

Desensibilización exitosa al látex con inmunoterapia sublingual en una trabajadora de salud

RESUMEN

La alergia al látex todavía es un problema de salud pública responsable de algunas enfermedades laborales difíciles de ser tratadas sin la remoción del profesional de su ambiente de trabajo. En caso de alergia al látex, la inmunoterapia sublingual es una herramienta que puede ser muy útil. Comunicamos el caso de una enfermera con alergia al látex que se sometió a la desensibilización exitosa a través de la inmunoterapia sublingual y se discuten las posibles causas del éxito de este tratamiento.

Palabras clave: alérgenos, alergia al látex, anafilaxia, inmunoterapia sublingual.

Adriano B Sá¹
Ângela Gaspar²
Dirceu Solé¹
Mário Morais-Almeida²

¹ División de Alergia, Inmunología Clínica y Reumatología, Departamento de Pediatría, Universidad Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Departamento de Inmunoalergia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal.

Successful desensitization to latex by sublingual immunotherapy in a health worker

ABSTRACT

Latex allergy is still a public health problem responsible for some occupational diseases tough to be treated without removing the patient from his/her workspace. For patients allergic to latex, sublingual immunotherapy (SLIT) for latex is a tool that can be very useful. We report the case of a nurse with latex allergy who underwent successful desensitization to latex by SLIT, and discuss about possible causes of the success of this therapy.

Key words: allergens, latex allergy, anaphylaxis, sublingual immunotherapy.

Recibido: 20 de mayo 2014

Aceptado: 31 de julio 2014

Correspondencia: Dr. Adriano Bueno de Sá
adriano1976@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Sá AB, Gaspar A, Solé D, Morais-Almeida M. Desensibilización exitosa al látex con inmunoterapia sublingual en una trabajador de salud. Revista Alergia México 2014;61:372-375.

ANTECEDENTES

La alergia al látex es todavía una causa importante de alergia ocupacional en los trabajadores, principalmente en el área de la salud. Se manifiesta como una reacción de hipersensibilidad tipo 1 con urticaria, angioedema, rinoconjuntivitis, asma y anafilaxia.¹ Hasta la fecha se han identificado y caracterizado 14 alérgenos del látex, llamados *Hev b 1* hasta *Hev b 14*.¹ La medida terapéutica principal es la evitación de látex, pero en ciertos pacientes puede administrarse inmunoterapia sublingual al látex para reducir el riesgo de reacciones graves.² Comunicamos el caso de una enfermera con alergia al látex que se sometió a la desensibilización exitosa al mismo por inmunoterapia sublingual.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina, de 42 años de edad, nacida y residente de Lisboa, Portugal, que buscó un servicio especializado por padecer síntomas cutáneos y respiratorios después del contacto con el látex. Informó que desde la edad de 28 años, tres después de comenzar su carrera profesional como enfermera, padecía urticaria en las manos y los antebrazos, así como síntomas nasales y oculares tras el contacto con guantes de látex y prurito vaginal después del contacto con condones de látex. En ese momento se le recomendó evitar el contacto con el látex con lo que tuvo alivio de los síntomas. Más tarde manifestó sibilancias recurrentes que eran activadas sólo en el trabajo, sobre todo cuando permanecía por tiempo más largo. Meses más tarde tuvo angioedema de la cara asociado con dificultad para respirar, síntomas nasales y oculares después de la exposición al látex en el lugar de trabajo, con mejoría con el uso de broncodilatador inhalado y la administración de antihistamínicos y corticoesteroides sistémicos. No reportó antecedente de alergia a alimentos, no se había sometido a intervenciones quirúr-

gicas ni tenía síntomas cutáneos o respiratorios antes del inicio de sus actividades profesionales.

La prueba cutánea de lectura inmediata fue positiva para los extractos de látex de cuatro fabricantes diferentes (diámetros medios de pápula: ALK-Abelló® = 7.5 mm; Stallergènes® = 6.5 mm; Leti® = 7.0 mm y Bial-Aristegui® = 6.5 mm). La prueba cutánea para alimentos (Leti®) fue positiva para el castaño (5.5 mm) y piña (4.5 mm) y negativa para aguacate (palta), plátano, kiwi, durazno, albaricoque, maracuyá, mango, uvas, papas, tomate y espinacas. La prueba se consideró positiva cuando la punción con el alérgeno causó una pápula con diámetro mayor o igual a 3 mm en comparación con la pápula causada por solución salina. Las concentraciones de IgE sérica total fueron de 44 UI/mL y la IgE específica al látex de 10.5 kU/L (ImmunoCAP®, Phadia-Thermo Fisher Scientific). La IgE específica a las fracciones del látex fueron positivas para *rHev b 5* (1.48 kU/L) y *rHev b 6.01* (1.20 kU/L) y el restante (*rHev b 1*, *rHev b 3*, *rHev b 8*, *rHev b 9* y *rHev b 11*) fue inferior a 0.35 kU/L. La tomografía y prueba de función pulmonar (pletismografía con prueba de broncodilatación) fueron normales y la prueba de broncoprovocación con metacolina fue positiva (PD20=195 mcg).

Con el diagnóstico de asma, rinoconjuntivitis y urticaria secundaria a alergia al látex, la paciente recibió orientación para usar pulsera y tarjeta de identificación (alérgica al látex) y evitar la exposición al mismo, así como a castaño y piña. Se inició la asociación de formoterol (9 mcg/día) y budesonida (320 mcg/día) inhalada, mometasona nasal tópica (200 mcg/día) y fexofenadina oral (120 mg/día). También se le recomendó que se administrara epinefrina autoinyectable (0.3 mg por vía intramuscular), corticoesteroides (prednisolona) y antihistamínicos (cetirizina) por vía oral en caso de reacciones alérgicas tras el contacto accidental con el látex.

Además del tratamiento farmacológico, se inició la inmunoterapia sublingual (Látex ITSL®100%, ALK-Abelló) con una fase de inducción en cuatro días, vigilada por un especialista en ambiente hospitalario. La fase de mantenimiento se realizó de manera ambulatoria con la autoadministración de cinco gotas sublinguales tres veces por semana, que se mantuvo durante cinco años (Cuadro 1).

Durante la fase de inducción la paciente experimentó los siguientes efectos adversos: síndrome de alergia oral con casi todas las dosis; estornudos durante 15 minutos, dos horas después del final del segundo día; exantema puriginoso macular en la cara y prurito en el ojo al final del tercer día, y prurito facial, nasal, auricular, en las palmas y las plantas al final del cuarto día. Durante la fase de mantenimiento no se reportaron reacciones adversas.

A pesar de la orientación para evitar el contacto con el látex durante la inmunoterapia específica

sublingual, la paciente tuvo contacto involuntario con el mismo en cinco ocasiones, en el trabajo y en su rutina diaria, pero sin manifestar una reacción clínica. Después de cinco años de inmunoterapia sublingual contra el látex se realizó la prueba de provocación con un guante de látex, que fue negativa. También resultaron negativas las pruebas cutáneas con los mismos extractos comerciales anteriores a la inmunoterapia sublingual, así como la IgE específica al látex y sus fracciones recombinantes.

DISCUSIÓN

La alergia al látex todavía es un problema de salud pública responsable de algunas enfermedades laborales difíciles de ser tratadas sin la remoción del profesional de su ambiente de trabajo. Además de que esta medida implica un costo económico alto, puede poner fin a la carrera de estos profesionales. A pesar de que el uso de guantes sin polvo en los establecimientos de salud redujo la incidencia de sensibilización

Cuadro 1. Protocolo utilizado de inmunoterapia específica sublingual al látex

Día	Frasco (concentración)	Dosis (gotas)	Concentración (mg)	Intervalo entre dosis (minutos)
Fase de ascenso acelerado-inducción				
1	0 (5x10 ⁻⁸ µg/mL)	1	2 x 10 ⁻⁹	15
	1 (5x10 ⁻⁵ µg/mL)	10	2 x 10 ⁻⁸	15
		1	2 x 10 ⁻⁶	15
	2	2 (5x10 ⁻² µg/mL)	10	2 x 10 ⁻⁵
1			0.002	15
3 (5 µg/mL)		10	0.02	15
		1	0.2	15
3	4 (500 µg/mL)	10	2	15
		1	20	15
		2	40	15
		3	60	15
4	4 (500 µg/mL)	4	80	15
		10	200	15
		25	500	15
Fase de mantenimiento				
	4 (500 µg/mL)	5 gotas 3/semana o 2 gotas/día	100 µg 3/semana o 40 µg/día	

al látex,³ muchos países aún no han adoptado esta medida, por lo que es difícil cuidar también de los pacientes ya sensibilizados o alérgicos al látex.⁴

En pacientes alérgicos al látex, la inmunoterapia sublingual es una herramienta muy útil.^{1,5-7} Hay varios informes de éxito y de fracaso de la inmunoterapia sublingual contra el látex. El punto determinante de su éxito o fracaso es la elección correcta del perfil alergénico de los constituyentes de la vacuna y la combinación de este perfil con la sensibilización del paciente. Los pacientes sensibilizados a fracciones de látex que no están presentes en el extracto de la inmunoterapia sublingual no se beneficiarán y corren el riesgo de volverse sensibles a otras fracciones de látex. Muchos fracasos, según lo informado por Maciel y su grupo,⁸ se deben a la discrepancia entre el perfil de sensibilización al látex del paciente alérgico y los alérgenos que componen la inmunoterapia sublingual administrada.

Otro punto a destacar son las reacciones clínicas presentes durante la fase de inducción. Gran parte de las historias de éxito de inmunoterapia sublingual contra látex tuvieron reacción clínica durante la fase de inducción.^{1,6} La ausencia de estas reacciones debe tomarse con cautela y puede reflejar el uso de extractos de alérgenos con perfil distinto del de sensibilización del paciente.

En nuestro caso, el perfil de la sensibilización a las fracciones de látex (*Hev b 5* e *Hev b 6.01*) era exactamente igual al de la inmunoterapia sublingual administrada (Látex ITSL®100%, ALK-Abelló) que, en nuestra opinión, llevó a la desensibilización exitosa al látex. Otro punto

importante a señalar es que, incluso en los casos de éxito de inmunoterapia sublingual contra el látex, evitarlo debe permanecer, por el riesgo de resensibilización a las fracciones insensibilizadas del látex.

Nuestro informe también demuestra la dificultad de evitar el contacto con el látex en la asistencia sanitaria y que la inhalación profesional, además de la alta vulnerabilidad, puede inducir reacciones anafilácticas. Queda de manifiesto la importancia de identificar los productos médicos hospitalarios según la presencia o ausencia de látex en su composición y la disponibilidad de autoinyectores de epinefrina para pacientes alérgicos al mismo.

REFERENCIAS

1. Gaspar A, Faria E. Alergia ao látex. Rev Port Imunoalergologia 2012;20:173-192.
2. Sa AB, Araujo RFC, Cavalheiro S, Mallozi MC, Solé D. Profile of latex sensitization and allergies in children and adolescents with myelomeningocele in São Paulo, Brazil. J Investig Allergol Clin Immunol 2013;23:43-49.
3. Allmers H, Schmengler J, John SM. Decreasing incidence of occupational contact urticaria caused by natural rubber latex allergy in German health care workers. J Allergy Clin Immunol 2004;114:347-351.
4. Sa AB, Mallozi MC, Solé D. Alergia ao látex: atualização. Rev Bras Alerg Imunopatol 2010;33:173-183.
5. Patriarca G, Nucera E, Buonomo A, Roncallo C, et al. New insights on latex allergy diagnosis and treatment. J Investig Allergol Clin Immunol 2002;12:169-176.
6. Spínola Santos A, Lopes da Silva S, Alves R, Pedro E y col. Inmunoterapia sublingual ao látex: avaliação da segurança e de novas sensibilizações. Rev Port Imunoalergologia 2008;16:149-162.
7. Nettis E, Delle Donne P, Di Leo E, Fantini P, et al. Latex immunotherapy: state of the art. Ann Allergy Asthma Immunol 2012;109:160-165.
8. Maciel BMM, Morfin BMC. Fracaso de la inmunoterapia sublingual para tratar la alergia al látex. Comunicación de un caso. Rev Alerg Mex 2008;55:76-81.