas realizadas al departamento de farmacovigilancia (octubre de 2025-marzo de 2026).

Las reacciones sistémicas (RS) se clasificaron según criterios WAO 2010.

**Resultados**

- En el estudio observacional, 9 pacientes presentaron 12 reacciones adversas en la fase de inicio: 6 en pauta *rush* y 3 en convencional. Se registraron 10 reacciones locales (RL) (9 leves y 1 moderada) y 2 reacciones sistémicas RS (grados 1-2). Ningún paciente suspendió el tratamiento por este motivo.
- De acuerdo con el departamento de farmacovigilancia, tras más de 3.100 inyecciones administradas, únicamente se notificó una RS (grado 2) (incidencia del 0,03215%). No se notificaron RL ni RS graves.

**Conclusión**

Los datos procedentes de práctica clínica real y farmacovigilancia sugieren que la inmunoterapia subcutánea con mezcla de extractos DPG *D. pteronyssinus*/epitelio de gato presenta un perfil de seguridad favorable, con predominio de reacciones locales leves, escasa incidencia de reacciones sistémicas y ausencia de reacciones sistémicas graves.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Caracterización de la inmunoterapia específica con aeroalérgenos iniciada en la Unidad de Inmunoterapia del Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII en pacientes mayores de 18 años durante el año 2025

Gassol Puigjaner J[1,2], Villamor Martín T[1,2,3], Dalmau Duch G[1,2,3], Perdomo Sterling PC[1,2], Martín Just S[1,2,3], Gázquez García V[1,2,3]

[1] Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, Tarragona
[2] Institut de Recerca Biomèdica Catalunya Sud, Tarragona
[3] Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia específica con alérgenos (ITA) es el único tratamiento capaz de modificar la historia natural de la patología alérgica. A pesar de ello, hay poca evidencia sobre las tendencias de prescripción de ITA con aeroalérgenos en la práctica clínica habitual.

*Objetivo:* Describir las características de la ITA con aeroalérgenos en pacientes adultos que han iniciado tratamiento en la Unidad de Inmunoterapia del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona (UI HJ23) durante el año 2025.

**Material y métodos**

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluye todos los pacientes adultos que han iniciado ITA con aeroalérgenos durante el año 2025 en la UI HJ23. Se recogen variables demográficas y clínicas y se lleva a cabo el análisis estadístico.

**Resultados**

Se incluyeron un total de 172 pacientes, 72 (41,9%) hombres y 100 (58,1%) mujeres. La media de edad al inicio de la ITA es de 38 (21-58) años. 168 (98%) de los pacientes presentan rinitis alérgica, 60 (35%) presentan asma asociada y 4 (2%) solo asma.

La vía de administración más utilizada fue la subcutánea (148; 86%), seguida de la vía sublingual (20; 12%). En cuanto al tipo de ITA, el más pautado ha sido el alergoide (143; 83%). En relación con el número de fuentes alergénicas, la mayoría (139; 80,8%) contenían una, 32 (18,6%) dos y únicamente uno contenía 3 (0,6%).

Respecto a la tolerancia, 162 (94,2%) pacientes presentaron buena tolerancia a la ITA, 8 (4,6%) presentaron reacción local y 2 (1,2%) presentaron una reacción sistémica.

**Conclusión**

En nuestra población y durante el año 2025:

- Las mujeres representan el grupo mayoritario que inicia ITA con aeroalérgenos.
- La principal indicación de prescripción es la rinitis.
- La vía de administración más utilizada es la subcutánea, los ácaros la principal fuente alergénica prescrita.
- La mayoría de los pacientes toleran bien la ITA.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Reducción en el uso de recursos sanitarios en pacientes pediátricos tratados con SLIT líquida 300 IR: un subanálisis en vida real de España e Italia

González Pérez R[1,2], Poza Guedes P[1,2], Añó García MÁ[3], Sánchez Morillas L[4], Yago Meniz A[4], Bazire Bátiz R[5]

[1] ALERGOCAN, Santa Cruz de Tenerife
[2] Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife
[3] Consulta privada Dr. Añó García, Santander
[4] Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid
[5] Stallergenes Ibérica, Barcelona

## Objetivo/Introducción

La inmunoterapia sublingual (SLIT) es eficaz y modifica la enfermedad en alergias respiratorias pediátricas, pudiendo reducir costes sanitarios. Aunque la evidencia en vida real sigue siendo limitada, este subanálisis evaluó el uso directo de recursos sanitarios relacionados con la rinitis alérgica antes y después de la SLIT 300 IR en niños y adolescentes de España e Italia.

## Material y métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes de 5 a 65 años con RA por ácaros y/o polen, con o sin asma, tratados con SLIT líquida 300 IR durante 6 meses en ácaros o al menos una estación polínica. El presente subanálisis se limitó a niños de 5 a 12 años y adolescentes de 13 a 17 años atendidos en centros privados. Se evaluó el uso mensual por paciente de medicación sintomática para rinitis y asma, así como las visitas al alergólogo, urgencias y médico de atención primaria antes y después de la SLIT.

## Resultados

Se analizaron 585 pacientes pediátricos, con una mediana de edad de 10,0 años; el 63,8% eran niños y el 36,2% adolescentes, y el 55,7% eran varones. La SLIT se indicó por RA por pólenes en el 55,9% y por ácaros en el 44,1%; la mayoría presentaba rinitis persistente (73,2%) y moderada (72,6%), y el 30,9% tenía asma concomitante. Tras el tratamiento, se redujo significativamente el uso de medicación sintomática, excepto los corticosteroides orales ($p$=0,083). También disminuyeron las visitas mensuales por paciente al alergólogo de 0,6 a 0,3 (SD 0,59), al médico de familia de 0,5 a 0,1 (SD 0,51) y a urgencias de 0,2 a 0,0.

## Conclusión

En este subanálisis en práctica real, el tratamiento con SLIT líquida 300 IR se asoció con una reducción clínicamente relevante y estadísticamente significativa del uso de medicación sintomática y de las visitas sanitarias en niños y adolescentes con RA.

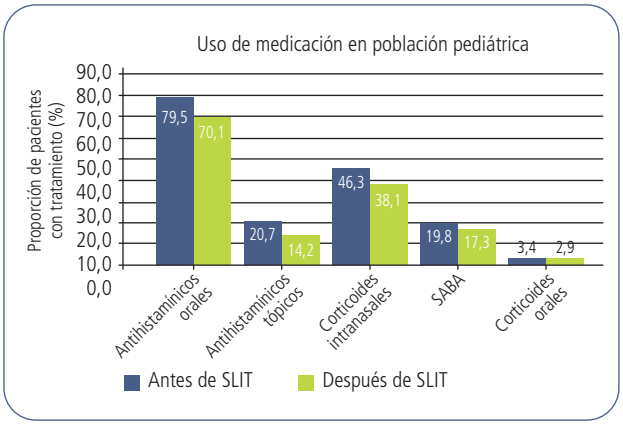



**Figura.** Cambios en la proporción de pacientes pediátricos que utilizan medicación tras al menos una estación polínica bajo tratamiento con SLIT para pólenes, o al menos 6 meses para ácaros, en la población global. N=585; todas las comparaciones son estadísticamente significativas según la prueba de McNemar, $p$<0,0001, a excepción de los corticosteroides orales: $p$=0,083.

**Tabla 1.** Datos demográficos y clínicos de la población pediátrica.

| Datos demográficos | Total (N=585) |
|---|---|
| Edad, años, mediana (IQR) | 10,0 (7,0-13,0) |
| Rango de edad, n (%) | |
| Adolescentes 12-18 años | 212 (36,2) |
| Niños 5-11 años | 373 (63,8) |
| Sexo, n (%) | |
| Varones | 326 (55,7) |
| Mujeres | 259 (44,3) |
| Alérgeno empleado en la ITA | |
| Ácaros, n (%) | 258 (44,1) |
| Pólenes, n (%) | 327 (55,9) |
| Clasificación ARIA de rinitis alérgica | |
| Duración | |
| Intermitente, n (%) | 157 (26,8) |
| Persistente, n (%) | 428 (73,2) |
| Gravedad | |
| Leve, n (%) | 110 (18,8) |
| Moderada, n (%) | 425 (72,6) |
| Grave, n (%) | 50 (8,5) |
| Comorbilidades atópicas | |
| Asma, n (%) | 189 (30,9) |
| Dermatitis atópica, n (%) | 57 (9,7) |
| Alergia alimentaria, n (%) | 43 (7,4) |
| Alergia a veneno de himenópteros, n (%) | 3 (0,5) |
| Alergia a medicamentos, n (%) | 1 (0,2) |

Abreviaturas: ITA, inmunoterapia con alérgenos; IQR, rango intercuartílico; SLIT, inmunoterapia sublingual.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Capacidad inmunogénica de extractos nativos individuales o combinados de los ácaros de almacenamiento *Acarus siro* y *Tyrophagus putrescentiae*

Moya Lobo R, Calzada Ricote D, Osuna Miguel C, Aranda Cantero T, Carnés Sánchez J

LETI Pharma S.L.U., Tres Cantos, Madrid

**Objetivo/Introducción**

*Acarus siro* (AS) y *Tyrophagus putrescentiae* (TP), ácaros de la familia *Acaridae*, son una fuente relevante de alérgenos respiratorios. Las mezclas de extractos alergénicos de distintas especies de ácaros se utilizan habitualmente con fines terapéuticos. No obstante, es fundamental demostrar que su eficacia e inmunogenicidad son comparables a las de los extractos individuales.

*Objetivo:* Investigar la capacidad inmunogénica de extractos nativos individuales o combinados de AS y TP.

**Material y métodos**

Los extractos nativos de AS y TP se fabricaron y caracterizaron conforme a procedimientos internos (LETI Pharma S.L.U.). Se administraron preparaciones individuales o en mezcla por vía subcutánea en conejos (n=2/grupo). Se recogieron muestras de suero antes y después del estudio de inmunogenicidad. Los niveles de IgG específica frente a ambos ácaros se determinaron mediante ELISA e *immunoblot*. La capacidad de la IgG de conejo para inhibir la unión de IgE humana al alérgeno se evaluó mediante ELISA inhibición, utilizando un *pool* de sueros de pacientes sensibilizados a AS o TP.

**Resultados**

Tres inmunizaciones con extractos individuales o en mezcla indujeron elevados niveles de IgG específica, con valores de densidad óptica en ELISA cercanos a 2,0 a una dilución 1:10.000 en los sueros finales. No se detectaron niveles específicos en los sueros preinmunes. La IgG inducida inhibió eficazmente la unión de IgE humana. La inhibición máxima media fue del 60,9% (TP), 90,1% (AS) y, en el grupo mezcla, del 86,8% frente a TP y del 86,7% frente a AS.

**Conclusión**

La inmunización con extractos combinados de AS y TP indujo respuestas robustas de IgG y una elevada capacidad bloqueante de IgE, comparable a la de los extractos individuales. Estos resultados respaldan el uso de mezclas de extractos de ácaros de almacenamiento en aplicaciones terapéuticas, permitiendo una cobertura alergénica más amplia sin comprometer la inmunogenicidad.

## Omalizumab como uso compasivo en queratoconjuntivitis atópica refractaria: una alternativa eficaz ante el riesgo de secuelas visuales permanentes

Barreto-Puebla M[1], Ibares L[2], Cabrera Freitag P[2], Álvarez-Perea A[1,3], Entrala Bueso A[1], Infante S[1,3,4]

[1] Unidad de Alergia Pediátrica, Servicio de Alergia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[2] Servicio de Oftalmología, Hospital General Universitarios Gregorio Marañón, Madrid
[3] Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid
[4] CIBERER-U761, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La queratoconjuntivitis atópica (QCA) es una enfermedad inflamatoria ocular grave, crónica y bilateral, que afecta principalmente a niños y adolescentes. Se caracteriza por una respuesta inmunitaria exacerbada que puede comprometer la integridad corneal y la función visual si no se logra un control adecuado.

**Material y métodos**

Varón de 13 años, con antecedentes de dermatitis atópica y sensibilización a pólenes y epitelio de perro. Debuta a los 4 años con rinoconjuntivitis estacional sin sensibilización inicial, que progresa hacia una inflamación ocular crónica con exacerbaciones estacionales graves, diagnosticándose de QCA. Durante los 9 años de seguimiento, la exploración oftalmológica reveló signos de QCA grave: papilas gigantes tarsales en "empedrado", nódulos de Horner-Trantas y queratitis recurrente (punteada superficial y filamentosa). Con la progresión de la enfermedad, el paciente desarrolló ptosis mecánica bilateral (predominio izquierdo), neovascularización corneal superior y tortícolis compensatoria.

**Resultados**

El manejo terapéutico fue multidisciplinar y escalonado. Inicialmente, se emplearon antihistamínicos orales y tópicos junto con ciclosporina y ciclos de corticoides tópicos. Como terapias regenerativas para la superficie corneal, se asociaron suero autólogo al 20% y colirio de insulina. En 2021 se confirmó sensibilización a pólenes y se inició inmunoterapia específica, mejorando la rinitis, pero persistiendo la refractariedad de los síntomas oculares a pesar del tratamiento con tacrólimus 0,03% y ciclos de corticoides tópicos. Ante la marcada dependencia de dexametasona, el aumento de la ptosis, el riesgo inminente de leucoma corneal por neovascularización y la disminución de la visión, se inició omalizumab (300 mg/28 días) en diciembre de 2025. Con este tratamiento, se observó una estabilización significativa de la superficie ocular, reducción de la ptosis y menor requerimiento de corticoides tópicos.

**Conclusión**

Este caso resalta el papel del omalizumab como una alternativa eficaz en la QCA pediátrica refractaria para prevenir secuelas visuales permanentes derivadas de la propia enfermedad y del tratamiento recurrente con corticoide tópico ocular.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Perfil de seguridad y respuesta clínica de la inmunoterapia subcutánea con extracto polimerizado de *Dermatophagoides* sin efecto dilución en la vida real

López Cauce B, Ortega Martín L, Reyero González P, Saldaña Martín A, Gómez Cardeñosa A

Diater Laboratorio de Diagnóstico y Aplicaciones, S. A., Leganés, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia con alérgenos de ácaros del polvo doméstico es una opción eficaz en rinitis alérgica y asma, aunque en la práctica clínica persisten dudas sobre su tolerabilidad, especialmente cuando se emplean mezclas de alérgenos, concentraciones altas o pautas aceleradas. Los extractos polimerizados mediante glutaraldehído presentan menor alergenicidad manteniendo su eficacia.

El objetivo de este estudio fue evaluar, en condiciones de práctica clínica habitual, la seguridad y la evolución clínica asociada al uso de inmunoterapia subcutánea con extracto polimerizado no diluido de *Dermatophagoides pteronyssinus* y *Dermatophagoides farinae*.

**Material y métodos**

Estudio observacional, multicéntrico y ambispectivo en condiciones de vida real. Se incluyeron pacientes ≥5 años con rinitis alérgica moderada grave, con o sin asma controlada, sensibilizados a ácaros. El grupo tratado recibió inmunoterapia subcutánea con extracto polimerizado no diluido, mayoritariamente en pauta clúster, y se comparó con un grupo control tratado exclusivamente con medicación sintomática. Se evaluaron reacciones adversas, evolución clínica de rinitis y asma y cambios en el uso de medicación.

**Resultados**

Se analizaron 130 pacientes tratados (69,2% adultos y 30,8% pediátricos) y 94 controles. La duración media del tratamiento fue de aproximadamente 9 meses. Siete pacientes tratados (5,4%), todos adultos, presentaron reacciones adversas, con una tasa global de 0,62 reacciones por 100 inyecciones. No se registraron reacciones en población pediátrica. Las reacciones fueron principalmente locales, leves o moderadas y autolimitadas; las sistémicas fueron de bajo grado y no requirieron adrenalina. Tras la inmunoterapia, se observó mejoría clínica de la rinitis y del asma, junto con una reducción del uso de medicación, cambios no observados en el grupo control.

**Conclusión**

En la práctica clínica real, la inmunoterapia subcutánea con extracto polimerizado de *Dermatophagoides* a concentración máxima muestra un perfil de seguridad muy favorable y se asocia a una mejor evolución clínica y una menor carga farmacológica, incluida la población pediátrica.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Eficacia y seguridad en vida real de la inmunoterapia sublingual con polen de olivo en pacientes con alergia respiratoria

Ruiz González CM[1], López Guerrero A[1], Bermúdez Bejarano M[1], de Manueles Tabliega P[1], Rosa Garrido C[2], Alcántara Villar M[1]

[1] Hospital Universitario de Jaén, Jaén
[2] Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO), Jaén

**Objetivo/Introducción**

El polen de olivo es una de las principales causas de alergia respiratoria estacional en las regiones mediterráneas; sin embargo, la evidencia clínica sobre la efectividad y seguridad de la inmunoterapia sublingual (SLIT) con polen de olivo y el papel del diagnóstico molecular por componentes (CRD) siguen siendo limitados.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo de cohortes en pacientes con alergia respiratoria tratados con SLIT de polen de olivo (n=45). Los datos se obtuvieron de historias clínicas y del laboratorio de alergología. Se analizaron características clínicas, pruebas cutáneas (*prick test*), CRD frente a polen de olivo (Ole e 1, Ole e 7 y Ole e 9 ≥0,35 $kU_A/L$), composición del tratamiento, tolerabilidad y respuesta clínica. Los cambios en el uso de recursos sanitarios y de medicación antes y después de la SLIT se evaluaron mediante comparaciones apareadas (McNemar).

**Resultados**

La edad media fue de 13,9 años; el 62,2% varones. El 97,8% de pacientes tenían rinitis alérgica y el 100% asma, principalmente persistente moderada. Se observó sensibilización Ole e 1 (97,8%), Ole e 7 (82,2%) y Ole e 9 (73,3%). La SLIT se prescribió principalmente como monoalérgeno (66,7%). El 60,0% de los pacientes alcanzó respuesta clínica, sin asociación significativa con los componentes moleculares. La tolerabilidad fue favorable (95,6%), con solo reacciones locales leves y tardías.

Tras la SLIT, se redujeron significativamente las visitas a urgencias, el uso de SABA, corticoide oral y colirios, mientras que el uso de antihistamínicos permaneció similar.

**Conclusión**

En la práctica habitual, la SLIT con polen de olivo fue segura y redujo de forma relevante el uso de recursos sanitarios y medicación de rescate. Aunque la sensibilización a los principales componentes moleculares del polen de olivo fue muy prevalente, no se asoció con la respuesta clínica, lo que pone de manifiesto la necesidad de más estudios para aclarar su utilidad en este contexto.

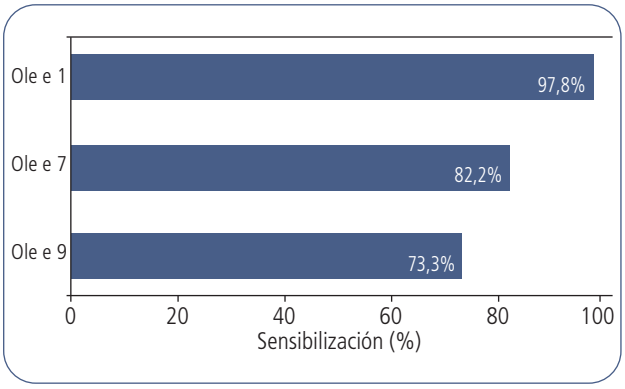



**Figura 1.** Perfil de sensibilización molecular frente a polen de olivo. Porcentaje de pacientes sensibilizados a Ole e 1, Ole e 7 y Ole e 9 (IgE específica ≥0,35 $kU_A/L$).

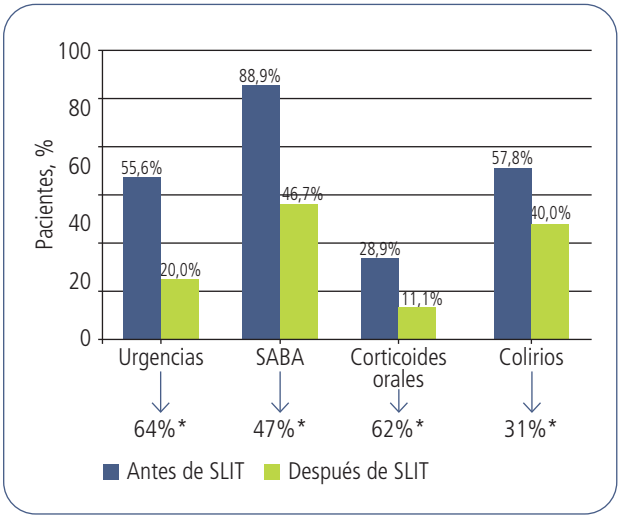



**Figura 2.** Reducción en el uso de recursos sanitarios y medicación de rescate tras la inmunoterapia sublingual con polen de olivo. SLIT, inmunoterapia sublingual; SABA, agonistas $\beta_2$-adrenérgicos de acción corta. La SLIT con polen de olivo se asoció con reducciones clínicamente relevantes en visitas a urgencias, uso de broncodilatadores de acción corta (SABA), corticoides orales y colirios.
*Reducción relativa calculada como: (Antes - Después) / Antes x 100.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a alimentos

## IgE específica y expresión clínica en sensibilización a nsLTPs: comparación ImmunoCAP™ ISAC112® y EUROLINE® LTP

Di Bernardo Delgado FT, Frattini Llorens L, Marín Justo A, Martínez Guerra ME, López Salgueiro R, Díaz Palacios MÁ

Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia

**Objetivo/Introducción**

Las proteínas de transferencia de lípidos no específicas (nsLTPs) son panalérgenos ampliamente distribuidos en el reino vegetal, cuya sensibilización se asocia a un mayor riesgo de reacciones alérgicas sistémicas tras la ingesta de alimentos vegetales. Pru p 3, principal alérgeno del melocotón, actúa como sensibilizante primario y presenta reactividad cruzada con otras nsLTPs.

Sin embargo, la relevancia clínica de esta reactividad cruzada no está completamente establecida. El uso de nuevas técnicas de diagnóstico molecular podría ayudar a caracterizar mejor estos perfiles.

El objetivo de este estudio es evaluar pacientes sensibilizados a nsLTPs de la familia de las rosáceas, analizando la correlación entre los niveles de IgE específica y la clínica entre tolerantes vs. no tolerantes.

Asimismo, se comparan las técnicas ImmunoCAP™ ISAC112® y EUROLINE® LTP para determinar su concordancia en la detección de sensibilización a nsLTPs.

**Tabla.** Resultados.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Número de pacientes (n) | 29 | | | |
| Edad (años) | 33 | | | |
| Sexo (F/M) (n) | 13 (44,8%) | 16 (55,2%) | | |
| Manifestaciones clínicas, n (%) | | | | |
| Respiratoria | 9 (31%) | | | |
| Cutánea | 13 (44%) | | | |
| SAO[a] | 18 (62%) | | | |
| Gastrointestinal | 9 (31%) | | | |
| Anafilaxia | 13 (44,8%) | | | |
| Grado de severidad (escala Brown): | – Grado I 6 (46,2%)<br>– Grado II 6 (46,2%)<br>– Grado III 1 (7,6%) | | | |
| Tolerancia rosácea, n (%) | | | | |
| Sí | 19 (65,5%) | | | |
| No | 10 (34,5%) | | | |
| IQR entre tolerantes vs. no tolerantes según técnica | | | | |
| **Componentes** | **ISAC112®** | | **EUROLINE® LTP** | |
| | **Tolerancia** | | **Tolerancia** | |
| | **Sí ($kU_A$/L)** | **No ($kU_A$/L)** | **Sí (kU/L)** | **No (kU/L)** |
| Pru p 3 | 4,40 (2,15-6,05) | 4,55 (2,75-6,70) | 58,17 (19,47-69,51) | 54,53 (48,27-67,47) |
| Jug r 3 | 2,10 (1,55-3,00) | 1,45 (1,23-5,03) | 18,81 (5,49-53,17) | 36,53 (16,53-60,89) |
| Ara h 9 | 1,50 (0,85-3,65) | 1,30 (1,02-3,18) | 11,44 (3,94-38,50) | 21,70 (5,48-50,22) |
| Cor a 8 | 0,70 (0,60-1,95) | 1,70 (0,85-4,67) | 21,44 (7,96-43,75) | 47,53 (18,08-54,99) |
| **Concordancia cualitativa entre ambas técnicas** | **ISAC+/EUROLINE+** | **% acuerdo** | **κ (IC95%)** | |
| Pru p 3 | 29/29 | 100% | - | |
| Jug r 3 | 28/29 | 96,6% | 0,00 | |
| Ara h 9 | 27/29 | 96,6% | 0,65 (IC95%: 0,02-1,00) | |
| Cor a 8 | 25/29 | 93,1% | 0,63 (IC95%: 0,18-1,00) | |

[a]SAO, síndrome de alergia oral.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

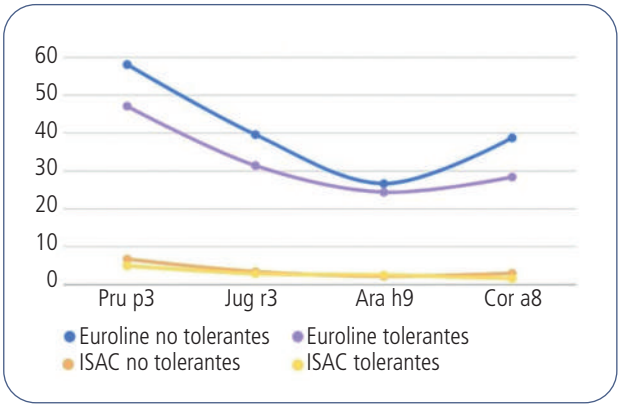



**Figura.**

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo (2022-2025) en pacientes con sospecha de alergia a nsLTPs atendidos en un hospital terciario en Valencia. La IgE específica se determinó mediante ImmunoCAP™ ISAC112® y EUROLINE® LTP. Los datos clínicos se obtuvieron de la historia electrónica. Se compararon niveles de IgE entre tolerantes y no tolerantes mediante prueba de Mann-Whitney ($p$<0,05).

**Resultados**

Se incluyeron 29 pacientes (edad media 33 años; 46,6% mujeres), con IgE total media de 703,2 kU/L. El 43,3% presentó anafilaxia, con cofactores en el 46,1%. Todos mostraron sensibilización a Pru p 3 en ambas técnicas. Se observaron valores medios superiores de IgE frente a Pru p 3 en pacientes no tolerantes (Figura); sin embargo, estas diferencias no se confirmaron en el análisis no paramétrico ni alcanzaron significación estadística. Tampoco se observaron diferencias en otras nsLTPs. Los resultados detallados se presentan en Tabla.

**Conclusión**

Los niveles de IgE específica frente a nsLTPs no permiten discriminar la expresión clínica. Ambas técnicas muestran una concordancia global adecuada, con menor consistencia en Ara h 9.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Evaluación dietética estructurada en pacientes con síndrome LTP: experiencia de una consulta especializada

Murillo Torres A, Carbonel Martínez A, Navarro Garrido C, Torralba Moreno J, Bonilla Pacheco Y, Zamarro Parra S

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

## Objetivo/Introducción

Las proteínas de transferencia de lípidos (LTP) son alérgenos estables y prevalentes en el área mediterránea. La sensibilización a Pru p 3 (melocotón) suele originar el síndrome de LTP, con reacciones cruzadas a diversos vegetales. El reto clínico es la discrepancia entre pruebas diagnósticas y reactividad real, lo que causa restricciones innecesarias por miedo.

*Objetivo:* Describir el desarrollo y utilidad clínica de una lista de alimentos estructurada y completada por el paciente, diseñada para facilitar la anamnesis, distinguir entre alimentos tolerados y reactivos, e identificar restricciones dietéticas innecesarias en una consulta especializada de alergia a LTP.

## Material y métodos

Se desarrolló una lista de alimentos en formato tabular, organizada por grupos botánicos (frutas, frutos secos, verduras, cereales, legumbres, semillas y hierbas aromáticas) y familias de alérgenos (LTP, profilinas, taumatinas y proteínas PR-10). La herramienta permite registrar sistemáticamente cinco categorías para cada alimento: alimentos consumidos y tolerados (*Eats*), los que han causado reacciones alérgicas (*Reaction*), alimentos evitados por miedo (*Fear*) sin reacción confirmada, exclusiones por motivos no alérgicos y resultados de pruebas cutáneas (SPT/PC) (Tabla).

## Resultados

El uso sistemático de esta herramienta en la práctica clínica permitió obtener una visión integral de los patrones dietéticos individuales. Facilitó la identificación de discrepancias entre la sensibilización (pruebas positivas) y la tolerancia clínica real, permitiendo un asesoramiento dietético personalizado. Aunque no se realizó un análisis cuantitativo formal, la herramienta mejoró la eficiencia en la toma de la historia clínica y apoyó el seguimiento dinámico de los pacientes documentando cambios en la tolerancia a lo largo del tiempo.

## Conclusión

Esta lista es una ayuda práctica y pragmática para el alergólogo que permite optimizar la toma de decisiones clínicas. Al reducir las restricciones alimentarias, la herramienta no solo mejora el manejo clínico del síndrome de LTP, también contribuye a mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional del paciente.

**Tabla.** Lista estructurada de alimentos para pacientes con síndrome LTP.

| Allergen family | Food | Eats | Reaction | Fear | Avoidance (non-allergic) | SPT / PC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Patient label: _____ | | | | | Date: __ / __ / __ | |
| Fruits | | | | | | |
| LTP | Peach | | | | | |
| LTP | Apricot | | | | | |
| LTP, T | Medlar | | | | | |
| LTP | Plum | | | | | |
| LTP | Cherry | | | | | |
| LTP | Pomegranate | | | | | |
| LTP | Melon | | | | | |
| LTP | Kiwi | | | | | |
| LTP | Banana | | | | | |
| LTP | Apple | | | | | |
| LTP | Pear | | | | | |
| LTP | Grape | | | | | |
| LTP | Orange | | | | | |
| LTP | Lemon | | | | | |
| LTP | Tangerine | | | | | |
| | Quince | | | | | |
| LTP | Strawberry | | | | | |
| LTP | Blackberry | | | | | |
| LTP | Raspberry | | | | | |
| LTP | Blueberry | | | | | |
| P | Mango | | | | | |
| P | Persimmon | | | | | |
| | Papaya | | | | | |
| P | Avocado | | | | | |
| P | Watermelon | | | | | |
| P | Coconut | | | | | |
| P | Pineapple | | | | | |
| NUTS | | | | | | |
| LTP | Sunflower seeds | | | | | |
| LTP | Almond | | | | | |
| LTP | Peanut | | | | | |
| LTP | Walnut | | | | | |
| LTP | Chestnut | | | | | |
| LTP | Hazelnut | | | | | |
| | Cocoa | | | | | |
| | Pistachio | | | | | |
| Vegetables | | | | | | |
| LTP | Tomato | | | | | |
| LTP | Lettuce | | | | | |
| LTP | Carrot | | | | | |
| LTP | Asparagus | | | | | |
| LTP | Broccoli | | | | | |
| LTP | Cauliflower | | | | | |
| LTP | Other cabbages | | | | | |
| LTP | Turnip | | | | | |
| LTP | Mustard | | | | | |
| LTP | Onion | | | | | |
| LTP | Celery | | | | | |
| LTP | Green beans | | | | | |
| | Potato | | | | | |

(continúa)

Volver al índice



© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla.** Lista estructurada de alimentos para pacientes con síndrome LTP *(continuación).*

| Allergen family | Food | Eats | Reaction | Fear | Avoidance (non-allergic) | SPT / PC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Lamb's lettuce | | | | | |
| | Arugula | | | | | |
| T, PR-10 | Pepper | | | | | |
| | Leek | | | | | |
| P | Eggplant | | | | | |
| P | Spinach | | | | | |
| P | Zucchini | | | | | |
| | Pumpkin | | | | | |
| | Artichoke | | | | | |
| | Chard | | | | | |
| Cereals | | | | | | |
| LTP | Corn | | | | | |
| LTP | Wheat | | | | | |
| LTP | Barley | | | | | |
| LTP | Rice | | | | | |
| | Quinoa | | | | | |
| | Spelt | | | | | |
| | Rye | | | | | |
| Legumes | | | | | | |
| LTP | Lentils | | | | | |
| LTP | Beans | | | | | |
| LTP | Broad beans | | | | | |
| | Chickpeas | | | | | |
| LTP, P | Peas | | | | | |
| PR-10 | Soy | | | | | |
| LTP | Lupin | | | | | |
| | Alfalfa | | | | | |
| P | Carob | | | | | |
| SEEDS | | | | | | |
| LTP | Sesame | | | | | |
| LTP | Flaxseed | | | | | |
| Aromatic herbs and spices | | | | | | |
| | Parsley | | | | | |
| | Rosemary | | | | | |
| | Thyme | | | | | |
| | Mint | | | | | |
| | Peppermint | | | | | |
| | Basil | | | | | |
| | Fennel | | | | | |
| | Oregano | | | | | |
| | Turmeric | | | | | |
| | Ginger | | | | | |
| | Cilantro | | | | | |
| | Cinnamon | | | | | |
| LTP | Cannabis | | | | | |

Esta lista de alimentos es una herramienta clínica descriptiva diseñada para facilitar la recogida estructurada de información sobre la dieta en pacientes con síndrome LTP y no ha sido sometida a una validación formal. La atribución a familias de alérgenos se basa en la nomenclatura de alérgenos de la OMS/IUIS. Nota informativa para los pacientes: *Eats:* marque todos los alimentos que consume actualmente sin presentar síntomas; *Reaction:* marque los alimentos que le hayan provocado síntomas alérgicos; *Fear:* alimentos que evita por miedo o por recomendación médica; *Avoidance (non-allergic):* alimentos excluidos por motivos no relacionados con la alergia; SPT/PC: alimentos con una prueba cutánea por *skin prick test.*

## La inmunoterapia oral a dosis bajas (ITOdb) como alternativa para pacientes con perfil de alergia alimentaria grave

Méndez Monge M[1], Sanjuán Conde M[2], Lasa Luaces EM[1], Maiz Uranga I[1], Enjuto Guisado S[1], Amadoz Iñarrairaegui LF[1]

[1] Hospital Universitario Donostia, Donostia
[2] Hospital Universitario San Pedro, Logroño

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia oral (ITO) es una estrategia efectiva para el tratamiento de la alergia alimentaria, pero se ve limitada por la frecuencia de reacciones adversas, especialmente en pacientes graves. Recientemente, los protocolos de baja dosis han demostrado mejorar la seguridad sin comprometer la efectividad tanto clínica (en desensibilización y remisión) como inmunológica. Sin embargo, la evidencia actual sigue siendo heterogénea y requiere más estudios para definir su papel en la práctica clínica.

**Material y métodos**

Describir la evolución de cuatro pacientes con alergia alimentaria grave tratados mediante ITO a bajas dosis.

**Resultados**

- *Caso 1:* niña de 5 años con alergia grave al cacahuete. Tras ITO con mantenimiento con 300 mg diarios, se alcanzó descenso de pruebas cutáneas (PC) e IgE específicas (IgEe), lográndose remisión clínica al año de tratamiento.
- *Caso 2:* niño de 9 años alérgico a merluza. Tras un año de mantenimiento con una cucharada diaria, mostró descenso de IgEe y PC y posterior tolerancia a dosis completa en exposición controlada.
- *Caso 3:* niña de 4 años con anafilaxia al huevo anafilaxia y mala evolución en ITO convencional, inició mantenimiento con 2 mL de clara. Tras tres años, y con descenso analítico significativo, logró ITO convencional con buena tolerancia.
- *Caso 4:* niño de 3 años con alergia a la leche y éxito en desensibilización convencional con 200 mL, presentó anafilaxias repetidas que provocaron descensos sucesivos de dosis. Se inició ITO con 5 mL cuatro veces por semana. Con negativización de pruebas y descenso de IgE a los dos años presenta buena tolerancia actual a 200 mL.

**Conclusión**

La ITO a bajas dosis representa una alternativa viable y segura para pacientes con alergias alimentarias graves, mejorando la calidad de vida y reduciendo reacciones por ingestas inadvertidas. Estos resultados apoyan la necesidad de estandarizar protocolos y ampliar la investigación en este ámbito.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Impacto en la calidad de vida de la alergia alimentaria a LTP con síntomas gastrointestinales

Vicens Novell G[1,2], Ruano Zaragoza M[1,2,3], Muñoz Cano RM[1,2,3], Mir Ihara P[1,2,3], Carreras Kàtcheff S[1,2,3], Bartra Tomás J[1,2,3]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona
[2] IRCE/MeTRI2A, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona
[3] REI-RICORS, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia alimentaria por sensibilización a proteína de transferencia de lípidos (LTP) constituye una de las principales causas de alergia alimentaria en la zona del Mediterráneo. Hasta un 40% de los pacientes puede expresar síntomas gastrointestinales superponibles a los de dispepsia funcional (DF) y/o síndrome del intestino irritable (SII) (según criterios Roma IV), entidades asociadas a un importante deterioro de la calidad de vida.

*Objetivo:* Evaluar el impacto en la calidad de vida de estos pacientes mediante cuestionarios genéricos y específicos y compararlo con el sujetos sanos.

**Material y métodos**

Estudio comparativo que incluyó pacientes con alergia a LTP con síntomas gastrointestinales y sujetos sanos (grupo control). Se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario genérico *SF-36 Health Survey* y los cuestionarios específicos *Dyspepsia Related Health Scale* (DRHS) e *Irritable Bowel Syndrome Severity Score* (IBSSS). Se compararon las puntuaciones entre grupos mediante pruebas no paramétricas, considerándose significativo $p<0,05$.

**Resultados**

Se incluyeron 7 pacientes alérgicos a LTP con síntomas gastrointestinales (2 varones, 5 mujeres; mediana de edad 45 años, DE ± 10,5) y 6 sujetos sanos. En el grupo alérgico, todos presentaban sintomatología gastrointestinal por alergia a LTP, y el 57,1% había presentado anafilaxia. La mediana de IgE específica a Pru p 3 fue de 3,04 kU/L (rango 1,07-13,2) y de la IgE total de 72,3 kU/L (rango 22,9-329). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en los cuestionarios específicos (IBSSS $p=0,015$; DRHS $p=0,018$), así como en todas las esferas del DRHS exceptuando "síntomas habituales". No se observaron diferencias significativas en el SF-36.

**Conclusión**

Los pacientes con alergia a LTP y síntomas gastrointestinales presentan un deterioro significativo de la calidad de vida específica digestiva, sin afectación de la calidad de vida general. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar la alergia a LTP en el diagnóstico diferencial de los trastornos gastrointestinales funcionales.

## El impacto personal y familiar en la alergia a los alimentos

Gago Velasco B

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

**Objetivo/Introducción**

Existe un consenso indiscutible en la literatura científica acerca de los efectos psicológicos negativos que las alergias alimentarias representan tanto en los pacientes como en sus familiares. Reacciones psicológicas como el distrés, la ansiedad, la hipervigilancia, la fatiga crónica, e incluso, el estrés postraumático, pueden emerger como parte de los procesos de afrontamiento a la enfermedad, afectando notablemente a la calidad de vida y al propio manejo de la alergia.

*Objetivo:* Revisar la evidencia científica existente respecto al impacto psicológico de las alergias a los alimentos y plantear pautas de intervención terapéuticas.

**Material y métodos**

Se han seleccionado un total de 30 estudios científicos publicados en los últimos años, extrayendo las principales consideraciones respecto a dos aspectos clave: (*1*) las manifestaciones psicológicas que emergen como consecuencia de las alergias a los alimentos, tanto en pacientes como en familiares; y (*2*) las conexiones biológicas entre la respuesta alérgica y las alteraciones del sistema nervioso central.

**Resultados**

Los resultados reportan que las alteraciones psicológicas en los pacientes con alergia a los alimentos se dan a lo largo de todo el ciclo vital. Durante la infancia, aparecen síntomas de ansiedad y miedo que pueden suponer un riesgo para la salud mental infantil (incluso más elevado que en el caso de otras enfermedades crónicas). Se añade, además, la sobrecarga para los cuidadores y el difícil equilibrio que deben sostener entre sus funciones de protección y de dotación de autonomía a sus hijos e hijas. En la etapa adulta, las reacciones mantenidas de hipervigilancia y de estrés crónico afectan especialmente a la calidad de vida y al funcionamiento psicosocial.

**Conclusión**

La evidencia científica respalda la necesidad imperiosa de un abordaje biopsicosocial de la alergia a los alimentos, que incluya protocolos de apoyo psicosocial e intervenciones en salud mental para el alivio de los costes emocionales asociados.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a himenópteros

## Seguridad y efectividad en inmunoterapia con veneno de *Polistes dominula* en población pediátrica: experiencia clínica

Blanco Pérez RM[1], Caminoa Irisarri M[2], Gómez Nieves ME[3], Candón Morillo R[4], Anda Apiñániz M[5]

[1] Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, Cáceres
[2] Hospital Ntra. Sra. del Prado, Talavera de la Reina, Toledo
[3] Hospital Don Benito-Villanueva, Don Benito, Badajoz
[4] Hospital Universitario Jerez Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz
[5] Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

La evidencia sobre la seguridad de la inmunoterapia (IT) con extracto de veneno de *Polistes dominula* en pacientes pediátricos es limitada, a pesar de ser el único tratamiento eficaz para prevenir reacciones sistémicas graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes alérgicos.

*Objetivo:* Evaluar el perfil de seguridad y efectividad de la IT de *P. dominula* en pacientes pediátricos con alergia confirmada al veneno de avispa papelera, en condiciones de práctica clínica real.

**Material y métodos**

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico realizado en cuatro áreas geográficas con presencia de *P. dominula* (Extremadura, Navarra, Castilla-La Mancha y Andalucía), en el que se recogieron los datos de las historias clínicas. Se incluyeron pacientes pediátricos con alergia confirmada al veneno de esta especie, que recibieron IT con extracto puro de veneno de *P. dominula* (Venom *Polistes dominula*, Allergy Therapeutics). La seguridad se evaluó mediante el registro de reacciones adversas durante el tratamiento (clasificación WAO); la efectividad clínica, en función de la respuesta tras nuevas picaduras, y la calidad de vida y satisfacción con el tratamiento, mediante los cuestionarios HiCaVi y ESPIA, respectivamente.

**Resultados**

Se incluyeron 7 pacientes (14,3% mujeres), con una mediana de edad de 13 años y antecedentes de anafilaxia o reacción sistémica. Se registraron únicamente reacciones locales leves, ninguna de ellas sistémica. Cinco pacientes presentaron nuevas picaduras tras el inicio del tratamiento, sin reacciones sistémicas asociadas. La calidad de vida mostró mejoría tras el tratamiento al poder realizar actividades sin riesgo al aire libre. Los pacientes/cuidadores manifestaron su satisfacción con el tratamiento recibido.

**Conclusión**

La inmunoterapia con veneno de *P. dominula* mostró un perfil de seguridad favorable, sin que se presentaran efectos adversos sistémicos ni picaduras con manifestaciones sistémicas. Mejoró la calidad de vida de los pacientes, que manifestaron su satisfacción con el tratamiento.

## Estudio descriptivo de reacciones tras picadura de himenópteros en el Servicio de Alergología del HRJCI de 2024-2025

Moncada Salinero A, González López P, Micozzi S, Bastidas Parlanti JA, Gajate Fernández P

Hospital Rey Juan Carlos I, Móstoles, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones tras picadura de himenópteros suponen un motivo de consulta frecuente en el área de salud del Hospital Rey Juan Carlos I (HRJCI).

El objetivo del estudio fue analizar las reacciones tras picadura de himenópteros en los pacientes derivados durante un año (noviembre 2024-2025) que completaron el estudio alergológico, valorando el perfil de sensibilización y el tipo y gravedad de la reacción. Como objetivo secundario, se analizó la latencia de las reacciones locales extensas (RLE) asociada a la sensibilización.

**Material y métodos**

Se recogieron los datos de la historia clínica, pruebas cutáneas a himenópteros, analítica de sangre e inmunoterapia (IT) pautada de todos los pacientes derivados a Alergología durante un año que completaron el estudio alergológico en el HRJCI.

**Resultados**

57 pacientes completaron el estudio alergológico, 82% (47/57) tenían sensibilización a veneno de himenópteros. El 52% (32/57) tuvieron reacción sistémica (RS), un 56% (18/32) grado III-IV de Müller; un 32% (12/32) grado I-II de Müller, 0,06% (2/30) reacción tóxica o atípica. El 51% (17/30) inició IT: 8/16 *Polistes*, 5/16 *Vespula* y 2/16 *Apis*, 1/16 paciente doble IT *Vespula* y *Polistes*.

Un 44% (25/57) fueron RLE, un 68% con sensibilización (17/25); se inició IT en el 19% (6/25; 5/6 *Polistes*, 1/6 *Apis*). Un 52% (13/25) de las RLE fueron inmediatas (<3 h), en el 62% (8/13) se demostró sensibilización (5/8 *Polistes* y 3/8 *Apis*).

El perfil de sensibilización sérica fue: 63% (36/57) *Polistes* (IgE media 8,43 kU/L), 43% (25/57) *Vespula* (IgE media 3,83 kU/L) y 0,12% (7/57) *Apis* (IgE media 0,87 kU/L). 32% (18/57) tuvieron triptasa basal >6 mcg/L; 0,05% (3/57) >11 mcg/L.

**Conclusión**

En nuestra serie, un 52% fueron reacciones sistémicas y un 56% grado III-IV de Müller. El 68% de los pacientes con RLE presentaron sensibilización a veneno de himenópteros, un 52% fueron reacciones inmediatas y en el 62% se demostró sensibilización alérgica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Seguridad y valor predictivo de la repicadura intrahospitalaria: ¿influye el tipo de himenóptero?

Camacho Arregui C[1], Rodríguez Cano S[1], Ventosa López A[1], Serrano Delgado MDP[1], Ruiz León B[1,2]

[1] Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
[2] Instituto Maimónides de Investigación Biomédica, Universidad de Córdoba, Córdoba

**Objetivo/Introducción**

La repicadura intrahospitalaria (RIH) es el *gold standard* para evaluar la eficacia de la inmunoterapia con veneno de himenópteros (ITV). Sin embargo, su capacidad para predecir la tolerancia ante picaduras espontáneas no está completamente establecida. La influencia del tipo de himenóptero y de factores del paciente, como mastocitosis, en este contexto ha sido poco explorado.

*Objetivo:* Evaluar la seguridad de la RIH en pacientes alérgicos a himenópteros en nuestra unidad y estimar su valor predictivo negativo (VPN), analizando la influencia del tipo de himenóptero y la presencia de mastocitosis.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo (2018-2025) de pacientes sometidos a RIH en nuestra unidad. Se analizaron la tolerancia a la RIH y a las picaduras espontáneas posteriores, estimando el valor predictivo negativo (VPN) global y estratificado por tipo de insecto (*Apis mellifera* vs. véspidos) y presencia de mastocitosis.

**Resultados**

Se realizaron un total de 329-RIH en 216 pacientes (193 sin mastocitosis y 23 con mastocitosis), con una tolerancia global del 99%.

De los pacientes con picaduras espontáneas posteriores (n=99), 5 pacientes presentaron reacciones grado I de Müller, con un VPN del 95%.

– Según tipo de himenóptero:
  - Insecto RIH (reacciones). Picaduras espontáneas (reacciones) VPN.
  - Abeja: 186 (3*) 45 (2*) 95%.
  - Véspidos: 133 (0) 53 (3*) 94%.

– Según mastocitosis:
  - Grupo RIH (reacciones). Picaduras espontáneas (reacciones) VPN.
  - Sin mastocitosis: 299 (3*) 86 (2 abeja*, 0 véspidos) 95% (abeja) / 100% (véspidos).
  - Con mastocitosis: 30 (0) 13 (0 abeja, 3 véspidos*) 76% (véspidos).

*Todas fueron reacciones Grado I de Müller.

**Conclusión**

La RIH es un procedimiento seguro con un alto valor predictivo negativo, por lo que una RIH negativa se asocia a una alta probabilidad de tolerancia en la vida real.

Sin embargo, su capacidad predictiva varía según el tipo de himenóptero y el perfil del paciente. En presencia de mastocitosis, una RIH negativa debe interpretarse con mayor cautela.

Estos resultados refuerzan el valor clínico de la RIH y la necesidad de individualizar su interpretación para una mejor estratificación del riesgo.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a medicamentos

## Estudio descriptivo alergia a contrastes yodados y de gadolinio

Gajate Fernández P, Moncada Salinero A, Micozzi S, González López P, Bastidas Parlanti JA

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Los medios de contraste son sustancias que intensifican las imágenes.

Las reacciones de hipersensibilidad tras la administración de MCR pueden clasificarse en inmediatas y no inmediatas.

La incidencia de reacciones de hipersensibilidad en contrastes yodados varía de un 2,1-24% y en contrastes de gadolino de un 0,06-0,17%. La osmolaridad de los mismos influye en la incidencia de reacciones, siendo en contrastes hiperosmolares más elevada.

**Material y métodos**

Durante el año 2025 se ha realizado un análisis de reacciones a contrastes yodados, así como de gadolino, utilizando la historia clínica electrónica (Casiopea) para la obtención de datos.

**Resultados**

- *Contrastes yodados.* De un total de 103 casos, 62% mujeres y 38% hombres. La mayoría de las reacciones fueron atípicas (42%) y cuadros de urticaria en un 39%. En el 47% el contraste implicado era desconocido y en el 43% iomeprol. Obtuvimos 9 pruebas cutáneas positivas para iomeprol, 3 para iodixanol, 2 para iobitridol y 1 para iopamiro. En cuanto a las provocaciones, tuvimos 11 provocaciones positivas para iomeprol, 6 para iodixanol y 2 para iobitridol. Se pudo descartar alergia al contraste implicado en un 35,71%.
- *Contrastes gadolino.* De un total de 24 casos, 71% eran mujeres y 29% hombres. La mayoría de las reacciones fueron atípicas (67%) y urticaria en un 29%. En el 58% el contraste implicado era gadoteridol y en el 42% desconocido. Solo obtuvimos 1 prueba cutánea positiva para gadoteridol y 2 provocaciones positivas para el mismo contraste. Se pudo descartar alergia al contraste implicado en un 50%.

**Conclusión**

En nuestro estudio han sido más frecuentes las reacciones en mujeres, y la clínica habitual ha sido atípica o urticaria. Los contrastes implicados han sido o desconocidos o en contrastes yodados el iomeprol, y en contrastes de gadolino el gadoteridol. Hemos descartado alergia a los contrastes yodados en un 35,71% y en contrastes de gadolino en un 50%.

## Anafilaxia por rocuronio: implicaciones diagnósticas en el estudio alergológico perioperatorio

Arana-Arce JS, Tornero Molina P, Rojas Pérez-Ezquerra P, Noguerado-Mellado B, Cuevas Bravo C

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Los bloqueantes neuromusculares (BMN) son una de las principales causas de anafilaxia perioperatoria. El diagnóstico se basa en la revisión del informe anestésico y en pruebas cutáneas, que presentan un valor predictivo negativo cercano a 100%; sin embargo, pueden existir discrepancias que obligan a tener precauciones en su interpretación.

**Material y métodos**

Varón de 56 años programado para cirugía de doble lesión valvular y cierre de CIV que, durante la inducción anestésica con midazolam (2 mg), propofol (150 mg), fentanilo (200 µg), rocuronio (90 mg) y vancomicina como profilaxis antibiótica, desarrolla un cuadro de hipoventilación con ausencia de capnografía, hipotensión progresiva hasta 60/40 mmHg y lesiones urticariformes en tórax y cuello.

Se inicia tratamiento con adrenalina en bolos (hasta 200 µg), hidrocortisona (150 mg), broncodilatadores por vía endotraqueal (salbutamol, ipratropio, budesonida) y soporte ventilatorio, con mejoría progresiva. La triptasa fue de 6,98 µg/L a los 15 minutos y de 5,52 µg/L a las 2 horas.

**Resultados**

El estudio alergológico mostró pruebas cutáneas intradérmicas negativas para fentanilo, midazolam, propofol, rocuronio y cisatracurio. Las pruebas de exposición controlada (PEC) con fentanilo (150 µg) y propofol (100 mg) fueron negativas.

Se realizó PEC con rocuronio (5 mg), a los 4 minutos el paciente presentó broncoespasmo e hipotensión grave (45/23 mmHg), requiriendo tratamiento con hidrocortisona (150 mg), dexclorfeniramina (5 mg), salbutamol inhalado (6 *puff*) y adrenalina intravenosa (bolos de 1 mg seguidos de perfusión continua), con posterior estabilización. La triptasa a los 15 minutos fue de 9,68 µg/L.

Ante la necesidad de alternativas, se realiza PEC con cisatracurio (dosis acumulada 16 mg) con resultado negativo.

**Conclusión**

Este caso evidencia el valor clínico de las pruebas cutáneas, pero también sus limitaciones, al presentarse una anafilaxia grave pese a un resultado negativo. Subraya la necesidad de integrar pruebas de provocación en condiciones controladas y de interpretar con cautela el valor predictivo negativo de las pruebas cutáneas en la anafilaxia por BNM.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Reacción de hipersensibilidad mixta en sitio de inyección por omalizumab

Álvarez García O[1], Mejías Affinito RP[2], Fernández López S[2], Beristain Urquiza AM[1], Quiñones Estévez MD[2], Cueva Oliver B[1]

[1] Hospital Monte Naranco, Oviedo
[2] Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones en el sitio de inyección (RSI) asociadas a omalizumab subcutáneo son frecuentes y generalmente leves. Se han descrito reacciones tanto irritativas como alérgicas, siendo limitada la evidencia sobre los mecanismos de hipersensibilidad implicados.

**Material y métodos**

Presentamos un caso de una mujer de 42 años diagnosticada de urticaria crónica espontánea diagnosticada en 2018, inicialmente asociada a la toma de AINE, con posterior aparición independiente de fármacos.

En 2024 presenta reagudización pese a antihistamínicos a dosis cuádruple, iniciándose omalizumab 300 mg cada 4 semanas, con buena respuesta.

Desde septiembre de 2025 desarrolla lesiones eritematoedematosas en el lugar de inyección de forma inmediata tras la administración subcutánea del fármaco. Tras cambio a biosimilar en noviembre de 2025, presenta empeoramiento progresivo con placas coalescentes en zonas de administración. Estas lesiones persisten durante varias semanas.

En enero de 2026 presenta reacción extensa abdominal posinyección, requiriendo corticoides sistémicos.

Se realizan pruebas cutáneas con omalizumab según guías europeas (*prick* e intradermorreacción [ID]).

**Resultados**

Las pruebas muestran *prick* negativo e ID positiva inmediata, con controles sanos negativos. La reacción de la ID progresa en las 24 horas siguientes, reproduciendo el patrón clínico.

Se descarta la implicación de excipientes, como el polisorbato 20, por tolerancia previa.

Se suspende omalizumab y se plantea inicio de dupilumab.

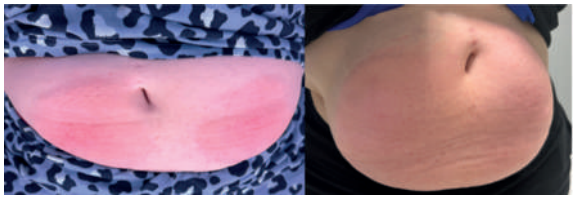


**Figura 1.** Lesiones eritematoedematosas en sitio de inyección.



**Figura 2.** Progresión temporal de la ID positiva a omalizumab.

**Conclusión**

Este caso sugiere una RSI por un mecanismo mixto de hipersensibilidad.

La rápida aparición de lesiones junto con la ID positiva de forma inmediata apoya la implicación de un mecanismo tipo I, mientras que el progresivo empeoramiento de las lesiones y la persistencia de inflamación apunta a una hipersensibilidad tardía mediada por células T.

Estos hallazgos respaldan la teoría de que las reacciones de hipersensibilidad a biológicos no siguen categorías rígidas, sino que presentan un espectro en el que los mecanismos de inmunidad innata, humoral y celular parecen coexistir.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Estudio descriptivo de exantemas en urgencias de un hospital terciario y su implicación alergológica

Garate Rodríguez E, Altuve-Giannini F, Arquero Urbanos G, Palomino Lozano L, Zambrano Ibarra G, Rodríguez Mazariego ME

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El exantema en urgencias presenta una etiología heterogénea que desafía el diagnóstico inmediato.

*Objetivo:* Describir las características clínicas, analíticas y la concordancia con el diagnóstico final de estos pacientes.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes >16 años atendidos por exantema en urgencias de un hospital terciario en 2023. Se analizaron variables clínicas, analíticas, serológicas, así como diagnostico inicial y el seguimiento posterior en alergología mediante la prueba U de Mann-Whitney y $\chi^2$.

**Resultados**

Se incluyeron 539 pacientes (media 44 años; 61,2% mujeres; 70% atópicos). Morfología predominante maculopapular (30,8%), de distribución generalizada (68,8%) y pruriginoso (63,3%). El 71,2% presentó síntomas infecciosos (catarro 24,1%, fiebre 15,9%). El 64,6% refirió exposición farmacológica reciente.

En el 28% se realizó prueba de laboratorio, detectando eosinofilia (26,9%), elevación de ALT (23,6%) y de reactantes de fase aguda (15%). Positividad serológica en el 41,3% de los casos, predominando la sífilis, VEB y CMV.

El diagnóstico inicial en urgencias fue inespecífico en el 43,8%, infeccioso en el 31,5% y farmacológico en el 26,9%.

Se registraron 13 ingresos, 5 de ellos por sospecha de origen farmacológico. 105 pacientes fueron evaluados en consultas de alergología: 74 completaron estudio farmacológico. Se confirmó exantema farmacológico en el 45,95%, alergia a medicamentos no manifestada como exantema en el 17,57%, descartando hipersensibilidad en el 33,78%. Los fármacos más frecuentes fueron penicilinas y arilpropiónicos (11,8% cada uno).

**Conclusión**

El exantema en urgencias tiene una presentación predominantemente maculopapular y es de curso benigno, aunque con una alta complejidad diagnóstica inicial. La elevada positividad en serologías subraya la importancia de considerar la etiología infecciosa en el diagnóstico diferencial. No obstante, la coexistencia de eosinofilia y tratamiento farmacológico reciente obliga a sospechar etiología alergológica.

El abordaje integral que combine la sospecha clínica con pruebas complementarias dirigidas es esencial para orientar el diagnóstico y dirigir el estudio de forma eficiente.

# Alergia cutánea y angioedema

## Urticaria crónica espontánea refractaria: optimización del tratamiento desde el enfoque empírico hacia la medicina personalizada en una serie de 6 casos

Fiol Alonso L, Mugno Saba AM, Steixner Zevallos S, Manzanedo Ortega L, Perea Lam NS

Hospital Universitario de Burgos, Burgos

**Objetivo/Introducción**

La urticaria crónica espontánea con angioedema (UCE-AE) refractaria al tratamiento con dosis plenas de antihistamínicos y omalizumab representa un desafío terapéutico. La ciclosporina, utilizada fuera de ficha técnica (*off-label*), puede considerarse como alternativa terapéutica eficaz.

**Material y métodos**

Presentamos seis casos clínicos con UCE-AE de difícil control e IgE <100 kU/L, evaluados mediante el cuestionario *Weekly Urticaria Activity Score* (UAS7) domiciliario y revisiones periódicas, para identificar características comunes y establecer un tratamiento individualizado y óptimo.

**Resultados**

- Tres pacientes (2 mujeres y 1 varón) respondedores parciales a antihistamínicos a dosis altas (x4), omalizumab (hasta 450 mg cada 3 semanas) y montelukast (10 mg/24 h) durante ≥6 meses (UAS7>24). Tras la retirada de omalizumab y montelukast, se inició ciclosporina (2,5-3 mg/kg/día) asociada a antihistamínicos, logrando control sintomático a la semana; permitiendo así reducir progresivamente la ciclosporina, consiguiendo la remisión clínica (UAS7: 0), hasta mantenerse únicamente con antihistamínicos a dosis bajas.
- En los otros tres pacientes (2 mujeres y 1 varón), tratados con antihistamínico a dosis cuádruple y omalizumab (450 mg cada 3 semanas), con mal control clínico, se añadió ciclosporina, con respuesta favorable en las primeras 4 semanas. Tras alcanzar estabilidad clínica (UAS7 <6), se retiró la ciclosporina, manteniendo omalizumab (300 mg cada 2-4 semanas) y antihistamínicos a dosis plenas.

Tras la pauta con ciclosporina se observan dos patrones de control: el 50% logran mantenerse asintomáticos únicamente con antihistamínicos, mientras que el 50% restante requiere la combinación de antihistamínicos y omalizumab.

**Conclusión**

En la UCE-AE con IgE baja refractaria a antihistamínicos, montelukast y omalizumab, debe considerarse el uso de ciclosporina, con monitorización tensional y analítica periódica, hasta lograr la estabilización clínica y su retirada progresiva. Incluso ante ausencia de respuesta inicial con omalizumab, no es necesario retirarlo, ya que añadiendo ciclos cortos de ciclosporina se puede restablecer el control clínico y conseguir mejorar la calidad de vida del paciente.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Anafilaxia

## Anafilaxia por cártamo como alérgeno oculto en gominolas

Astrain Sánchez B[1], Pérez Calderón R[1], Andreu Costa D[1], Sánchez Piñero I[1], Peñalver Mellado M[2], Vicente López JJ[2]

[1] Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz
[2] Laboratorio Probelte Pharma I+D, Murcia

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones anafilácticas mediadas por cofactores o alimentos con componentes poco caracterizados representan un reto diagnóstico. *Carthamus tinctorius* (cártamo), de la familia *Asteraceae*, está emergiendo como posible alérgeno alimentario con potencial reactividad cruzada con pólenes como *Artemisia vulgaris*. Presentamos un caso de anafilaxia con sospecha de implicación de cártamo en gominolas comerciales.

**Material y métodos**

Varón de 30 años, agricultor, con rinoconjuntivitis persistente y sensibilización a pólenes (especialmente *Artemisia vulgaris*) y otros aeroalérgenos. Presentó cuatro episodios de anafilaxia (urticaria generalizada, angioedema, síntomas digestivos y disfagia), dos tras ingesta de gominolas con cártamo.

Se realizaron *prick-prick* con dichas gominolas, pruebas cutáneas a neumoalérgenos, apio y zanahoria, e IgE específica con componentes moleculares (Tabla 1).

Se elaboró un extracto de *Carthamus tinctorius* empleando semillas y flores secas. Se realizó *immunoblot* con suero del paciente, CAP inhibición usando extracto completo y componentes de *Artemisia vulgaris* (Art v 1), empleando el extracto de cártamo como inhibidor, y perfil proteico obtenido mediante SDS-PAGE.

**Tabla 1.** IgE específica.

| Alérgeno | IgE específica (kU/L) |
|---|---|
| *Artemisia vulgaris* | 43,30 |
| nArt v3 | 0,82 |
| nArt v 1 | 66,70 |
| *Chenopodium album* | 13,50 |
| *Salsola kali* | 2,88 |
| nSal k 1 | 27,50 |
| *Phleum pratense* | 25,90 |
| rPhl p1 | 13,90 |
| *Olea europaea* | 6,05 |
| rTri a 14 | 2,26 |
| Zanahoria | 0,24 |
| Apio | 0,16 |
| Goma arábiga | 2,49 |

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas para múltiples pólenes (incluida *Artemisia vulgaris*), ácaros, hongos, perro, apio y zanahoria, así como en el *prick-prick* con las gominolas.

El perfil proteico mostró múltiples bandas, destacando proteínas 10 y 20 kDa (Figura 1). En el CAP inhibición, el extracto de *Carthamus tinctorius* inhibió 60% la unión de IgE frente a extracto completo de *Artemisia vulgaris* y alérgeno Art v 1, sugiriendo reactividad cruzada significativa (Tabla 2).

El *immunoblot* evidenció, según resultados provisionales, una banda de 15 kDa compatible con reconocimiento por IgE del paciente.

**Conclusión**

Este caso sugiere que *Carthamus tinctorius* podría actuar como alérgeno relevante en pacientes sensibilizados a *Asteraceae*, con posible implicación en anafilaxia. Los hallazgos apoyan la existencia de epítopos compartidos, posiblemente en proteínas de bajo peso molecular (15 kDa). Se requieren estudios adicionales para caracterizar estos alérgenos y su papel clínico, dado el aumento de su presencia en alimentos procesados

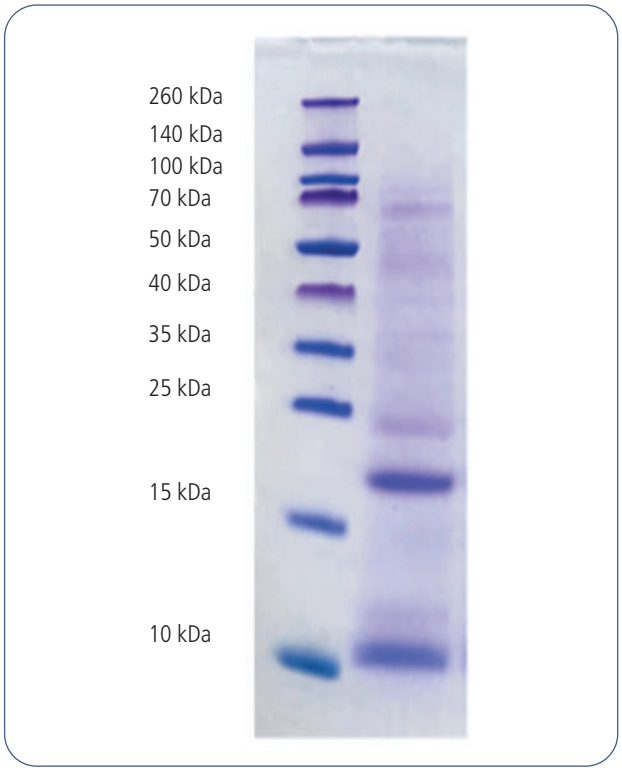



**Figura.** Perfil proteico mediante SDS-PAGE.

**Tabla 2.** CAP Inhibición.

| *Carthamus tinctorius* (µg/mL) | CAP (antígeno en fase sólida) | % Inhibición |
|---|---|---|
| 58,6 | w6 (*Artemisia vulgaris*) | 60% |
| 11,7 | w6 (*Artemisia vulgaris*) | 52% |
| 58,6 | w231 (Art v 1) | 62% |
| 13,2 | w231 (Art v1) | 57% |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Búsqueda de alérgenos ocultos en anafilaxia idiopática: ¿qué es suficiente?

González Romero LJ, Esperesate Arenaza A, Arroabarren Alemán E, Escudero Apesteguía R, Zavala Segovia MJ, Parrado Gil L

Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

Describimos un adolescente con anafilaxia aparentemente idiopática y su diagnóstico final.

**Material y métodos**

Varón de 15 años que refiere urticaria generalizada e hipotensión brusca 2 horas después de cenar croquetas de jamón, leche con cacao y bollería. Había realizado CrossFit 5 horas antes del inicio de los síntomas. No se administró adrenalina.

Las pruebas cutáneas incluyeron: batería de neumoalérgenos y alimentos comunes, carnes y cereales.

Se solicitaron: triptasa basal, además de la disponible del episodio agudo, determinaciones de IgE específica a extractos completos de carnes, cereales, Tri a 9, Tri a 14, alfa-gal (UniCAP) y ALEX$^3$ (MADx).

Posteriormente se buscó la mutación D816V en sangre periférica y se ampliaron las determinaciones de IgE con altramuz, cacao, clorhexidina y goma guar.

El seguimiento incluyó: consulta telefónica de resultados (2ª anamnesis), consulta presencial (3ª anamnesis) entrevistando al paciente y su madre, y ampliación de pruebas cutáneas.

**Resultados**

Las pruebas cutáneas fueron positivas a cacahuete, profilina, pólenes, y harinas de malta y cebada. Se determinó la triptasa en el episodio (5,1 mcg/L) y basal (2,9 mcg/L). Las IgE específicas a carnes, cereales y alfa-gal fueron negativas por ambas técnicas. Las IgEs positivas (ALEX$^3$) a alérgenos alimentarios (Phl p 12, Cuc m 2, Cor a 1.0401, Api g 1) se consideraron no relevantes. No se detectó mutación D816V en sangre periférica. La IgE a clorhexidina fue positiva (11 kU/L), con prueba cutánea también positiva.

La madre confirmó la presencia de clorhexidina en domicilio y el paciente la aplicación de la misma por presentar ampollas en las manos (CrossFit) antes del episodio.

**Conclusión**

Destacamos la importancia de la valoración sistemática de los pacientes con posible anafilaxia idiopática, incluyendo anamnesis repetidas.

La clorhexidina es un alérgeno oculto reconocido de fácil sospecha en entorno sanitario. Sin embargo, podemos pasar por alto traumatismos menores y fuentes de exposición en el ámbito doméstico.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# *Shock* anafiláctico inducido por propofol: a propósito de un caso

Morales Sánchez P, Huete Herrera M, Gutiérrez Posso JM, Acedo Sanz JM, Alfaya Arias T, Andrade Garbán PA

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia al propofol es infrecuente y constituye una causa rara de anafilaxia perioperatoria, siendo los bloqueantes neuromusculares los más implicados habitualmente.

**Material y métodos**

Varón de 59 años con antecedente de rinoconjuntivitis estacional que presentó *shock* anafiláctico durante artroscopia de hombro. De forma inmediata tras intubación orotraqueal, con previa administración de midazolam, levobupivacaína, fentanilo, propofol y rocuronio, presentó broncoespasmo, hipotensión y desaturación. Se administró fenilefrina, 4 inhalaciones de salbutamol, dexametasona 8 mg, Actocortina® 75 mg y omeprazol 40 mg, a pesar de lo cual presentó exantema generalizado y angioedema palpebral, por lo que se administró adrenalina con mejoría del cuadro. Se trasladó a UCI donde se mantuvo perfusión de noradrenalina, adrenalina, remifentanilo y propofol. Al alta inicia estudio alergológico en centro privado y posteriormente es derivado a nuestra unidad.

Se realizó: IgE total, IgE específica (sIgE), triptasa; *skin prick test* (SPT), pruebas intradérmicas (ID), test de activación de basófilos (TAB), y prueba de exposición controlada (PEC) con fármacos implicados (Tabla).

**Resultados**

En la reacción inicial hubo un incremento significativo de la triptasa (14,5 µg/L), con una triptasa basal 4,5 µg/L. Se realizó SPT e ID para los fármacos implicados negativas; SPT para neumoalérgenos con resultado positivo para olivo, ciprés y gato; TAB positivo (ratio %CD63$^{+}$prueba/CD63+basal >2) para relajantes musculares rocuronio, suxametonio y cisatracurio; PEC con midazolam, fentanilo y levobupivacaína negativas; y PEC con propofol positiva con reproducción idéntica de la sintomatología que presentó en la reacción inicial (Tabla).

**Conclusión**

La hipersensibilidad a propofol, aunque es infrecuente, debe considerarse en los casos de la anafilaxia perioperatoria. El TAB presenta limitaciones, siendo la PEC fundamental para el diagnóstico definitivo.

**Tabla.** IgE total, IgE específica (sIgE), triptasa basal, *skin prick test* (SPT) e intradérmicas (ID), test de activación de basófilos (TAB) que considera positivo un ratio >2, y prueba de exposición controlada (PEC).

| | Resumen de pruebas complementarias | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **IgE específica** | **SPT** | **ID** | **TAB (%CD63* prueba/CD63+basal)** | **PEC** |
| Suxametonio (Anectine®) | <0,1 kU/L | Negativa (10 mg/mL) | Negativa (0,01 mg/mL) | Positiva (1/1.000): 4,1 para CD63*<br>Positiva (1/100): 2,3 para CD63* | - |
| Rocuronio (Esmeron®) | - | Negativa (10 mg/mL) | Negativa (0,1 mg/mL) | Positiva (1/1.000): 3,0 para CD63*<br>Positiva (1/100): 2,8 para CD63* | - |
| Cistracurio | - | Negativa (2 mg/mL) | Negativa (0,1 mg/mL) | Positiva (1/1.000): 2,8 para CD63*<br>Positiva (1/100): 2,8 para CD63* | - |
| Propofol | - | Negativa (10 mg/mL) | Negativa (0,1 mg/mL) | - | Positiva (100 mg) |
| Midazolam (Dormicum®) | - | Negativa (5 mg/mL) | Negativa (0,05 mg/mL) | - | Negativa (7,5 mg) |
| Fentanilo (Fentanest®) | - | Negativa (0,05 mg/mL) | Negativa (0,0005 mg/mL) | - | Negativa (0,2 mg) |
| Levobupivacaína | - | Negativa (5 mg/mL) | Negativa (0,05 mg/mL) | - | Negativa (5 mg) |
| Otros | | | | | |
| IgE total | 400 kU/L | | | | |
| sIgE látex | <0,1 kU/L | | | | |
| sIgE suxametonio | <0,1 kU/L | | | | |
| sIgE morfina | <0,1 kU/L | | | | |
| sigE cacahuete | 0,34 kU/L | | | | |
| Triptasa basal | 4,5 µg/L | | | | |
| Látex | SPT (10 mg/mL) negativa | | | | |
| Clorhexidina | SPT (5 mg/mL) negativa | | | ID (0,002 mg/mL) negativa | |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Perfil de reacciones sistémicas inmediatas en el Hospital de Día del Servicio de Alergología del Hospital Universitario de Navarra

Zavala Segovia MJ, Parrado Gil L, Gómez Breñosa B, Echechipía Madoz S, Arroabarren Alemán E, Garrido Fernández S

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**Objetivo/Introducción**

En el hospital de día (HdD) de alergología se realizan procedimientos diagnóstico-terapéuticos de distintos mecanismos inmunológicos, considerados de mayor riesgo según el perfil clínico del paciente.

*Objetivo:* Describir la incidencia y características de las reacciones sistémicas inmediatas (RSI) de nuestro servicio en el 2025.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de las RSI en el HdD durante el 2025. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, procedimiento, agente causal, manifestaciones clínicas, gravedad (clasificación WAO, 2024), tratamiento, recursos empleados y destino al alta. El análisis estadístico se realizó con Python (SciPy 1.13), considerando significación estadística $p<0,05$.

**Resultados**

De 463 procedimientos, acontecieron 55 reacciones sistémicas (11,9%). La mediana de edad fue 25 años (rango 1-76), con predominio femenino (61,8%). El 43,6% fueron pacientes pediátricos.

Por gravedad, el 78,2% de las reacciones fueron G1, el 18,2% G2 y el 3,6% G3. No se registraron RSI G4-G5. Las manifestaciones cutáneas fueron las más frecuentes (78,2%), seguidas de síntomas gastrointestinales (25,5%) y respiratorios/oculares (21,8%); no hubo ningún evento cardiovascular.

El 69,1% fueron pruebas de exposición controladas orales, el 20% parenterales y el resto desensibilizaciones/inducciones de tolerancia (10,9%). Los fármacos fueron el agente causal predominante en adultos (90,3%; n=28/31) y los alimentos en población pediátrica (75%; n=18/24) ($p<0,001$). Los principales alérgenos fueron huevo (12,7%), amoxicilina (10,9%), ibuprofeno (9,1%) y leche de vaca (9,1%). No se hallaron diferencias significativas en gravedad asociadas al agente (exacto de Fisher; $p=1,00$) o a la edad (Mann-Whitney; $p=0,229$).

La adrenalina fue utilizada en las dos reacciones G3. El 98,2% de los pacientes fue dado de alta a domicilio. Sólo 1 caso requirió traslado al servicio de urgencias pediátricas.

**Conclusión**

La incidencia de RS en el HdD es baja y en su mayoría de carácter leve, con una elevada tasa de altas domiciliarias. Aquellos pacientes con reacciones G3 precisaron mayor uso de recursos asistenciales y terapéuticos.

## Cistoscopia y anafilaxia

Bastidas Parlanti JA[1], Márquez Hernández DM[2], Micozzi S[1], González López P[1], Moncada Salinero A[1], Gajate Fernández P[1]

[1] Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid
[2] Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

**Objetivo/Introducción**

Opaster'anios (ortoftalaldehído) es un desinfectante de alto nivel para dispositivos médicos, material quirúrgico y médico, material de endoscopia y material termosensible. Es inodoro y presenta una termoestabilidad de 14 días. Es un dispositivo médico de clase IIb (Directiva 93/42/CEE modificada).

Se han descrito varios casos de anafilaxia relacionados con el uso de dicho desinfectante en pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos frecuentes.

En nuestro caso presentamos un paciente con anafilaxia tras realización de cistoscopia.

**Material y métodos**

Hombre de 78 años con antecedentes de rinoconjuntivitis y asma bronquial por alergia a pólenes y neoplasia de vejiga (2023), actualmente en remisión. En septiembre de 2025 tras realizar quinta cistoscopia, presenta a los 30 minutos prurito generalizado, sensación de calor y malestar general, urticaria generalizada y síncope. En el servicio de urgencias se realizó analítica con hemograma, bioquímica, triptasa y ECG. Se administró tratamiento con corticoide y antihistamínico intravenoso con mejoría clínica tras 5 horas de observación. En alergología se realizaron pruebas cutáneas en *prick test* e intradermorreacción para los medicamentos implicados y antisépticos e IgE específica para látex, además triptasa basal. Se realizó test de activación de basófilos (TAB).

**Resultados**

Las pruebas cutáneas en *prick test* e ID con anestésicos locales, látex, clorhexidina y ortoftalaldehído con prueba de exposición controlada a lidocaína resultaron negativas salvo el *prick test* con ortoftalaldehído positivo (7 × 8 mm). Toleró látex posteriormente. Triptasa a la hora del episodio de anafilaxia 31,20 mcg/L con triptasa basal 4,50 mcg/L, IgE total 112 UI/mL e IgE látex, Hev b 5 y b 6 negativos. El TAB demostró una activación basal de basófilos del 60%.

**Conclusión**

Presentamos una anafilaxia por hipersensibilidad a ortoftalaldehído. El TAB no resultó concluyente, lo cual puede ocurrir por diferentes razones (proceso alérgico agudo, autoinmunidad y/o inflamación crónica). Es importante en procedimientos endoscópicos frecuentes y reacciones de hipersensibilidad, tener en cuenta el ortoftalaldehído como agente causal.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Enfermedades mastocitarias y eosinofílicas

## Artralgia en la esofagitis eosinofílica: relación con dupilumab y trastornos del espectro de hipermovilidad

Korshunova D[1], Abonia JP[2]

[1] Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España
[2] Cincinnati Children´s Hospital Medical Center, Cincinnati, Estados Unidos

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por infiltración eosinofílica esofágica. Aunque dupilumab es un tratamiento eficaz y generalmente bien tolerado, se han descrito artralgias asociadas al tratamiento. Existe además evidencia de una asociación entre EoE y trastornos del espectro de hipermovilidad (HSD), y el síndrome de Ehlers-Danlos (EDS).

*Objetivo:* Evaluar la relación entre artralgia, exposición a dupilumab y HSD/EDS en pacientes con EoE.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo en el Center for Eosinophilic Disorders del Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Los pacientes con EoE se clasificaron en cuatro grupos según artralgia y exposición a dupilumab: (*1*) con dupilumab y artralgia, (*2*) sin dupilumab con artralgia, (*3*) con dupilumab sin artralgia y (*4*) controles sin dupilumab ni artralgia. Se incluyeron 30 pacientes por grupo (n=120). Se recogieron datos demográficos, clínicos y antecedentes familiares. En los pacientes del grupo 1 se registró el tiempo hasta el inicio de los síntomas.

**Resultados**

El tiempo mediano hasta la aparición de artralgia tras iniciar dupilumab fue de 572 días (RIC 546). HSD/EDS fue significativamente más frecuente en pacientes con artralgia, independientemente de la exposición a dupilumab: 17/30 (57%) en ambos grupos con artralgia frente a 1/30 (3%) en pacientes tratados con dupilumab sin artralgia y 0/30 en controles ($p$<0,001). Los pacientes sin HSD/EDS mostraron menor frecuencia de artralgia pese a la exposición a dupilumab. Los antecedentes familiares de enfermedad reumatológica o del tejido conectivo fueron más frecuentes en pacientes con artralgia (11/60 vs. 4/60). La predominancia masculina típica de la EoE fue menos marcada en pacientes con artralgia.

**Conclusión**

En pacientes con EoE, la artralgia se asoció significativamente con HSD/EDS independientemente de la exposición a dupilumab. Estos hallazgos sugieren relación con alteraciones subyacentes del tejido conectivo. El reconocimiento de estos trastornos podría mejorar la evaluación clínica y la estratificación de riesgo.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Perfil de pacientes con esofagitis eosinofílica en el área sanitaria del Hospital General de Castellón

Coronado Pérez AI[1], Viedma Ayllón P[1], Collado Arocha MA[1,2], Carbonell Hurtado E[1], Torres Górriz M[1,2], Enrique Miranda E[1,2]

[1] Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana, Castellón
[2] Escola de Doctorat, Universitat Jaume I de Castellón, Castellón

## Objetivo/Introducción

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada, desencadenada por antígenos alimentarios, caracterizada por disfunción esofágica e infiltrado ≥15 eosinófilos/CGA. El tratamiento incluye inhibidores de bomba de protones (IBP), corticoides tópicos, dietas de exclusión y dupilumab.

*Objetivo:* Describir las características clínicas, alergológicas y terapéuticas de pacientes con EoE en un hospital terciario.

## Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de EoE entre 2021 y 2026. Se analizaron variables demográficas, clínicas, alergológicas, analíticas, histológicas y terapéuticas.

## Resultados

Se incluyeron 62 pacientes, con edad media de 33 años y predominio masculino (79%). El 71% presentaba atopia, principalmente rinitis alérgica (68%). Un 19% tenía alergia alimentaria confirmada, sobre todo a frutos secos, pescado/marisco y LTP. Aproximadamente la mitad disponía de pruebas cutáneas con alimentos y/o neumoalérgenos.

Los síntomas principales fueron disfagia (89%) e impactación alimentaria (63%). Todos presentaron ≥15 eosinófilos/CGA en la biopsia. La IgE total media fue de 468,22 UI/mL y la eosinofilia periférica media era de 0,72 × $10^3$/µL.

El 81% recibió tratamiento con IBP, en monoterapia (61%) o combinado con corticoides tópicos deglutidos (19%). El 40% alcanzó remisión histológica completa con tratamiento basado en IBP, y el 76% de ellos permaneció asintomático (Tabla). Tres pacientes recibieron dupilumab, con respuesta completa en 2 casos.

Las dietas de eliminación se aplicaron en 17 pacientes: lácteos (2), lácteos y gluten (2), exclusión ≥4 alimentos (3) y guiada por alergia (10). Solo un caso las recibió como tratamiento exclusivo, con remisión parcial.

## Conclusión

La EoE afecta principalmente a varones jóvenes con atopia y disfagia como síntoma predominante. Solo la mitad disponía de estudio alergológico completo. El tratamiento con IBP, solo o combinado, mostró buena eficacia clínica e histológica. Las dietas exclusivas rara vez se emplean como única estrategia. La persistencia de síntomas pese a remisión histológica apoya una valoración conjunta clínico-histológica.

**Tabla.** Respuesta clínico-histológica de 59 pacientes con EoE en tratamiento de mantenimiento con corticoides deglutidos (CE), inhibidores de la bomba de protones (IBP) en monoterapia o combinación IBP+CE y dupilumab.

| | | CE deglutidos | IBP | | | CE + IBP | | | Dupilumab | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 20 mg/día | 40 mg/día | 80 mg/día | 20 mg/día | 40 mg/día | 80 mg/día | | |
| Remisión histológica completa | Asintomáticos | 5 | 6 | 4 | 3 | 1 | 4 | 1 | 2 | 26 |
| | Persisten síntomas | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | Desconocido | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Remisión histológica parcial | Asintomáticos | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | Persisten síntomas | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Desconocido | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sin remisión histológica | Asintomáticos | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 8 |
| | Persisten síntomas | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| | Desconocido | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Remisión histológica desconocida | Asintomáticos | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 7 |
| | Persisten síntomas | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | Desconocido | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 6 | 10 | 18 | 10 | 2 | 7 | 3 | 3 | 59 |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Enfermedades respiratorias (asma, rinoconjuntivitis y poliposis)

## Asma grave T2 bajo en paciente geriátrico: respuesta clínica a tezepelumab

Albarracín Contreras Á, Ortiz Aljaro PA, León Hervias P, Palazuelos Cayón N, García Gutiérrez I

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**Objetivo/Introducción**

El asma grave en población geriátrica representa un reto terapéutico, especialmente en pacientes con inflamación tipo 2 (T2) baja, donde las opciones biológicas son limitadas. Tezepelumab, un anticuerpo monoclonal dirigido frente a la linfopoyetina estromal tímica (TSLP), actúa sobre un mecanismo *upstream* de la inflamación, mostrando eficacia independientemente del fenotipo inflamatorio.

*Objetivo:* Describir un caso clínico de asma grave T2 bajo y su respuesta al tratamiento.

**Material y métodos**

Paciente de 72 años con antecedentes de asma grave de larga evolución y sensibilización a ácaros, en tratamiento con triple terapia inhalada a dosis altas, con mal control clínico y múltiples exacerbaciones anuales. Presentaba ACT basal de 14/25, con frecuentes ingresos hospitalarios.

El estudio mostró perfil inflamatorio T2 bajo, con valores de FeNO de 39 ppb y ausencia de eosinofilia significativa en sangre periférica. Las pruebas de función respiratoria evidenciaron $FEV_1$ de 0,8 L y FVC de 1,78 L. El TAC torácico descartó patología estructural relevante.

Tras valoración multidisciplinar con neumología, se decidió iniciar tratamiento con tezepelumab, dada la ausencia de respuesta a tratamiento convencional y la falta de otras opciones biológicas indicadas en este perfil inflamatorio.

**Resultados**

A los 3 meses, el paciente presentó mejoría clínica significativa, con aumento del ACT a 21/25 y mejoría de la función pulmonar ($FEV_1$: 1,6 L; FVC: 2,38 L). A los 12 meses, el ACT alcanzó 23/25, con reducción de exacerbaciones de 8 episodios/año a 1.

El FeNO disminuyó a 28 ppb y la función pulmonar continuó mejorando ($FEV_1$: 2,42 L; FVC: 2,45 L). No se registraron ingresos hospitalarios durante el seguimiento. La mejoría se mantuvo de forma sostenida desde el tercer mes.

**Conclusión**

El tratamiento con tezepelumab en pacientes con asma grave T2 bajo puede producir una mejoría clínica y funcional significativa, incluso en población geriátrica con enfermedad de larga evolución. Este caso refuerza el papel de terapias dirigidas frente a mediadores de fenotipo T2 bajo, ampliando las opciones terapéuticas en un grupo de pacientes tradicionalmente de difícil manejo.

## Impacto de la consulta de educación en pacientes con asma grave

Huete Herrera M[1], Morales Sánchez P[1], Gutiérrez Posso JM[1], Matta Pérez JI[1], Pérez Fernández E[2], González Moreno A[1]

[1] Servicio de Alergia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid
[2] Servicio de Investigación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El asma grave presenta un elevado impacto clínico y asistencial, siendo la adherencia terapéutica y la técnica inhalatoria factores clave en su control. La educación sanitaria puede mejorar estos aspectos. Nuestro estudio evalúa el impacto de la consulta educativa en el control del asma y la calidad de vida.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de pacientes con asma grave del Hospital Universitario Fundación Alcorcón sometidos a 3 consultas (V1, V2 [al mes], V3 [al año]). Se recogieron datos demográficos y clínicos (2023-2024). En cada visita se evaluaron: biomarcadores, función pulmonar, exacerbaciones, ingresos/visitas a urgencias, cambios terapéuticos, control mediante *Asthma Control Test* (ACT), calidad de vida mediante el *Asthma Quality of Life Questionnaire* (AQLQ), adherencia mediante el test de adhesión a inhaladores (TAI) y el cuestionario de conocimientos sobre el asma de Báez-Saldaña (BAEZ).

**Resultados**

51 pacientes acudieron a la V1. 78,4% mujeres, edad media 56,4 años. El 37,3% presentaba asma T2 eosinofílico, el 88,2% sensibilización a neumoalérgenos y el 23,5% poliposis nasal. El 68,6% recibía triple terapia inhalada (CI+LABA+LAMA) y 37,3% tratamiento biológico. Acudieron a la V2 41 pacientes (80,4%) y a la V3 25 (49%).

Se observó mejoría entre V1 y V3 en exacerbaciones en el año previo (70,6 vs. 49%), visitas a urgencias (21,6 vs. 15,7%), ingresos (3,9 vs. 2%) y corticoides orales de mantenimiento (15,7 vs. 7%). El ACT mostró discreta mejoría (50% vs. 52,4% con buen control).

El porcentaje de pacientes con FeNO <40 ppb aumentó del 64,3% al 93,5% ($p$<0,01). La adherencia fue elevada desde el inicio (TAI >45: 96,1% vs. 90,5%) y el conocimiento mejoró (BAEZ >12: 89,8% vs. 100%). No se observaron diferencias en la función pulmonar ni el AQLQ.

**Conclusión**

La consulta educativa mejora el control y conocimiento del asma, sin cambios en calidad de vida ni función pulmonar. La pérdida progresiva de seguimiento, con ausencia del 51% de pacientes en V3, evidencia la necesidad de reforzar la continuidad de los programas educativos.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Perfil de biomarcadores en la vía aérea en niños con asma no controlada

Habernau Mena A[1], García Reymundo M[2], Larios Cuenda ÁC[3], Fernández García A[4], Rodríguez Pérez R[5], Salamanca Fernández G[6]

[1] Sección de Alergología, Complejo Hospitalario del Área de Salud de Mérida, Mérida
[2] Especialista en Pediatría, Hospital Materno Infantil, Complejo Hospitalario de Badajoz, Badajoz
[3] Servicio Extremeño de Salud, Badajoz
[4] Laboratorio de Alergia, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[5] Instituto de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias CIBERES, Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz, Madrid
[6] Medical Affairs, Allergy Unit, LETI Pharma, Tres Cantos, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia, y se caracteriza por inflamación de la vía respiratoria y la heterogeneidad de fenoendotipos.

*Objetivo:* Analizar los niveles de biomarcadores y datos clínicos en el seguimiento de niños con asma no controlada.

**Material y métodos**

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en niños de 4 a 14 años con asma moderada-grave no controlada, atendidos en consultas de Pediatría y Alergología del Hospital de Mérida entre 2019 y 2022. Se recogieron datos clínicos, función pulmonar, FeNO, eosinófilos en sangre periférica, biomarcadores séricos (IL-6, IL-18, periostina y TSLP), ACT/c-ACT y MiniAQLQ en la visita basal (V0), a los 6 (V1) y 12 (V2) meses. Se incluyó un grupo control para la determinación de biomarcadores. Los niveles de IL-6, periostina, TSLP e IL-18 se analizaron mediante ELISA

**Resultados**

Se incluyeron 147 pacientes, edad media de 11 años, 65% varones, >80% sensibilizados a neumoalérgenos. La media basal de IgE total fue >500 kU/L y de eosinófilos >400 células/µL. En V0 los niveles de IL-6, periostina, TSLP ($p$=0,04), e IL-18 fueron más elevados que en el grupo control. En V2 se observó una reducción significativa de los síntomas, limitaciones en la vida diaria, visitas a urgencias y hospitalizaciones ($p$<0,05), y aumento del ACT y MiniAQLQ. Durante el seguimiento descendieron los niveles de IL-6 ($p$=0,01), periostina y TSLP ($p$=0,006), sin cambios en IL-18. El número de pacientes con inmunoterapia aumentó del 9% al 40%.

**Conclusión**

Los niños con asma no controlada presentaron un perfil T2 alto, con niveles más elevados de periostina, TSLP, IL-18 e IL-6 que el grupo control. En el seguimiento hubo un descenso significativo de IL-6 y TSLP, y no significativo de periostina. Los biomarcadores son útiles en el diagnóstico y tratamiento del asma infantil.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Rinitis y conjuntivitis, mapeo molecular de las fuentes alergénicas en nuestro medio

Cansino Bascón R[1], Salinas Zaldúa AM[1], Navarro Pulido AM[1], Domínguez Cereijo L[1], Pineda de la Losa F[2], de Luque Piñana V[1]

[1] Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla
[2] Applied Science Inmunotek S.L, Alcalá de Henares, Madrid

## Objetivo/Introducción

La rinitis y la conjuntivitis son las enfermedades alérgicas más frecuentes, y nuestro principal motivo de consulta.

*Objetivo:* Describir las fuentes y principales proteínas causantes de los síntomas en nuestra área, así como valorar el diagnóstico habitual (*prick*, ImmunoCAP™) con respecto al uso de plataformas (ALEX²).

## Material y métodos

Estudio observacional prospectivo descriptivo transversal que incluyó pacientes del estudio EXPOMOL, recopilados a finales de 2024. A todos se les realizó anamnesis, *prick* con batería de aeroalérgenos, IgE específica frente a alérgenos completos y a componentes moleculares mediante ImmunoCAP™ según historia clínica, y diagnóstico molecular multiplex (ALEX²).

## Resultados

Se analizaron 45 pacientes, con media de edad de 32,5 años e IgE total media de 170,79 kU/L. De la muestra, el 57,8% (26/45) eran varones y el 42,2% (19/45) mujeres, presentando 42 de ellos rinoconjuntivitis y 3 exclusivamente rinitis. Un 82,2% presentaron rinitis persistente moderada y un 60% conjuntivitis persistente moderada.

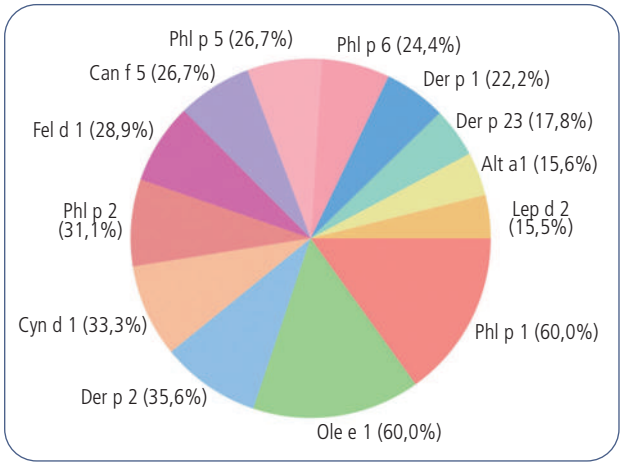



**Figura.** Frecuencia de sensibilización a las principales moléculas alergénicas en los 45 pacientes estudiados. Los porcentajes indican la proporción de pacientes sensibilizados a cada molécula; un mismo paciente podía presentar sensibilización a más de una molécula.

**Tabla.** Principales moléculas alergénicas en nuestra área.

| Alérgeno | Componente molecular | Pacientes positivos n (%) |
|---|---|---|
| Gramíneas | Phl p 1 | 27 (60,0%) |
| | Phl p 2 | 14 (31,1%) |
| | Cyn d 1 | 15 (33,3%) |
| | Phl p 5 | 12 (26,7%) |
| | Phl p 6 | 11 (24,4%) |
| | Phl p 12 | 3 (6,7%) |
| | Phl p 7 | 1 (2,2%) |
| Olivo / *Oleaceae* | Ole e 1 | 27 (60,0%) |
| | Ole e 9 | 2 (4,4%) |
| | Ole e 7 | – |
| Ácaros | Der p 2 | 16 (35,6%) |
| | Der f 2 | 15 (33,3%) |
| | Der p 1 | 10 (22,2%) |
| | Der p 23 | 8 (17,8%) |
| | Lep d 2 | 7 (15,5%) |
| | Der p 10 | 3 (6,7%) |
| | Der f 1 | 3 (6,7%) |
| | Der p 5 | 2 (4,4%) |
| | Der p 7 | 2 (4,4%) |
| | Der p 21 | 2 (4,4%) |
| | Der p 20 | 1 (2,2%) |
| | Der p 11 | 0 (0%) |
| Epitelios | Fel d 1 | 13 (28,9%) |
| | Can f 5 | 12 (26,7%) |
| | Can f 1 | 4 (8,9%) |
| | Can f 4 | 2 (4,4%) |
| | Can f 2 | 1 (2,2%) |
| | Can f 6 | 1 (2,2%) |
| | Fel d 4 | 1 (2,2%) |
| | Can f 3 | 0 (0%) |
| | Fel d 2 | 0 (0%) |
| | Fel d 7 | 0 (0%) |
| *Alternaria* | Alt a 1 | 7 (15,6%) |
| | Alt a 6 | 3 (6,7%) |
| Plátano sombra | Pla a 2 | 6 (13,3%) |
| | Pla a 1 | 3 (6,7%) |
| | Pla a 3 | 2 (4,4%) |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

– Las principales moléculas alergénicas identificadas fueron: Phl p 1-2-5-6, Cyn d 1, Ole e 1, Der p 1-2-23, Fel d 1, Can f 5, Alt a 1 (Figura).
– El diagnóstico molecular mediante ALEX identificó sensibilizaciones a componentes moleculares no evaluados habitualmente en nuestra práctica clínica habitual: Cyn d 1 (33,3%), Phl p 2 (31,1%), Phl p 6 (24,4%), Pla a 2 (13,3%) y Pla a 3 (4,4%), si bien no cuantificó otros componentes moleculares importantes en nuestra área como Ole e 7, salvo para investigación (Tabla).

**Conclusión**

– Se confirma el predominio de sensibilización a pólenes de gramíneas y olivo (Phl p 1, Ole e 1) en pacientes con rinoconjuntivitis alérgica de nuestro área.
– ALEX² aporta mayor información molecular en gramíneas. Los resultados sugieren valorar la incorporación de Cyn d 1 en ImmunoCAP™ o en *prick test* en nuestro medio.

La incorporación de ALEX³ nos permitirá identificar otros alérgenos moleculares, incluido Ole e 7, con relevancia en nuestro área.

## Marcadores epigenéticos nasales asociados a exacerbaciones del asma y su variación según el sexo biológico en población española

Martín González E[1,2], Martín Almeida M[1,2], González Pérez R[3], Sardón Prado O[4,5], Poza Guedes P[3], Pino Yanes M[1,2,6]

[1] Grupo Genómica y Salud, Universidad de La Laguna (ULL), San Cristóbal de La Laguna, Tenerife
[2] Instituto de Tecnologías Biomédicas (ITB), San Cristóbal de La Laguna, Tenerife
[3] Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife
[4] Hospital Universitario Donostia, San Sebastián
[5] Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián
[6] CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las exacerbaciones del asma son un importante problema de salud pública y la metilación del ADN (mADN) podría desempeñar un papel clave en su base biológica. Aunque se han identificado marcadores epigenéticos sanguíneos asociados a este fenotipo, el tejido nasal no ha sido explorado. Además, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres podrían influir en la susceptibilidad y respuesta inflamatoria en el asma.

*Objetivo:* Identificar marcadores epigenéticos nasales asociados con las exacerbaciones del asma y evaluar diferencias según el sexo en población española.

**Material y métodos**

Se obtuvo el perfil de mADN en 153 muestras nasales de asmáticos españoles con el microarray Infinium MethylationEPIC v2.0. Se realizó un estudio de asociación del epigenoma completo (EWAS) de exacerbaciones del asma y se evaluó si los marcadores epigenéticos sanguíneos previamente identificados también mostraban cambios en tejido nasal. Adicionalmente, se llevaron a cabo EWAS estratificados por sexo biológico y análisis de enriquecimiento en asociaciones epigenéticas previas y rutas biológicas.

**Resultados**

No se identificó ninguna nueva asociación (tasa de falso descubrimiento [FDR] ≥5%), pero se validó la asociación de dos sitios CpG identificados en sangre (cg25345365 [ZBTB16] y cg03546163 [FKBP5]), mostrando efectos consistentes de hipometilación en tejido nasal (coeficiente=-0,34, valor $p$=0,003; coeficiente=-0,64, valor $p=2{,}8 \times 10^{-4}$, respectivamente). En análisis estratificados por sexo, la asociación de cg25345365 se mantuvo significativa en mujeres (coeficiente=-0,49, valor $p$=0,002), mientras que cg03546163 mostró efectos consistentes en ambos sexos, aunque de mayor magnitud en mujeres (coeficiente hombres=-0,57 vs. coeficiente mujeres=-0,72, valor $p$ hombres=0,004 vs. valor $p$ mujeres=0,008). Finalmente, los análisis de enriquecimiento mostraron una sobrerrepresentación de asociaciones relacionadas con la resistencia a la insulina y un enriquecimiento de la vía TNF-α/NF-κB, clave en la inflamación del asma.

**Conclusión**

Este estudio validó en tejido nasal la asociación de marcadores epigenéticos previamente asociados con exacerbaciones del asma en sangre y sugirió diferencias según el sexo biológico.

Financiación: Proyecto PID2024-160302OB-I00 financiados por MICIU/AEI/10.13039/501100011033 y por FEDER, UE.

Volver al índice

# Inmunoterapia e inmunología

## Eficacia de la inmunoterapia alérgeno-específica en el tratamiento de rinitis alérgica local

Martorell Calatayud C, García Brito RDP, Aleixos Zuriaga M, de las Marinas Álvarez MD, Alvariño Martín M, Félix Toledo R

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia alérgeno-específica se ha demostrado clínicamente eficaz en el tratamiento de rinitis alérgica local (RAL).

*Objetivo:* Valorar su eficacia en pacientes con RAL por aeroalérgenos perennes en vida real.

**Material y métodos**

Pacientes de ambos sexos, de 6-67 años, que acuden a nuestro servicio de alergología durante un periodo de 2 años, con clínica de rinitis perenne persistente moderada.

Se seleccionan todos los pacientes con estudio alergológico (pruebas cutáneas e IgE sérica específica con aeroalérgenos perennes prevalentes en nuestra área geográfica) negativo, y prueba de exposición nasal (PEN) positiva.

Se realizó PEN con extractos de epidérmicos perro y gato, *Alternaria* y *Dermatophagoides*, mediante la metodología Rondon C, *et al.* Se valoró la respuesta mediante valoración la clínica inmediata y valoración de la permeabilidad nasal mediante rinomanometría acústica. Considerándose positiva la respuesta con una puntuación de ≥5 puntos (*score* Lebel, *et al.*) y un descenso ≥30% en la suma de los volúmenes 2-6 cm de ambas fosas nasales en la rinometría. Se pauta inmunoterapia específica a aquellos pacientes diagnosticados de RAL y valoramos su respuesta al año de tratamiento. Se procede a la valoración de la calidad de vida mediante los cuestionarios RQLQ de Juniper para las distintas edades y valoración de necesidad de medicación sintomática con hoja de seguimiento.

**Resultados**

De un total de 50 pacientes, 12 (24%) presentaron PEN positiva: 10 a *Dermatophagoides*, 0 a *Alternaria*, 1 a ep. perro y 1 a ep. gato y *Dermatophagoides*.

A los 12 se les pautó inmunoterapia específica. 11 iniciaron tratamiento y se pudo valorar su evolución al año de tratamiento.

Todos ellos presentaron una buena respuesta al tratamiento, refiriendo mejoría en la calidad de vida y reducción en el uso de medicación sintomática.

**Conclusión**

La inmunoterapia alérgeno-específica resulta clínicamente eficaz en el tratamiento de la rinitis alérgica local por aeroalérgenos perennes.

## Efecto adverso cutáneo tras tratamiento con biológico

Mujika Ruiz de Aguirre N, Maiese Hernández JG, Salvatierra Izaguirre A, Yanes Bonilla AM, Matala Ahmed B, Martínez Molina S

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao

**Objetivo/Introducción**

El dupilumab es un anticuerpo monoclonal recombinante de tipo IgG4 humana que inhibe la señalización de las interleucinas 4 y 13. Está indicado en asma bronquial moderada-grave, rinosinusitis crónica con poliposis nasal y dermatitis atópica, así como para otras indicaciones en continua ampliación, presentando un adecuado perfil de seguridad. No obstante, se han descrito reacciones adversas infrecuentes que pueden condicionar la continuidad del tratamiento.

**Material y métodos**

Se presentan dos casos clínicos:

- Mujer de 58 años con diagnóstico de rinosinusitis crónica con poliposis nasal y asma bronquial grave, que inicia dupilumab en febrero del 2025 tras falta de eficacia de mepolizumab. Desde el inicio del cambio de tratamiento desarrolló lesiones eritematodescamativas localizadas en cuero cabelludo y extremidades inferiores.
- Varón de 71 años con asma bronquial grave y antecedentes personales de psoriasis en remisión clínica, que inició tratamiento con dupilumab en marzo de 2024 tras falta de respuesta a reslizumab, benralizumab y mepolizumab. A partir de mayo presentó clínica de poliartralgias, onicodistrofia y placas eritematodescamativas.

**Resultados**

Ambos casos fueron diagnosticados como psoriasis paradójica, *de novo* en el primer caso y en el segundo como exacerbación de una psoriasis previa, asociando además el desarrollo de artritis psoriásica. Tras la instauración de tratamiento con metotrexato y el cambio terapéutico a tezepelumab, respectivamente, se observó una resolución clínica de la sintomatología en ambos pacientes.

**Conclusión**

Estos casos ilustran que, aunque el dupilumab es eficaz en el control de enfermedades alérgicas graves como asma y rinosinusitis con poliposis nasal, puede asociarse con manifestaciones cutáneas paradójicas, entidad previamente descrita fundamentalmente en relación con terapias inhibidoras del factor de necrosis tumoral (TNF), lo que resalta la importancia de un seguimiento alergológico estrecho y un abordaje multidisciplinar ante efectos adversos inesperados.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## El *patient journey* en alergia: intervenciones estratégicas para optimizar su abordaje

González Lizarraga V, Torres Pérez B, Salamanca Fernández G, Ruiz García M

LETI Pharma, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las enfermedades alérgicas respiratorias son prevalentes y crónicas y afectan al 25-30% de la población, con tendencia a progresar si no se abordan de forma precoz. La evidencia científica respalda que la inmunoterapia con alérgenos (ITA), iniciada precozmente y mantenida durante mínimo tres años, es el único tratamiento modificador del curso natural de la enfermedad.

La falta de diagnóstico especializado, los retrasos en las agendas y la falta de adherencia al tratamiento condicionan la obtención del beneficio clínico esperado.

*Objetivo:* Analizar el *patient journey* para identificar oportunidades de mejora en la detección precoz, diagnóstico, derivación temprana al especialista, y acceso y adherencia a la ITA, en España.

**Material y métodos**

Mediante revisión bibliográfica y experiencia clínica se analizaron las palancas del *patient journey* desde el primer síntoma hasta el diagnóstico. Se evaluaron las principales barreras diagnósticas, y terapéuticas, posibles intervenciones orientadas a optimizar el diagnóstico precoz, derivación temprana o abordaje del tratamiento, identificando distintos puntos de mejora.

**Resultados**

Se evidenció el retraso de 3-4 años entre la aparición del primer síntoma y la valoración por el especialista, según describe Alergológica 2015, pudiendo deberse al reconocimiento tardío de la enfermedad, la variabilidad diagnóstica o la ausencia de criterios homogéneos de derivación.

Estudios europeos en vida real muestran una baja adherencia a la ITA subcutánea, con tasas de persistencia tras el primer año del 40-60%, lo que compromete alcanzar su efecto óptimo. Por ello el papel de enfermería es clave en la adherencia a largo plazo, así como la formación de médicos de AP.

**Conclusión**

Actuar sobre los factores identificados permite avanzar hacia un modelo asistencial coordinado, favoreciendo la detección precoz, optimizando las derivaciones desde AP al alergólogo y mejorando el acceso y la adherencia a la ITA y maximizando así el impacto del tratamiento modificador de la enfermedad alérgica.

## Resultados en vida real de la inmunoterapia subcutánea con extracto polimerizado de *Olea europaea* y gramíneas sin efecto dilución

Ortega Martín L, López Cauce B, Reyero González P, Saldaña Martín A, Gómez Cardeñosa A

Diater Laboratorio de Diagnóstico y Aplicaciones, S.A., Leganés, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia con alérgenos es el único tratamiento modificador de la enfermedad alérgica. La polimerización reduce la alergenicidad manteniendo la inmunogenicidad, lo que posibilita pautas de inicio rápidas con un perfil de seguridad favorable. Son relevantes los datos en vida real.

*Objetivo:* Evaluar la seguridad y la efectividad de la inmunoterapia subcutánea (SCIT) con un extracto polimerizado con glutaraldehído, no diluido, de *Olea europaea* y gramíneas, en pacientes con rinitis alérgica o rinoconjuntivitis, con o sin asma, en vida real.

**Material y métodos**

Estudio observacional, ambispectivo (retrospectivo y transversal), multicéntrico y controlado. Se incluyeron pacientes ≥5 años que iniciaron el tratamiento entre septiembre de 2021 y junio de 2022. Las reacciones adversas (RA) se clasificaron como locales o sistémicas según la WAO. La efectividad se evaluó mediante la evolución de síntomas de rinitis (ARIA) y asma (GEMA), control de la enfermedad y consumo de medicación.

**Resultados**

Se incluyeron 218 pacientes (37,2% pediátricos; 62,8% adultos). El 88,5% inició tratamiento con pauta clúster. El 7,8% de los pacientes sufrieron RA, todas locales, leves o moderadas, la mayoría durante el inicio. La tasa global fue de 0,72 RA/100 inyecciones.

Se observaron mejoras estadísticamente significativas en la presencia, frecuencia, intensidad y control de la rinitis, así como una reducción del consumo de medicación de rescate. En pacientes asmáticos, se evidenció una disminución significativa en la presencia y gravedad, con mejoría en su control. En el grupo control no se observaron cambios relevantes.

**Conclusión**

En vida real, la SCIT con extracto polimerizado no diluido de *Olea europaea* y gramíneas mostró un perfil de seguridad muy favorable, sin reacciones sistémicas, incluso utilizando pautas de inducción aceleradas. Además, demostró efectividad en la mejora de los síntomas y el control de la rinitis y el asma, así como reducción del uso de medicación concomitante, tanto en niños como adultos.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Miscelánea

## Evaluación del grado de aceptación de los pediatras de Atención Primaria tras la implantación de un protocolo ambulatorio diagnóstico de alergia a penicilinas en pediatría

Letona Luqui M[1], Lasa Luaces EM[2], Maiz Uranga I[2], Vela Fernández A[3], Martínez Molina S[2], Vela Fernández A[2]

[1] Centro de Salud de Azpeitia, Guipuzkoa
[2] Hospital Universitario Donostia, Guipuzkoa
[3] Centro de Salud de Mutriku, Guipuzkoa

**Objetivo/Introducción**

La viabilidad de cualquier cambio organizativo en el ámbito sanitario depende en gran medida de la aceptación de los profesionales implicados. Tras la implantación de un nuevo protocolo diagnóstico de alergia a penicilinas basado en prueba de exposición oral directa en atención primaria, se evaluó el grado de aceptación de los pediatras con el objetivo de identificar fortalezas, áreas de mejora y barreras para su implementación rutinaria.

**Material y métodos**

Se distribuyó un cuestionario de satisfacción por correo electrónico a todos los pediatras de atención primaria del territorio de referencia, recogiendo su opinión sobre la formación recibida, los materiales de apoyo, la coordinación con alergología infantil, la practicidad del algoritmo de decisión y el impacto en la carga de trabajo, así como su percepción sobre la aceptación por parte de pacientes y familias.

**Resultados**

Se obtuvieron 23 respuestas sobre un total de 49 pediatras (tasa de participación: 46,9%). El 100% consideró el protocolo sencillo de aplicar, se sintió seguro durante su implementación y resolvió las dudas surgidas con rapidez. Todos valoraron positivamente la formación previa, la documentación facilitada y la coordinación con alergología infantil. El 78% no percibió sobrecarga asistencial significativa. El 87% consideró que los pacientes y sus familias valoraron positivamente realizar el estudio desde atención primaria, y ningún pediatra calificó el grado de satisfacción de los pacientes como malo o muy malo. El grado de satisfacción global con el protocolo fue bueno o muy bueno en todos los casos.

**Conclusión**

El nuevo protocolo diagnóstico de alergia a penicilinas en atención primaria obtuvo una alta aceptación entre los pediatras, quienes lo percibieron como seguro, integrable en la práctica habitual y bien recibido por las familias; respaldando su viabilidad para una implementación rutinaria.

## Validación clínica de la regla de predicción CEPH-FAST para el desetiquetado de alergia a cefalosporinas en un hospital de tercer nivel

Mazoteras Martínez E[1,2], Otero Fernández MN[1,2], Muñoz Díaz EE[1], Moreno Rodilla EM[1,3,4], Dávila González I[1,4,5,6]

[1] Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca
[2] Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca
[3] Red de Enfermedades Inflamatorias (REI), Madrid
[4] Departamento de Ciencias Biomédicas y Diagnósticas, Salamanca
[5] Instituto de Salud Carlos III, Salamanca
[6] Universidad de Salamanca, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las etiquetas de alergia a cefalosporinas no confirmadas son frecuentes y favorecen el uso de antibióticos alternativos, incrementando el gasto sanitario y riesgo de resistencias bacterianas. La regla de predicción clínica CEPH-FAST se ha propuesto como herramienta de cribado para identificar pacientes de bajo riesgo candidatos a un desetiquetado seguro.

*Objetivo:* Evaluar la utilidad de CEPH-FAST en una cohorte de pacientes en un centro terciario español.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó pacientes evaluados por sospecha de alergia a cefalosporinas en el Hospital Universitario de Salamanca (2024-2025). Se realizó un estudio alergológico basado en las recomendaciones ENDA/EAACI, incluyendo anamnesis, pruebas cutáneas y pruebas de provocación controlada en casos seleccionados. Las puntuaciones CEPH-FAST se calcularon retrospectivamente a partir de los registros clínicos. Se analizó la capacidad discriminativa mediante el área bajo la curva ROC (ABC) y se calcularon sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) para el punto de corte establecido.

**Resultados**

Se incluyeron un total de 73 pacientes, de los cuales el 56,2% eran mujeres (edad media de 57,6 ± 20,2 años). Se confirmó la alergia en un 37% de los casos. Las cefalosporinas más implicadas fueron cefuroxima (43,8%), ceftriaxona (21,9%) y cefazolina (15,1%). El 49,3% de las reacciones fueron inmediatas. Los exantemas (30,1%) y la urticaria (20,5%) fueron las manifestaciones más frecuentes. El rendimiento diagnóstico de CEPH-FAST fue limitado (ABC 0,625). Con un punto de corte ≥3, la sensibilidad fue del 37%, la especificidad del 73,9%, el VPP del 45,5% y el VPN del 66,7%.

**Conclusión**

En esta cohorte, CEPH-FAST mostró una capacidad discriminativa limitada y baja sensibilidad. Su VPN no permite desplazar los protocolos estándar basados en pruebas cutáneas y pruebas de exposición controlada. Estos resultados refuerzan la necesidad de validación local y el papel esencial de la evaluación especializada en alergología.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# ¿Influye la edad en el rendimiento del PEN-FAST? Evaluación en población pediátrica

Blanco-López M, Morales Janke A, Ridruejo Flórez M, Cabrera Freitag P, Entrala Bueso A, Infante S

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El cuestionario PEN-FAST ha demostrado utilidad en población adulta para identificar pacientes de bajo riesgo de alergia a betalactámicos. Sin embargo, su rendimiento en población pediátrica no está bien establecido.

*Objetivo:* Evaluar la utilidad clínica del cuestionario PEN-FAST en pacientes pediátricos con sospecha de alergia a betalactámicos, analizando su variabilidad en función de la edad.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes pediátricos evaluados por sospecha de alergia a betalactámicos entre enero/2023 y octubre/2025 en nuestro servicio. Los pacientes se estratificaron en cuatro grupos: lactantes (≤2 años), preescolares (3-5 años), escolares (6-11 años) y adolescentes (≥12 años). El cuestionario PEN-FAST se aplicó retrospectivamente tras completar el estudio alergológico. Se analizó su rendimiento diagnóstico global y por grupos de edad.

**Resultados**

Un total de 280 pacientes completaron el estudio; el 51,7% eran varones y la edad media en la reacción índice fue de 5 años. La amoxicilina fue el antibiótico más implicado. Se confirmó alergia a betalactámicos en 24 pacientes (8,5%).

El PEN-FAST mostró una sensibilidad global del 25%, una especificidad del 85,9% y un valor predictivo negativo del 92,4%. Se observó una marcada variabilidad en su rendimiento diagnóstico entre los distintos grupos de edad, siendo progresivamente superior a mayor edad del niño (Tabla).

**Conclusión**

El cuestionario PEN-FAST es una herramienta poco sensible en población pediátrica siendo su rendimiento global dependiente de la edad, lo que reduce su aplicabilidad como herramienta universal de estratificación del riesgo en niños. Su utilidad clínica en lactantes y niños en edad preescolar es escasa, mientras que podría ser útil para identificar pacientes de bajo riesgo en niños mayores. Estos hallazgos cuestionan la extrapolación directa de herramientas validadas en adultos y apoyan la necesidad de estrategias adaptadas a las diferentes etapas del desarrollo pediátrico.

**Tabla.** Rendimiento diagnóstico del cuestionario PEN-FAST en diferentes grupos de edad pediátrica.

| | Lactantes (≤2 años) n=105 | Preescolares (3-5 años) n=82 | Escolares (6-11 años) n=62 | Adolescentes (≥12 años) n=31 |
|---|---|---|---|---|
| Alérgicos confirmados n (%) | 6 (5,7%) | 8 (9,7%) | 5 (8%) | 5 (16%) |
| Sensibilidad | 0 | 25% | 40% | 40% |
| Especificidad | 90,9% | 85,13% | 85,9% | 69,3% |
| Valor predictivo negativo (VPN) | 93,75% | 91,3% | 94,2% | 85,7% |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Infusión continua de adrenalina como estrategia de soporte en desensibilizaciones a quimioterapia y biológicos: seguridad y eficacia en práctica clínica

Álvarez-Sala Caballero P[1,2], Vázquez Revuelta P[1,2,3], Molina Molina GJ[1,2], Valero Castañer H[1,2], González Rodríguez S[2], Barrera Rubio J[2]

[1] Servicio de Alergología Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona
[2] Unidad de Desensibilización a Fármacos Oncohematológicos, Institut Català d'Oncologia, Hospital Duran i Reynals, Hospitalet de Llobregat, Barcelona
[3] Universitat de Barcelona, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

Las desensibilizaciones a fármacos oncohematológicos suponen un reto en pacientes con reacciones disruptivas (RD) graves o refractarias a protocolos habituales. La infusión continua de adrenalina (ICA) se ha propuesto como estrategia de soporte en casos seleccionados.

Evaluamos la seguridad y eficacia de desensibilizaciones con ICA (DS-ICA) en nuestro centro.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de una serie de casos con DS-ICA en una unidad especializada de desensibilización. Se recogieron variables de edad, sexo, fármaco, gravedad de reacción inicial (clasificación de Brown), fenotipo y estratificación de riesgo (escala ICO-HUB), motivo de cambio a DS-ICA, número de DS-ICA, tiempo medio de impregnación con adrenalina previo a inicio de desensibilización, efectos adversos, RD y su gravedad, tasa de finalización DS-ICA y dosis media de adrenalina por procedimiento. Todos los procedimientos se hicieron bajo monitorización continua y en el hospital de día de oncología.

**Resultados**

Se incluyeron 9 pacientes (6 mujeres, edad media 62 años), con carboplatino (n=5), oxaliplatino (n=2), paclitaxel (n=1) y rituximab (n=1). La reacción inicial fue G3 en 4 casos, G2=4 y G1=1. El fenotipo: tipo I (n=6), liberación de citoquinas (n=2) y síntomas equívocos (n=1) con estratificación de riesgo alta en 8 pacientes. Todos los pacientes se sometieron inicialmente a desensibilizaciones estándar con RD G2-3 en uno o varios procedimientos requiriendo cambio a DS-ICA.

Se realizaron 25 DS-ICA con tiempo medio de impregnación de 20 minutos. Hubo 5 efectos adversos leves de la adrenalina, limitados (temblor, hipertensión, palpitaciones, náuseas). Se registraron 22 RD leves (G1=21; G2=1), cutáneas (n=21). Todas las DS-ICA finalizaron, con media de adrenalina total por procedimiento de 0,63 mg (entre 0,38-0,92).

**Conclusión**

En un entorno especializado y pacientes seleccionados, la DS-ICA puede ser una estrategia segura y eficaz, sin eventos adversos graves, con 100% de tasa de finalización, que permite completar desensibilizaciones en pacientes con alto riesgo o refractarios a protocolos habituales.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Provocación controlada vs. desensibilización "empírica" en el manejo de las reacciones de hipersensibilidad frente a oxaliplatino en cáncer colorrectal: análisis de costes directos y supervivencia

Carpio Escalona LV, Longo Muñoz F, de la Hoz Caballer B, González de Olano D

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El oxaliplatino es el tratamiento de elección en el cáncer colorrectal (CCR). Sin embargo, produce reacciones de hipersensibilidad inmediata (RHS) en un 8-12% de la población, lo que conlleva un mal pronóstico. Se ha demostrado que hasta en un 50% de los casos las RHS pueden descartarse mediante técnicas diagnósticas como la provocación controlada (DPT), lo cual permite además evitar desensibilizaciones sin hipersensibilidad demostrada o "empíricas" (DSni), realizadas en pacientes de bajo riesgo con RHS poco sugestivas y pruebas cutáneas negativas. Se evaluó el coste de la DPT respecto a la DSni y su supervivencia (SV).

**Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional retrospectivo longitudinal comparando el tiempo de supervivencia hasta la muerte y costes médicos directos empleando precios públicos del Boletín de la Comunidad de Madrid. La población incluyó 145 pacientes con RHS frente a oxaliplatino y CCR estadio III y IV tratados en el Servicio de Alergología del Hospital Ramón y Cajal entre 2009 y 2022, en donde las DPT se realizan por personal entrenado y en entornos de máxima seguridad (UCI) en casos de bajo/moderado riesgo con pruebas cutáneas negativas.

**Resultados**

Se descartó alergia en el 57,4% de los pacientes evaluados mediante DPT. Estos pacientes recibieron una media de 11 ciclos tras el alta de alergología. El coste medio total (costes médicos directos) de los pacientes DSni (n=3) fue de 137.408 euros con una media de 5,8 desensibilizaciones; mientras que el coste medio total de los pacientes con DPT negativa (n=35) fue de 134.768 euros, que además han conseguido 12,87 meses más de supervivencia que el grupo comparado.

**Conclusión**

La evitación de oxaliplatino a causa de las RHS ensombrece el pronóstico del CCR. En pacientes cuidadosamente seleccionados por personal experto, la DPT es una técnica eficiente para optimizar recursos sanitarios y, además, mantiene la supervivencia comparada con procedimientos alternativos como DSni.

## Utilidad clínica del test de activación de basófilos en hipersensibilidad inmediata a fármacos: revisión retrospectiva de una cohorte hospitalaria

Aguirre Echeverry AM, Depreux Niño N, Padró Casas C, Jurgens Martínez Y, Roger Reig A, Pantoja Acosta ML

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

**Objetivo/Introducción**

El test de activación de basófilos (TAB) es una prueba *in vitro* por citometría de flujo que detecta activación basofílica. Es útil en reacciones inmediatas a fármacos cuando las pruebas cutáneas son negativas o no concluyentes, o cuando la provocación implica riesgo elevado.

*Objetivo:* Describir la utilidad diagnóstica del TAB y su rendimiento según grupo farmacológico, gravedad clínica y pruebas cutáneas.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de 226 TAB farmacológicos evaluables correspondientes a 126 pacientes con sospecha de hipersensibilidad inmediata a fármacos. Se analizaron variables demográficas, reacción clínica, fármaco implicado, resultado del TAB, índice de estimulación y pruebas cutáneas.

**Resultados**

Predominaron pacientes adultos (117/126; 92,9%) y mujeres (75/126; 59,5%), con mediana de edad de 56,5 años. El TAB fue positivo en 22/226 (9,7%) y negativo en 204/226 (90,3%). Los grupos más estudiados concentraron el 47,8%: medios de contraste, betalactámicos-penicilinas, AINE, pirazolonas y glucocorticoides. Los fármacos más solicitados fueron iomeprol (15), metamizol (14), amoxicilina (12), iodixanol (11) y propofol (11). Entre los grupos con mayor número de estudios, la positividad fue más elevada en pirazolonas (3/14; 21,4%) y aminopenicilinas (3/24; 12,5%). Entre los TAB con pruebas cutáneas negativas registradas, 2/8 (25,0%) fueron positivos. Los pacientes con *shock* anafiláctico presentaron índices de estimulación a concentración alta superiores a los de reacciones menos graves (media 33,1 vs. 13,38; mediana 8 vs. 6); el índice máximo correspondió a Aspirina® (222,25%). En medios de contraste se realizaron 34 estudios, con un único positivo (2,9%).

**Conclusión**

El TAB es una herramienta útil en la evaluación retrospectiva de reacciones graves por fármacos. En nuestra experiencia, su rendimiento fue relevante en pirazolonas y aminopenicilinas, mostró utilidad en pacientes con pruebas cutáneas negativas y se asoció a mayor activación en reacciones más graves. Aunque su rendimiento en contrastes fue bajo, el balance riesgo-beneficio puede justificar su uso en casos seleccionados.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# IL-6 en perspectiva: exploración de un marcador inflamatorio en reacciones a fármacos y otras patologías

Quan López PL[1,2], Carabel Lahera M[3], Sánchez Fernández S[1], Goikoetxea Lapresa MJ[1,2,4], Gastaminza Lasarte G[1,2,4], Crespo Quirós J[2,3]

[1] Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra
[2] RICORS Red De Enfermedades Inflamatorias, Instituto de Salud Carlos III - RD24/0007/0030, Madrid
[3] Clínica Universidad de Navarra, Madrid
[4] Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Navarra

## Objetivo/Introducción

La interleucina-6 (IL-6) es una molécula que se eleva en diversas condiciones inflamatorias, incluidas algunas reacciones de hipersensibilidad a fármacos (RHF). Sin embargo, no es un marcador específico.

*Objetivo:* Evaluar el comportamiento de los niveles de IL-6 en una cohorte de distintas patologías, poniendo énfasis en aquellas determinaciones extraídas en el contexto de RHF.

## Material y métodos

Se valoraron retrospectivamente las determinaciones de IL-6 (pg/mL) realizadas en la Clínica Universidad de Navarra (Pamplona) entre 2021 y 2024. Se recogieron datos demográficos y clínicos, con enfoque en casos en los que la IL-6 se midió durante RHF agudas.

## Resultados

Se revisaron 1.930 determinaciones solicitadas en 28 ámbitos asistenciales (mediana de 22,82 pg/mL

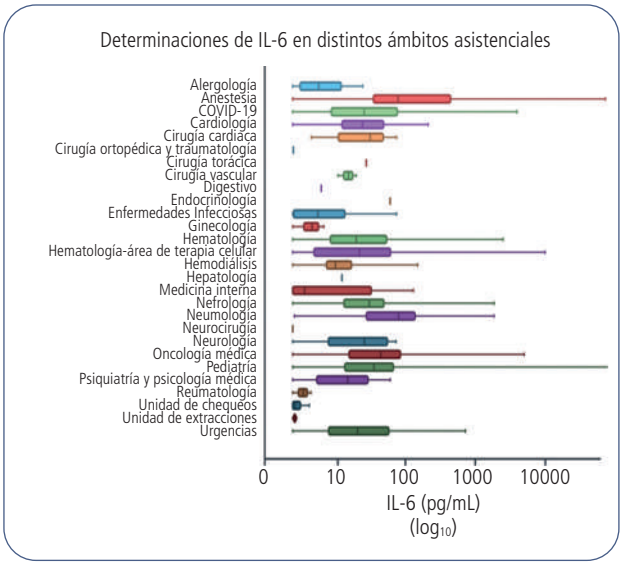



**Figura 1.** Determinaciones de IL-6 en distintos ámbitos asistenciales. Se expresan los datos en pg/mL, eje de las abscisas expresado en logaritmo en base 10.

Determinaciones de IL-6 (pg/mL) en RHF agudas, según gravedad y agente causal

| Gravedad* | Mediana | Rango intercuartílico | |
|---|---|---|---|
| 1 | 61,97 | 10,85-82,21 | Kruskal-Wallis $p$=0,8497 |
| 2 | 24,44 | 16,06-292,90 | |
| 3 | 79,26 | 38,59-274,50 | |

| Agente causal | Mediana | Rango intercuartílico | |
|---|---|---|---|
| Quimioterapia | 61,97 | 23,97-84,40 | Mann-Whitney $p$=0,8137 |
| No quimioterapia | 47,03 | 10,85-83,21 | |
| Rituximab | 23,97 | 3,07-464,60 | Mann-Whitney $p$=0,5403 |
| No rituximab | 68,04 | 17,88-83,81 | |

*Gravedad según la escala propuesta por E.Y. Lee y B.D. Jakubovic, que combina la escala hematológica Lee y la escala Brown (*Ann Allergy Asthma Immunol.* 2023;130:178-84).

**Figura 2.** Determinaciones de IL-6 obtenidas en RHF, comparadas en función de la gravedad de la reacción y agente causal. Se expresan los datos en pg/mL. Se muestra el valor *p* para cada una de las comparativas.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla.** Determinaciones de IL-6 en los ámbitos asistenciales más relevantes. Los datos se expresan en pg/mL.

| | Mediana (pg/mL) | Rango Intercuartílico (pg/mL) |
|---|---|---|
| Anestesia | 78,59 | 33,64-451,40 |
| COVID-19 (no UCI) | 25,10 | 7,90-76,43 |
| Urgencias | 20,07 | 6,86-57,64 |
| Oncología | 43,88 | 14,49-84,99 |
| Hematología | 19,24 | 7,48-54,92 |
| Alergología | 4,87 | 2,02-14,61 |

[IQR 7,63-66,19]) (Figura 1). Las medianas observadas en los 6 ámbitos más relevantes se describen en la Tabla. Se detectaron 16 determinaciones que correspondían a RHF en 11 pacientes (mediana de edad: 68 años, 8/11 mujeres). Los desencadenantes fueron citostáticos (9), un contraste yodado (1) y factor estimulante de colonias (1). Los valores obtenidos durante las RHF fueron mayores a aquellos obtenidos en situación basal (61,97 [10,85-84,4] vs. 6,76 [2,57-19,93]; $p$=0,0149). Se sospechó un mecanismo de liberación de citoquinas en 7 (63,6%) y mixto en 4 (36,4%) reacciones. Aunque los niveles en reacciones mixtas fueron mayores (79,26 [49,51-322,65] vs. 23,97 [8,14-83,21]), las diferencias no fueron significativas ($p$=0,1306). Tampoco se encontraron diferencias en los niveles obtenidos durante las RHF en función de la gravedad de las reacciones o del agente causante (Figura 2).

**Conclusión**

La IL-6 puede ser un marcador útil en RHF relacionadas con liberación de citocinas, pero sus niveles demuestran gran variabilidad en distintos contextos. Es necesario compararlos con valores basales y considerar otras enfermedades coexistentes. Para concretar su utilidad clínica, además, hacen falta estudios sistemáticos para permitan establecer puntos de corte.

## Reacciones perioperatorias: el valor de un estudio negativo

Cuevas Bravo C, Noguerado Mellado B, Rojas Pérez-Ezquerra P, Tornero Molina P

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones perioperatorias (RP) constituyen un reto diagnóstico debido a la exposición simultánea a múltiples fármacos y la existencia de diagnósticos diferenciales de mecanismo no alérgico. Un diagnóstico erróneo condiciona restricciones innecesarias de medicamentos esenciales en anestesia.

*Objetivo:* Analizar los pacientes en los que el estudio alergológico permitió descartar alergia.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de pacientes remitidos a alergología por sospecha de RP entre 2022 y 2026. Se recogieron variables demográficas, manifestaciones clínicas, gravedad de la reacción, fármacos administrados, resultados de pruebas cutáneas (*prick* e intradermorreacción) y pruebas de exposición controlada (PEC) en hospital de día de alergia y quirófano, así como diagnóstico final.

**Resultados**

Se recogieron 57 pacientes, de los cuales 42 completaron estudio alergológico con PEC en quirófano y fueron incluidos en el análisis final. La edad media fue de 50,5 años, el 73,8% eran mujeres. Las manifestaciones clínicas incluyeron urticaria (n=13), broncoespasmo (n=6), anafilaxia (n=2), urticaria-angioedema (n=1), angioedema (n=1) y exantema (n=1). Según la clasificación de Ring y Messmer, predominaron las reacciones grado I (70,8%), seguidas de grado II (16,7%) y grado III (12,5%), sin registrarse reacciones grado IV. Las pruebas cutáneas resultaron negativas y las PEC realizadas con los fármacos implicados (propofol, relajantes musculares, opioides y antibióticos betalactámicos) fueron toleradas. Se descartó alergia en 24 pacientes (57,1%). El diagnóstico final sugirió mecanismos no alérgicos o diagnósticos diferenciales perioperatorios como broncoespasmo irritativo o secundario a hiperreactividad bronquial, liberación inespecífica de histamina por opioides, urticaria colinérgica, angioedema por IECA, exantema viral y un caso de anafilaxia idiopática.

**Conclusión**

En nuestra serie, el estudio alergológico permitió descartar alergia medicamentosa en más de la mitad de los pacientes remitidos por sospecha de reacción perioperatoria.

Destaca la importancia de un abordaje diagnóstico que incluya PEC en quirófano en centros especializados, para evitar diagnósticos erróneos y restricciones injustificadas de fármacos anestésicos de primera línea.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# El tiempo de instauración del exantema como variable discriminadora en urgencias: caracterización clínico-morfológica y valor de la concordancia diagnóstica con alergología

Arquero Urbanos G, Garate Rodríguez E, Altuve-Giannini F, Zambrano Ibarra G, Palomino Lozano L, Rodríguez Mazariego ME

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El exantema en urgencias abarca un espectro amplio poco estudiado en cuanto a la influencia del tiempo de instauración sobre su presentación. Este trabajo busca identificar sus diferencias y valorar si la concordancia con el diagnóstico por alergología respalda dichos patrones diferenciadores.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes atendidos en urgencias en 2023 con diagnóstico de exantema, incluyendo posibles reacciones urticariales no diferenciadas entonces. Se incluyeron 539 pacientes clasificados en tres grupos según el tiempo de instauración de las lesiones: <24 horas (instauración temprana; n=342), 24-96 horas (instauración intermedia; n=103) y >96 horas (instauración tardía; n=94). Se analizaron variables clínicas y analíticas, además de la sospecha etiológica desde urgencias y su posterior comparación con el diagnóstico preliminar por alergología.

**Tabla.** Concordancia diagnóstica general entre urgencias y alergología según la sospecha etiológica inicial.

| Sospecha etiológica en urgencias | Valorados por alergología (n=105) | Concordancia diagnóstica | |
|---|---|---|---|
| | | Pacientes con diagnóstico coincidente | Porcentaje de coincidencia según etiología |
| Medicamentosa | 81 (77,14%) | 73 | 90,12% |
| Infecciosa | 25 (23,81%) | 18 | 72% |
| Alimentaria | 4 (3,81%) | 2 | 50% |
| Idiopático | 13 (12,38%) | 2 | 15,38% |
| Otros | 10 (9,52%) | 5 | 50% |

**Resultados**

Al comparar los grupos, los de instauración temprana asociaron mayor presencia de formas urticariales ($p$=0,004), sospecha de etiología idiopática ($p$<0,001) y realización y positividad de serologías ($p$<0,001; $p$=0,013); y menor asociación con artralgias ($p$=0,009), afectación mucosa ($p$=0,018) y la implicación y orientación inicial farmacológica ($p$<0,001; $p$=0,001) –contrastes intravenosos ($p$=0,024)–. Los de instauración intermedia asociaron mayor presencia de morfología vesicular ($p$=0,002), implicación antibiótica ($p$>0,001), realización de análisis sanguíneo ($p$=0,008), estancia en urgencias ($p$=0,011) y sospecha de etiología infecciosa ($p$=0,005) –menor concordancia ($p$=0,005)–. Los más tardíos asociaron mayor distribución glúteo-genital ($p$=0,007),

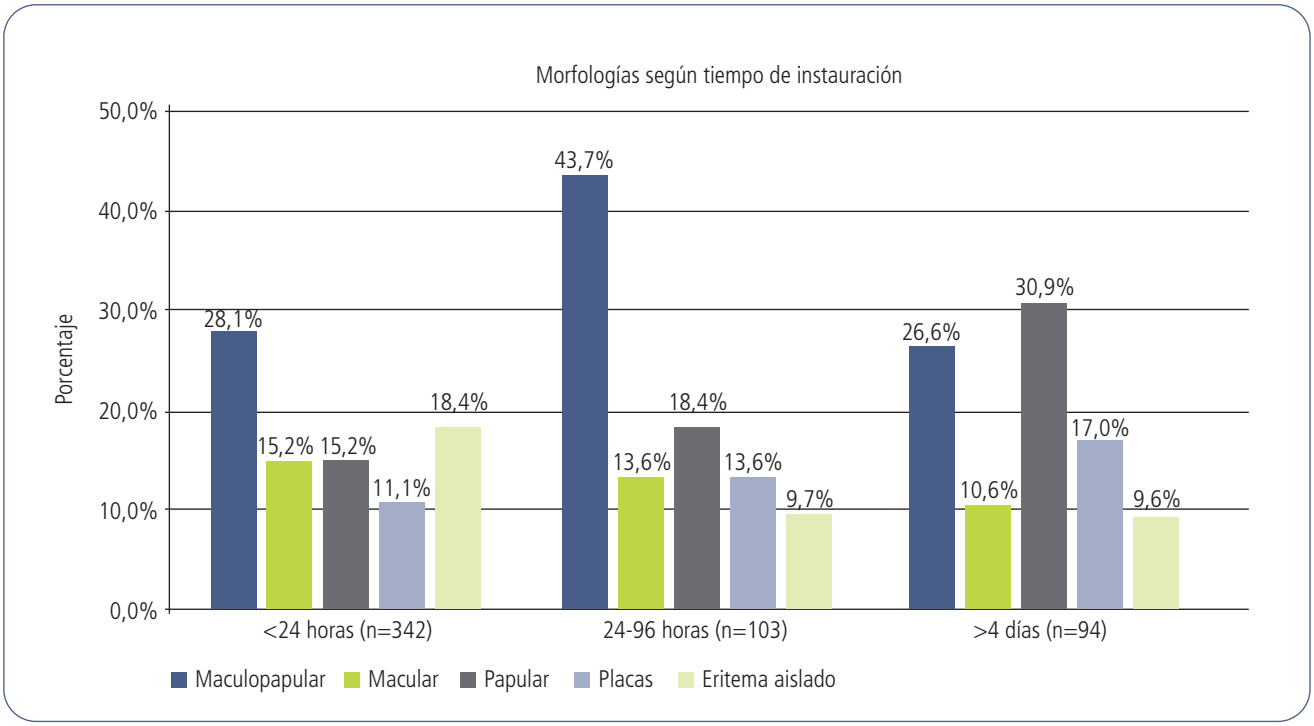



**Figura.** Morfologías exantemáticas más frecuentes según el tiempo de instauración.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

antecedente de dermatitis atópica ($p$=0,009) y sospecha etiológica de contacto ($p$>0,001).

Las morfologías más frecuentes por cada grupo se reflejan en la Figura. Además, existe concordancia elevada en los diagnósticos predominantes (Tabla), sin prácticamente diferencias significativas como ocurre con el resto de variables analizadas.

**Conclusión**

El tiempo de instauración sugiere perfiles distintos que podrían guiar el abordaje inicial y el estudio diagnóstico definitivo del exantema. La proporción de formas urticariales en el grupo temprano justifica incorporar esta distinción conceptual en el registro habitual de urgencias.

## Anafilaxia por gadoteridol: descripción de 3 casos y estudio de reactividad cruzada

Vidal Orive I, Venturini Díaz M, González Mahave I, Meneses Sotomayor JV, Morales Palacios MP, Blasco Sarramián Á

Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja

**Objetivo/Introducción**

Las reacciones de hipersensibilidad inmediata con medios de contraste basados en gadolinio (MCBG) son poco habituales, estando descrita la anafilaxia en el 0,01% de los casos.

La reactividad cruzada entre los MCBG macrocíclicos no está bien definida, pudiendo llegar a ser de hasta el 30% según diferentes estudios. La sensibilidad de las pruebas cutáneas aumenta con la gravedad de la reacción y tanto su VPN como el del TAB parecen ser elevados, aunque la PEC sigue siendo el *gold standard* para el diagnóstico.

Presentamos 3 casos de anafilaxia por gadoteridol en los que estudiamos la reactividad cruzada con otros MCBG.

**Material y métodos**

- *Caso 1:* varón, 41 años. Presentó, de forma inmediata a la administración de gadoteridol (ProHance), prurito faríngeo, tos seca, eritema en tronco, vómitos e hipotensión. Triptasa una hora después de la reacción: 29,6 µg/l.
- *Caso 2:* mujer, 28 años. Estornudos, odinofagia, disnea, prurito generalizado y angioedema palpebral minutos después de la administración de gadoteridol. Triptasa una hora después: 3,8 µg/L.
- *Caso 3:* varón, 65 años. Cuadro de eritema facial, congestión nasal y urticaria de aparición inmediata a la administración de gadoteridol. No disponemos de triptasa.

En los tres casos se realizó un estudio mediante pruebas cutáneas y TAB. En los pacientes 1 y 3 se realizó además una PEC con ácido gadotérico; la paciente 2 rechazó la prueba por deseo gestacional.

**Resultados**

El resultado de todas las pruebas se resume en la Tabla.

**Conclusión**

Las pruebas cutáneas con gadoteridol muestran una elevada sensibilidad en pacientes con anafilaxia por este MCGB.

Encontramos cierta reactividad cruzada entre gadoteridol y gadobutrol mediante pruebas cutáneas, no objetivando dicha reactividad con ácido gadotérico.

Tal y como está descrito en la literatura, en nuestra muestra, la negatividad de las pruebas cutáneas y del TAB predijeron la tolerancia a un contraste alternativo.

**Tabla.**

| | | Caso 1 | Caso 2 | Caso 3 |
|---|---|---|---|---|
| Gadoteridol ProHance® | *Prick test* | + (11 mm) | - | - |
| | ID 1/10 | NR | + | + |
| | TAB | + | + | - |
| | PEC | NR | NR | NR |
| Gadobutrol Gadovist® | *Prick test* | - | - | - |
| | ID 1/10 | + | - | - |
| | TAB | NR | NR | NR |
| | PEC | NR | NR | NR |
| Ácido gadotérico Clariscan®/ Dotarem® | *Prick test* | - | - | - |
| | ID 1/10 | - | - | - |
| | TAB | - | - | - |
| | PEC | Tolerado | NR | Tolerado |
| Trometamol | *Prick test* | - | - | - |
| Solución salina | *Prick test* | - | - | - |
| Histamina | *Prick test* | 5 mm | 6 mm | 8 mm |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Enterocolitis inducida por amoxicilina: utilidad de una provocación oral fraccionada basada en el modelo FPIES

Noguerales Fuertes L[1], Ridruejo Flórez M[1], Cabrera Freitag P[1,2], Álvarez-Perea A[1,2], Entrala Bueso A[1], Infante S[1,2,3]

[1] Unidad de Alergología Infantil, Servicio de Alergología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[2] Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid
[3] CIBERER-U761, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El síndrome de enterocolitis inducida por fármacos (DIES) es una alergia no mediada por IgE, poco frecuente, caracterizada por síntomas gastrointestinales tardíos con posible repercusión sistémica. Su similitud clínica con el síndrome de enterocolitis inducida por alimentos (FPIES) permite extrapolar estrategias diagnósticas.

*Objetivo:* Describir un caso de DIES y plantear un método de provocación controlada (PEC) más seguro.

**Material y métodos**

Niño de 6 años que, tras varios días de tratamiento con amoxicilina, presentó exantema maculopapular generalizado y fiebre, con resolución clínica tras retirada del fármaco. Fue valorado en alergología, donde se realizó PEC con dosis completa de amoxicilina, presentando a las tres horas vómitos incoercibles y pico febril, precisando tratamiento antiemético y fluidoterapia intravenosa en urgencias. Analíticamente, se objetivó neutrofilia.

Ante sospecha de DIES y la gravedad del cuadro, se programó nueva PEC con dosis reducida. Se realizó una analítica basal que se repitió durante la reacción aguda en la PEC.

**Resultados**

Se realizó PEC con el 25% de la dosis total de amoxicilina, presentando a las tres horas epigastralgia y un vómito aislado, con buena evolución tras administración de corticoides y sueroterapia. Durante la reacción se objetivó leucocitosis, elevación de interleucina-6 y calprotectina fecal con respecto a basal, con valores de triptasa normales.

**Conclusión**

El DIES debe sospecharse ante síntomas digestivos tardíos, incluso con manifestaciones cutáneas inespecíficas que pueden asociar febrícula.

En base a nuestra experiencia, proponemos un protocolo fraccionado de PEC con el fármaco implicado en dos tiempos (25% de la dosis total seguido de dosis completa en días no consecutivos). La dosis reducida fue suficiente para desencadenar síntomas, de menor intensidad, lo que podría mejorar la seguridad del procedimiento sin comprometer su rendimiento diagnóstico.

## Historia natural de la tolerancia a AINE en pacientes con hipersensibilidad cruzada y clínica respiratoria

Durán Lagares M[1], Gaitán Nievas TI[1], Sáenz de Santa María García R[1], Torres Jaén MJ[1,2,3], Doñaz Díaz I[1], Salas Cassinello M[1]

[1] Unidad de Alergia, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga
[2] Universidad de Málaga, Facultad de medicina, Málaga
[3] Hub Traslacional en Alergia de Precisión (PATH), Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina-IBIMA Plataforma BIONAND, Málaga

**Objetivo/Introducción**

Más del 60% de los pacientes con urticaria/angioedema inducida por hipersensibilidad cruzada a antiinflamatorios no esteroideos (HSC-AINE) desarrollan tolerancia. Sin embargo, la evolución en pacientes con síntomas respiratorios (SR) no se ha estudiado en profundidad. Se evalúa la adquisición de tolerancia a los AINE en pacientes con SR aislados o combinados con afectación cutánea.

**Material y métodos**

Estudio observacional y prospectivo que incluyó pacientes con test de provocación nasal con lisina-acetil salicilato (TPN-LASA) o prueba de exposición controlada oral (PECO) positiva a Aspirina® en 2016, en el Hospital Regional Universitario de Málaga. Dicha cohorte fue reevaluada en 2020 y 2024 mediante TPN-LASA y, si era negativo, mediante PECO con Aspirina® y otros AINE. Se excluyeron aquellos con asma grave o en tratamiento con agentes biológicos.

**Resultados**

Se incluyeron 57 pacientes: 28 con SR y 29 con SR asociados a urticaria/angioedema. Durante el seguimiento, 16 (28,1%) desarrollaron tolerancia a la Aspirina® y otros AINE (Grupo A), mientras que 41 (71,9%) persistieron reactivos (Grupo B). El 68,4% presentaba rinitis subyacente; en el Grupo A predominaba la rinitis intermitente (92,3%), mientras que en el Grupo B era persistente (78,8%; $p<0,0001$). El 52,6% presentaba asma, más frecuente en el Grupo B (63,4% vs. 25%; $p=0,009$); todos los casos del Grupo A presentaban asma leve intermitente, mientras que en el Grupo B el 31,7% tenía asma leve intermitente y el 36,6% asma moderada persistente ($p=0,002$). No se observaron diferencias significativas con poliposis nasosinusal (21%), atopia (61,4%) ni tampoco en los síntomas ni en el intervalo desde la última reacción.

**Conclusión**

La adquisición de tolerancia a los AINE en pacientes con HSC-AINE con SR parece asociarse a una menor gravedad de las comorbilidades respiratorias subyacentes, lo que podría ayudar a optimizar la reevaluación y reducir restricciones innecesarias en su uso.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Exposición ocupacional en pacientes alérgicos a veneno de himenópteros

Huete Herrera M[1], Gutiérrez Posso JM[1], Morales Sánchez P[1], Matta Pérez JI[1], Pérez Fernández E[2], Alfaya Arias T[1]

[1] Unidad de Alergia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid
[2] Unidad de Investigación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a veneno de himenópteros es un riesgo que puede producirse en el lugar de trabajo.

*Objetivo:* Describir las características de los pacientes que sufren reacciones alérgicas a picaduras en el trabajo.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes alérgicos a veneno de himenópteros atendidos en nuestra unidad entre 2021 y 2025. Se seleccionaron los pacientes que habían sufrido la reacción en el lugar de trabajo y se analizaron datos demográficos, laborales, clínicos, diagnósticos y tratamiento.

**Resultados**

Se incluyó a un total de 75 pacientes, la mayoría (86,8%) alérgicos a véspidos. De ellos, 12 pacientes (16%) sufrieron la reacción en el lugar de trabajo.

En este grupo la mediana de edad fue de 44,8 años (RIQ: 39,04-48,35) y predominaron los varones (83,3%), con diferencias significativas respecto al grupo no ocupacional ($p$=0,04).

Los sectores profesionales más afectados fueron agricultura/forestal (33,3%), servicios (25%) y mantenimiento/construcción (16,7%).

**Tabla.** Valores de triptasa e IgE.

| | Mediana y RIQ |
|---|---|
| IgE total (U/mL) | 153,5 (26,5-295,5) |
| Triptasa (mcg/L) | 5,70 (4,54-26,22) |
| *Polistes* (kU/L) | 2,84 (0,52-26,35) |
| *Vespula* (kU/L) | 0,56 (0,04-2,58) |
| *Apis* (kU/L) | 0,03 (0,01-0,14) |
| Pol d 5 ($kU_A$/L) | 0,76 (0,55 -1,08) |
| Ves v 1 ($kU_A$/L) | 1,31 (0,05 -2,47) |
| Ves v 5 ($kU_A$/L) | 0,15 (0,01-0,16) |
| Api m 1 ($kU_A$/L) | 0,01 (0-0,02) |

Clínicamente, el 65,7% de los pacientes sufrió una reacción grave (grados 3 y 4 de Mueller) y 4 pacientes (33,3%) presentaban mastocitosis.

La Tabla muestra los valores de IgE y triptasa. Se diagnosticó a 9 pacientes (75%) de sensibilización a *Polistes dominula*, 1 a (8,3%) *Vespula* spp. y 1 (8,3%) a *Apis mellifera*. Se inició la inmunoterapia en 10 pacientes (83,3%), 9 con extracto de *Polistes dominula* y 1 con *Vespula*. Tras iniciar la inmunoterapia, 5 pacientes sufrieron picaduras espontáneas y 3 pacientes repicadura controlada hospitalaria, todos con tolerancia.

**Conclusión**

En nuestro grupo, los véspidos fueron los responsables de la mayor parte de picaduras por exposición ocupacional, aunque habitualmente se ha atribuido este papel a las abejas. El diagnóstico de mastocitosis supone un riesgo adicional a la exposición profesional. Es importante poner en conocimiento de las MATEPPS este problema.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Perfil de sensibilización al veneno de véspidos: limitaciones en la práctica clínica

Gutiérrez Posso JM, Huete Herrera M, Morales Sánchez P, Morán Garrido A, Pérez Fernández E, Alfaya Arias T

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia al veneno de himenópteros (AVH) es una causa importante de anafilaxia. En la región mediterránea, la doble sensibilización *Polistes dominula* y *Vespula* es frecuente. El diagnóstico molecular (DM) en véspidos es limitado.

*Objetivo:* Analizar las limitaciones del diagnóstico de alergia a véspidos en nuestra área.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de AVH entre 2021 y 2025. Se seleccionaron pacientes alérgicos a véspidos y se recopilaron datos demográficos, clínicos, diagnósticos y de inmunoterapia con veneno de himenópteros (ITVH).

**Resultados**

Se incluyeron 76 pacientes, 61 (80,2%) alérgicos al veneno de véspidos. En este grupo, la mediana de edad fue de 44,8 años (RIC: 37,18-63,55), con un predominio de hombres (55,7%). En la mayoría (73,8%), las reacciones iniciales fueron graves (grados 3 y 4 de Mueller). Se confirmó mastocitosis en el 16,9%.

Las pruebas cutáneas fueron positivas para *Polistes dominula* (82%) y *Vespula* spp (50,8%). La Tabla muestra los valores de IgE y triptasa. El diagnóstico final fue: alergia a *Polistes* (63,9%), doble sensibilización *Polistes* + *Vespula* (18%), y alergia a *Vespula* (18%). Entre los alérgicos a *Polistes*, el 30% tuvo Pol d 5 negativo y, de estos, el 77,8% Ves v 1 positivo, lo que sugiere sensibilización a fosfolipasas.

**Tabla.**

| | Mediana (RIC) |
|---|---|
| IgE total (U/mL) | 66,5 (23,2-199,7) |
| Triptasa (mcg/L) | 5,15 (3,79-7,92) |
| *Polistes* (kU/L) | 2,94 (0,93-9,65) |
| *Vespula* (kU/L) | 1,25 (0,34-4) |
| *Apis* (kU/L) | 0,03 (0,01-0,1) |
| Pol d 5 ($kU_A$/L) | 0,5 (0,06-1,31) |
| Ves v 1 ($kU_A$/L) | 0,73 (0,05-2,47) |
| Ves v 5 ($kU_A$/L) | 0,16 (0,02-0,72) |

El 90% recibieron ITVH con excelente tolerancia. El 24,9% sufrió picaduras espontáneas y el 49% repicadura controlada, todos con tolerancia.

**Conclusión**

En nuestro estudio, *Polistes dominula* fue la causa más común de alergia a véspidos. En el 30% de estos pacientes habríamos necesitado Pol d 1 para realizar un DM preciso. Es necesario mejorar el DM en la alergia a veneno de véspidos, especialmente en la región mediterránea, donde la doble sensibilización es frecuente.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Correlación entre asistencia a urgencias y niveles de *Platanus* ssp en una población infantil

García Núñez I[1,2,3], López Salado A[2], Algaba Mármol MÁ[4], Amo Vázquez de la Torre Á[3], de Castro Gómez C[5], Zapata Yébenes JJ[6]

[1] Hospital Quirónsalud Córdoba, Córdoba
[2] Departamento de Ciencias Morfológicas y Sociosanitarias, Córdoba
[3] Centro Médico de Especialidades Quirónsalud Jaén, Jaén
[4] Servicio Andaluz Salud, Puente Genil, Córdoba
[5] Centro Médico Adeslas, Córdoba
[6] Consulta Privada, Almería

**Objetivo/Introducción**

Los síntomas respiratorios causados por la sensibilización a aeroalérgenos son una causa muy frecuente de consulta de nuestros pacientes en los servicios de urgencias, siendo *Platanus* ssp una de las causas más frecuentes (tercer árbol urbano más frecuente en Córdoba).

*Objetivo:* Describir una población infantil que vino a nuestro servicio de urgencias pediátricas refiriendo síntomas respiratorios y/o cutáneos relacionados con los niveles de polen de *Platanus* ssp durante su polinización en 2023 y su correlación con dichos niveles durante ese año.

**Material y métodos**

Fueron revisadas las historias clínicas de pacientes de menos de 14 años de edad con síntomas respiratorios y/o cutáneos que vinieron a nuestro Servicio de Urgencias pediátricas en el Hospital Quirónsalud Córdoba durante la polinización de *Platanus* ssp, buscando una correlación entre los niveles de polen y el número total de pacientes. Fueron excluidos pacientes con fiebre, mucosidad espesa o cualquier síntoma relacionado con infecciones virales. Posteriormente, revisamos los historiales clínicos en nuestra base de datos buscando sensibilización a *Platanus acerifolia*.

**Resultados**

136 pacientes (84 hombres y 52 mujeres; edad media 7,24 años) vinieron a nuestro servicio de urgencias pediátrico durante la polinización de *Platanus* ssp en 2023 (1 de marzo a 20 de abril). 53 (38,97%) vinieron en marzo y 83 (61,02%) en abril. 75 (55,14%) refirieron rinitis alérgica y 61 (44,85%) refirieron asma, necesitando 43 (31,61%) asistencia a urgencias y 14 (10,29%) ingreso hospitalario. Los días con más concentración de polen tuvieron más visitas a urgencias ($p$<0,05). 96 (70,58%) fueron diagnosticados de rinitis alérgica en nuestro servicio de alergología, siendo en 77 (56,61%) *Platanus acerifolia* un posible desencadenante.

**Conclusión**

- Hay una gran correlación entre los niveles de *Platanus* y las visitas a los servicios de urgencias.
- Un mejor conocimiento sobre los niveles de polen podría ayudarnos a prevenir los síntomas en nuestros pacientes, reduciendo sus asistencias a urgencias.

## Eficacia de remibrutinib en pacientes con urticaria crónica espontánea anti-IgE *naïve* sin tratamiento biológico, con tratamiento biológico previo, y refractarios: estudios REMIX-1/-2

Cardona Dahl V[1], Saini S[2], Mosnaim G[2], Sussman G[3], Metz M[4,5], Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2

[1] Departamento de Alergología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España
[2] Johns Hopkins Asthma and Allergy Center, Baltimore, Maryland, Estados Unidos
[3] Division of Allergy and Immunology, Evanston, Canadá
[4] Department of Medicine, II, Alemania
[5] Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Pharmacology (ITMP), Berlin, Alemania

**Objetivo/Introducción**

Remibrutinib, un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina cinasa de Bruton, ha demostrado eficacia superior vs. placebo y perfil de seguridad favorable en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE) refractarios al tratamiento con antihistamínicos H1 de segunda generación (H1-AHs) en los estudios REMIX-1/-2. Este análisis *post hoc* agrupado de los estudios REMIX-1/-2 evaluó la eficacia de remibrutinib en subgrupos de pacientes según exposición previa a fármacos biológicos anti-inmunoglobulina E (IgE).

**Material y métodos**

Los estudios multicéntricos, aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo REMIX-1/-2, evaluaron la eficacia y seguridad de remibrutinib oral 25 mg dos veces al día (BID) en pacientes con UCE. Se analizaron los subgrupos según exposición previa a omalizumab (biológico anti-IgE): no/sí (*naïve*/tratado). En el subgrupo tratado, los pacientes refractarios discontinuaron el tratamiento debido a falta de eficacia, eventos adversos o decisión médica. Se analizaron los cambios respecto al basal (CFB; media ± DE) en la puntuación semanal de actividad de la urticaria (UAS7), escala semanal de gravedad del prurito (ISS7) y escala semanal de gravedad de los habones (HSS7) a las 12 semanas por subgrupos.

**Resultados**

Al inicio, los pacientes (remibrutinib [n=606] vs. placebo [n=306]) presentaban una elevada actividad de la enfermedad: UAS7 (30,6 ± 7,8 vs. 29,7 ± 7,6), ISS7 (14,6 ± 4,2 vs. 14,1 ± 4,0) y HSS7 (16,0 ± 4,5 vs. 15,6 ± 4,5). Tras 12 semanas, el CFB-UAS7 con remibrutinib fue similar y numéricamente superior vs. placebo en todos los subgrupos (*naïve*: -21,4 ± 11,2 vs. -13,1 ± 12,3; tratado: -21,0 ± 13,3 vs. -13,1 ± 11,9; refractario: -22,1 ± 13,5 vs. -10,8 ± 12,2). Remibrutinib mostró reducciones comparables en CFB-ISS7 y CFB-HSS7 en todos los subgrupos.

**Conclusión**

Remibrutinib mostró mayor eficacia vs. placebo, independientemente de la exposición previa y/o fracaso del tratamiento con productos biológicos anti-IgE, en pacientes con UCE.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Remibrutinib proporciona un rápido alivio de los síntomas dentro de la primera semana de tratamiento de la urticaria crónica espontánea, medido con la puntuación semanal de actividad urticaria: estudios REMIX-1/-2 agrupados

Sala Cunill A[1], Windom H[2], Machado P[3], Chapman-Rothe N[4], Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2

[1] Departamento de Alergología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España
[2] University of South Florida and Windom Allergy, Asthma & Sinus, Sarasota, Florida, Estados Unidos
[3] Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, New Jersey, Estados Unidos
[4] Novartis Pharma AG, Basel, Suiza

**Objetivo/Introducción**

El control efectivo y rápido de los síntomas es clave en el manejo de la urticaria crónica espontánea (UCE). La puntuación semanal de actividad urticaria (UAS7; rango 0-42) monitoriza la actividad durante 7 días empleando recuentos de habones y gravedad del prurito. Este análisis evalúa la eficacia de remibrutinib, un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina cinasa de Bruton, en el control diario de los síntomas utilizando el UAS diario (rango: 0-6).

**Material y métodos**

Este análisis agrupado de los estudios REMIX-1/-2 (remibrutinib 25 mg BID: N=606; placebo: n=306) evalúa el UAS diario y la proporción de pacientes que cambió a franjas de menor gravedad (0-1; sin/leves síntomas de UCE) desde el inicio hasta el día 7. Se calculó el UAS diario como la suma de las puntuaciones diarias de habones (HSS) y gravedad de prurito (ISS), con los índices HSS e ISS derivados del promedio de los valores matutino y vespertino, exceptuando el día 1, que solo usó el valor vespertino (12 horas [h] post-dosis).

**Resultados**

Al inicio (día -1), la media ± DE del UAS fue de 4,44 ± 0,05 con remibrutinib y de 4,30 ± 0,07 con placebo. Desde el día 1 hasta el 7, remibrutinib mostró mayor reducción del UAS vs. placebo; la media ± DE del UAS en las 12 h fue de 3,96 ± 0,07 vs. 3,99 ± 0,08, reduciéndose a 3,09 ± 0,07 vs. 3,92 ± 0,08 el día 2 y 2,25 ± 0,08 vs. 3,49 ± 0,10 el día 7. Al inicio, el 1,3% de pacientes con remibrutinib vs. el 0,7% con placebo estuvo en la franja UAS más baja, incrementando al 6,5% vs. 2,4% durante 12 horas y al 37,0% vs. 9,7% el día 7.

**Conclusión**

Remibrutinib mostró un control temprano de los síntomas de la UCE vs. placebo, reduciendo la actividad de la enfermedad observada dentro de las primeras 12 h y mantenida hasta el día 7.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Omalizumab en urticaria crónica espontánea: ¿es posible retirarlo?

Tabares Gallego M, Cuevas Cantero B, Sánchez Hernández MC, Gómez Garrido A, Almeida Arteaga CG, de Luque Piñana V

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

**Objetivo/Introducción**

La urticaria crónica espontánea (UCE) es una enfermedad inflamatoria con impacto significativo en la calidad de vida. Omalizumab constituye el tratamiento de elección en pacientes refractarios a antihistamínicos, aunque existe variabilidad en la respuesta y evolución a largo plazo.

*Objetivo:* Describir las características clínicas, evolución y resultados terapéuticos de los pacientes con UCE tratados con omalizumab en nuestra práctica clínica.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de 42 pacientes diagnosticados de UCE entre junio de 2015 y abril de 2025 en consultas de alergología del HUVM. Se recogieron variables demográficas, tiempo de evolución de la clínica hasta inicio de omalizumab, inicio de biológico y dosis, respuesta clínica medida con cuestionarios (UAS7, CU-Q2oL, UCT), retirada de antihistamínicos, retirada de biológico y ajustes de dosis. Se definieron tres grupos: retirada exitosa (>12 meses sin tratamiento biológico ni antihistamínicos) (grupo A), fracaso terapéutico (grupo B) y tratamiento activo (C).

**Resultados**

Se incluyeron 42 pacientes, 31 mujeres (64,3%), con edad media de 45,7 años. Seis pacientes pertenecían al grupo A (14,3%), ocho al B (19,0%) y 28 al grupo C (66,7%). En el grupo A se observó menor edad media (38,7 años) y mayor tiempo medio de evolución de la UCE hasta inicio de omalizumab. El fracaso terapéutico se observó en casi una quinta parte de los pacientes (Tabla). En el grupo en tratamiento activo, la evolución fue heterogénea: el 50% permaneció estable y el resto precisó ajustes de dosis por lesiones. La pauta más frecuente fue 300 mg/4 semanas (25%) (Figura 1), con variabilidad en esquemas terapéuticos.

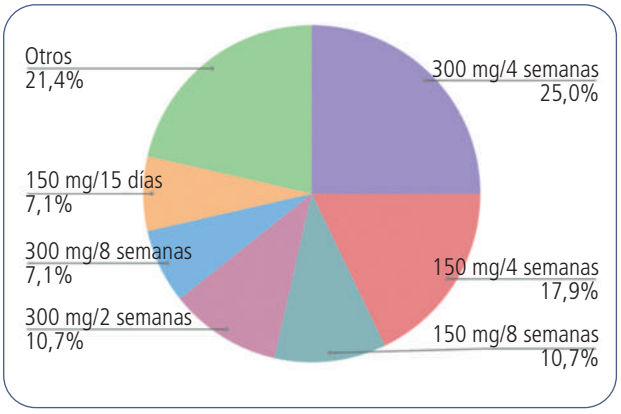



**Figura.** Dosis actuales en pacientes en tratamiento activo (n=28).

**Conclusión**

En nuestra serie, omalizumab demuestra eficacia en el control de la UCE, con evolución clínica heterogénea. La retirada exitosa es posible, aunque hay que tener en cuenta la retirada por fracaso terapéutico. La variabilidad en dosis y ajustes resalta la necesidad de una estrategia individualizada.

**Tabla.** Características por grupos.

| | Mejoría clínica (n=6) | Fracaso (n=8) | Activos (n=28) |
|---|---|---|---|
| Edad media (años) | 38,7 (22-64) | 48,2 (24-64) | 46,5 (22-73) |
| Sexo predominante | M | M | M |
| Tiempo medio hasta inicio omalizumab (meses) | 65,5 (13-160) | 25,8 (6-84) | 38,4 (3-216) |
| Tiempo hasta primera respuesta (semanas) | 13,3 (1-61) | - | 9,3 (1-87) |
| Tiempo hasta mantenimiento (meses) | 11,8 (2-24) | - | 14,8 (0-50) |
| Tiempo que tardan en dejar AH1 (<3 comp/semana) | 18,8 (0-74) | - | 30,6 (1-338) |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

## Terapia biosimilar anti-IgE en urticaria crónica: resultados clínicos y gestión de recursos tras la transición a Omlyclo®

Ríos Márquez C, de Aramburu Mera T, Menéndez Rivero E, Ruiz del Barrio L, Picos Baliña R, Cimbollek S

Servicio de Alergología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Objetivo/Introducción**

La aparición de los biosimilares de omalizumab ha marcado un hito en el manejo de la urticaria crónica (UC), ofreciendo nuevas oportunidades de sostenibilidad para el sistema sanitario. Tras la llegada de Omlyclo® (CT-P39), es esencial generar evidencia en vida real que confirme su equivalencia clínica, seguridad y el impacto de la transición sistemática en cohortes amplias.

**Material y métodos**

Análisis retrospectivo de 86 pacientes con UC (84 urticaria crónica espontánea [UCE] y 2 urticaria crónica inducible [UCInd]). La cohorte incluyó 78 pacientes (90,7%) en transición (*switch*) desde omalizumab y 8 pacientes (9,3%) que iniciaron terapia anti-IgE (*naïve*) con Omlyclo®, recogidos todos desde octubre de 2025. Se evaluaron diferentes variables clínicas y terapéuticas: presencia de angioedema, niveles de IgE total, anticuerpos ATPO, dosis administrada, frecuencia de administración y uso de medicación concomitante, entre otros. El control se midió mediante el UCT y se analizó el impacto en la eficiencia farmacéutica hospitalaria

**Resultados**

La población presentó alta complejidad: 44,8% con angioedema concomitante. En el grupo switch, se mantuvo la estabilidad clínica, mientras que los pacientes *naïve* mostraron una respuesta rápida. Las puntuaciones UCT permanecieron estables; ligeras fluctuaciones se asociaron a pautas de desescalada de dosis y no a fallo del biosimilar. El perfil de seguridad fue excelente, sin casos de anafilaxia ni reacciones graves. El 33,3% controló la enfermedad en monoterapia, mientras que el 66,7% requirió antihistamínicos concomitantes. La transición permitió una optimización significativa del presupuesto farmacéutico del centro.

**Conclusión**

La transición a Omlyclo® es una estrategia segura y eficaz en pacientes con UCE y UCInd. Garantiza la estabilidad clínica y mejora la rentabilidad del tratamiento biológico, permitiendo una gestión de recursos más eficiente sin comprometer los resultados en salud del paciente.

## Urticaria crónica espontánea refractaria con fenotipo *Schnitzler-like*: respuesta a bloqueo de IL-1 en dos casos clínicos

Shabanova E, Zubiaga Fernández L, Pérez Sánchez N, Andugar Moreno ML, Torres Jaén MJ, Gómez Pérez F

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga

**Objetivo/Introducción**

La urticaria crónica espontánea refractaria puede corresponder, en un subgrupo de pacientes, a entidades autoinflamatorias del espectro del síndrome de Schnitzler o formas *Schnitzler-like*.

*Objetivo:* Describir dos casos con evolución desde urticaria crónica grave a dermatosis neutrofílica con respuesta a bloqueo de IL-1.

**Material y métodos**

Se presentan dos casos clínicos con urticaria crónica refractaria con estudio clínico, analítico, histopatológico y respuesta terapéutica. Se revisaron síntomas cutáneos, sistémicos, respuesta a antihistamínicos, omalizumab y otros inmunomoduladores, así como respuesta a anakinra.

**Resultados**

- *Caso 1:* mujer de 62 años con urticaria desde 2014 asociada a fiebre, artralgias y elevación persistente de reactantes de fase aguda. Refractaria a antihistamínicos, omalizumab, ciclosporina, colchicina, metotrexato y dapsona. Biopsia compatible con dermatosis neutrofílica sin vasculitis. Sin gammopatía monoclonal. Inicio de anakinra en 2022 con desaparición inmediata y sostenida de síntomas, con posibilidad de espaciar dosis hasta cada 48-72 horas.
- *Caso 2:* varón de 63 años con urticaria crónica desde 2020, inicialmente respondedor a omalizumab, con recaída grave en 2024 con UAS7 elevados, astenia, artralgias y mala calidad de vida. Biopsia con dermatitis urticariforme neutrofílica. IgE baja, eosinopenia y PCR elevada. Sin componente monoclonal. Tras fracaso de antihistamínicos y omalizumab a dosis altas, se inició anakinra en 2025 con respuesta rápida y completa, permitiendo incluso reducción del tratamiento.

**Conclusión**

La urticaria crónica refractaria con síntomas sistémicos, reactantes elevados e histología neutrofílica debe hacer sospechar enfermedad autoinflamatoria *Schnitzler-like*. La ausencia de gammopatía monoclonal no excluye el diagnóstico. El bloqueo de IL-1 con anakinra puede ser diagnóstico y terapéutico, con respuestas rápidas y mantenidas.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

## Manejo actual del angioedema hereditario en España: acceso a terapias innovadoras y práctica clínica

Caballero Molina MT[1,2,3], Smith Foltz S[4], Ferrón Smith M[4]

[1] Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ), Madrid
[3] CIBERER (U754), Madrid
[4] Asociación Española de Angioedema Familiar (AEDAF), Madrid

**Objetivo/Introducción**

El angioedema hereditario (AEH) es una enfermedad rara con gran impacto. En España, un estudio previo (2021) evidenció diferencias en el acceso a terapias innovadoras y en el abordaje. La incorporación de nuevas terapias y la designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) han modificado el modelo asistencial.

*Objetivo:* Evaluar el manejo del AEH, analizando diferencias entre centros en la atención, el acceso a tratamientos y su adecuación a recomendaciones internacionales.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional transversal mediante dos encuestas *online* dirigidas a pacientes y médicos implicados en su manejo entre octubre de 2025 y enero de 2026. Participaron pacientes y profesionales de centros de diferente tamaño y complejidad. Se analizaron variables sobre acceso a tratamientos, manejo domiciliario, autoadministración, control de la enfermedad e impacto de los CSUR.

**Resultados**

Respondieron 176 pacientes y 75 médicos de 55 centros. Los profesionales describieron variabilidad en la disponibilidad de tratamientos según el tamaño del hospital; en comparación con 2021 la disponibilidad de terapias innovadoras ha aumentado independientemente del tamaño del centro, incluyendo profilaxis a largo plazo (PLP) y dispensación domiciliaria. El 75% indicó disponer de programas de autoadministración (60% en 2021). El 85% conoce los CSUR y el 95% valora positivamente la derivación, aunque solo un tercio ha derivado.

Los pacientes muestran mayor uso de terapias de PLP como lanadelumab (33% vs. 5% en 2021), sugiriendo mejor acceso a terapias innovadoras. El 99% declaró recibir tratamiento, el 77% dispone de tratamiento agudo en domicilio y el 90% ha recibido formación en autoadministración (78% en 2021).

**Conclusión**

Se observa mejora en el acceso a terapias innovadoras y en la organización asistencial del AEH en España. No obstante, persisten diferencias entre centros, limitaciones en la dispensación domiciliaria y baja derivación a los CSUR, lo que evidencia la necesidad de optimizar la coordinación asistencial.

## Pruebas de enfermería en la urticaria *a frigore*

Ingelmo Gutiérrez MJ, López Romero MD, Gordo Martín Y, Baeza de Ocaiz ML, Prieto García A

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La urticaria crónica inducible se caracteriza por la aparición de habones recurrentes y/o angioedema desencadenado por agentes físicos o ambientales: frío, calor, presión, vibración, sol, agua, o aumento de la temperatura corporal. El uso de pruebas de provocación validadas es necesario para confirmar el diagnóstico.

*Objetivo:* Evaluar las pruebas realizadas por enfermería para urticaria por frío.

**Material y métodos**

Se incluyeron pacientes con sospecha de urticaria por frío a los que se realizaron pruebas de provocación durante 2024-2025. Se analizaron variables demográficas, pruebas realizadas (test de cubito de hielo [TCH] y TempTest®) y el resultado de estas. Se recogió el tratamiento recibido por los pacientes.

**Resultados**

Fueron 92 pacientes, 74 mujeres (77%), edad media: 41,13 años (±13,82). Se realizaron 119 pruebas: 85 TempTest®, 22 (25,9%) positivos y 33 TCH, 15 (45,4%) positivos. La temperatura umbral media del TempTest® fue 18,9 ºC (±4,77). Se realizaron ambas pruebas a 26 pacientes, 11 (42,3%) positivos al TCH, 8 (30,7%) positivos al TempTest® (todos ellos tenían TCH positivo), 8 (30,7%) positivos a ambos y 3 (11,5%) con TempTest® negativo y TCH positivo. A 58 pacientes se realizó solo el TempTest® siendo positivo en 14 (24,1%). Se confirmó el diagnóstico de urticaria *a frigore* en 29 pacientes (30,2% de los pacientes evaluados). Se prescribieron antihistamínicos en todos ellos: 16 (55,2%) bilastina, 5 (23,8%) cetirizina, 6 (20,7%) ebastina, 2 (6,9%) otros. Solo un paciente requirió omalizumab.

**Conclusión**

- La urticaria *a frigore* predominó en mujeres, igual que en la mayoría de estudios publicados.
- El TempTest® fue la prueba más solicitada, sin embargo, el cubito de hielo demostró ser más sensible para el diagnóstico, a diferencia de otros estudios. Ambas pruebas son complementarias, aportando el TempTest® el umbral de temperatura desencadenante de síntomas.
- La mayoría de los pacientes diagnosticados se controlaron bien con antihistamínicos.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Efectividad y seguridad en vida real de Clustoid® Max *Dermatophagoides/A. alternata* en pacientes con alergia respiratoria

Poza Guedes P[1], González Pérez R[1], Hinojosa Jara B[2], Mederos Luis E[1], Sánchez Machín I[1], Díaz García J[3]

[1] Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife
[2] Clínica privada, Huelva
[3] Inmunotek S.L., Alcalá de Henares, Madrid

## Objetivo/Introducción

La alergia a *Alternaria alternata* en España rara vez aparece de forma aislada y suele coexistir con la causada por *Dermatophagoides* spp. Esta asociación puede explicarse por condiciones ambientales compartidas de humedad y temperatura que favorecen la exposición simultánea a ambos alérgenos. *A. alternata* es un alérgeno clínicamente relevante asociado a mayor gravedad del asma, lo que respalda considerar ambos en las estrategias de inmunoterapia en pacientes polialérgicos.

*Objetivo:* Evaluar la efectividad y seguridad de Clustoid® Max en pacientes con alergia respiratoria a *Dermatophagoides* spp. y *A. alternata*.

## Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de efectividad y seguridad de Clustoid® Max *Dermatophagoides*/*A. alternata* (10.000/10.000 UT/mL) en pacientes con rinoconjuntivitis alérgica con o sin asma tratados durante al menos un año (datos hasta mayo de 2025).

La efectividad se evaluó mediante la evolución en las puntuaciones combinadas de síntomas y medicación para rinoconjuntivitis y asma (RCSMS y ACSMS), y la seguridad mediante la incidencia y características de las reacciones adversas (WAO 2024).

## Resultados

Se estudiaron 54 pacientes (2019-2025; edad media 21,3; rango 5-53), de los cuales n=33 (61,1%) eran mujeres y n=24 (44,4%) presentaban asma.

Tras un año de ITA, se observó una reducción del 56,4% en RCSMS y del 52,5% en ACSMS, alcanzando el 62,9% y 68,5%, respectivamente, a los 4 años ($p$<0,001; Figura). La evolución de ambas puntuaciones fue similar en población pediátrica y adulta.

Se notificó una única reacción adversa (1,9%), consistente en una reacción local leve en el lugar de inyección, resuelta sin tratamiento farmacológico.

## Conclusión

La inmunoterapia con Clustoid® Max *Dermatophagoides*/*A. alternata* es un tratamiento efectivo y seguro en pacientes pediátricos y adultos con rinoconjuntivitis alérgica con o sin asma, con una mejoría clínica evidente desde el primer año de tratamiento.

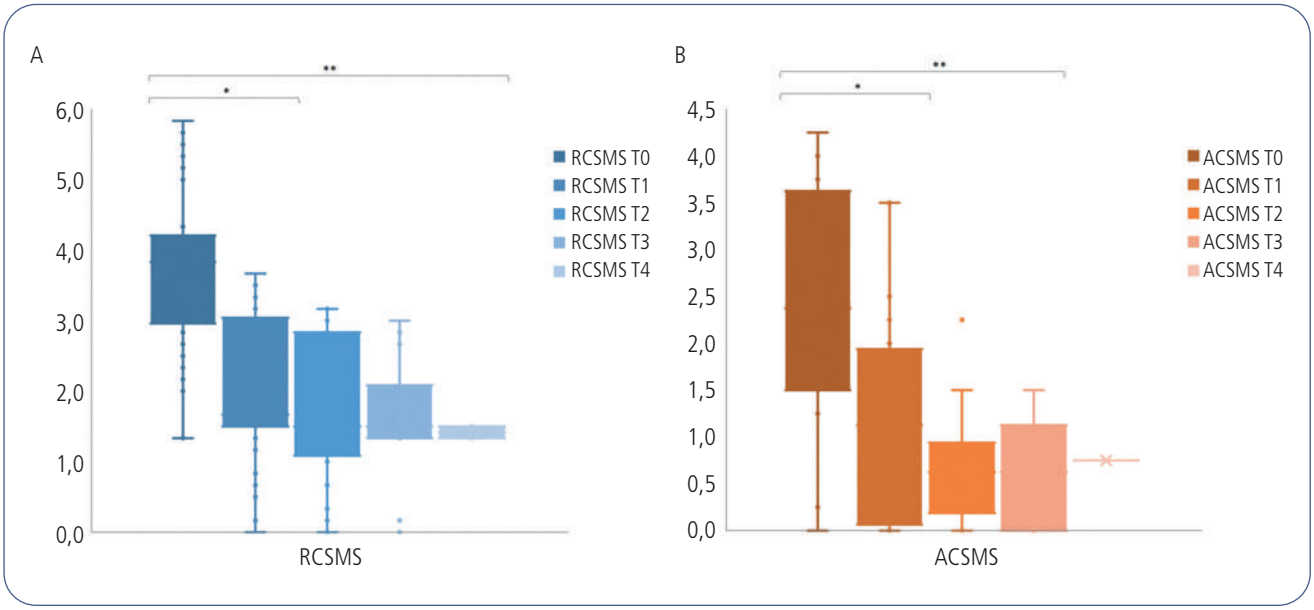



**Figura.** *Box plot* de la puntuación combinada de síntomas y medicación (CSMS) de A, rinoconjuntivitis y B, asma. RCSMS: *Rhinoconjunctivitis Combined Symptom and Medication Score*. ACSMS: *Asthma Combined Symptom and Medication Score*.
**p*<0,001 (TO vs T1; Wilcoxon test). ***p*<0,001 (TO vs. T1-T4; Friedman test).

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Seguridad del inicio de inmunoterapia subcutánea con alérgenos: análisis por tipo de extracto durante tres años

Ventosa López A, Rodríguez Cano S, Granja Uceda F, Sánchez Cerezo R, Toledano Blanco N, Ruiz León B

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

**Objetivo/Introducción**

La inmunoterapia subcutánea con alérgenos es un tratamiento modificador de la enfermedad alérgica con perfil de seguridad favorable. Sin embargo, las reacciones sistémicas durante el inicio continúan siendo relevantes.

*Objetivo:* Evaluar su seguridad en práctica clínica real, analizando frecuencia, gravedad, manejo y distribución según extracto.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo de pautas de inicio de inmunoterapia subcutánea registradas entre 2023 y 2025. Se recogieron variables demográficas, producto, tipo de extracto y características de la reacción. Las reacciones se clasificaron según el *World Allergy Organization Subcutaneous Immunotherapy Systemic Reaction Grading System*.

**Resultados**

Se registraron 894 pautas, correspondientes a 826 pacientes; 418 mujeres (50,6%), mediana de edad 25 años (rango: 5-67). Según extracto, 349 fueron de modificación combinada (39,0%), 294 física/*depot* (32,9%) y 251 química/alergoide-polimerizado (28,1%).

Se identificaron 38 reacciones sistémicas (4,3%): 16 grado 1 (42,1%) y 22 grado 2 (57,9%). El antecedente de asma estaba presente en 23 casos (60,5%). Considerando extractos simples y combinados, el alérgeno más implicado fue olivo, con 20/437 inicios (4,6%), seguido de gramíneas, con 12/323 (3,7%). El resto se distribuyó entre *Alternaria*/Alt a 1, ácaros, perro y *Artemisia*.

Según extracto, el 52,6% de las reacciones ocurrieron con *depot* y el 47,4% con modificación combinada; no hubo reacciones con modificación química aislada. Dentro de las reacciones con modificación combinada, 17/18 (94,4%) correspondieron a alergoides *depot* modificados con formaldehído y adsorbidos en hidróxido de aluminio. La mayoría se manejaron con antihistamínicos; algunos casos requirieron corticoides sistémicos y/o broncodilatador inhalado. En seis casos se administró adrenalina.

**Conclusión**

La fase de inicio de inmunoterapia subcutánea mostró un perfil de seguridad favorable, con baja frecuencia de reacciones sistémicas. Las reacciones se concentraron en extractos *depot* y de modificación combinada, especialmente preparados alergoides *depot* modificados con formaldehído.

Estos datos apoyan la seguridad de la inmunoterapia subcutánea en un entorno especializado y protocolizado.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Evaluación *ex vivo* de la alergenicidad de extractos alergénicos individuales y combinados en pacientes pediátricos alérgicos

Calzada Ricote D[1], Urios Pastor GE[2,3], Ferrer González JP[4], Parody de la Fuente N[1], Carnés Sánchez J[1], Tortajada Girbés M[4]

[1] Unidad I+D, Alergia e Inmunología, LETI Pharma, S.L.U., Tres Cantos, Madrid
[2] Grupo de Investigación en Alergia y Enfermedades Respiratorias de la Infancia, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia
[3] Universidad Europea de Valencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Fisioterapia, Nutrición y Ciencias del Deporte, Valencia
[4] Unidad de Neumología y Alergia Infantil, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

**Objetivo/Introducción**

Los pacientes alérgicos a ácaros lo son frecuentemente a otras fuentes ambientales como pólenes o esporas de hongos. En esos casos, el tratamiento con inmunoterapia alergénica (ITA) puede administrarse combinando extractos alergénicos de distinta naturaleza, pero su uso debe estar justificado, entre otros aspectos, en términos de seguridad-alergenicidad.

*Objetivo:* Analizar, en población pediátrica, la alergenicidad *ex vivo* de extractos alergénicos nativos y despigmentados-polimerizados (Dpg-pol) de *Dermatophagoides pteronyssinus*, pólenes de gramíneas y *Alternaria alternata*, tanto individualmente como en combinación.

**Material y métodos**

La alergenicidad de los extractos individuales y de las mezclas *D. pteronyssinus*–pólenes de gramíneas y *D. pteronyssinus–A. alternata* se evaluó mediante el test de activación de basófilos en muestras de sangre periférica de 10 pacientes alérgicos.

La misma metodología se empleó para analizar la respuesta inmunológica frente a los extractos en otros grupos clínicos: pacientes alérgicos tratados con ITA (N=7), sujetos sensibilizados a estas fuentes alergénicas pero asintomáticos (N=3) e individuos sanos (N=7).

**Resultados**

En los pacientes alérgicos, los extractos nativos de *D. pteronyssinus*, pólenes de gramíneas y *A. alternata* (solos o en mezcla) activaron una media del doble de basófilos que los extractos Dpg-pol.

El grupo de pacientes alérgicos sin tratar presentó los mayores porcentajes de activación de basófilos (24%), disminuyendo hasta el 17% en los pacientes con ITA. Por su parte, los sujetos sensibilizados-asintomáticos presentaron una activación moderada (9%), mientras que los extractos apenas activaron los basófilos en los sujetos sanos (1%).

**Conclusión**

Los extractos alergénicos despigmentados polimerizados de *D. pteronyssinus* y/o pólenes de gramíneas/*A. alternata*, administrados de forma individual o combinada, presentaron una menor alergenicidad *ex vivo* en comparación con los extractos nativos. Además, los pacientes pediátricos tratados con ITA mostraron una disminución en la activación de basófilos, lo que podría asociarse al efecto inmunomodulador del tratamiento.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Respuesta clínica y funcional de pacientes con asma grave tratados con tezepelumab durante 1 año: estudio en condiciones de práctica clínica

León Zambrana G[1], de las Vecillas Sánchez L[1,2,3], Ifrim M[1], Laorden Escudero D[2,4], Quirce Gancedo S[1,2,5], Domínguez Ortega J[1,2,5]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de Investigación Hospital La Paz (IdiPaz), Madrid
[3] PielEnRed Consortium, Madrid
[4] Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[5] CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid

**Objetivo/Introducción**

El asma grave se asocia a un aumento de exacerbaciones, deterioro de la función pulmonar y peor calidad de vida. A pesar del tratamiento inhalado, una proporción de pacientes continúa mal controlada. Tezepelumab es un anticuerpo monoclonal dirigido frente a la linfopoyetina estromal tímica (TSLP), que actúa al inicio de la cascada inflamatoria otorgándole eficacia en pacientes con distinto perfil inflamatorio.

**Material y métodos**

Estudio observacional prospectivo en pacientes adultos con asma grave tratados con tezepelumab durante al menos 12 meses en condiciones de práctica clínica habitual. Se analizaron exacerbaciones, cuestionarios (ACT, AIRQ, miniAQLQ, Nijmegen, TAI y VAS), FeNO y función pulmonar mediante espirometría y oscilometría basalmente y tras 12 meses.

**Resultados**

Se incluyeron 15 pacientes, con una edad media de 60 años, el 73,3% (n=11) eran mujeres. Un 46,7% (n=7) había recibido previamente otro tratamiento biológico, el 53,3% eran obesos y el 60% no fumadores. Predominó el fenotipo eosinofílico (46,7%), seguido del mixto (40%) y del no-T2 (13,3%).

Tras 12 meses de tratamiento, se observó una reducción significativa en la proporción de pacientes que presentaron exacerbaciones, del 66,7% al 13,3% ($p$=0,0133). Asimismo, se evidenció mejoría clínica significativa, con incremento de ACT de 13,5 [IQR: 9-20] a 19,5 [IQR:11-24,8] ($p$=0,0068), reducción del AIRQ de 3,5 [IQR:1,2-7] a 0 [IQR:0-2,5]

**Tabla 2.** Comparación de cuestionarios, espirometría y oscilometría entre valoración basal y al año de tratamiento.

| | Basal | 12 meses | Valor *p* |
|---|---|---|---|
| Cuestionarios | | | |
| ACT | 13,5 (9-20) | 19,5 (11-24,8) | 0,0068[a] |
| AIRQ | 3,5 (1,2-7) | 0 (0-2,5) | 0,01a |
| MiniAQLQ | 4 (3,3-4,7) | 4,8 (3,2-6,5) | 0,0803 |
| Nijmegen | 25 (15-28,2) | 13 (8-22,8) | 0,0294[a] |
| TAI | 50 (50-50) | 50 (50-50) | 0,3711 |
| VAS | 60 (40-70) | 65 (35-75) | 0,5923 |

*(continúa)*

**Tabla 1.** Características basales demográficas y comorbilidades de los pacientes.

| Datos demográficos | Total (n=15) | Comorbilidades | Total (n=15) |
|---|---|---|---|
| Edad | 60 | Rinoconjuntivitis | 11 (73,3%) |
| Sexo | | Dermatitis atópica | 1 (6,7%) |
| Mujer | 11 (73,3%) | EREA | 1 (6,7%) |
| Varón | 4 (26,7%) | OLE | 1 (6,7%) |
| IMC | 31,1 (26,2-36,5) | ABPA | 1 (6,7%) |
| Bajo | 1 (6,7%) | RSCcPN | 5 (33,3%) |
| Normal | 2 (13,3%) | EPOC | 4 (26,7%) |
| Sobrepeso | 4 (26,7%) | AOS | 2 (13,3%) |
| Obesidad | 8 (53,3%) | Diabetes | 2 (13,3%) |
| Fenotipo | | HTA | 4 (26,7%) |
| Eosinofílico | 7 (46,7%) | Bronquiectasias | 9 (60%) |
| Mixto alérgico-eosinofílico | 6 (40%) | Atelectasias | 5 (33,3%) |
| No T2 | 2 (13,3%) | Atrapamiento aéreo | 1 (6,7%) |
| Tabaquismo | | Tapones de moco | 2 (13,3%) |
| No fumadores | 9 (60,0%) | | |
| Exfumadores | 6 (40,0%) | | |

Abreviaturas: ABPA, aspergilosis broncopulmonar alérgica; AOS, apnea obstructiva del sueño; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EREA, enfermedad respiratoria exacerbada por AINE; HTA, hipertensión arterial; IMC, índice de masa corporal; OLI, obstrucción laríngea inducible; RSCcPN, rinosinusitis crónica con poliposis nasal.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla 2.** Comparación de cuestionarios, espirometría y oscilometría entre valoración basal y al año de tratamiento (*continuación*).

| | Basal | 12 meses | Valor *p* |
|---|---|---|---|
| Espirometría | | | |
| $FEV_1$ % | 68 [49-72,5] | 57 [51,5-72] | 0,8921 |
| $FEV_1$ absoluto | 1,4 [1,1-1,8] | 1,5 [1,1-1,9] | 0,8017 |
| $FEV_1$/FVC | 70,1 [59,2-74,3] | 66,3 [56,2-73,2] | 0,5995 |
| FVC % | 78 [70,5-84] | 77 [66,5-86] | 0,5704 |
| FVC absoluto | 2,5 [1,9-3] | 2,6 [1,8-3] | 0,9787 |
| $MMEF_{25-75\%}$ | 42 [26,5-44,5] | 31 [23-45,5] | 0,6698 |
| $MMEF_{25-75}$ absoluto | 0,7 [0,6-1] | 0,7 [0,6-0,8] | 0,826 |
| Oscilometría | | | |
| AX | 7,5 [4,8-11,3] | 8,9 [6,5-12] | 0,1688 |
| Fres | 21 [18,6-28,8] | 24 [18,6-28,1] | 0,8283 |
| R20 | 0,3 [0,3-0,5] | 0,3 [0,3-0,5] | 0,1309 |
| R5 | 0,5 [0,3-0,7] | 0,6 [0,4-0,7] | 0,256 |
| R5-R20 | 0,2 [0-0,2] | 0,2 [0,1-0,3] | 0,2362 |
| X5 | -0,2 [-0,2- -0,1] | -0,2 [-0,2- -0,1] | 0,8639 |

Abreviaturas: ACT, Asthma Control Test; AIRQ, Asthma Impairment and Risk Questionarie; Mini AQLQ, Mini Asthma Quality of Life Questionnaire; Nijmegen, cuestionario de Nijmegen; TAI, Test of Adherence to Inhalers; VAS, escala visual analógica.
[a]$p<0,05$.

($p$=0,01) y descenso en el Nijmegen de 25 [IQR:15-28,2] a 13 [IQR: 8-22,8] ($p$=0,0294). También hubo una evolución favorable en los resultados del miniAQLQ, TAI y VAS, sin significación estadística.

No se observaron cambios significativos en los niveles de FeNO, valores de espirometría u oscilometría.

**Conclusión**

En nuestra cohorte, tezepelumab se asoció con una mejoría clínica significativa en pacientes con asma grave, con reducción de las exacerbaciones y mejoría del control sintomático, confirmando su eficacia clínica.

Sin embargo, no se objetivaron cambios funcionales significativos, precisando estudios más amplios para valorar su impacto sobre la función pulmonar.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Papel de la comorbilidad rinosinusal en asma grave tratada con tezepelumab: experiencia en vida real tras 12 meses de seguimiento

Harguindeguy Blanco D[1], Letón Cabanillas P[1], Hannaoui Anaaoui A[2], García Rivero JL[3], Méndez Alcalde J[1], Fernández Cortés S[1]

[1] Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid
[2] Fundación Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria
[3] Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria

**Objetivo/Introducción**

La rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) está presente en una proporción relevante de pacientes con asma grave, definiendo un fenotipo de mayor carga inflamatoria T2 con eosinofilia, FeNO e IgE más elevados. Tezepelumab, anticuerpo monoclonal anti-TSLP, ha demostrado eficacia en asma grave y en RSCcPN en ensayos clínicos, pero la evidencia en vida real en RSCcPN es escasa. El objetivo fue comparar características fenotípicas, biomarcadores y evolución clínica a 12 meses según comorbilidad rinosinusal.

**Material y métodos**

Estudio observacional de cohorte única con seguimiento de 12 meses. Se incluyeron pacientes con asma grave en tratamiento con tezepelumab, clasificados en tres grupos: RSCcPN (n=17), rinosinusitis sin pólipos (n=21) y sin patología rinosinusal (n=55). Se recogieron fenotipo T2 (T2-high/T2-low, alérgico, eosinofílico), exacerbaciones, $FEV_1$, ACT, eosinófilos, IgE, FeNO, uso de corticoide oral de mantenimiento (OCS) y SNOT-22 en RSCcPN.

**Resultados**

Tras 12 meses se observó mejoría clínica consistente en los tres grupos, con reducción de exacerbaciones (-71% RSCcPN, -53% rinosinusitis sin pólipos, -72% sin patología rinosinusal) y aumento del ACT en todos los fenotipos. Los pacientes con RSCcPN partían de valores basales más elevados de FeNO y eosinófilos, mostrando una reducción más marcada de FeNO (46 a 26 ppb) y descenso moderado de eosinófilos (355 a 244 cél/µL), aunque manteniendo cifras superiores al resto de grupos. En rinosinusitis sin pólipos y sin patología rinosinusal, la reducción de FeNO fue discreta con descensos variables de eosinófilos.

**Conclusión**

En esta cohorte de asma grave tratada con tezepelumab, la RSCcPN identifica un endotipo T2-alto con biomarcadores basales más elevados. A pesar de ello, las mejoras clínicas en exacerbaciones, ACT, $FEV_1$ y reducción de OCS fueron comparables entre grupos, aunque persiste mayor carga inflamatoria residual T2 en RSCcPN. Estos hallazgos sugieren que tezepelumab es eficaz independientemente de la comorbilidad rinosinusal.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Relación de la función de la vía aérea pequeña definida por oscilometría con variaciones en los niveles de eosinófilos y fracción de óxido nítrico exhalado durante el tratamiento con dupilumab frente a placebo en el estudio VESTIGE

Ibáñez Lamas C[1], Lipworth BJ[2], Taube C[3], Gall R[4], Awad H[5], Castro M[6]

[1] Sanofi, Madrid, España
[2] Scottish Centre for Respiratory Research, University of Dundee, Dundee, Reino Unido
[3] University Hospital Essen – Ruhrlandklinik, Essen, Alemania
[4] Regeneron Pharmaceuticals Inc., Tarrytown, Nueva York, Estados Unidos
[5] Sanofi, Cambridge, Massachussets, Estados Unidos
[6] University of Kansas School of Medicine, Kansas City, Kansas, Estados Unidos

**Objetivo/Introducción**

La oscilometría forzada mide la resistencia de las vías respiratorias periféricas (R5-R20). Las relaciones R5-R20/R5 elevadas pueden indicar una disfunción de las vías respiratorias pequeñas, que se asocia con una mayor carga de la enfermedad y un menor control del asma. Este análisis *post hoc* evaluó los cambios en R5-R20/R5 en pacientes con asma y la relación entre estos cambios y las variaciones en el recuento de eosinófilos en sangre (Eos) y la fracción de óxido nítrico exhalado (FeNO).

**Material y métodos**

En VESTIGE fase 4 (NCT04400318), adultos con asma moderada-grave tipo 2 no controlada (Eos ≥300/µL y FeNO ≥25 ppb) recibieron dupilumab 300 mg (n=72) o placebo (n=37) c2s. Se evaluaron los cambios en R5-R20/R5 desde el inicio hasta la semana 24, y se utilizó un spline de regresión penalizada para evaluar la relación entre los cambios en este índice y en los Eos y el FeNO.

**Resultados**

El tratamiento con dupilumab, frente a placebo, mejoró significativamente la relación R5-R20/R5 (-8,1 [-13,7, -2,5]; $p$<0,01) en la semana 24. Al aumentar el cambio en los Eos desde el inicio hasta la semana 24, la relación R5-R20/R5 aumentó (es decir, la función pulmonar empeoró) con el placebo, pero mejoró ligeramente con dupilumab (Figura A). Además, la relación R5-R20/R5 mejoró el valor inicial para todos los cambios proporcionales en el FeNO en el grupo de dupilumab, pero no en el grupo de placebo (Figura B).

**Conclusión**

Dupilumab, frente al placebo, mejoró significativamente la relación R5-R20/R5 derivada de la oscilometría en la semana 24, una mejora en la función de las vías respiratorias pequeñas. Las mejoras respecto al valor inicial con dupilumab fueron similares en todos los pacientes, independientemente de sus cambios en los niveles de biomarcadores de tipo 2.

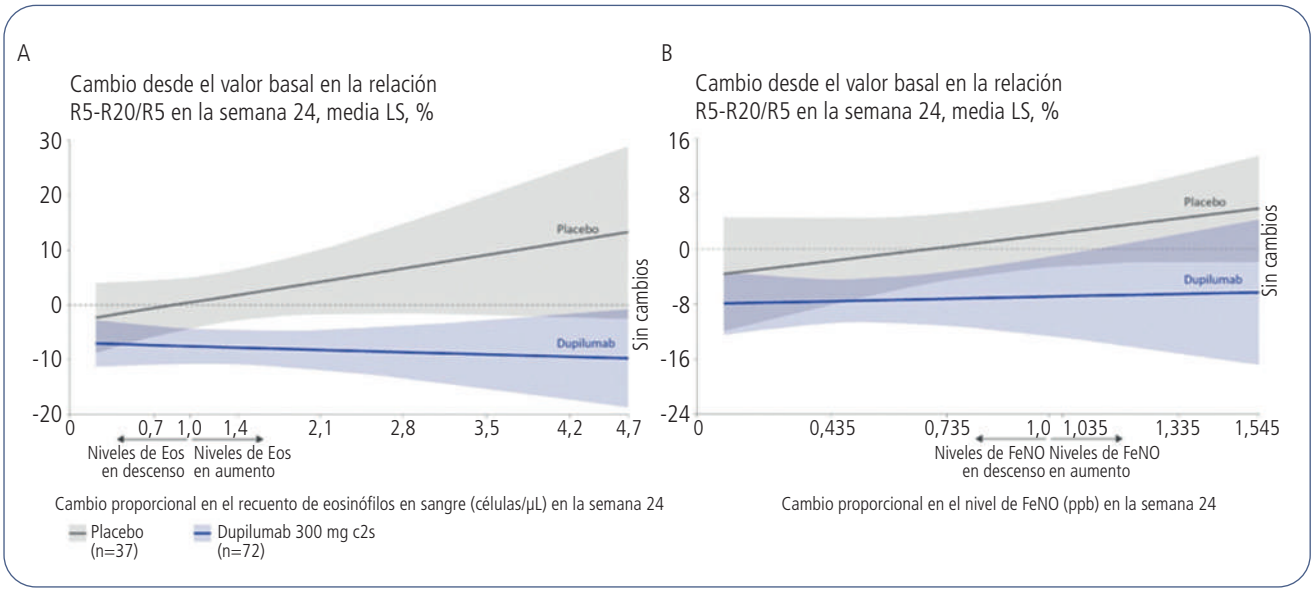



**Figura.** Cambio en la media de los mínimos cuadrados (LS) desde el inicio hasta la semana 24 en la relación R5 R20/R5 según el cambio proporcional en (A) el recuento de eosinófilos en sangre y (B) el nivel de FeNO en la semana 24 en la población por intención de tratar (ITT). CSI, corticosteroide(s) inhalado(s); Eos, eosinófilos; FeNO, fracción de óxido nítrico exhalado; ITT, intención de tratar; LS, mínimos cuadrados; R5-R20/R5, relación de resistencia de las vías respiratorias periféricas.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Asma grave tratada con dupilumab y monoclonal previo: análisis a 12 meses

Cortés Collado JJ[1], Pajarón Fernández MJ[2], Miralles López JC[3], Valverde Molina J[4], Navarro Zaragoza J[5], Grupo RE-ASGRAMUR

[1] Hospital Virgen del Castillo, Murcia
[2] Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia
[3] Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia
[4] Hospital Universitario Santa Lucía, Murcia
[5] Cátedra de ASGRAMUR. Universidad de Murcia, Murcia

**Objetivo/Introducción**

Dupilumab es un anticuerpo monoclonal dirigido frente a la subunidad α del receptor de IL-4, bloqueando las vías de señalización de IL-4 e IL-13. En este trabajo presentamos la evolución a 12 meses de pacientes con asma grave tratados con dupilumab y que habían recibido previamente al menos un tratamiento biológico.

**Material y métodos**

Se trata de un estudio prospectivo y multicéntrico realizado con datos del Registro de Asma Grave de la Región de Murcia. Se analizaron exacerbaciones, control del asma mediante ACT, calidad de vida mediante miniAQLQ, función pulmonar, biomarcadores inflamatorios tipo 2 y uso de corticoides orales antes y tras 12 meses de tratamiento con dupilumab; así como los pacientes que alcanzaron una respuesta completa definida como la ausencia de crisis, un ACT >20, $FEV_1$%>80 y sin tratamiento con corticoides orales.

**Resultados**

Se incluyeron 38 pacientes con asma grave tratados con dupilumab y tratamiento previo con otro biológico. Tras 12 meses de tratamiento, la media de exacerbaciones disminuyó de 2,29 a 0,18, el ACT pasó de 12,29 a 19 puntos, y la calidad de vida mejoró, con un incremento del miniAQLQ de 3,42 a 4,62 puntos. La función pulmonar mostró una mejoría discreta, con un aumento del $FEV_1$ de 110 mL sin significación estadística al igual que los niveles de FeNO, que disminuyeron de 83,43 a 22,43 ppb y la IgE total. Los eosinófilos en sangre no mostraron reducción. Además, un 26,9% de pacientes de esta cohorte alcanzaron una respuesta completa con el tratamiento.

**Conclusión**

En nuestra cohorte, dupilumab se asoció a una reducción marcada de exacerbaciones, mejoría en el control del asma y de la calidad de vida tras 12 meses de tratamiento. Además, se obtuvo una respuesta completa en un 26,9% de los pacientes. Estos datos apoyan su utilidad en pacientes con respuesta insuficiente a tratamientos biológicos previos.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Predictores basales de remisión clínica en pacientes con asma grave tratados con biológicos anti-IL-5/anti-IL-5Rα

Frattini Llorens L, Di Bernardo Delgado FT, Martínez Guerra ME, Marín Justo A, Díaz Palacios MÁ, Ferrer Franco A

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

**Objetivo/Introducción**

La remisión clínica en asma grave tratada con biológicos constituye un objetivo terapéutico cada vez más relevante. Sin embargo, los factores basales asociados a una mejor respuesta no están completamente definidos.

*Objetivo:* Identificar los parámetros basales asociados a la remisión clínica en pacientes tratados con mepolizumab o benralizumab.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo que incluyó 40 pacientes con asma grave tratados con mepolizumab o benralizumab, con seguimiento de 12 meses, en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. La remisión clínica se definió como ACT>19 sin corticoides orales. Se analizaron variables demográficas, funcionales, biomarcadores inflamatorios y parámetros de carga de enfermedad mediante análisis univariante, regresión logística multivariante y curva ROC.

**Resultados**

Un total de 24 pacientes (60%) alcanzaron remisión clínica. Los pacientes en remisión presentaron valores significativamente inferiores de ACQ-7 basal (2,11 vs. 3,20; $p$=0,02), menor número de ciclos de corticoides orales en los 12 meses previos (3 vs. 4; $p$=0,04) y una tendencia a valores superiores de ACT (13,7 vs. 11,3; $p$=0,09). Se observaron diferencias significativas en parámetros de oscilometría (R5-R20 y Fres), indicando mayor afectación de la vía aérea pequeña en el grupo sin remisión ($p$<0,05). No se hallaron diferencias en eosinófilos, IgE ni ECP. En el análisis multivariante, un mayor ACQ-7 basal se asoció de forma independiente con menor probabilidad de remisión (OR 0,15; IC 95% 0,03-0,71; $p$=0,017). El análisis ROC del ACQ-7 como predictor de remisión mostró un AUC de 0,787 (IC 95% 0,619-0,954; $p$=0,001), con un punto de corte óptimo de ACQ-7 ≤2,785.

**Tabla.** Comparación de parámetros basales entre pacientes con y sin remisión clínica.

| Variable | No remisión (n=16) | Remisión (n=24) | Valor *p* |
|---|---|---|---|
| Edad, años | 52,3 ± 14,2 | 55,7 ± 14,1 | 0,46 |
| IMC, kg/m² | 28,4 ± 5,9 | 28 ± 5,4 | 0,77 |
| Edad inicio asma, años | 27 [12,5 - 44,5] | 30 [6,5 - 39,3] | 0,85 |
| $FEV_1$ (L) | 1,93 ± 0,62 | 2,07 ± 0,54 | 0,42 |
| $FEV_1$ (%) | 68,2 ± 14,8 | 74 ± 12,1 | 0,19 |
| $FEV_1$/FVC (%) | 66,1 ± 8,3 | 63 ± 8,1 | 0,23 |
| $MEF_{25-75}$ (L/s) | 1,35 [0,7 - 1,6] | 1,0 [0,8 - 1,5] | 0,93 |
| $MEF_{25-75}$ (%) | 34,3 [18,9 - 47,8] | 30 [22,5 - 40,8] | 0,85 |
| R5-R20 | 0,28 ± 0,18 | 0,14 ± 0,12 | 0,01 |
| R5-R20 (%) | 48,2 [27,4 - 91,2] | 16,0 [1,5-32,7] | 0,02 |
| X5 | -0,35 [-0,5 - -0,2] | -0,16 [-0,2 - -0,1] | 0,04 |
| AX | 1,46 [1,2 - 3,1] | 0,72 [0,5 - 1,6] | 0,13 |
| Fres | 26,2 ± 8,9 | 20,0 ± 6,7 | 0,04 |
| Eosinófilos (cél/µL) | 470 [290 - 875] | 470 [270 - 743] | 0,84 |
| IgE total (UI/mL) | 311 [145 - 846] | 216 [74 - 797] | 0,85 |
| ECP | 23 [9,5 - 47] | 35 [21-75] | 0,20 |
| Ciclos de GCO | 4 [3 - 6] | 3 [2 - 6] | 0,04 |
| Dosis media GCO (mg) | 15 [11,3 - 26,3] | 6 [5 - 10] | 0,27 |
| Visitas a urgencias | 4 [1 - 6] | 2,5 [1 - 3] | 0,58 |
| Hospitalizaciones | 2,25 ± 2,50 | 5,00 ± 5,66 | 0,58 |
| ACT | 11,3 ± 3,6 | 13,7 ± 4,6 | 0,09 |
| ACQ-7 | 3,20 ± 0,95 | 2,11 ± 0,92 | 0,02 |
| AQLQ global | 3,25 ± 1,25 | 3,8 ± 1,10 | 0,19 |

**Conclusión**

El ACQ-7 basal mostró buena capacidad discriminativa para predecir remisión clínica. Junto al control clínico basal, los parámetros de oscilometría fueron los únicos marcadores funcionales que difirieron significativamente entre grupos, destacando el papel de la vía aérea pequeña como factor pronóstico en asma grave tratada con biológicos.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Efectividad de mepolizumab en el asma alérgica grave según el uso previo de inmunoterapia: análisis del estudio TYREX

Domínguez Ortega J[1], Álvarez Gutiérrez FJ[2], Pérez de Llano LA[3], Almonacid Sánchez C[4], Cisneros Serrano C[5], Dávila González I[6]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Instituto de Investigación Sanitaria (IDIPAZ), Madrid
[2] Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
[3] Servicio de Neumología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo
[4] Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid
[5] Servicio de Neumología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid
[6] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

## Objetivo/Introducción

La inmunoterapia con alérgenos (ITA) es el único tratamiento capaz de modificar el curso natural de la enfermedad alérgica y su uso previo se considera un buen indicador de alergia.

Este análisis *post hoc* del estudio TYREX evalúa si el uso previo de ITA se asocia con diferencias en la respuesta clínica, funcional y biológica al mepolizumab en pacientes con asma alérgica grave.

## Material y métodos

Se incluyeron pacientes con asma grave tratados con mepolizumab según la práctica clínica habitual y se clasificaron en dos grupos: aquellos que habían recibido ITA previamente (n=87) y aquellos que no (n=359). Se analizaron las siguientes variables: exacerbaciones, uso de corticoides orales (OCS), función pulmonar ($FEV_1$ y $FEF_{25-75\%}$), eosinófilos en sangre, IgE total, puntuación ACT, remisión clínica (entendida como $FEV_1$ ≥80%, sin exacerbaciones ni uso de corticosteroides y ACT ≥20) y ratio FEOS. Se evaluaron los cambios a los doce meses y al final del seguimiento, y se compararon ambos grupos.

## Resultados

La duración media del seguimiento fue de 4,09 años. A los 12 meses, ambos grupos mostraron una reducción significativa de las exacerbaciones y de la dosis de mantenimiento de corticoides orales. La puntuación ACT aumentó de 12,9

**Tabla.** Eficacia comparativa de mepolizumab en pacientes con y sin inmunoterapia específica de alérgenos (ITA).

| Resultados clínicos | Basal | 12 meses | Valor *p* | Final de seguimiento | Valor *p* | Basal | 12 meses | Valor *p* | Final de seguimiento | Valor *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recuento medio de eosinófilos en sangre (DE), células/µL | 558,95 (357,74) | 84,32 (65,39) | <0,0001 | 51,85 (36,59) | <0,0001 | 673,25 (786,67) | 95,31 (103,61) | <0,0001 | 83,49 (96,25) | <0,0001 |
| FeNO, media (DE), ppb | 68,35 (48,97) | 47,66 (51,16) | 0,3641 | 32,24 (33,50) | 0,0816 | 51,20 (46,21) | 45,72 (42,48) | 0,0051 | 41,58 (40,65) | 0,0100 |
| Niveles basales de IgE, media (DE), UI | 216,74 (244,54) | - | - | - | - | 305,19 (506,95) | - | - | - | - |
| Exacerbaciones anuales, media (DE) | 2,73 (1,65) | 0,51 (0,75) | <0,0001 | 0,35 (0,68) | <0,0001 | 3,13 (2,34) | 0,44 (0,97) | <0,0001 | 0,45 (0,98) | <0,0001 |
| Dosis de mantenimiento de corticosteroides orales (CSO), media (DE), mg/día | 6,88 (2,39) | 1,88 (2,39) | <0,0001 | 1,67 (2,89) | <0,0001 | 9,09 (7,10) | 1,35 (3,18) | <0,0001 | 0,69 (2,42) | <0,0001 |
| Puntuación ACT, media (DE) | 12,91 (4,30) | 21,45 (3,29) | <0,0001 | 21,94 (3,69) | <0,0001 | 14,52 (5,01) | 21,55 (3,92) | <0,0001 | 21,37 (4,23) | <0,0001 |
| $FEV_1$ pre-broncodilatador, media (DE), mL | 1991,17 (920,79) | 2099,09 (938,67) | <0,0001 | 2261,43 (1012,24) | <0,0001 | 1988,25 (814,18) | 2205,12 (789,37) | <0,0001 | 2094,07 (770,21) | <0,0001 |
| $FEV_1$ pre-broncodilatador, media (DE), % | 72,49 (22,87) | 79,43 (25,59) | 0,0002 | 81,07 (25,84) | 0,0001 | 74,61 (21,82) | 83,63 (19,60) | <0,0001 | 82,13 (20,17) | <0,0001 |
| $FEF_{25-75}$, media (DE), mL/s | 1008,41 (586,13) | 1437,49 (1118,38) | <0,0001 | 1008,41 (586,13) | 587,2 (79,36%) | 1208,07 (972,08) | 1437,49 (1118,38) | <0,0001 | 1208,07 (972,08) | 133,93 (56,96%) |
| Remisión clínica, n (%) | - | 7 (26,92%) | | 8 (38,10%) | - | - | 93 (38,75%) | - | 102 (42,68%) | - |
| Ratio FEOS, media (DE) | | 0,84 (0,14) | | 0,87 (0,15) | 0,0857 | | 0,87 (0,15) | | 0,86 (0,15) | 0,8893 |

Abreviaturas: DE, desviación estándar.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

a 21,5 y de 14,5 a 21,6, con un incremento del $FEV_1$ prebroncodilatador del 72,5 al 81,1% y del 74,6 al 82,1%. La ratio FEOS se mantuvo estable durante todo el seguimiento y, en hasta un 38-43% de los pacientes, se alcanzó la remisión clínica al final del seguimiento, independientemente del uso previo de ITA.

**Conclusión**

Mepolizumab se asoció con mejoría clínica, funcional y biológica en pacientes con asma grave y fenotipo eosinofílico, con o sin ITA previa, lo que confirma que la inhibición de la vía de IL-5 es efectiva, independientemente del antecedente de alergia. No se identificaron diferencias significativas entre los subgrupos.

## ALERGODATA: resultados del uso de un año de tratamiento con fármacos biológicos en pacientes con asma grave

Antolín Amérigo D[1,2], Dávila González I[3], Montoro Ferrer A[4], Quirce Gancedo S[5], Fraj Lázaro J[6], Domínguez Ortega J[5]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid
[2] Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid
[3] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca
[4] Servicio de Alergología, Hospital General de Villarrobledo, Albacete
[5] Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid
[6] Servicio de Alergología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

**Objetivo/Introducción**

ALERGODATA es un estudio observacional descriptivo que incluyó pacientes con asma grave atendidos en consultas de alergología.

Este análisis recoge los resultados de 351 pacientes en tratamiento con fármacos biológicos tras un año de tratamiento.

**Material y métodos**

Se analizaron variables clínicas, funcionales y de calidad de vida en situación basal y al año. Las variables cuantitativas se describieron mediante mediana e IQR, considerándose significativo $p<0,05$.

**Resultados**

Los pacientes presentan mayoritariamente un perfil inflamatorio tipo 2 con eosinofilia elevada previa al tratamiento (400 [210-700] células/µL). Tras un año de tratamiento biológico, se observa una mejoría significativa del control del asma (incremento en ACT), junto con una reducción de exacerbaciones totales ($p\leq0,001$), así como una disminución del uso de recursos sanitarios, incluyendo visitas a urgencias ($p<0,001$) y hospitalizaciones ($p=0,017$). La calidad de vida también mejora de forma significativa (AQLQ ajustado), junto con mejoras en parámetros funcionales ($FEV_1$ y $FEV_1$/FVC posbroncodilatador) (Tabla). Más de la mitad de los pacientes tratados alcanzan mejoría ≥3 puntos en ACT y ≥0,5 puntos en AQLQ, lo que confirma el impacto del tratamiento biológico y refuerza su utilidad en práctica clínica real.

**Conclusión**

El tratamiento con biológicos en pacientes con asma grave se asocia a mejoras significativas al año en control clínico, exacerbaciones, calidad de vida y función pulmonar, con un alto porcentaje de respondedores clínicos.

**Tabla.**

| Variable | Pre | Año | *p* |
|---|---|---|---|
| ACT | 17,5 (14-21) | 19,5 (14-23) | 0,001 |
| Exacerbaciones | 1,0 (0-3) | 0,0 (0-2) | 0,001 |
| Urgencias | 0 (0-1) | 0 (0-0) | <0,001 |
| AQLQ (/15) | 4,2 (3,2-5,3) | 5,1 (3,7-6,3) | <0,001 |
| $FEV_1$ (L) | 2,20 (1,70-3,00) | 2,30 (1,70-3,00) | 0,005 |
| Eosinófilos | 400 (210-700) | 200 (50-500) | <0,001 |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Características demográficas y clínicas de los pacientes con rinosinusitis crónica con pólipos nasales incluidos en el registro ALERGODATA: factores asociados a la respuesta clínica

Gil Melcón M[1], Fraj Lázaro J[2], Montoro Ferrer A[3], Quirce Gancedo S[4], Múgica García MV[5], del Cuvillo Bernal A[6]

[1] Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca
[2] Hospital Clínico de Zaragoza, Zaragoza
[3] Hospital General de Villarrobledo, Albacete
[4] Hospital Universitario La Paz, Madrid
[5] Hospital Universitario La Princesa de Madrid, Madrid
[6] Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera

**Objetivo/Introducción**

El registro ALERGODATA es un estudio observacional multicéntrico impulsado por la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) para caracterizar pacientes en tratamiento con biológicos en condiciones de vida real.

*Objetivo:* Caracterizar la cohorte de rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) e identificar factores asociados a una mejoría clínicamente relevante en la calidad de vida.

**Material y métodos**

Estudio de cohorte prospectivo en el que se seleccionaron pacientes adultos con RSCcPN evaluados en consultas de alergología. Se analizaron variables sociodemográficas y comorbilidades (asma, EREA, rinitis, conjuntivitis). Se realizaron un análisis descriptivo y otro exploratorio (regresión logística multivariante) para identificar predictores de respuesta, utilizando una mejoría ≥12 puntos en el cuestionario SNOT-22 tras el seguimiento.

**Resultados**

Se analizaron 99 pacientes. La muestra presentó una distribución equilibrada por sexos (54% de mujeres) y una alta prevalencia de comorbilidades (82,8%), destacando la rinitis (54,5%) y la conjuntivitis (25%). En el análisis univariante, se destacaron las asociaciones entre la rinitis, la conjuntivitis y la sensibilización alérgica, y entre esta última, una peor calidad de vida basal. En el multivariante, la afectación basal fue el principal predictor de mejoría: los pacientes con SNOT-22 basal>50 presentaron una probabilidad mayor de alcanzar la mejoría mínima clínicamente relevante, más de 12 puntos (OR: 4,37; IC 95%: 1,15-16,57; $p$=0,030). Por el contrario, la sensibilización alérgica a epitelios fue un factor protector (OR: 0,34; IC 95%: 0,12-0,97; $p$=0,04). Otras variables, como la edad, el sexo o la presencia de EREA, no mostraron asociaciones estadísticamente significativas en el modelo final ajustado por todas ellas.

**Conclusión**

Los pacientes con RSCcPN de la cohorte ALERGODATA presentan una alta carga de enfermedad y comorbilidad respiratoria. La gravedad basal de la RSCcPN es el factor pronóstico más sólido para una respuesta clínica significativa independientemente de su perfil demográfico.

**Tabla.** Características demográficas y clínicas basales en función de sensibilización alérgica.

| (n=99) | Sensibilización alérgica | | Valor $p$* (si procede) |
|---|---|---|---|
| | No (n=46) | Sí (n=53) | |
| Mujer (n, % total muestra) | 25 (%) | 29 (%) | |
| IMC (media, DE) | 30,6 (8,32) | 29,1 (5,87) | |
| Edad años (media, DE) | 57 (13,97) | 53,45 (12,39) | |
| SNOT-22 basal (media, DE) | 29,62 (22,93) | 40,63 (28,02) | 0,052 |
| Fumadores (n, % total muestra) | 2 (2%) | 3 (3%) | |
| Comorbilidades (n, % total muestra) | 40 (40%) | 42 (42,4%) | |
| Rinitis (n, % total muestra) | 18 (18%) | 36 (36,4%) | <0,001 |
| Conjuntivitis (n, % total muestra) | 5 (5%) | 20 (20%) | <0,001 |
| Reflujo (n, % total muestra) | 13 (13%) | 8 (8%) | |
| Esofagitis (n, % total muestra) | 1 (1%) | 4 (4%) | |
| Dermatitis atópica (n, % total muestra) | 0 (0%) | 1 (1%) | |
| SENSIB_ALERGICA_POL (n, % total muestra) | | 43 (43,4%) | |
| SENSIB_ALERGICA_ACAROS (n, % total muestra) | | 22 (22%) | |
| SENSIB_ALERGICA_EPIT (n, % total muestra) | | 24 (24%) | |
| SENSIB_ALERGICA_HONG (n, % total muestra) | | 9 (9%) | |
| SENSIB_ALERGICA_ALIMEN (n, % total muestra) | | 11 (11%) | |

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Identificación de proteínas del polen de *Quercus ilex* reactivas frente a IgE: un patrón de reconocimiento heterogéneo en la población española

Hernández Walias JC, Cantillo Mercado JF, Iborra Martín S, Pineda de la Losa F, Subiza Garrido-Lestache JL

Inmunotek, S.L., Alcalá de Henares, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La encina (*Quercus ilex*) es una especie arbórea cuya amplia distribución en España contribuye de forma relevante al exposoma polínico. Sin embargo, su repertorio alergénico permanece insuficientemente caracterizado.

*Objetivo:* Identificar las proteínas del polen de *Quercus ilex* reconocidas por IgE sérica en pacientes españoles con rinitis alérgica y comparar los patrones de reconocimiento proteico de 11 regiones del país.

**Material y métodos**

Las proteínas de extracto de polen de *Quercus ilex* se separaron según su punto isoeléctrico mediante isoelectroenfoque y, posteriormente, se obtuvo un perfil proteico bidimensional por electroforesis. A continuación, mediante Western blot, se utilizaron *pools* de sueros positivos al extracto de este polen de pacientes con rinitis alérgica procedentes de las 11 regiones del estudio. Se seleccionaron 56 muestras correspondientes a proteínas de unión a IgE en base a los perfiles de inmunorreactividad obtenidos para ser identificadas por espectrometría de masas.

**Resultados**

Se identificaron 41 proteínas con capacidad de unión a IgE en el extracto de polen de *Quercus ilex*, de las cuales, 14 corresponden a alérgenos registrados en otras especies. El análisis comparativo entre las 11 regiones mostró diferencias en los patrones de reconocimiento proteico, observándose reactividad de un subconjunto de estas proteínas en todos los casos. Además, se detectaron diferencias en la intensidad de reconocimiento de estas proteínas entre las regiones.

**Conclusión**

Los resultados de este estudio evidencian una marcada heterogeneidad en el patrón de reconocimiento de estas proteínas entre poblaciones españolas. Estas diferencias interregionales respaldan la influencia del exposoma local en la respuesta IgE. Además, ofrecen una visión más detallada sobre la relevancia de usar tratamientos de extracto completo y de evitar la exposición a aquellas fuentes alergénicas que contienen proteínas con las que este polen presenta reactividad cruzada.

Volver al índice

 © 2026 Esmon Publicidad

# Identificación de marcadores epigenéticos asociados con asma en mujeres mediante un estudio epigenómico estratificado por sexo

Martín Almeida M[1,2], Pérez García J[1,3], Martín González E[1,2], Poza Guedes P[4], González Pérez R[4], Pino Yanes M[1,2,5]

[1] Grupo de Investigación Genómica y Salud, Universidad de La Laguna (ULL), San Cristóbal de la Laguna, Tenerife, España
[2] Instituto de Tecnologías Biomédicas (ITB), Universidad de La Laguna (ULL), San Cristóbal de la Laguna, Tenerife, España
[3] Department of Epidemiology and Population Health, Stanford University, Stanford, California, Palo Alto, Estados Unidos
[4] Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de la Laguna, Tenerife, España
[5] CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

**Objetivo/Introducción**

En la edad adulta, las mujeres con asma presentan con mayor frecuencia fenotipos más graves, peor control clínico y mayor mortalidad asociada a la enfermedad. Aunque los estudios de asociación del epigenoma completo (EWAS) permiten identificar cambios en la metilación del ADN, una marca epigenética que refleja la interacción entre factores genéticos y ambientales, la mayoría de estos estudios no estratifican por sexo, lo que podría limitar la detección de marcadores específicos en mujeres.

*Objetivo:* Realizar un EWAS estratificado por sexo para identificar marcadores de metilación asociados con asma en mujeres.

**Material y métodos**

Se incluyeron participantes de la cohorte GEMAS, reclutados en hospitales de las Islas Canarias. El análisis incluyó 378 mujeres con datos de metilación (146 controles y 232 pacientes con asma). Además, se analizaron 248 hombres (120 controles y 128 casos) para evaluar la replicación de las señales identificadas en mujeres. Se llevó a cabo un EWAS estratificado por sexo, ajustando por edad, componentes principales de ascendencia y proporciones celulares estimadas. La significación estadística se evaluó mediante corrección por tasa de falsos descubrimientos (FDR)<0,05 y umbral de significación genómica ($p<9 \times 10\text{-}8$).

**Resultados**

Se identificaron 480 CpGs con FDR<0,05 en mujeres, de los cuales 27 alcanzaron la significación genómica. La asociación más significativa fue la CpG cg13789639, localizada en el gen STIL ($\beta$=-0,28; $p$=4,22 × 10-10). De las 27 CpGs significativas a nivel genómico, 4 replicaron en hombres, mientras que las 23 restantes podrían ser marcadores específicos de mujeres. Estas CpGs se localizaron en genes con relevancia inmunológica y respiratoria, incluyendo *IFNGR1, PTAFR, EPX* y *DICER1*, así como en otros genes todavía no caracterizados en asma.

**Conclusión**

Nuestros resultados sugieren la existencia de marcadores epigenéticos asociados con asma específicos de mujeres.

Financiación: MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ERDF/EU (PID2024-160302OB-I00), ProID2025010009 (ACIISI y FEDER Canarias 2021-2027).

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Ansiedad y depresión en el asma: un impacto silencioso que condiciona el control clínico

D'Elia Torrence D, Mugno Saba AM, Steixner Zevallos S, Perea Lam NS, Alloza Gómez P, Manzanedo Ortega L

Hospital Universitario de Burgos (HUBU), Burgos

**Objetivo/Introducción**

La ansiedad y la depresión en personas con asma pueden deteriorar el control clínico, reducir la adherencia al tratamiento y afectar la calidad de vida. La evidencia muestra que estos factores emocionales incrementan la carga asistencial, por lo que resulta esencial analizar su influencia considerando otros aspectos clínicos.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio prospectivo en pacientes con asma atendidas en el Hospital Universitario de Burgos (febrero de 2025 a febrero de 2026), utilizando cuestionarios validados, función pulmonar y seguimiento clínico. Las asociaciones se analizaron mediante ρ de Spearman y los modelos multivariables con coeficientes β, considerando significativo $p<0,05$.

**Resultados**

Se analizaron 85 pacientes (57,6% mujeres; edad media 43 años), aproximadamente la mitad se encontraba en escalón cuatro de tratamiento o superior según GEMA. El control del asma fue globalmente aceptable (media ACT 20,9 ± 4,3), aunque un 31,8% presentó mal control. La adherencia fue óptima en el 41% y deficiente en el 30%. El 37% presentó ansiedad y el 15,3% depresión. Un mejor control del asma se asoció con mayor adherencia (ρ=0,263; $p$=0,015) y con menores niveles de ansiedad (ρ=-0,314; $p$=0,003) y depresión (ρ=-0,397; $p<0,001$). La ansiedad se relacionó con un mayor número de exacerbaciones anuales (ρ=0,218; $p$=0,045). El índice de masa corporal medio fue de 28,0 ± 5,8, con un 67% de pacientes en sobrepeso u obesidad; pese a ello, no mostró asociación significativa con el control clínico ni con la sintomatología emocional. En el análisis multivariante, el mal control del asma emergió como el principal predictor independiente tanto de ansiedad (β=-0,38; $p$=0,001) como de depresión (β=-0,42; $p<0,001$).

**Conclusión**

Los resultados subrayan la necesidad de una atención integral que incluya el tratamiento de la esfera emocional, cuya relevancia en la evolución del asma ha sido demostrada repetidamente. Pese a esta evidencia sostenida, esta dimensión continúa sin abordarse sistemáticamente y es imprescindible dejar de ignorarla.

**Tabla 2.** Correlaciones entre el control del asma (ACT) y los niveles de ansiedad y depresión.

| | | ρ de Spearman | gl | Valor *p* |
|---|---|---|---|---|
| ACT | Ansiedad (AS) | -0,314 | 83 | 0,003 |
| ACT | Depresión (D) | -0397 | 83 | <0,001 |

Abreviaturas: ACT, Asthma Control Test; AS, ansiedad; D, depresión. Correlaciones calculadas mediante ρ de Spearman; gl, grados de libertad.

**Tabla 1.** Descriptivos de la muestra y categorización ordinal de ansiedad y depresión según niveles de gravedad.

| Variable | N (sí) / categorías | Media | Mediana | De | Mínimo | Máximo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Edad | — | 43,7294 | 46 | 13,828 | 13 | 71 |
| Femenino | 49 (57,6%) | 0,5765 | 1 | 0,497 | 0 | 1 |
| Masculino | 36 (42,4%) | 0,4235 | 0 | 0,497 | 0 | 1 |
| A. *Alternaria* | 9 (10,6%) | 0,1059 | 0 | 0,310 | 0 | 1 |
| A. ácaros | 44 (51,8%) | 0,5176 | 1 | 0,503 | 0 | 1 |
| A. gramíneas | 40 (47,1%) | 0,4706 | 0 | 0,502 | 0 | 1 |
| A. ciprés | 18 (21,2%) | 0,2118 | 0 | 0,411 | 0 | 1 |
| A. olivo | 5 (5,9%) | 0,0588 | 0 | 0,237 | 0 | 1 |
| A. platanero | 1 (1,2%) | 0,0118 | 0 | 0,108 | 0 | 1 |
| A. malezas | 5 (5,9%) | 0,0588 | 0 | 0,237 | 0 | 1 |
| A. epitelios | 46 (54,1%) | 0,5412 | 1 | 0,501 | 0 | 1 |
| Ansiedad ordinal (Ao) | 0: 53 (62,4%) / 1: 18 (21,2%) / 2: 14 (16,5%) | 0,5412 | 0 | 0,765 | 0 | 2 |
| Depresión ordinal (Do) | 0: 73 (85,9%) / 1: 8 (9,4%) / 2: 4 (4,7%) | 0,1882 | 0 | 0,500 | 0 | 2 |

Abreviaturas: A, alergia; AO, ansiedad ordinal (0=normal, 1=leve, 2=criterios de derivación); DO, depresión ordinal (0=normal, 1=leve, 2=criterios de derivación); N (sí), número de pacientes y porcentaje sobre el total (n=85).

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Beneficios a largo plazo de la inmunoterapia con alérgenos en la rinitis alérgica local: estudio de seguimiento a 10 años

Moya Seseña B[1], Sánchez Torralvo D[1,2], Testera Montes A[1,2], Torres Jaén MJ[1,2,3], Rondón Segovia C[1,2], Eguíluz Gracia I[1,2]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga
[2] Precision Allergy Translational Hub (PATH), Allergy Group, IBIMA Plataforma BIONAND, RICORS Inflammatory Diseases, Málaga
[3] Departamento de Medicina y Dermatología, Universidad de Málaga, Málaga

**Objetivo/Introducción**

La rinitis alérgica local (RAL) es un fenotipo de rinitis caracterizado por respuesta alérgica localizada en mucosa nasal sin sensibilización sistémica detectable. Aunque la inmunoterapia con alérgenos (ITA) ha demostrado eficacia clínica durante el tratamiento, sus efectos a largo plazo continúan escasamente definidos.

*Objetivo:* Evaluar la eficacia sostenida y el posible efecto modificador de la enfermedad de la ITA subcutánea en pacientes con RAL durante un seguimiento de 10 años.

**Material y métodos**

Se incluyeron pacientes con RAL que completaron un ensayo clínico aleatorizado de 1 año con ITA subcutánea con mejoría clínica (cohorte ITA). Todos completaron posteriormente un ciclo terapéutico de 3 años y fueron seguidos durante 7 años adicionales. Paralelamente, se siguió una cohorte emparejada de pacientes con RAL sin ITA (cohorte no ITA). Las variables principales incluyeron síntomas nasooculares mediante escala visual analógica (EVA), uso de medicación de rescate y días libres de medicación. Como variables secundarias se evaluaron incidencia y control del asma, $FEV_1$, gravedad de la rinitis, calidad de vida, visitas a urgencias y aparición de nuevas sensibilizaciones mediante provocación nasal con alérgenos.

**Resultados**

Se incluyeron 66 pacientes (ITA: n=32; no ITA: n=34). La cohorte ITA presentó una reducción significativa y mantenida de los síntomas nasooculares desde el primer año ($p$<0,001) y un incremento de los días libres de medicación desde el tercer año ($p$<0,001). La incidencia de asma fue significativamente menor en el grupo ITA respecto al no ITA (8% vs. 40,7%; $p$=0,021), con un aumento del $FEV_1$ (16%, $p$<0,001), reducción de corticoides inhalados (-49,8%; $p$<0,001), y mejoría del control del asma (+2,5 puntos, $p$<0,001) en el primer grupo. Las nuevas sensibilizaciones fueron menos frecuentes en pacientes tratados con ITA (6,3% vs. 38,2%; $p$=0,002).

**Conclusión**

La ITA subcutánea en pacientes con RAL induce una mejoría clínica sostenida y reduce significativamente el desarrollo de asma y nuevas sensibilizaciones, apoyando su potencial papel modificador de la enfermedad a largo plazo.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alfa triptasemia hereditaria: estudio descriptivo de una cohorte de 71 pacientes

Cubillo Heras P, Blanco-López M, García Martínez E, Prieto García A

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alfatriptasemia hereditaria (HAT) es un rasgo genético autosómico dominante caracterizado por aumento del número de copias del gen *TPSAB1* y niveles elevados de triptasa basal. Aunque se ha asociado a síntomas de activación mastocitaria, incluyendo anafilaxia, una proporción relevante de individuos permanece asintomática, sugiriendo penetrancia clínica variable.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó 71 pacientes diagnosticados de HAT mediante determinación de variaciones del número de copias del gen *TPSAB1* por PCR digital. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas.

**Resultados**

Edad media 53,7 ± 18,8 años, mujeres 64,8%. El 67,6% presentaba atopia. Los principales motivos de derivación fueron anafilaxia (46,5%) y elevación de triptasa basal (25,4%).

Los genotipos más frecuentes fueron 3α:2β (43,7%) y 2α:3β (42,3%). La triptasa basal sérica media fue 19,5 ± 9,9 ng/mL. Se observaron niveles significativamente más elevados de triptasa basal en pacientes con dos copias adicionales de *TPSAB1* frente a una copia adicional (24,2 ± 9,0 vs. 18,6 ± 9,9 ng/mL; *p*=0,015) (Figura).

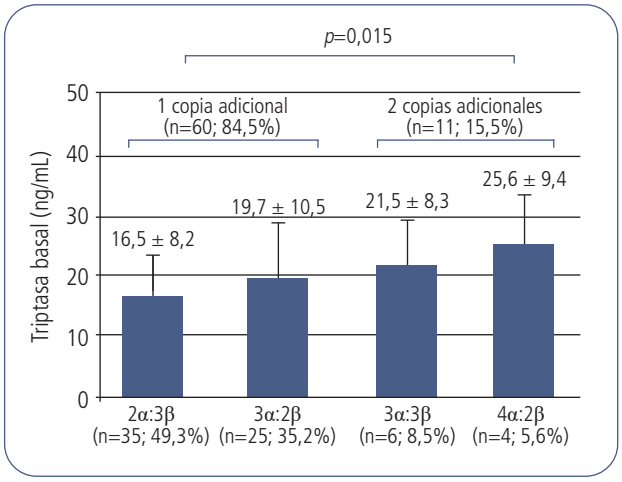



**Figura.** Relación entre copias de TPSABI y triptasa sérica basal.

El 29,6% eran asintomáticos. De los sintomáticos, 38 (53,5%) presentaron anafilaxia, predominando manifestaciones cutáneas (78,9%) y respiratorias (73,7%). El 21,1% presentó hipotensión. Las causas más frecuentes fueron alimentos (50%), fármacos (28,9%), himenópteros (10,5%) e idiopática (10,5%). De los 10 pacientes (26,3%) con REMA *score* ≥2, en uno se descartó mastocitosis tras biopsia de médula ósea y, en otro, la muestra fue insuficiente. El 67,3% presentó síntomas crónicos, mayoritariamente cutáneos (75%) y digestivos (57,1%).

Seis pacientes cumplían criterios de mastocitosis sistémica: 4 mastocitosis de médula ósea y 2 mastocitosis sistémica indolente sin lesión cutánea. 2 fueron diagnosticados de SAM monoclonales. Todos presentaron anafilaxia. 37 pacientes fueron diagnosticados de SAM o de probable SAM no clonal y 24 de SAM secundario.

**Conclusión**

La HAT presenta marcada heterogeneidad clínica, desde anafilaxia recurrente hasta pacientes asintomáticos. Debe considerarse en pacientes con anafilaxia y/o triptasa basal elevada. En pacientes con HAT y anafilaxia debe valorarse trastorno mastocitario clonal subyacente.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Experiencia en vida real con dupilumab en esofagitis eosinofílica refractaria

Picos Baliña R[1], Otal Cabrera J[1], Ríos Márquez C[1], Espín Jaime B[2], Garzón Benavides M[3], Ávila Castellano R[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
[2] Servicio de Aparato Digestivo Infantil, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
[3] Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Objetivo/Introducción**

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica del esófago cuyo tratamiento convencional incluye inhibidores de la bomba de protones (IBP), corticoides tópicos (CT) y dietas de eliminación (DE). Un subgrupo de pacientes presenta enfermedad refractaria o comorbilidades atópicas que dificultan su manejo. Dupilumab ha emergido como una nueva alternativa terapéutica.

*Objetivo:* Describir la experiencia en vida real con dupilumab y analizar posibles factores asociados a respuesta terapéutica.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo descriptivo de 14 pacientes con EoE tratados con dupilumab en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables demográficas, clínicas, histológicas, tratamientos previos, indicación del fármaco, respuesta terapéutica y efectos adversos.

**Resultados**

Se incluyeron 14 pacientes; uno suspendió precozmente por artralgias, por lo que 13 fueron evaluables. La mediana de edad al diagnóstico fue de 11 años (rango 2-32), con predominio masculino (92,3%) y retraso diagnóstico de 10 meses.

Predominó el fenotipo inflamatorio (84,6%). Las comorbilidades más frecuentes fueron rinitis (76,9%) y alergia alimentaria (69,2%), y el síntoma principal fue disfagia/impactación (69,2%).

El 84,6% no respondió a IBP, el 76,9% a CT y el 23,1% a DE. Dupilumab se indicó principalmente por refractariedad (84,6%) y, en menor medida, por comorbilidad atópica asociada (15,4%).

Doce pacientes (92,3%) presentaron respuesta clínica y nueve (69,2%) respuesta histológica (remisión en ocho de ellos). Ocho pacientes (61,5%) lograron respuesta clínico-histológica; en los restantes se observó respuesta clínica sin reevaluación histológica (n=3), respuesta histológica sin mejoría clínica (n=1) y respuesta clínica sin respuesta histológica (n=1). Además, se objetivó mejoría endoscópica mediante EREFS.

**Conclusión**

Dupilumab mostró una elevada tasa de respuesta clínica e histológica en pacientes con EoE refractaria en práctica clínica real, con un perfil de seguridad favorable. Nuestros resultados apoyan el papel de dupilumab como alternativa terapéutica eficaz en pacientes con EoE refractaria y comorbilidad atópica asociada.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Sensibilización no es alergia: perfiles clínicos y cosensibilización a legumbres en una década de práctica clínica real (2015-2025)

D'Elia Torrence D, Gutiérrez Álvarez P, Fiol Alonso L, Steixner Zevallos S, del Pozuelo Aparicio S, Benito Martínez P

Hospital Universitario de Burgos (HUBU), Burgos

**Objetivo/Introducción**

Las legumbres representan un grupo alimentario esencial y una de las causas de alergia alimentaria. Su capacidad para inducir reacciones graves, sus patrones clínicos variables y su creciente presencia en dietas modernas, las convierten en un desafío clínico emergente que exige una comprensión más profunda y actualizada.

**Material y métodos**

Presentamos un estudio retrospectivo cuyo objetivo fue determinar las características clínicas y los patrones de sensibilización de pacientes alérgicos a legumbres atendidos en el Hospital Universitario de Burgos (2015-2025). Las asociaciones se analizaron mediante la correlación de ρ de Spearman, $p<0,05$.

**Resultados**

Se analizaron 52 pacientes (mediana de 17 años), en el 79% su primera reacción fue con lentejas. Los niveles de IgE específica no mostraron correlación con la severidad (ρ:0,05 a 0,07; $p>0,6$). La alergia se concentró en los ejes alubia-garbanzo-guisante (ρ:0,45-0,65), mientras que la lenteja fue la más independiente. La sensibilización no implicó alergia clínica, especialmente en lenteja, guisante y soja. No hubo asociación entre alergia a ≥3 legumbres y severidad ($p>0,84$). Los síntomas variaron por legumbre, destacando disnea en cacahuete (54,5%) y urticaria en el resto. La sensibilización a LTP no se asoció con mayor gravedad (ρ:0,03 a -0,12) y no hubo correlación entre anafilaxia por legumbres y alergia a más de tres frutos secos (ρ -0,280 a -0,258). De forma llamativa, la alergia a legumbres tampoco se relacionó con alergia frente a aeroalérgenos (gramíneas, ácaros, *Alternaria*, epitelios; ρ:0,16 a 0,09) ni con comorbilidades como asma, rinitis, dermatitis atópica o esofagitis eosinofílica (ρ:0,19 a 0,13; $p>0,16$); un patrón poco habitual respecto a lo descrito en la literatura, donde la atopia suele asociarse a mayor reactividad.

**Conclusión**

Dado que la sensibilización no se relaciona con gravedad, comorbilidades ni alergia real, nuestros resultados refuerzan la necesidad de realizar pruebas de exposición controlada, para evitar restricciones innecesarias y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

**Tabla 2.** Porcentaje de sensibilización cruzada entre legumbres y frutos secos en pacientes con alergia alimentaria.

| Legumbre | A. cacahuete | A. nuez | A. avellana | A. Anacardo/ Pistacho |
|---|---|---|---|---|
| A. cacahuete | 100% | 33,3% | 33,3% | 22,2% |
| A. lenteja | 50% | 12,5% | 12,5% | 6,3% |
| A. alubia | 40% | 20% | 20% | 20% |
| A. garbanzo | 41,2% | 17,6% | 17,6% | 11,8% |
| A. guisante | 33,3% | 14,3% | 14,3% | 9,5% |
| A. soja | 38,5% | 15,4% | 15,4% | 7,7% |

Abreviaturas: A, alergia.
Los porcentajes representan la proporción de pacientes alérgicos a cada legumbre que presentan alergia asociada a cacahuete, nuez, avellana o anacardo/pistacho, indicando patrones de reactividad cruzada clínica.

**Tabla 1.** Características descriptivas de la muestra y distribución de alergias, sensibilizaciones y comorbilidades.

| Variable | N (sí) / categorías | Media | Mediana | DE | Mínimo | Máximo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Edad | — | 23,0345 | 16,50 | 19,596 | 2,05 | 81,2 |
| Masculino | 37 (71,2%) | 0,7115 | 1,00 | 0,457 | 0 | 1 |
| Femenino | 15 (28,8%) | 0,2885 | 0,00 | 0,457 | 0 | 1 |
| Rinitis | 20 (38,5%) | 0,3846 | 0,00 | 0,491 | 0 | 1 |
| Asma | 8 (15,4%) | 0,1538 | 0,00 | 0,364 | 0 | 1 |
| DA | 7 (13,5%) | 0,1346 | 0,00 | 0,345 | 0 | 1 |
| EOS | 3 (5,8%) | 0,0577 | 0,00 | 0,235 | 0 | 1 |
| AL>=3 | 22 (42,3%) | 0,4231 | 0,00 | 0,499 | 0 | 1 |
| SL>=3 | 25 (48,1%) | 0,4808 | 0,00 | 0,505 | 0 | 1 |
| AFS>=3 | 9 (17,3%) | 0,1731 | 0,00 | 0,382 | 0 | 1 |

Abreviaturas: A, alergia; DA, dermatitis atópica; DE, desviación estándar; EOS, esofagitis eosinofílica; FS, frutos secos; L, legumbres; S, sensibilización; >, mayor o igual a.
La tabla resume las características demográficas y clínicas de la muestra, incluyendo la presencia de alergias, sensibilizaciones y comorbilidades relevantes. N:52 pacientes.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Descripción sociodemográfica, clínica y molecular de pacientes con alergia a frutos secos: estudio transversal descriptivo (2020-2025)

Navarro Salgado SC, Alvarado Izquierdo MI, Colomer García MC

Hospital Universitario de Cáceres, Cáceres

**Objetivo/Introducción**

La alergia a frutos secos es una causa relevante de anafilaxia alimentaria. La caracterización mediante diagnóstico molecular permite comprender mejor su heterogeneidad clínica.

*Objetivo:* Describir el perfil sociodemográfico, clínico y molecular en pacientes con alergia a frutos secos, explorando patrones diferenciales según edad y expresión clínica.

**Material y métodos**

Estudio transversal descriptivo en pacientes con diagnóstico confirmado de alergia a frutos secos atendidos en el Hospital Universitario de Cáceres entre 2020 y 2025. Se recogieron variables sociodemográficas, antecedentes atópicos, manifestaciones clínicas y sensibilización molecular mediante pruebas cutáneas e IgE específica.

**Resultados**

Se incluyeron 80 pacientes (52,5% mujeres; edad media 19,8 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron rinoconjuntivitis (88,8%), asma (53,8%) y dermatitis atópica (41,3%). Los principales frutos secos implicados fueron la nuez (42,5%), el cacahuete (36,3%) y el pistacho (11,3%). La anafilaxia se registró en el 18,8% de los casos.

El perfil molecular mostró predominio de proteínas de almacenamiento y nsLTP, destacando Jug r 1, Ara h 2, Ara h 9 y Ana o 3.

En pacientes con anafilaxia se observaron diferencias según edad. En alergia a cacahuete, los mayores de 14 años presentaron principalmente Ara h 2 y Ara h 9 junto a sensibilización a LTP, mientras que en menores predominó Ara h 3 sin panalérgenos. En alergia a nuez, los adultos mostraron combinación de Jug r 1 y Jug r 3, y en niños predominó Jug r 1. En los casos relacionados con pistacho, el análisis mediante componentes de anacardo evidenció en adultos sensibilización a reactividad cruzada, frente a predominio de Ana o 3 en población pediátrica.

**Conclusión**

La alergia a frutos secos presenta perfiles moleculares diferenciados según edad y alimento implicado. Estos patrones podrían reflejar distintos fenotipos clínicos con implicaciones en la estratificación del riesgo y el manejo individualizado.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Alergia a piñones: serie de casos con reacciones sistémicas y sospecha de reactividad cruzada

Paucar Vidal KC[1], Gutiérrez Hernández M[2], Sanz Gómez N[2], Iglesias Cadarso A[1], Dávila Terán T[1], Arenas Colmenares S[1]

[1] Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid
[2] Laboratorio de Diagnóstico de Precisión, DIATER, Leganés

**Objetivo/Introducción**

La alergia a piñones es una entidad poco frecuente, habitualmente asociada a reacciones graves y descrita como monosensibilización. No obstante, la evidencia disponible es limitada y persisten dudas sobre posibles patrones de reactividad cruzada con otros frutos secos.

*Objetivo:* Describir las características clínicas y el perfil de sensibilización en una serie de pacientes con alergia a piñones.

**Material y métodos**

Se incluyeron 5 pacientes (5-24 años) evaluados por reacciones alérgicas tras la ingesta o exposición a piñones. Se recogieron variables clínicas y se realizó estudio alergológico mediante pruebas cutáneas, determinación de IgE específica y diagnóstico molecular (ALEX²), complementado con SDS-PAGE e IgE-*immunoblot*.

**Resultados**

Cuatro pacientes presentaron anafilaxia, requiriendo administración de adrenalina, y uno urticaria con angioedema. Todos mostraron pruebas cutáneas positivas a piñones. Dos pacientes presentaban reacción alérgica a otros frutos secos. En uno de ellos se documentó una reacción de hipersensibilidad con nuez (prurito faríngeo y dolor abdominal), y otro presentaba alergia a avellana (edema palpebral, labial y urticaria).

El estudio por *immunoblot* mostró sensibilización de todos los pacientes a piñón. Las IgE del suero reaccionaron con múltiples bandas entre 50 y 13 kDa. Concretamente, la banda de 30 kDa (probablemente vicilina) fue común a todos los pacientes. El estudio molecular evidenció sensibilización concomitante a otros frutos secos: avellana (3/5 casos), nuez de macadamia (2/5 casos), nuez de nogal (3/5 casos) y nuez de pecana (3/5 casos). Solo un paciente mostró sensibilización exclusiva al piñón.

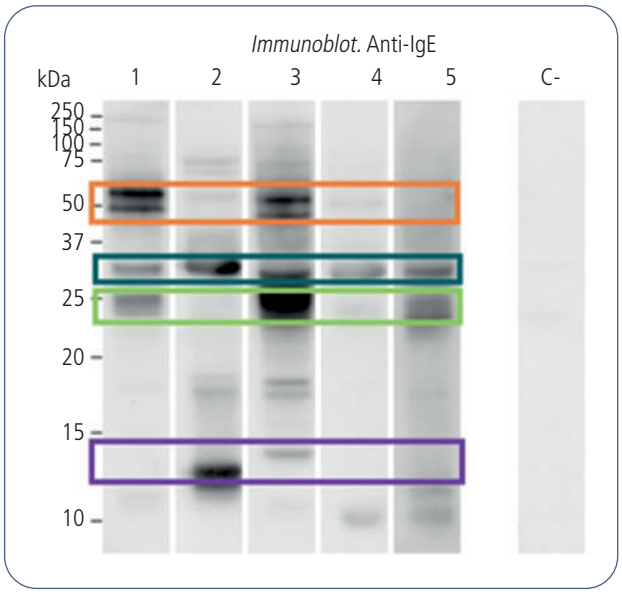



**Figura.** Perfil alergénico (*immunoblot* anti-IgE). Piñón 1 µg. 1-5: suero pacientes. C-: control negativo.

**Conclusión**

La alergia a piñones se asocia frecuentemente a reacciones sistémicas. Los pacientes analizados presentan sensibilización a piñón y sensibilización concomitante a otros frutos secos. Las bandas que se detectan podrían estar relacionadas con proteínas de almacenamiento. Los resultados sugieren una posible implicación de reactividad cruzada, que deberá confirmarse mediante estudios de inhibición y con mayor tamaño muestral.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Caracterización de productos procesados de cacahuete: influencia en la composición alergénica

López Matas MÁ, González Ruiz A, Calzada Ricote D, Aranda Cantero T, Moya Lobo R, Carnés Sánchez J

LETI Pharma S.L.U., Tres Cantos, Madrid

**Objetivo/Introducción**

El procesamiento de los alimentos utilizados para diagnóstico y tratamiento puede afectar a los resultados de las provocaciones o inmunoterapia oral.

*Objetivo:* Caracterizar, en términos alergénicos, liofilizados derivados de tres productos de cacahuete.

**Material y métodos**

Se realizaron tres extractos a partir de cacahuetes fritos (CF), mantequilla de cacahuete (MC) y polvo de cacahuete (PC). Se estudió el contenido proteico, perfil proteico (SDS-PAGE reductor y no reductor), perfil alergénico (*immunoblot*), contenido en alérgenos (Ara h 1, Ara h 2, Ara h 3, Ara h 6) mediante ELISA, y presencia de alérgenos por espectrometría de masas (MS).

**Resultados**

El contenido proteico fue entre dos y cuatro veces mayor en CF que en MC y PC. En el perfil proteico en condiciones reductoras se observaron diez bandas comunes en los tres extractos, detectándose en CF seis bandas adicionales. En condiciones no reductoras se observaron diez bandas comunes y tres adicionales en CF. Una banda de 65 kDa fue más intensa en CF en ambas condiciones. El perfil alergénico fue similar en los tres extractos, pero con mayor reconocimiento de una banda de 65 kDa (Ara h 1) en CF. El contenido de alérgenos fue más elevado en CF para tres de los cuatro alérgenos. En concreto, los niveles de Ara h 1 y Ara h 6 fueron diez y seis veces superiores respectivamente, a los cuantificados en MC. Se identificaron nueve alérgenos comunes mediante MS. Ara h 13 y Ara h 16 sólo se identificaron en CF.

**Conclusión**

Los extractos procedentes de tres productos procesados de cacahuete presentaron perfiles proteico y alergénico similares, con diferencias en la cantidad de varios alérgenos, especialmente Ara h 1. La composición alergénica de productos derivados del cacahuete debe tenerse en cuenta en el diseño e interpretación de estudios de alergia.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# ¿Se reintroducen los frutos secos tras una prueba de exposición oral controlada negativa? Realidad en la práctica clínica

Morales Janke A[1], Ridruejo Flórez M[1], Bueno Balboa A[1], Cabrera Freitag P[1,2], Álvarez-Perea A[1,2], Infante S[1,2,3]

[1] Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
[2] Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid
[3] CIBERER-U761, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La prueba de exposición oral controlada (PEOC) constituye el patrón oro para diagnosticar alergia alimentaria. Sin embargo, un porcentaje relevante de pacientes pediátricos no reintroduce el alimento tras PEOC negativa, manteniendo restricciones dietéticas innecesarias.

*Objetivo:* Analizar la frecuencia de evitación de frutos secos (FS) en estos casos y describir los motivos de no reintroducción.

**Material y métodos**

Estudio observacional retrospectivo en ≤16 años sometidos a ≥1 PEOC con FS (avellana, almendra, anacardo, pistacho, nuez, cacahuete, piñón, castaña y semilla de girasol) en un servicio de alergología infantil entre 2022-2024. Se recogieron variables demográficas, pruebas *in vivo* e *in vitro,* y resultados de PEOC. La tolerancia domiciliaria y los motivos de no reintroducción se confirmaron telefónicamente.

**Resultados**

Se realizaron 518 PEOC, siendo más frecuentes con almendra (14,7%), avellana (14,3%) y cacahuete (13,7%).

**Tabla 1.** Evitación tras PEOC negativa por fruto seco y grupo clínico.

| Fruto seco | Grupo clínico | PEOC realizada | PEOC negativa | Evitación |
|---|---|---|---|---|
| Almendra | Alergia n=12 | n=11 (91,7%) | n=11 (100%) | n=2 (18,2%) |
| | Sensibilización n=76 | n=48 (63,2%) | n=44 (91,7%) | n=7 (15,9%) |
| | Sin alergia/sensibilización n=53 | n=17 (32,1%) | n=16 (94,1%) | n=2 (12,5%) |
| Anacardo | Alergia n=7 | n=0 | n=0 | n=0 |
| | Sensibilización n=42 | n=21 (50%) | n=19 (90,5%) | n=6 (31,6%) |
| | Sin alergia/sensibilización n=92 | n=21 (22,8%) | n=20 (95,2%) | n=3 (15%) |
| Avellana | Alergia n=24 | n=8 (33,3%) | n=6 (75%) | n=1 (16,7%) |
| | Sensibilización n=76 | n=51 (67,1%) | n=46 (90,2%) | n=10 (21,7%) |
| | Sin alergia/sensibilización n=41 | n=15 (36,6%) | n=15 (100%) | n=2 (13,3%) |
| Cacahuete | Alergia n=35 | n=16 (45,7%) | n=13 (81,3%) | n=3 (23,1%) |
| | Sensibilización n=74 | n=49 (66,2%) | n=45 (91,8%) | n=11 (24,4%) |
| | Sin alergia/sensibilización n=32 | n=6 (18,8%) | n=6 (100%) | n=1 (16,7%) |
| Castaña | Alergia n=1 | n=1 (100%) | n=1 (100%) | n=0 |
| | Sensibilización n=63 | n=26 (41,3%) | n=24 (92,3%) | n=10 (41,7%) |
| | Sin alergia/sensibilización n=77 | n=14 (18,2%) | n=14 (100%) | n=4 (28,6%) |
| Nuez | Alergia n=50 | n=17 (34%) | n=10 (58,8%) | n=6 (60%) |
| | Sensibilización n=63 | n=24 (38,1%) | n=19 (79,2%) | n=3 (15,8%) |
| | Sin alergia/sensibilización n=28 | n=15 (53,6%) | n=15 (100%) | n=3 (20%) |
| Piñón | Alergia n=3 | n=2 (66,7%) | n=1 (50%) | n=1 (100%) |
| | Sensibilización n=43 | n=30 (69,8%) | n=29 (96,7%) | n=13 (44,8%) |
| | Sin alergia/ sensibilización n=95 | n=24 (25,3%) | n=23 (95,8%) | n=7 (30,4%) |
| Pistacho | Alergia n=7 | n=4 (57,1%) | n=4 (100%) | n=0 |
| | Sensibilización n=83 | n=47 (56,6%) | n=43 (91,5%) | n=14 (32,6%) |
| | Sin alergia/sensibilización n=51 | n=11 (21,6%) | n=9 (81,8%) | n=2 (22,2%) |
| Semillas de girasol | Alergia n=7 | n=1 (14,3%) | n=0 | n=0 |
| | Sensibilización n=43 | n=26 (60,5%) | n=25 (96,2%) | n=3 (12%) |
| | Sin alergia/sensibilización n=91 | n=13 (14,3%) | n=12 (92,3%) | n=3 (25%) |

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

**Tabla 2.** Motivos de evitación tras PEOC negativa.

| Fruto seco | Miedo | Rechazo | No dieta habitual | Reacción en domicilio |
|---|---|---|---|---|
| Almendra | n=5 (45,5%) | n=4 (36,4%) | n=2 (18,2%) | n=0 |
| Anacardo | n=3 (33,3%) | n=1 (11,1%) | n=3 (33,3%) | n=2 (22,2%) |
| Avellana | n=4 (30,8%) | n=6 (46,2%) | n=2 (15,4%) | n=1 (7,7%) |
| Cacahuete | n=5 (33,3%) | n=6 (40%) | n=2 (13,3%) | n=2 (13,3%) |
| Castaña | n=4 (28,6%) | n=7 (50%) | n=2 (14,3%) | n=1 (7,1%) |
| Nuez | n=6 (50%) | n=5 (41,7%) | n=0 | n=1 (8,3%) |
| Piñón | n=5 (23,8%) | n=4 (19%) | n=12 (57,1%) | n=0 |
| Pistacho | n=5 (31,3%) | n=4 (25%) | n=5 (31,3%) | n=2 (12,5%) |
| Semillas de girasol | n=1 (16,7%) | n=4 (66,7%) | n=1 (16,7%) | n=0 |

El 9,3% resultaron positivas, con mayor proporción en nuez (21,4%), mientras que 90,7% fueron negativas, destacando castaña (95,1%), piñón (94,6%), y almendra (93,4%).

Tras una PEOC negativa, el 23% casos mantuvo dieta de evitación. Sobre todo, en el caso de piñón (39,6%), castaña (35,9%) y pistacho (28,6%), y en menor medida con almendra (15,5%), pipa (16,2%) y avellana (19,4%).

Los principales motivos de evitación fueron rechazo del alimento (38%), miedo a reacción (35,2%) y ausencia en la dieta habitual (26,9%). De los FS reintroducidos, únicamente el 2,5% presentó reacción en domicilio. Estos hallazgos evidencian una discordancia entre la negatividad de la PEOC y la reintroducción efectiva.

**Conclusión**

Una proporción considerable de FS con PEOC negativa no se reintroducen en la dieta, principalmente por factores no clínicos como el rechazo del alimento o el miedo a una reacción, siendo infrecuente la aparición de síntomas en el domicilio tras la reintroducción. Esto subraya la necesidad de reforzar la educación y el seguimiento tras una PEOC negativa para evitar restricciones dietéticas innecesarias en la población pediátrica.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Eficacia y seguridad de la inmunoterapia oral (ITO) con leche: protocolo por niveles de gravedad

Sanmartín Pastor C[1], Tomás Pérez M[1,2], Gandolfo Cano M[1,2], Gómez Traseira C[1,2], Rodríguez Álvarez M[1,2]

[1] Servicio de Alergología Hospital Universitario La Paz, Madrid
[2] Instituto de Investigación para la Salud (IdiPaz), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La ITO es un tratamiento no exento de riesgo, con alta frecuencia de reacciones y reacciones más graves en pacientes con alergia más grave, que son por otra parte los que más se benefician de la intervención.

*Objetivo:* Analizar la eficacia y seguridad de nuestro protocolo estratificado por niveles de gravedad de la APLV en pacientes de edad pediátrica.

**Material y métodos**

Se diseñó un protocolo de ITO para APLV estratificado por niveles de gravedad según perfil de alergia al inicio del tratamiento:

- Alto riesgo (AR): IgE caseína >17,2 kU/L y/o historia de anafilaxia y/o asma.
- Riesgo medio (RM): IgE caseína >17,2 kU/L sin historia de anafilaxia ni asma.
- Bajo riesgo (BR): IgE caseína <1,2 kU/L y ninguna de las anteriores.

Las diferencias fundamentales entre los protocolos fueron; prueba de exposición oral controlada (PEOC) al inicio, solo si BR, dosis de inicio y dosis objetivo; 200 mL en los grupos BR y RM, y 15 mL en los pacientes AR.

Para clasificar las reacciones utilizamos la clasificación de Muraro 2018.

**Resultados**

Incluimos 33 pacientes (edad 4-16 años); 20 (BR) (9 PEOC negativa), 4 (RM), 9 (AR).

Todos los pacientes en los grupos BR y RM alcanzaron la dosis objetivo, 3 pacientes de AR han alcanzado la dosis objetivo (el resto continúan en incremento de dosis).

Tuvieron reacciones durante el proceso el 45% de pacientes (BR), 50% (RM) y 55% (AR) frente al 91,5% reportado en la literatura.

El % de dosis que produjeron reacciones fueron BR 9,3% (94% grado 1, y 0,6% grado 2), RM 12% (100% grado 1) y AR 16% (36% grado 1 y 63% grado 2).

**Conclusión**

Nuestro protocolo adaptado por niveles de gravedad aumenta la seguridad del tratamiento con ITO en pacientes con APLV. Puede constituir una alternativa eficaz y segura en los pacientes de AR.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Inmunoterapia oral con leche horneada en APLV: seguridad y experiencia en práctica clínica real

Arenas Colmenares S, Turrión Delgado C, Salom Luna C, Barrios Albajar M, Reaño Martos MDM

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) es una de las alergias alimentarias más frecuentes en la infancia, con una evolución variable.

*Objetivo:* Describir las características clínicas, así como la seguridad y eficacia de la inmunoterapia oral (ITO) con leche horneada en pacientes con APLV en un entorno hospitalario.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de 26 pacientes con APLV sometidos a ITO con leche horneada en el HUPH. Se recogieron variables demográficas, antecedentes alérgicos, perfil de sensibilización, reacciones alérgicas, durante el procedimiento y posterior tolerancia de leche no procesada.

**Resultados**

La edad media al inicio de la ITO fue de 8,2 años (DE 4,3), con predominio femenino (54%). Finalizaron la ITO 16 pacientes, el tiempo promedio para finalizar fue de 14 meses. El 65% toleraba trazas previamente y el 65% presentaba otra alergia alimentaria, con un 70% de fenotipo atópico. Siete pacientes recibieron premedicación.

El 46% presentó reacciones, en su mayoría leves y tres precisaron adrenalina.

La media de tIgE fue de 334 kU/L y la media de las específicas se muestra en la Figura 1. La relación entre IgE específica de leche y caseína se representa en la Figura 2.

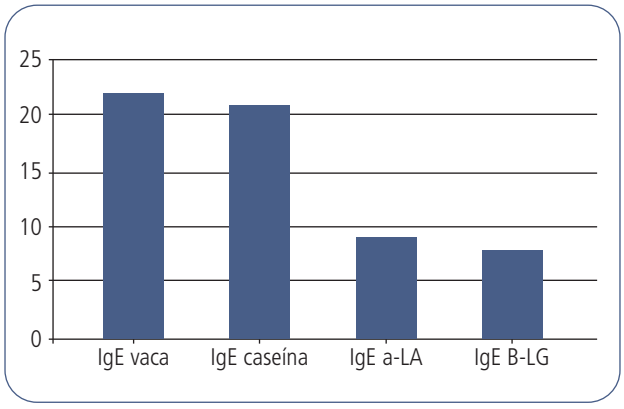



**Figura 1.** Media IgE específicas.

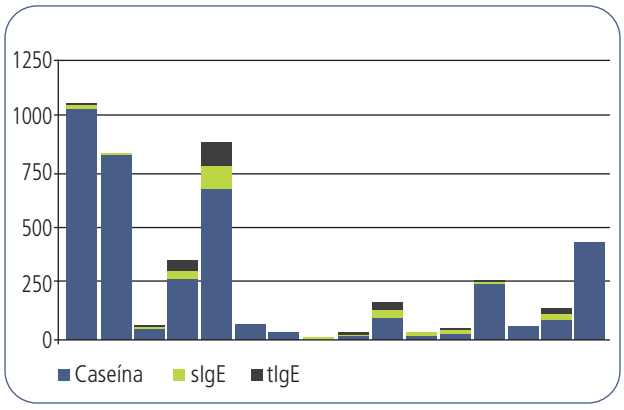



**Figura 2.** IgE total / IgE específica.

**Conclusión**

La ITO con leche horneada en pacientes con APLV en entorno hospitalario muestra un perfil de seguridad aceptable, con predominio de reacciones leves, aunque no exenta de reacciones moderadas-graves. La tasa de finalización observada refleja la complejidad de estos protocolos en la práctica clínica real.

El análisis inmunológico no mostró una relación clara entre los niveles de IgE específica de leche y caseína. El reducido tamaño muestral limita la obtención de conclusiones definitivas sobre el posible valor del diagnóstico por componentes en estos pacientes.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Manejo de la alergia a proteínas de leche de vaca y huevo en España: similitudes y diferencias entre alergólogos y pediatras alergólogos

González Labrador MDLA[1], Gallagher A[2,3,4], Muñoz Archidona C[5], Protudjer J[6,7], Mack D[8], Trujillo Wurttele J[2,3,4]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España
[2] Department of Pediatrics and Child Health, University College Cork, Cork, Irlanda
[3] Department of Pediatrics and Child Health, Cork University Hospital, Cork, Irlanda
[4] Irish Centre for Maternal and Child Health Research (INFANT), HRB Clinical Research Facility Cork (CRF-C), Cork, Irlanda
[5] Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España
[6] Department of Pediatrics and Child Health, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canadá
[7] Children's Hospital Research Institute of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canadá
[8] Department of Pediatrics, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canadá

**Objetivo/Introducción**

La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) y al huevo (AH) constituyen las alergias alimentarias más frecuentes en la infancia. Su manejo ha evolucionado desde la evitación estricta hacia estrategias activas dirigidas a inducir tolerancia, como la inmunoterapia oral (ITO), las terapias de avance dietético (escaleras de leche/huevo) y el uso de biológicos.

*Objetivo:* Describir y comparar el manejo diagnóstico y terapéutico de ambas alergias entre alergólogos y pediatras alergólogos (PA) en España.

**Material y métodos**

Realizamos un estudio transversal mediante una encuesta *online* dirigida a miembros de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) y la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP) entre marzo y junio de 2025. Se evaluaron el entorno asistencial, los recursos disponibles y las estrategias diagnósticas y terapéuticas. Este análisis forma parte de un estudio internacional realizado en Irlanda, Canadá y España. El análisis fue principalmente descriptivo.

**Resultados**

Incluimos 53 miembros SEAIC/SEICAP: 29 alergólogos y 24 PA. La mayoría trabajaba en hospitales públicos. El abordaje diagnóstico fue similar entre grupos, basado principalmente en historia clínica, pruebas cutáneas (PC) y diagnóstico molecular (DM). Aunque la provocación oral estaba disponible en ambos entornos, los alergólogos reportaron con mayor frecuencia el diagnóstico de APLV basado únicamente en historia clínica y PC/DM. En ambas alergias, la evitación y la ITO se utilizaron de forma comparable. En AH, los alergólogos comunicaron con mayor frecuencia ITO con omalizumab y con huevo crudo, mientras que los PA tendieron a emplear estrategias más conservadoras, como huevo horneado. En APLV, las estrategias terapéuticas fueron similares. Las escaleras de leche/huevo fueron utilizadas por aproximadamente un tercio de los encuestados.

**Conclusión**

Las principales diferencias se observaron en el abordaje diagnóstico de la APLV y en el uso de estrategias avanzadas de ITO en AH. Estos resultados aportan datos nacionales de práctica clínica real y refuerzan la necesidad de estandarizar el manejo de estas alergias alimentarias.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Determinación de la avidez de IgE a Pru p 3 como posible marcador de reacciones sistémicas a LTP. Experiencia del Hospital Universitari de Bellvitge

Martí Garrido J[1], García Serrano L[2], Salvador Corres I[3], Grau Vergés M[1], Dordal Culla MT[1]

[1] Servicio de Alergología, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona
[2] Servicio de Inmunología, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona
[3] Grup d'Hematologia Experimental, Institut d'Oncologia Vall d'Hebron (VHIO), Barcelona

**Objetivo/Introducción**

La sensibilización a Pru p 3 puede manifestarse con un amplio espectro clínico. La cuantificación de IgE específica (sIgE) es un marcador de sensibilización y su concentración no se relaciona con la gravedad clínica.

*Objetivo:* Desarrollar un método robusto para determinar la avidez sIgE-Pru p3 y evaluar su utilidad en la estratificación del riesgo de reacciones sistémicas.

**Material y métodos**

Se incluyeron pacientes con sIgE-Pru p 3 ≥1,5 kU/L (ImmunoCAP™, Thermo Fisher), clasificados según sintomatología con LTP en tres grupos: 1A, reacciones sistémicas con melocotón (n=6); 1B, reacciones sistémicas con otras LTP (n=41); y 2, reacciones no sistémicas (n=27). La avidez sIgE-Pru p 3 se analizó mediante ELISA con dos agentes caotrópicos: urea (4 M, 6 M, 8 M) y tiocianato sódico (0,5 M, 1 M, 2 M). La avidez se calculó como porcentaje de unión residual respecto a la condición sin agente. Las diferencias entre grupos se analizaron mediante Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney.

**Resultados**

La avidez frente a Pru p 3 mostró una tendencia creciente en los grupos con clínica sistémica. Con urea 8 M, las medianas de avidez fueron 0,577 en 1A, 0,316 en 1B y 0,211 en el grupo 2, con diferencias globales entre grupos ($p$=0,018). En el análisis por pares, 1A+1B mostró mayor avidez que el grupo 2 en urea 6 M (0,457 vs. 0,429; $p$=0,046) y urea 8 M (0,343 vs. 0,211; $p$=0,008). Con tiocianato, las diferencias fueron menos consistentes, aunque se observó una diferencia significativa entre 1A+1B y grupo 2 a 0,5 M (0,925 vs. 0,978; $p$=0,048).

**Conclusión**

La determinación de la avidez sIgE-Pru p 3 mediante ELISA con urea, especialmente a 8 M, podría aportar información complementaria a la sIgE convencional y ayudar a discriminar pacientes con riesgo de reacciones sistémicas por LTP. Estos resultados deberán confirmarse en una cohorte ampliada, especialmente incrementando el número de pacientes con reacción sistémica a melocotón.

## Caracterización clínica, implicación de cofactores y rendimiento de las herramientas diagnósticas en la alergia a ω-5-gliadina

Carreras Kàtcheff S[1,2,3], Mir Ihara P[1,2,3], Monerris Aguilar C[2], Gelis Caparrós S[1,2,3], Ruano Zaragoza M[1,2,3], Muñoz Cano RM[1,2,3]

[1] Investigación Multidisciplinar y Traslacional en Inflamación e Inmunoalergia (METRI² A), Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona
[2] Servicio de Alergología, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona
[3] REI-RICORS, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La alergia a la ω-5-gliadina es la principal causa de anafilaxia dependiente de trigo, especialmente en el contexto de anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de alimentos. Se caracteriza por inicio en edad adulta y dependencia de cofactores, lo que dificulta su reconocimiento clínico.

*Objetivo:* Describir una cohorte de pacientes adultos sensibilizados a ω-5-gliadina y comparar el perfil clínico entre pacientes alérgicos y sensibilizados asintomáticos.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con IgE específica (sIgE) positiva a ω-5-gliadina (≥ 0,10 $kU_A$/L; ImmunoCAP™, Thermofisher, Uppsala) evaluados en el servicio de alergología.

**Resultados**

Se incluyeron 132 pacientes: 57 alérgicos (43,2%) y 75 sensibilizados asintomáticos (56,8%). Los niveles de sIgE resultaron superiores en alérgicos ($p$<0,001), mientras que la sIgE a trigo fue mayor en asintomáticos ($p$=0,016). El *prick test* a gliadina fue positivo en 11 individuos, más frecuentemente en alérgicos (15,8% vs. 2,7%, $p$=0,007) y se asoció a historia de anafilaxia (88,9% vs. 33,3%; $p$=0,003).

En los alérgicos, la edad de debut fue 35 años (rango 3-75); el 42,1% presentaba historia de anafilaxia y el 89,5% urticaria. Se documentaron 94 reacciones (35 [37,2%] anafilaxias) y el 81,5% se asoció a cofactores (28,3% ejercicio y 23,9% AINE); la anafilaxia fue ligeramente más frecuente en presencia de cofactor (83,2% vs. 76,5%), sin alcanzar significación estadística ($p$=0,074). No hubo diferencias en gravedad según cofactor ($p$=0,972), con tendencia a mayor gravedad con múltiples cofactores ($p$=0,146).

Un 45% de pacientes realizan evitación completa de trigo, mientras que un 47,3% exclusivamente en presencia de cofactores.

**Conclusión**

La diferenciación entre sensibilización y alergia a ω-5-gliadina sigue siendo compleja. Nuestros datos sugieren que los niveles de sIgE y la positividad del *prick test* podrían ser herramientas útiles para identificar relevancia clínica, especialmente en reacciones graves, aunque actualmente carecemos de puntos de corte definidos.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# ¿Es posible desensibilizar a crustáceos? Resultados preliminares

Letrán Camacho A, Sáez Salas BI, Ojea Sánchez G

Hospital HLA Jerez Puerta del Sur, Jerez de la Frontera, Cádiz

**Objetivo/Introducción**

Es llamativa la falta de protocolos de desensibilización a crustáceos, a pesar de ser una causa frecuente de reacciones alérgicas accidentales con manifestaciones de anafilaxia. Describir los resultados preliminares de nuestro protocolo.

**Material y métodos**

Pacientes con diagnóstico de alergia alimentaria a crustáceos realizado mediante métodos habituales (historia clínica altamente sugestiva, estudio cutáneo e IgE específica). Protocolo: premedicación con antihistamínicos. Firma de consentimiento informado. Control de especie (en nuestro caso: *P. longinostris* cocida), dosis inicial basada en prueba cutánea negativa (*prick by prick*) por titulación a punto final (inicio: 1 g/mL con diluciones 1/10, 1/100, 1/1000). Subida de dosis (doble, en gramos) cada 30 minutos. Mantenimiento diario en domicilio con la última dosis tolerada en nuestra unidad. Dosis final 5 gramos. Visitas mensuales.

**Resultados**

Se incluyeron 11 pacientes, de los cuales 6 han finalizado el protocolo. Se produjeron 2 pérdidas tras visita de reclutamiento. Edad media: 37 años (rango 6-76).

El 95% de los pacientes con urticaria/angioedema inmediatos tras la ingestión del crustáceo como clínica más frecuente. El 100% presentó *prick by prick* positivo con batería completa de crustáceos testados. El 72% fue diagnosticado de síndrome de ácaros-gamba.

Mediana de IgE sérica (n=8): 389 kU/L, IgE específica a gamba (n=8): 12 kU/L y a tropomiosina (n=8): 0.

En el 45% de los pacientes, el protocolo comenzó con una dosis de 0,1 g de gamba.

Mediana de dosis umbral tolerada en cada visita:

– En la primera: 0,2 g.
– En la segunda: 1 g.
– En la tercera: 3 g.
– En la cuarta: 5 g.

El angioedema labial fue el síntoma más frecuente (5 pacientes), sobre todo en la primera y segunda visita. Ninguno presentó anafilaxia.

**Conclusión**

Los resultados obtenidos nos demuestran que deberíamos considerar a este tipo de protocolos como una herramienta terapéutica más, incluso de uso habitual, como así lo hacemos con otros alimentos como la leche o el huevo.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# Dupilumab y alergia alimentaria en niños: discordancia entre respuesta inmunológica y evolución clínica

Altuve-Giannini F, Berzal Plaza L, Cabrera Freitag P, Entrala Bueso A, Infante S, Álvarez-Perea A

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

Dupilumab reduce la actividad de la vía T2 y los niveles de IgE; su impacto clínico en alergia alimentaria (AA) mediada por IgE es incierto.

El objetivo fue evaluar la evolución clínica e inmunológica de pacientes pediátricos con AA tratados con dupilumab y su correlación.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos con AA mediada por IgE en tratamiento con dupilumab por dermatitis atópica moderada-grave.

Se evaluaron datos clínicos e inmunológicos en dos tiempos T0 pre-tratamiento y T1 post-tratamiento: IgE total (tIgE), e IgE específica (sIgE) y pruebas cutáneas (PC) frente al alimento responsable de la AA, y cambios clínicos mediante pruebas de exposición oral controlada (PEOC).

La respuesta clínica se clasificó como tolerancia confirmada, no respuesta o sin confirmación clínica (Tabla).

**Resultados**

Se incluyeron 10 pacientes, 70% varones, mediana de edad al inicio de dupilumab 8,9 años (RIC 7,2-10,7). Tiempo entre T0-T1: 28,5 meses (RIC 10-49). Mediana de tiempo de tratamiento con dupilumab fue de 14,5 meses (RIC 10-22).

El 90% presentó descenso de tIgE (mediana de reducción del 88,4%; RIC 52,8-98,7, $p$=0,037), y el 90% de sIgE (mediana de reducción del 86,8%; RIC 32,5-97,3, $p$=0,007). El 83,3% presentó disminución en PC (mediana de reducción de -2,5 mm; RIC -10 a -1 mm), observándose aumento en el 16,7%.

Se realizó PEOC en 8 pacientes: 4 alcanzaron la tolerancia y 4 no, incluyendo un caso de anafilaxia durante la PEOC. Dos pacientes están pendientes de PEOC.

El descenso de IgE y PC se observó en pacientes con y sin respuesta clínica, sin identificarse correspondencia entre biomarcadores inmunológicos y evolución clínica.

**Conclusión**

Dupilumab se asocia a cambios inmunológicos en la AA mediada por IgE, aunque éstos no predicen la correlación en la adquisición de tolerancia. La PEOC en los pacientes con AA en tratamiento con dupilumab sigue siendo determinante para valorar la adquisición de tolerancia.

**Tabla.** Evolución clínica de la alergia alimentaria en pacientes pediátricos tras tratamiento con dupilumab.

| Paciente | Alimento implicado | IgE total T0 (UI/mL) | IgE total T1 (UI/mL) | IgE específica T0 ($kU_A/L$) | IgE específica T1 ($kU_A/L$) | Evolución clínica |
|---|---|---|---|---|---|---|
| P1 | Nuez | 4698 | 27 | 21,1 | 0,39 | No tolerancia |
| P2 | Salmón | 1241 | 59,3 | 12,7 | 0,54 | Tolerancia |
| P3 | Cacahuete | 7120 | 203 | 24,3 | 0,64 | Pendiente PEOC |
| P4 | Maíz | 50,3 | 32,4 | 0,95 | 0,52 | Tolerancia |
| P5 | Huevo | 5690 | 32,3 | 403 | 1,27 | No tolerancia |
| P6 | Sésamo | 972 | 142 | 2,04 | 1,61 | Tolerancia |
| P7 | Calamar | 347 | 77,5 | 0,74 | 0,07 | Tolerancia |
| P8 | Huevo | 794 | 560 | 50,9 | 30,5 | No tolerancia |
| P9 | Huevo | 3079 | 1026 | 10,5 | 0,88 | No tolerancia |
| P10 | Gallo | 2980 | 5230 | 1,91 | 2,25 | Pendiente PEOC |

Abreviaturas: PEOC, prueba de exposición oral controlada.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Biomarcadores derivados del glicocálix endotelial en el paciente con anafilaxia

Palacio García L[1,2], de María Camacho I[1], Fernández Bravo S[1,2], Laguna Martínez JJ[2,3], Valverde Monge M[4], Esteban Vázquez V[1,2,5]

[1] Departamento de Alergia e Inmunología, Instituto Investigación Sanitaria-Fundación Jiménez Díaz, Madrid
[2] Facultad de Ciencias Biomédicas y Salud, Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid
[3] Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid
[4] Servicio de Alergología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid
[5] RICORS REI (RD24/0007/0018), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La investigación en anafilaxia es clave para ayudar con el manejo clínico y mejorar la calidad de vida de los pacientes, debido a su naturaleza como reacción aguda potencialmente mortal. Estudios en modelos murinos evidencian la rotura del glicocálix endotelial (eGCX) en anafilaxia. Además, en condiciones inflamatorias, las células endoteliales liberan componentes del eGCX al torrente sanguíneo, lo que sugiere su potencial como biomarcadores. En este estudio se analizaron componentes del eGCX como biomarcadores en diferentes cohortes de pacientes con anafilaxia.

**Material y métodos**

Se utilizaron muestras séricas pareadas de una cohorte de 93 pacientes con anafilaxia moderada (n=62) y grave (n=31), siguiendo la clasificación de Brown. Las muestras correspondían a fase aguda (durante la reacción) y fase basal (≥14 días tras el episodio). Se incluyó además una cohorte de controles no alérgicos (n=21). Se evaluaron componentes del eGCX: endocan (ESM-1), ácido hialurónico (AH), heparán sulfato (HS), sindecano-4 (SYND-4) y CD44 soluble (CD44s), mediante ELISA. Las reacciones estaban causadas por antibióticos betalactámicos, alimentos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y otros medicamentos. Los análisis estadísticos se realizaron con GraphPad Prism 8 tras evaluar la normalidad y los valores atípicos, aplicando pruebas paramétricas o no paramétricas según correspondiera.

**Resultados**

Los niveles séricos de ESM-1, AH, SYND-4 y CD44s aumentaron significativamente en fase aguda y basal en anafilaxias desencadenadas por betalactámicos, respecto a los controles. De manera similar, se modularon los niveles de ESM-1, AH y SYND-4 en las reacciones causadas por alimentos y otros medicamentos. En anafilaxias causadas por AINE, los niveles de ESM-1 fueron también elevados en los pacientes.

**Conclusión**

Los niveles séricos elevados de distintos componentes del eGCX tanto en fase aguda como basal de los pacientes con anafilaxia, sugieren la posibilidad de una disfunción endotelial subyacente, con un patrón consistente entre desencadenantes. Estos hallazgos apoyan el potencial del eGCX como fuente de biomarcadores en anafilaxia.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

## Efecto antiinflamatorio selectivo de sulodexida en un modelo murino de anafilaxia

Muñoz Callejas A[1], Palacio García L[1,2], Fernández Bravo S[1,2], de María Camacho I[2], Moreno Vidal A[1], Esteban Vázquez V[1,2,3]

[1] Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud, Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid
[2] Departamento de Alergia e Inmunología, Instituto Investigación Sanitaria - Fundación Jiménez Díaz, Madrid
[3] RICORS REI (RD24/0007/0018), Madrid

**Objetivo/Introducción**

La anafilaxia es la reacción más grave de hipersensibilidad aguda, siendo sistémica, rápida y potencialmente mortal. Estas reacciones presentan un importante componente inflamatorio que contribuye a su fisiopatología y patogénesis. Estudios recientes realizados en un modelo murino de anafilaxia sistémica activa (ASA) han demostrado un aumento de la supervivencia y prevención de la gravedad en ratones tratados profilácticamente con sulodexida (Sdx), un fármaco con propiedades antiinflamatorias y antitrombóticas. En este trabajo, evaluamos el efecto de Sdx mediante análisis de moléculas inflamatorias.

**Material y métodos**

Se realizó un modelo ASA mediante sensibilización de albúmina sérica bovina y toxina pertussis, con provocación transcurridos 14 días. Tras 20 minutos de registro de la bajada de la temperatura corporal, se obtuvieron las muestras de plasma de ratones control (n=3), ASA (n=3) y Sdx+ASA (n=4), y se analizó un panel inflamatorio de 43 proteínas mediante tecnología Olink. Posteriormente, se realizó el análisis estadístico con RStudio para evaluar las diferencias entre grupos para cada proteína.

**Resultados**

El análisis multivariante mediante PCA y *convex hull* mostró una clara separación entre los grupos experimentales. Asimismo, el análisis *heatmap* evidenció agrupamiento de las muestras en clústeres correspondientes a cada grupo de estudio.

Se identificaron 10 proteínas diferencialmente expresadas entre grupos, principalmente miembros de las familias de las interleucinas (IL 1α, IL 1β, IL2 e IL17) y de las quimiocinas CCL (CCL2, CCL4, CCL11 y CCL12). Los ratones ASA presentaron un aumento principalmente de IL 1α, IL 1β y CCL4. Sdx bloqueó exclusivamente la amplificación inflamatoria mediada por IL 1β sin evitar la liberación de alarminas centrales como IL 1α y potenció el aumento de CCL12.

**Conclusión**

ASA induce una respuesta inflamatoria dual con liberación de alarminas (IL-1α) y amplificación inflamatoria (IL-1β). El efecto terapéutico de la Sdx en inflamación actúa de forma selectiva inhibiendo IL-1β y aumentando CCL12, lo que sugiere su efecto en vías dependientes del inflamasoma y la modulación parcial del microambiente inmune.

## Evolución de la anafilaxia infantil en urgencias de un hospital de tercer nivel

Mateo Francés V, Noguerales Fuertes L, Arana-Arce JS, Cubillo Heras P, Jover-Walsh A, Álvarez-Perea A

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

**Objetivo/Introducción**

La anafilaxia es una reacción potencialmente mortal cuyo tratamiento de elección es la adrenalina.

*Objetivo:* Analizar la evolución del manejo de la anafilaxia a lo largo de los años.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes atendidos en el servicio de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel entre 2015 y 2022. Se incluyeron aquellos que cumplían criterios de anafilaxia. Se recogieron variables demográficas y datos relacionados con el manejo del episodio.

**Resultados**

Se incluyeron un total de 513 pacientes. La incidencia media fue del 0,12% (DE 0,02), con valores comprendidos entre 0,09% y 0,15%.

La edad media fue de 6,8 años (DE 0,75). El 62% eran niños y el 38% niñas. Un total del 63,2% presentaban antecedentes personales de enfermedad alérgica, de los cuales el 23,15% había presentado un episodio previo de anafilaxia.

En cuanto al manejo extrahospitalario, 68 pacientes recibieron adrenalina (29 mediante autoinyector y 39 por servicios de emergencia). De los 513 pacientes, 120 tenían prescrito previamente un autoinyector de adrenalina, pero solo el 24,2% lo utilizó durante el episodio. En el servicio de urgencias, se administró adrenalina al 56,3% de los pacientes.

**Conclusión**

La anafilaxia en edad pediátrica es más frecuente en varones y en pacientes con antecedentes alérgicos. A pesar de disponer de autoinyector, su uso sigue siendo bajo. Aunque la administración de adrenalina en urgencias supera el 50%, persiste una infrautilización del tratamiento de primera línea tanto en el ámbito extrahospitalario como hospitalario.

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

# Caracterización clínica de pacientes con alfa triptasemia hereditaria: variabilidad fenotípica y relación con anafilaxia

Muñoz Bolaños S[1], Santacreu Cabeza L[1], Álvarez Romero P[1,2], Rodríguez Cano S[1], Jurado Roger A[1,2], Ruiz León B[1,2]

[1] Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
[2] Instituto Maimonides de Investigación Biomédica (IMIBIC), Universidad de Córdoba, Córdoba

**Objetivo/Introducción**

La alfa triptasemia hereditaria (HAT) es un rasgo genético caracterizado por elevación persistente de la triptasa basal sérica (TBS) y amplia variabilidad clínica. Su papel en la anafilaxia es controvertido, considerándose más un factor modulador de la gravedad que una causa directa.

*Objetivo:* Describir las características clínicas de pacientes con HAT diagnosticados en nuestro servicio y explorar su relación con la anafilaxia.

**Material y métodos**

Estudio observacional descriptivo que incluyó pacientes con diagnóstico genético confirmado de HAT atendidos en el servicio de inmunología y alergología durante 2025. La determinación del número de copias del gen TPSAB1 se realizó mediante PCR digital. Adicionalmente, se registraron datos demográficos, clínicos, niveles de TBS y antecedentes de anafilaxia.

**Resultados**

De los 16 pacientes estudiados, 9 presentaron HAT confirmada: 100% con genotipo 3β/2α, siendo el 55,5% mujeres y la edad media de 48,5 años. La expresión clínica fue heterogénea, con predominio de síntomas cutáneos (78%), seguido de síntomas digestivos (33,3%), neurológicos (33,3%) y vagales (33,3%). El 44% de los pacientes con HAT presentó anafilaxia, de los cuales solo 2 casos fueron desencadenados por veneno de himenópteros. Los niveles medios de TBS en pacientes con HAT sin anafilaxia fue mayor que en pacientes con anafilaxia (18,8 vs. 15,1; Mann-Whitney, $p$>0,05). En el grupo sin HAT (n=7), solo 1 paciente debutó con anafilaxia, con TBS>100 ng/mL.

**Conclusión**

Los pacientes con HAT presentaron marcada heterogeneidad clínica, sin correlación entre TBS y anafilaxia. La anafilaxia ocurrió en menos de la mitad de los pacientes con HAT, predominantemente asociada a desencadenantes alérgicos específicos e identificables. Estos hallazgos respaldan el concepto de HAT como factor modulador de la gravedad de reacciones anafilácticas, más que como causa primaria.

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

# ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES

La numeración que aparece en el presente índice de autores corresponde a la página en la que aparecen

## A


Abengozar Manzanaque M 347
Abonia JP 400
Acampora E 328, 329, 330
Acedo Sanz JM 398
Acero Sainz S 131
Acuña Vila G 170, 372
Aguado Wakui E 104
Aguirre Echeverry AM 286, 411
Ahenke Francisco C 149, 151
Álava Cruz C 312
Alba Rull JL 172, 186, 188, 285
Albarracín Contreras Á 70, 135, 136, 153, 167, 186, 239, 273, 282, 314, 337, 338, 345, 402
Albarracín Prados S 196, 217, 222
Albarrán Chamorro AI 338
Alberdi Callejo A 204, 253, 259, 309
Albert Yecora N 357
Alcántara Villar M 54, 198, 378, 385
Alcázar González A 61
Alcoceba Borras E 88
Alcover Díaz J 155
Aldama Marín IM 57, 132, 322
Aldunate Muruzábal MT 300, 362
Alegría Llorente M 325
Aleixos Zuriaga M 50, 168, 272, 406
Alfaya Arias T 187, 398, 417, 418
Algaba Mármol MÁ 117, 419
Algarra García E 207, 313
Almeida Arteaga CG 108, 353, 421
Almeida Ribeiro C 285
Almonacid Sánchez C 331, 433
Alonso Bilbao N 335
Alonso Díaz de Durana MD 13, 45
Alonso Gómez A 41
Alonso Llamazares A 116
Altuve-Giannini F 53, 71, 92, 114, 115, 238, 373, 395, 414, 453
Alvarado Arenas M 111
Alvarado Izquierdo MI 60, 62, 148, 357, 443
Álvarez García O 63, 79, 214, 291, 305, 394
Álvarez Gutiérrez FJ 331, 433
Álvarez Puebla M 300
Álvarez Romero P 456
Álvarez-Perea A 40, 89, 113, 114, 115, 383, 416, 446, 453, 455
Álvarez-Sala Caballero P 185, 195, 410
Alvariño Martín M 50, 168, 272, 406
Alloza Gómez P 438
Amadoz Iñarrairaegui LF 76, 77, 261, 389
Amat Samaranch V 77
Amaya Molina AJ 190, 220, 252
Amo Vázquez de la Torre Á 117, 419
Anda Apiñániz M 90, 295, 300, 362, 391
Andrade Garbán PA 86, 263, 297, 398
Andrade Geraldes R 285, 341
Andrea Aljaro P 167
Andreu Balaguer C 29
Andreu Barasoain M 263
Andreu Costa D 176, 396
Andugar Moreno ML 422
Antepara Ercoreca I 116
Antolí Martínez H 212
Antolín Amérigo D 107, 118, 332, 355, 434
Añibarro Vega JM 263
Añó García MÁ 382
Aparicio Armengol L 105, 246
Arana-Arce JS 113, 114, 169, 238, 393, 455
Aranda Cantero T 368, 383, 445
Aranzabal Soto MA 261
Araujo Acuña IK 44, 310
Araujo Sánchez G 48
Archilla Sanz I 44
Arenas Colmenares S 444, 449
Arenillas Villacorta RA 122, 123, 165
Arévalo Machuca NM 159, 248, 251
Argiz Álvarez L 9, 50
Arias Pérez J 220
Armas Sosa E 139, 154, 335
Armisén Gil M 205
Arnao Morales L 100
Arquero Urbanos G 92, 185, 395, 414
Arrien de Lecea Á 116, 120, 143, 293, 306
Arrieta Pey MC 261, 278
Arroabarren Alemán E 63, 79, 90, 222, 295, 301, 397, 399
Arruti Oyarzabal N 116


Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

Asensio Bermejo A 261
Astrain Sánchez B 176, 209, 248, 396
Ávila Castellano R 56, 441
Ávila Miranda S 338
Awad H 430
Aznar Cubillo M 163
Azpilicueta Ferrer J 365

## B

Baeza de Ocaiz ML 423
Bajo Santos C 75
Baptista Serna L 175
Barbarroja Escudero J 156, 223, 231, 255
Barbazán Vázquez FJ 70
Barra Castro A 248
Barranco Jiménez R 145, 159, 251, 369
Barrena Crespo J 220
Barrera Rubio J 410
Barreto-Puebla M 164, 299, 383
Barrios Albajar M 449
Bartra Tomás J 44, 48, 62, 310, 390
Bas Bellver L 144, 145, 169, 226, 245, 279
Basagaña Torrentó M 286
Baselga Segimon L 58
Bastidas Parlanti JA 161, 166, 176, 182, 245, 250, 391, 393, 399
Basurco Planes CH 309
Bazire Bátiz R 304, 382
Bedmar Gómez I 82
Beitia Mazuecos JM 200
Belchí Hernández J 314
Bellido Linares V 355
Bellon Heredia T 87, 203, 211, 223
Benitez-del-Castillo Mateos M 114, 115
Benito Martínez P 442
Berges Gimeno P 91, 248
Beristain Urquiza AM 271, 291, 305, 394
Bermúdez Bejarano M 54, 198, 276, 385
Bermúdez Martínez M 324
Berna Rosado L 375
Bernal Rubio L 159, 366
Bernaola Abraira J 322, 241
Bernaola Abraira M 132, 241, 322
Bernedo Belar N 116
Berzal Plaza L 164, 453
Betancor Pérez D 46, 107, 246, 323, 346, 375, 378
Birolo Ávila F 138
Blanca López N 61
Blanco Aparicio M 336
Blanco Guerra C 204, 253, 259, 309
Blanco Mota CA 159
Blanco Pérez RM 95, 128, 391
Blanco Reinosa MB 121, 122, 333
Blanco Sánchez G 72
Blanco-López M 299, 409, 440
Blasco Sarramián Á 415
Bodero Sánchez J 93
Bodero Sánchez JM 269
Bogas Herrera G 252
Bohorquez Cruz VM 371
Bolós Riu M 357
Boné Calvo J 41
Bonilla Pacheco Y 388
Borja Segade J 145
Bosch Requena A 143
Bosepa Torao MW 222, 275
Boulaich Ouazzani-Hassani M 230
Boza Cabrera AM 128, 183
Bracamonte Odreman S 144, 145, 169, 226, 245
Brás Marqués R 76
Brigido Paredes C 324
Brito Negrín C 139, 154
Brockow K 73
Brotons Silvar B 363, 367
Bruch Tarrega A 82
Bueno Balboa A 71, 92, 115, 446
Bueno Fortes S 75, 346
Bueno Vargas A 364
Bueso Fernández A 192, 193, 194
Burches Baixauli E 143
Burgos Montero A 237
Buxens Jares R 204, 253, 259, 309

## C

Caballero Molina MT 65, 66, 423
Caballero Naranjo E 157, 340
Caballero Pérez L 118
Cabanillas Martín B 159
Cabañas Moreno R 87, 206, 211, 221, 244
Cabrera Freitag P 18, 40, 89, 383, 409, 416, 446, 453
Cabrera Hernández RM 157
Cabrera Hernández V 132, 150
Cadavid Moreno S 205
Caldera Bermejo J 330, 364
Calvo Alonso A 93, 269
Calvo Delgado MJ 207, 313
Calzada Ricote D 383, 426, 445
Camacho Arregui C 112, 172, 186, 285, 311, 392
Camacho Nieto N 366, 368
Camazón Izquierdo B 121, 122, 333
Caminoa Irisarri M 338, 391
Campagner C 155, 328, 329, 330
Cancelliere Fernández N 378
Candón Morillo R 63, 79, 391
Canonica GW 99
Cansino Bascón R 108, 268, 353, 404

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

Cantillo Mercado JF 436
Cañada Peña CL 224, 236
Caparrós Cayuela E 260
Carabel Lahera M 412
Carballada González F 160
Carbonel Martínez A 388
Carbonell Hurtado E 40, 371, 401
Cárdenas Contreras R 98
Cardona Dahl V 180, 419
Carnés Sánchez J 368, 383, 426, 445
Carpio Escalona LV 61, 111, 293, 411
Carracedo Molina MDM 364
Carrasco Gómez L 91, 111, 332
Carrasco Hernández I 252
Carreras Kàtcheff S 48, 82, 390, 451
Carrón Herrero A 145, 159
Carvallo Michelena A 235
Casas Saucedo R 80, 130
Cases Ortega B 373
Castilla Díaz R 41
Castillo Marchuet MJ 162, 220
Castro M 430
Castro Vega G 109
Cava Ruiz N 370
Cerdá Mir JC 50, 168, 272
Cerrada Uribesalgo E 50, 93
Cesar Burgoa PI 167
Cimbollek S 64, 65, 68, 278, 422
Cisneros Serrano C 331, 433
Clar Castelló M 279
Cohn DM 69
Coimbra Coimbra A 181
Colás Sanz C 325, 342
Colomer García MC 40, 60, 62, 95, 111, 148, 358, 443
Collado Arocha MA 164, 371, 401
Connolly H 67
Contreras García MB 118, 228, 235, 272
Contreras Gómez N 356
Cordobés Durán C 209
Córdova Calderón WO 173
Coronado Pérez AI 371, 401
Corrales García R 370
Corrales Vargas S 88
Correa Borit JM 235
Correa-Estañ Cachorro J 106, 298
Correas del Prado T 139, 175, 230, 242
Cortés Bonilla I 159
Cortés Collado JJ 104, 343, 431
Cortés Marina RB 41
Crespo Quirós J 412
Cros Alsina A 220
Cuadrado Martín Y 338
Cubero Saldaña JL 300
Cubillo Heras P 113, 208, 243, 253, 440, 455
Cuesta Apausa MP 142, 233
Cuesta Herranz J 46, 61, 175
Cueva Oliver B 271, 305, 394
Cuevas Bravo C 208, 243, 253, 254, 258, 262, 393, 413
Cuevas Cantero B 108, 268, 315, 421
Cunha Tavares F 285, 341
Chamorro Gómez M 72, 141, 189, 234
Chapman-Rothe N 420
Cho Park H 118, 248
Chon Y 320
Chugo Gordillo S 324
Churruca Clemente A 377

## D

Dalmau Duch G 202, 381
D'Amelio Garófalo C 269, 274
Danz Luque ZE 76, 261
Dávila González I 6, 75, 110, 218, 309, 317, 331, 408, 433, 434
Dávila Terán T 444
de Agrela Mendes I 87, 206, 211, 244
de Aramburu Mera T 68, 422
de Castro Gómez C 117, 419
de Dulanto García L 106, 298
de Felipe Galán G 110
de la Borbolla Morán JM 138, 210
de la Calzada Bustingorri MP 178
de la Hoz Caballer B 38, 61, 107, 118, 411
de la Nuez León MJ 339
de la Parte de la Fuente B 237
de la Rocha Ortiz I 87, 229, 307
de la Viuda Camino E 219, 342
de las Heras Gaite A 318
de las Marinas Álvarez MD 168, 272, 406
de las Vecillas Sánchez L 87, 107, 206, 211, 221, 229, 244, 427
de León Castillo MC 154, 349
de los Ríos Ospina LM 138, 210
de Luque Piñana V 108, 268, 315, 353, 404, 421
de Manueles Tabliega P 54, 224, 236, 276, 385
de María Camacho I 304, 454, 455
de Miguel Landabaso A 167
de Noia A 303
de Pablo Cortés F 61
de Peña Ávila C 116, 219
de Valdés Cavanilles BC 105
de Vera González A 264
de Vicente Jiménez T 63, 79, 175
del Barco Morillo E 377
del Cuvillo Bernal A 320, 352, 435
del Pozuelo Aparicio S 442
Delgado González P 235
D'Elia Torrence D 292, 438, 442

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

Depreux Niño N 411
Di Bernardo Delgado FT 270, 336, 386, 432
Diab Cáceres A 336
Díaz Cruz MR 339
Díaz Cuervo H 64
Díaz Donado C 214
Díaz García J 424
Díaz Montalvo L 58, 61, 178, 251
Díaz Palacios MÁ 270, 336, 386, 432
Díaz Perales A 20, 45, 61
Díaz Sánchez LD 183
Díaz Suárez L 330
Diéguez Pastor MC 12, 58
Domingo González C 131
Domínguez Calero P 233
Domínguez Cereijo L 108, 353, 373, 404
Domínguez Domínguez E 128, 183
Domínguez Estirado A 72, 141, 189, 234
Domínguez Ferrer P 375
Domínguez Izquierdo A 162
Domínguez Ortega J 98, 107, 331, 336, 427, 433, 434
Domínguez Romero IM 51
Doñaz Díaz I 416
Dordal Culla MT 185, 195, 380, 451
Duque Gómez MS 239, 260
Duque Rodríguez MS 135
Durán Lagares M 416

## E

Echechipía Madoz S 399
Egea García ME 50
Eguíluz Gracia I 439
Elices Apellániz A 72, 141, 189, 234
Elizalde I 310
Enjuto Guisado S 76, 261, 278, 389
Enrique Miranda E 164, 212, 363, 364, 371, 401
Enríquez Matas A 158, 369
Entrala Bueso A 40, 71, 89, 373, 383, 409, 416, 453
Escalada Oliva J 215
Escobar Bolaños C 126
Escorial García M 363, 367
Escribese Alonso M 107
Escudero Apesteguía R 222, 275, 397
Escudero Arias E 240
Escudero Díez C 3, 51, 120
Espejo García MV 227
Esperesate Arenaza A 90, 170, 273, 301, 397
Espín Jaime B 56, 441
Esteban Vázquez V 304, 454, 455
Estepa Alonso MJ 248
Estravís Sastre M 309
Eusebio Cartagena I 51

## F

Famoso Rivallo A 140, 266
Feliciano Dos Santos D 76
Feliu Vila A 369
Félix Toledo R 50, 168, 272, 406
Fernandes Lopes A 76
Fernández Barragán A 118, 228, 235, 260, 272
Fernández Bolívar AA 173
Fernández Bravo S 454, 455
Fernández Cabrera I 134
Fernández Cortés S 96, 221, 429
Fernández de Alba I 34, 198, 276
Fernández Fernández AE 124, 129, 137, 140, 141, 156, 170, 174, 175, 303, 333
Fernández Franco I 240
Fernández García A 403
Fernández Izquierdo M 203, 287, 307, 316
Fernández López S 271, 291, 394
Fernández Madera JJ 271, 291, 305
Fernández Montesinos Y 217, 266
Fernández Parra B 47, 80
Fernández Pellón L 260
Fernández Rodríguez M 70
Fernández Sánchez FJ 260
Fernández-González A 299
Férnandez Rivas M 80, 149, 151
Ferré Ybarz L 138, 210
Ferreira Alves I 341
Ferrer Clavería L 300
Ferrer Franco A 432
Ferrer González JP 426
Ferrer M 73
Ferrer Torres Á 363
Ferrón Smith M 423
Figueroa Rivero J 157, 339, 340
Fiol Alonso L 292, 395, 442
Flores González MP 283
Flores Infante C 57, 123, 137, 202, 257, 284, 319, 354
Florido López JF 373
Fluxa Rechach ML 143, 293, 306
Foster A 320
Fraj Lázaro J 190, 220, 252, 434, 435
Frattini Llorens L 270, 336, 386, 432
Freundt Serpa N 149
Frías Jiménez M 342
Frías López A 155, 172, 191
Fukunaga A 74

## G

Gacia Berrocal MB 75
Gago Velasco B 15, 390
Gaitán Nievas TI 416

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

Gajate Fernández P 161, 166, 245, 250, 391, 393, 399
Galán Díez T 120, 129, 132, 153, 156, 158, 163, 179, 181, 231, 255
Galán Gimeno C 143, 293, 306
Galán Jiménez V 294
Galán Márquez B 46, 104, 105, 246
Galván Blasco P 44, 180, 323
Gall R 99, 430
Gallagher A 450
Gallego Segovia MD 157, 339, 340, 344
Gandolfo Cano M 97, 203, 287, 448
Garate Rodríguez E 92, 373, 395, 414
Garbán Camero AA 182
Garcés Rigol S 107
Garcés Sotillos MDM 190
García Álvarez MP 122, 123, 165
García Brito RDP 50, 216, 281, 406
García Canuto E 154, 182, 349
García Cívico AJ 107, 304
García del Potro M 104
García Dumpiérrez AM 339, 340, 344
García Esquerda C 82
García Figueroa BE 24, 90, 300, 359, 362
García González F 47, 290
García Grande Á 131
García Gutiérrez I 70, 135, 136, 153, 167, 186, 239, 260, 273, 314, 337, 338, 345, 402
García Hernández MDC 368
García Huete L 41
García Martínez E 379, 440
García Menaya JM 209
García Moguel I 97, 98, 100, 317, 369
García Núñez I 117, 419
García Parrales P 338
García Paz V 129, 303
García Prado E 143
García Reymundo M 403
García Rivero JL 96, 429
García Rodríguez C 169
García Sánchez A 346, 377
García Serrano L 451
García Villamuza Y 201
García-Gutiérrez I 35
García-Iturri Gallego S 167
García-Parrado García G 365, 366
Garcimartín Galicia MI 201
Garnica Velandia D 88, 146
Garrido Arandia M 45
Garrido Fernández S 170, 273, 300, 359, 362, 399
Garriga Baraut T 16, 82
Garriga Companys S 318
Garuz Piqué M 208
Garzón Benavides M 56, 441
Gaspar Lemos S 341
Gassol Puigjaner J 202, 381
Gastaminza Lasarte G 93, 269, 412
Gaston Lorente M 222
Gázquez García V 202, 381
Gelis Caparrós S 48, 451
Germán Sánchez A 212, 364
Gil Herrera J 379
Gil Melcón M 435
Giménez Licitra NM 130
Giménez Revilla MJ 306, 351
Giménez-Arnau AM 274
Giraldo Tugores MS 133
Girao Popolizio IN 116
Gogate S 274
Goikoetxea Lapresa MJ 31, 120, 219, 412
Gómez Breñosa B 399
Gómez Cardeñosa A 384, 407
Gómez de la Cruz Pérez S 356
Gómez Duque M 82
Gómez Fariñas C 70
Gómez Fernández M 357
Gómez García M 128, 317
Gómez Garrido A 315, 421
Gómez Nieves ME 173, 391
Gómez Ortiz R 117
Gómez Pérez F 422
Gómez Torrijos E 144, 226, 279
Gómez Traseira C 203, 229, 448
Gómez-Chaparro Sopelana C 328, 329, 330
Góngora Martínez MA 340
González Afonso M 335
González Almeida A 134
González Bravo L 156, 223, 231, 255
González Cuervo H 142, 196, 217, 233, 311
González de Olano D 111, 159, 313, 346, 367, 411
González Figueroa D 346
González García D 103
González Guijarro I 350
González Guzmán LA 160
González Jáimez A 104, 175, 375
González Jiménez OM 197, 310
González Labrador MDLA 45, 450
González Lizarraga V 407
González López C 185
González López P 161, 166, 245, 250, 391, 393, 399
González Mahave I 415
González Mancebo E 13, 200, 367
González Martínez G 344
González Mateos G 248
González Mendiola R 14
González Moreno A 402
González Pérez R 94, 103, 350, 382, 405, 424, 437
González Rausell MA 138, 210
González Rodríguez S 410

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

González Romero LJ 47, 87, 170, 273, 275, 295, 301, 397
González Ruiz A 445
González Sánchez LA 237
González Santa Catalina P 377
González Sierra M 323
González Tapias A 210
González-Delgado P 26
Gonzalo Fernández A 80
Goñi Yeste MDM 192, 193, 194
Gordo Martín Y 423
Gorlat García A 267, 313
Goyena Navarro P 362
Gracia Colldeforns J 360, 361
Granja Uceda F 425
Grau Vergés M 185, 451
Grupo de trabajo multidisciplinar de esofagitis eosinofílica en Canarias 134
Grupo RE-ASGRAMUR 104, 431
Guerra Auyanet CM 139, 199, 242
Guerra Vilaplana MD 269, 289
Guerrero Huertas N 145, 251
Guerrero Sotelo ÁL 290, 306, 351
Guilarte Clavero M 44, 64, 65, 66, 67, 82, 180, 277
Gutiérrez Álvarez P 442
Gutiérrez Fajar E 225
Gutiérrez Fernández D 188
Gutiérrez Hernández M 62, 125, 133, 142, 173, 357, 444
Gutiérrez Martín MÁ 100
Gutiérrez Matos G 152, 270
Gutiérrez Posso JM 187, 227, 263, 297, 398, 402, 417, 418
Gutiérrez Suazo E 90, 222, 365
Guzmán Rodríguez R 172, 191

## H

Habernau Mena A 95, 330, 364, 403
Haemmerle S 74, 277
Hannaoui Anaaoui A 96, 429
Harguindeguy Blanco D 96, 152, 221, 270, 429
Haroun Díaz E 61, 155
Heffler E 99
Henao Escobar S 80, 151
Henríquez Falcón D 185, 195
Heredia Revuelto R 206, 211
Hernández Arauzo N 208, 220
Hernández Arbeiza FJ 358
Hernández Díaz M 312
Hernández Gutiérrez I 202, 284
Hernández Lutzardo EI 264
Hernández Ortiz N 368
Hernández Peña J 363, 367
Hernández Rocamora FT 363
Hernández Romero I 111, 148, 358
Hernández Sánchez MC 268
Hernández Santana GL 154
Hernández Suárez HR 125, 134, 311, 380
Hernández Uceda S 208
Hernández Walias JC 436
Hernando Pérez ME 118
Hernando Sáez C 316
Herráez Herrera L 158
Herrero Crespo AM 122, 123, 165
Herrero Galván M 91, 332
Herrero Lifona L 380
Hervás Masip D 324
Hide M 274, 277
Hinojosa Jara B 424
Huete Herrera M 45, 86, 187, 227, 263, 297, 398, 402, 417, 418

## I

Ibáñez Echevarria E 66
Ibáñez Lamas C 99, 430
Ibáñez Sandín MD 51
Ibares L 383
Iborra Martín S 436
Ifrim M 427
Iglesias Cadarso A 209, 444
Illaro Uranga A 273
Infante S 40, 89, 254, 299, 383, 409, 416, 446, 453
Ingelmo Gutiérrez MJ 423
Iniesta Tejera E 144, 145, 169, 226, 245, 279
Investigadores de los ensayos REMIX-1/-2 73, 74, 274, 277, 419, 420
Izaguirre Flores HK 312
Izquierdo Domínguez A 208

## J

Jaqueti Moreno P 237
Jiménez Blanco MA 131
Jiménez Ferrera G 248
Jiménez López FJ 54, 198, 224, 236, 276
Jiménez Rodríguez TW 228
Jiménez Valero E 283
Jover-Walsh A 455
Joyanes Romo JB 140, 174, 217, 266
Juárez Guerrero A 192, 193, 194
Juárez Rodríguez C 184, 215, 280
Jurado Palomo J 65
Jurado Roger A 456
Jurgens Martínez Y 411

## K

Karnani Khemlani S 264
Khemis A 73

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

Korshunova D 400
Kuljuh Causevic A 230, 343

## L

Labella Álvarez M 190
Labrador Horrillo M 44, 74, 180
Laffond Yges E 218
Laguna Martínez JJ 454
Lai W 277
Laiseca Antón A 255
Laiseca García J 200
Lancharro Fernández Á 1
Landaveri Sánchez L 270, 336
Langara Gallastegui O 167
Laorden Escudero D 427
Lara Alcón S 88, 146
Lara Jiménez MÁ 298
Larios Cuenda ÁC 330, 364, 403
Larrosa García M 82
Lasa Luaces EM 77, 78, 278, 389, 408
Lasa M 62
Lázaro López L 197
Lázaro Sastre M 75
Lemes Mendoza C 230, 343
León Cuesta A 41
León Hervias P 70, 135, 136, 153, 167, 186, 239, 260, 273, 282, 314, 337, 338, 345, 402
León Palazuelos N 338
León Zambrana G 427
Letón Cabanillas P 41, 96, 152, 221, 270, 429
Letona Luqui M 77, 78, 408
Letón-Cabanillas P 89
Letrán Camacho A 32, 452
Li PH 69
Librada Prieto M 60
Liñares Mata T 240
Lipworth BJ 430
Lizarza Mendizabal S 47, 76
Lizaso Bacaicoa MT 90, 300, 301, 362
Loli Araujo D 62
Longo Muñoz F 411
Lopes Da Silva S 76
López Abad R 129, 303
López Alonso MT 167
López Calatayud V 216, 281
López Camba P 165
López Carrasco V 355
López Cauce B 384, 407
López Duque L 107
López Fernández C 132, 150
López Freire S 205
López Guerrero A 385
López Gutiérrez J 135, 136, 323
López Los Santos P 233
López Matas MÁ 157, 300, 368, 445
López Pascual ME 236
López Ramos C 350, 352
López Rodríguez JC 356
López Romero MD 423
López Salado A 419
López Salgueiro R 43, 374, 386
López-González P 329
Losantos García I 316
Loza Flores K 328, 329, 330
Lu P 69
Lucena Torres MV 216, 281
Lucendo AF 8
Luengo Sánchez O 44
Luna Porta A 372
Luppino G 67
Llano Ceballos N 164, 212
Lleonart R 69
Llorente Martín E 379
Lluch Bernal MM 107, 221, 244, 316
Llusar Gay R 143

## M

Macías Iglesias E 110
Macías Murelaga TL 133
Mack D 450
Machado P 420
Machuca Arévalo NM 178
Magerl M 69
Maiese Hernández JG 290, 306, 351, 406
Maiz Uranga I 77, 278, 389, 408
Malgorzata Niegowska A 82
Manero Olleta A 359, 362
Manzanedo Ortega L 395, 438
Marco Martín G 149, 151
Marcos Bravo MC 64, 70, 236
Marchese C 320
Marín de Pablo A 360, 361
Marín Justo A 270, 336, 386, 432
Mariño Fernández AG 33, 217, 222, 239
Marquès Amat L 146
Márquez Hernández DM 154, 176, 399
Martel Martín C 150
Martí Garrido J 195, 451
Martín Almeida M 94, 103, 405, 437
Martín Casáñez AE 106, 378
Martín Fernández E 132
Martín García C 75, 309, 377
Martín González E 94, 405, 437
Martín Iglesias MA 226
Martín Just S 381
Martín Lázaro J 129, 303

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

Martín Rincón P 123, 202, 284
Martín-Arriscado Arroba C 97
Martínez Antón MD 116, 143, 293
Martínez Beltrán D 157, 340
Martínez Botas J 58
Martínez Capoccioni G 320
Martínez de la Torre AC 269
Martínez Domínguez L 275
Martínez Feito A 230
Martínez Gomariz M 365, 366, 368
Martínez Guerra ME 270, 336, 386, 432
Martínez Jiménez L 118, 228, 235, 272
Martínez Lezcano P 130
Martínez Marín N 185
Martínez Martínez MJ 57, 120, 131, 146, 150, 160, 162, 163, 164, 233, 303
Martínez Mayoral MA 118
Martínez Molina S 78, 306, 351, 406, 408
Martínez Moragón E 336
Martínez Navarro A 314
Martínez Sendino M 155, 172, 191, 347
Martínez Tadeo JA 139, 335
Martínez Velandia A 217
Martínez-Botas Mateo J 61, 178
Martorell Calatayud C 50, 168, 272, 406
Martos Bianqui N 228, 235, 272, 282
Matala Ahmed B 290, 318, 406
Matas Domínguez T 223, 231
Mateo Francés V 113, 238, 243, 253, 455
Mateos Benito A 257, 319
Matta Pérez JI 187, 227, 263, 297, 402, 417
Mayorga Mayorga C 374
Mazoteras Martínez E 110, 218, 408
Mederos Luis E 424
Medina Quintero MF 288
Medina Vega L 264
Mejías Affinito RP 152, 214, 221, 271, 291, 305, 394
Melgar Reyes CS 116, 216
Mencía Sánchez G 143
Mendes Freitas T 341
Méndez Alcalde J 96, 152, 221, 270, 429
Méndez Brea P 195
Méndez Infante RJ 126
Méndez Monge M 76, 78, 261, 278, 389
Menéndez Rivero E 422
Meneses Sotomayor JV 335, 415
Merino García S 41
Mesones Garrido M 290
Mesquita Guedes C 285
Metz M 277, 419
Micozzi S 161, 166, 245, 250, 391, 393, 399
Mielgo Ballesteros R 225, 251
Miguel Polo LDC 269, 289
Millaruelo Rami P 149, 151
Miquel Marcó S 286, 357
Mir Ihara P 48, 390, 451
Mira Fayos R 207, 313
Miralles López JC 104, 355, 431
Mohedano Vicente E 200
Molina Hernández E 60
Molina Molina GJ 410
Moncada Salinero A 161, 166, 245, 250, 391, 393, 399
Monerris Aguilar C 451
Monge González N 130
Monje Tejedor S 158, 369
Monjo Paz J 156, 223
Monllau Colomer S 204, 253, 259, 309
Monsalve Clemente R 184
Monteagudo Ruiz G 325
Montoro Ferrer A 434, 435
Monzón Ballarín S 252
Mora Gálvez-Cañero B 159, 178, 248, 293
Mora Gómez A 314
Moraco AH 99
Moral de Gregorio Á 172, 191
Moral Jiménez S 374
Morales Acevedo LA 70, 236
Morales Cabeza C 299
Morales Castillo ML 123, 202
Morales Gutiérrez L 53, 71, 114, 115, 164, 169, 258
Morales Hidalgo A 140, 174, 217, 266
Morales Janke A 208, 243, 253, 254, 258, 409, 446
Morales Palacios MP 415
Morales Sánchez P 187, 227, 297, 398, 402, 417, 418
Morales Socuéllamos J 118
Morán Garrido A 418
Moreira García MG 155, 191, 347
Morejón Núñez LE 203, 316
Moreno Ancillo Á 176
Moreno Borrallo P 352
Moreno Fernández A 124, 129, 269, 289, 370
Moreno Jiménez E 317, 346
Moreno Jiménez MJ 67
Moreno López C 315
Moreno Lotero C 138, 210
Moreno Mata E 237
Moreno Rodilla EM 408
Moreno Vidal A 455
Morgado Llamazares N 346
Moro Moro MDM 98, 155, 347
Moro Villar MDC 214
Mosnaim G 419
Moya Camacho B 51
Moya Lobo R 368, 383, 445
Moya Seseña B 439
Múgica García MV 204, 435
Mugno Saba AM 292, 395, 438
Mujika Ruiz de Aguirre N 290, 306, 351, 406

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

Mullol i Miret J 325, 352
Muñoz Archidona C 450
Muñoz Bellido FJ 309
Muñoz Bolaños S 112, 186, 311, 456
Muñoz Callejas A 455
Muñoz Cano RM 44, 48, 62, 310, 390, 451
Muñoz Díaz EE 110, 218, 408
Muñoz García E 123, 137, 202, 257, 284, 319, 354
Muñoz Pérez de Lazarraga M 216
Muñoz Ramírez M 230, 343
Mur Gimeno MP 140, 174, 217, 266
Murillo Torres A 388

## N

Navarrete del Pino MA 224
Navarro Garrido C 388
Navarro Pulido AM 108, 404
Navarro Salgado SC 60, 62, 111, 148, 358, 443
Navarro Zaragoza J 104, 431
Niegowska MA 180
Nieto Reyero JA 128, 183
Nieto Ruiz A 290
Noblejas Rodríguez A 91, 332
Noguerado Mellado B 208, 238, 243, 254, 258, 262, 393, 413
Noguerales Fuertes L 53, 89, 113, 254, 258, 416, 455
Noriega Herrera MA 335
Novalbos Wischer A 212, 213
Núñez Acevedo B 97, 199, 230, 242
Núñez Beltrán M 371
Núñez Orjales R 160
Núñez R 190
Núñez Samayoa AS 170, 273, 301

## O

Oakley Inzunza DF 180
Ochando Díez-Canseco M 158, 232, 247
Ojea Sánchez G 452
Ojeda Fernández I 156, 158, 179, 232, 247
Ojeda Fernández P 156, 179, 232, 247
Olano López B 209, 313
Oliveras Manubens G 350, 352
Ollo Morales P 116, 219
Oppenheimer JJ 99
Orduy AM 77
Orfao A 317
Ortega Camazón E 333
Ortega Martín L 384, 407
Ortega Rodríguez NR 125, 142, 196, 217, 222, 311
Ortega Rodríguez S 294
Ortiz Aljaro PA 70, 135, 136, 153, 186, 239, 260, 273, 282, 314, 337, 338, 345, 402
Ortiz de Frutos J 225
Ortmann C 73
O'Sullivan Guijarro 46, 375
Osuna Miguel C 383
Otal Cabrera J 56, 278, 441
Otero Fernández MN 218, 309, 408
Ouda Yousef M 139, 175
Oviedo Pérez GP 106, 298

## P

Padial Vílchez MA 199
Padilla Parras L 58, 159, 251
Padró Casas C 357, 411
Pajarón Fernández MJ 104, 314, 431
Palacio García L 454, 455
Palacios Cañas A 245, 279
Palau Canós T 364
Palazuelos Cayón N 70, 135, 136, 167, 186, 260, 273, 314, 337, 345, 402
Palomeque Rodríguez MT 378
Palomino Lozano L 53, 164, 169, 185, 253, 373, 395, 414
Palomo Álvarez S 170, 295
Palumbo M 274
Panique Lazcano LE 229
Pantoja Acosta ML 286, 411
Parejo Díaz A 377
Parody de la Fuente N 426
Parra Arrondo A 288
Parra Rojas S 196, 217, 222, 311
Parrado Gil L 269, 397, 399
Parrón Ballesteros J 46
Pascal Capdevila M 62, 248, 310, 374
Pastor Vargas C 46
Paucar Vidal KC 209, 267, 444
Pelizzo S 286
Peña Acevedo Y 132, 150
Peña Arellano MI 347
Peña González NC 58, 159, 178, 248, 251
Peña Peloche M 88
Peña Pérez I 252
Peñalver de la Puente E 314
Peñalver Mellado M 176, 343, 396
Peñuelas Menéndez E 112, 172, 285
Pepino Vassalo AF 76
Perciun V 300
Perdomo Sterling PC 202, 381
Perea Lam NS 395, 438
Pereyra Acha MC 357
Pérez Alzate DV 155
Pérez Arqueros MDM 60, 139, 175, 242
Pérez Calderón R 176, 396
Pérez Carral C 240
Pérez de Llano LA 331, 433
Pérez Escalera LM 143, 293, 306

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

Pérez Fernández E 45, 86, 187, 402, 417, 418
Pérez Francés C 216, 281
Pérez García J 94, 103, 437
Pérez Giménez MR 292
Pérez González L 212, 213
Pérez Gordo M 19
Pérez Herrero MC 121, 122
Pérez Montero A 212, 213
Pérez Pons A 317
Pérez Quintero OD 84
Pérez Rangel I 209
Pérez Rodríguez EM 139, 154, 233, 335
Pérez Sánchez N 422
Pérez Vega E 338
Pesántez Cedeño DE 91, 332
Pesántez Méndez C 156, 179, 232, 247
Picos Baliña R 56, 68, 278, 422, 441
Picos Souto S 366
Pichardo Santos MA 190, 220, 252, 342
Pineda de la Losa F 124, 129, 131, 132, 137, 140, 141, 146, 150, 153, 156, 158, 160, 162, 163, 164, 170, 174, 175, 179, 181, 231, 233, 255, 303, 333, 404, 436
Pineda Girón AJ 216
Pinhal Pinhal AL 181
Pino Yanes M 94, 103, 405, 437
Pintado Vic FM 283
Pinto Capote EC 222, 275
Pinto Fernández C 41
Piña Yungasaca R 143, 337
Piñero Cáceres T 139, 154, 335
Piñero Pérez C 110
Piris Villaespesa M 111
Pizarro Núñez de Arenas G 217, 266
Pla Martí MJ 65, 66
Planas Vinós M 130, 197
Plaza Díaz A 163, 212, 213
Plaza Moral V 350
Porcel Carreño SL 111, 148
Portal Mañeru M 295, 359, 362
Poza Guedes P 11, 94, 103, 134, 264, 382, 405, 424, 437
Prat Vergés L 126
Preib MT 350
Prieto García A 64, 66, 113, 114, 115, 423, 440
Prieto Martínez ML 62, 111, 148, 358
Prieto Montaño P 207, 313
Prieto Rodríguez MB 133
Prieto-Moreno Pfeifer A 155
Proaño Mosquera SM 221, 244
Protudjer J 450
Puerto del Olmo C 214, 271, 291

## Q

Quan López PL 93, 412
Quetglas Valenzuela M 312
Quijada Morales P 379
Quiñones Estévez MD 47, 214, 305, 394
Quiñones Obando ML 124, 129, 269, 289
Quiralte Enríquez J 68
Quirce Gancedo S 107, 325, 427, 434, 435

## R

Raducan I 164
Rajado Carrasco M 280
Ramírez Cortés J 209, 267
Ramírez E 244
Ramírez Mateo E 111
Ramos Chaparro AB 359, 362
Ramos Lima F 318, 323, 325
Ranea Arroyo S 233
Reaño Martos MDM 313, 449
Reche Frutos M 60, 63, 79, 139, 175
Redondo Caldera L 330, 364
Reinaldo Armas Y 339
Reinares Ten MC 292
Resano Redín LR 170, 273, 295, 301
Reverter Morales M 364
Reyero González P 384, 407
Reyero Hernández MDM 128, 183
Reyes Chinea L 91, 332
Ribó González P 130
Rica Reguilón A 365
Ricart Hernández M 283
Rico Collado P 184, 215, 280
Ridruejo Flórez M 299, 409, 416, 446
Riedl MA 69
Ríos Márquez C 56, 278, 422, 441
Riquelme Mc Loughlin C 77
Rivas García E 344
Robledo Echarren T 97
Rodas Robayo R 195
Rodrigo Lucas I 275
Rodríguez Álvarez M 52, 287, 448
Rodríguez Cabreros MI 163, 209
Rodríguez Calderón L 154, 176, 182, 349
Rodríguez Cano S 172, 188, 285, 392, 425, 456
Rodríguez Cortés J 313
Rodríguez de Guzmán J 174, 190
Rodríguez del Río P 51, 304
Rodríguez Ferrera IJ 252
Rodríguez Jiménez B 123, 137, 257, 284, 319, 354
Rodríguez Martín E 173
Rodríguez Mazariego ME 53, 92, 169, 185, 373, 395, 414
Rodríguez Paredes A 121, 122
Rodríguez Pérez M 270
Rodríguez Pérez MR 28, 316
Rodríguez Pérez R 206, 374, 403

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

Rodríguez Plata E 335
Rodríguez San Blas A 209, 248
Rodríguez Siverio P 139, 233
Rodríguez Trabado A 154, 182, 349
Rodríguez Vázquez V 195, 265
Roger Reig A 286, 357, 411
Roibas Veiga I 236
Rojas Hijazo B 300
Rojas Pérez-Ezquerra P 208, 238, 243, 258, 262, 393, 413
Rojas Vílchez MJ 106, 298
Rojo Laguna JI 42
Román Sanabria J 347
Romero Ribate D 100
Romero Sánchez-Brunete M 155
Roncancio Clavijo A 342
Roncero Martín A 323
Rondón Segovia C 380, 439
Rosa Garrido C 385
Rosado Ingelmo A 86, 98, 297, 367
Rosmaninho I 181
Rozo Acevedo M 206
Ruano Pérez FJ 61, 155, 328, 329, 330
Ruano Zaragoza M 44, 390, 451
Rubio Olmeda G 158, 179, 232, 247
Rubio Pérez M 97, 199, 242
Rubira García N 380
Rueda Martín F 374
Ruiz Calatayud M 204, 253, 259, 309
Ruiz Carrasco A 82
Ruiz de Galarreta Beristain M 167, 219, 282, 342, 345
Ruiz del Barrio L 278, 422
Ruiz García M 360, 361, 407
Ruiz González CM 54, 198, 224, 236, 276, 385
Ruiz Jiménez M 319
Ruiz León B 112, 172, 186, 188, 285, 311, 356, 392, 425, 456
Ruiz Valero M 124, 129, 172, 269, 289
Ruiz-Bravo Burguillos E 230

## S

Sabaté Brescó M 219, 374
Sáenz de Santa María García R 252, 416
Sáez Salas BI 188, 452
Sáez Vicente A 230
Saini S 74, 419
Sala Cunill A 420
Salamanca Fernández G 360, 361, 403, 407
Salas Cassinello M 416
Saldaña Martín A 384, 407
Salinas Zaldúa AM 268, 353, 404
Salom Luna C 267, 449
Salvador Corres I 451
Salvany Pijuan A 44, 88, 146
Salvatierra Izaguirre A 290, 306, 351, 406
Sampedro Moreno S 349
San José Regidor C 41
San Juan Acosta M 134
San Martín García L 128, 183
San Román Sirvent S 163, 318
Sánchez Alonso A 221
Sánchez Alonso S 344
Sánchez Báez D 312
Sánchez Barrios MDC 264
Sánchez Carrasco P 346
Sánchez Cerezo R 425
Sánchez de Vicente J 143, 306
Sánchez Dorrego C 288
Sánchez Fernández S 93, 412
Sánchez González MJ 156, 223, 231, 255
Sánchez Hernández MC 315, 353, 421
Sánchez López P 184, 215, 280
Sánchez Machín I 424
Sánchez Martín P 368
Sánchez Méndez LC 145, 251
Sánchez Moreno GV 72, 141, 189, 234
Sánchez Morillas L 382
Sánchez Motilla JM 281
Sánchez Pérez H 312
Sánchez Piñero I 176, 209, 396
Sánchez Sánchez C 303
Sánchez Tena J 318
Sánchez Torralvo D 439
Sánchez Vicente J 293
Sánchez-Guerrero Villajos I 230
Sánchez-Trincado López JL 100
Sanchidrián Aguilar IM 190
Sanchís Merino ME 152
Sanjuán Conde M 335, 389
Sanmartín Pastor C 52, 448
Santacreu Cabeza L 112, 188, 311, 456
Santaolalla Felices R 335
Santillán J 320
Santón Roldán A 111
Santos Larrubia C 132, 241, 322
Santos Vicente F 121, 122, 333
Sanuy Garabatos M 60
Sanz Gómez N 62, 125, 132, 133, 142, 155, 173, 357, 444
Sanz Lozano C 346
Sardón Prado O 405
Saso Jiménez L 47, 50
Sastre Domínguez J 104, 105, 246, 346, 375
Saura Foix MDP 162, 220
Schayman Dopico W 208
Sebastia Fernández L 43
Segurola Azkarate A 116, 306

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

Senent Sánchez CJ 172, 191
Seoane Reula ME 169, 379
Seras Miera Y 116
Serrano de Pablo S 144, 145, 169, 226, 245, 279
Serrano Delgado MDP 186, 188, 311, 373, 392
Serrano Rebollo JC 95
Shabanova E 422
Shah R 42
Sierra Maestro E 212, 213
Silvestre Salvador JF 272
Skrabski Skalba F 159
Smith Foltz S 423
Sobrevía Elfau MT 300, 342
Sobrino García de Zúñiga M 315
Sobrino García M 201
Solá Fernández M 216, 281
Sola Martínez FJ 366, 373, 378
Solis K 77
Solórzano Zepeda C 107
Somoza Álvarez ML 61
Soriano Galarraga AM 167
Soriano Gomis V 260
Sosa Domínguez P 196, 222
Soteres DF 42
Soto Mera T 240
Soto Retes L 98
Sousa Antunes M 76
Sousa Pérez MV 76, 133, 261, 278
Steixner Zevallos S 292, 395, 438, 442
Suárez Lorenzo I 197
Subiza Garrido-Lestache JL 303, 436
Sussman G 419

## T

Tabar Purroy AI 365
Tabares Gallego M 268, 421
Taberna Ibáñez P 50
Tan R 42
Tapia Galisteo J 118
Taube C 430
Tejedor Alonso MA 86
Tejero Alcalde M 70
Tejido Suárez MP 188
Tello Montúfar DM 84, 195, 205, 265
Testera Montes A 439
Thuissard Vasallo I 60
Toapanta Rea EZ 57, 132, 241, 322
Todo Bom A 285, 341
Toledano Blanco N 425
Tomás Pérez M 14, 52, 109, 307, 372, 448
Tornero Molina P 208, 253, 254, 262, 393, 413
Torralba Moreno J 388
Torrecillas Toro M 207, 313
Torres Górriz M 401
Torres Jaén MJ 190, 252, 416, 422, 439
Torres Pérez B 360, 361, 380, 407
Torres Rojas I 199, 242
Tortajada Girbés M 426
Toscano de las Heras T 50, 120
Tous Romero F 225
Tovar Escolar A 106, 298
Trisán Alonso A 313
Trondina A 158, 369
Trujillo Trujillo MJ 200
Trujillo Wurttele J 450
Tsopana Granatello A 124, 129, 289
Turrión Delgado C 209, 449

## U

Uchupaille Torres PY 154, 182, 349
Umpiérrez Rodríguez AM 241
Uriel Villate O 216, 342
Urios Pastor GE 426

## V

Vaca Balarezo BI 216
Valbuena Garrido T 25, 60, 139, 175, 199, 230
Valero Castañer H 410
Valor Llácer B 202
Valverde Molina J 104, 431
Valverde Monge M 100, 105, 246, 373, 454
Valle Cerrato LI 95, 330, 364
Vañó Rizo AM 283
Varea Morcillo M 118
Varela Ávila E 62, 77
Vargas Dias MDLA 84, 195, 205, 265
Vásquez Bautista AA 267
Vásquez Michel JDC 267
Vatnani Moolchandani V 125, 134, 142, 196, 217, 222, 311
Vázquez Cortés S 5
Vázquez de la Torre Gaspar M 328, 330
Vázquez Fuertes L 57, 132, 241, 322
Vázquez Revuelta P 195, 410
Vega de la Osada F 253, 259, 309
Vega Dombidau N 95
Vegas Sánchez MC 342
Vela Fernández A (Ainhoa) 77, 78, 408
Vela Fernández A (Aitor) 77, 78, 408
Velasco Azagra M 216
Velasco Henao N 190
Veleiro Pérez B 265, 288
Ventosa López A 112, 172, 188, 285, 311, 392, 425
Venturini Díaz M 36, 335, 415
Vera Berrios RN 22, 80, 149, 151

Volver al índice


© 2026 Esmon Publicidad

Vera Flores AL 57
Veza Perdomo S 123, 137, 202, 257, 284, 319, 354
Vicens Novell G 44, 390
Vicente López JJ 176, 343, 396
Victorio Puche L 314
Vidal Albareda C 293
Vidal Orive I 415
Vidal Pan C 84
Viedma Ayllón P 212, 364, 401
Vila Rabell A 44, 180
Villafafila Domínguez MDC 270
Villalobos Violán V 200
Villamor Martín T 202, 381
Villanueva Blanco T 251
Villaseñor Solís AC 304, 374
Viñas Domingo M 162, 208, 220
Viñas Giménez L 82
Vivas Moreno R 283

## W

Walrave Walrave L 352
Weyergraf A 73
Wilson Salazar E 190, 220, 252
Windom H 420
Wood RA 42

## Y

Yago Meniz A 192, 193, 194, 382
Yanes Bonilla AM 406
Yang B 74
Yárnoz Esquíroz P 21
Yeregui Euba M 84

## Z

Zamarro Parra S 388
Zambrano Cedeño KJ 190, 220, 252, 342
Zambrano Ibarra G 53, 92, 164, 169, 185, 373, 379, 395, 414
Zamora Ruiz V 64
Zamora Verduga M 237
Zapata Yébenes JJ 117, 419
Zavala Segovia MJ 10, 273, 359, 362, 397, 399
Zheleva Baynova K 63, 66, 67, 68, 79
Zubiaga Fernández L 422

Volver al índice

© 2026 Esmon Publicidad

Volver al índice