

Resúmenes SIIC

● NOMENCLATURA ACTUALIZADA PARA LA ALERGIA

Estocolmo, Suecia

La *World Allergy Organization* propone una nomenclatura de alergia para uso de todos los profesionales, con la finalidad de unificar criterios diagnósticos y terapéuticos.

Allergy & Clinical Immunology International 17(1):4-8, Ene 2005

Autores:

Johansson SG, Bieber T, Dahl R y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Medicine, Unit of Clinical Immunology and Allergy, Karolinska University Hospital, Estocolmo, Suecia

Título original:

[Revised Nomenclature for Allergy for Global Use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003]

Título en castellano:

Nomenclatura Revisada de Alergia para Uso Global. Comunicación del Comité de Revisión de Nomenclatura de la *World Allergy Organization*, Octubre 2003

Introducción

La terminología utilizada para describir las reacciones alérgicas y las manifestaciones que simulan alergia es confusa, señalan los autores. Sin la comprensión precisa y sin el uso adecuado de las definiciones es improbable que la ciencia e investigación al respecto y la atención del enfermo sean óptimas. A fines de la década del noventa, la *European Academy of Allergology and Clinical Immunology* (EAA

CI) constituyó un grupo especializado destinado a estandarizar la nomenclatura de las patologías alérgicas. La primera comunicación oficial se publicó en 2001 y ha merecido reconocimiento internacional. Por su parte, la *World Allergy Organization* (WAO) creó un Comité de Revisión del EAACI *Nomenclature Position Statement* (NPS) con el objetivo final de mejorar la comunicación en el terreno de las enfermedades alérgicas, especialmente en lo concerniente a las patologías cutáneas.

Términos generales

La revisión de la nomenclatura propuesta en el EAACI NPS se basa en el mecanismo que inicia la reacción, usualmente inflamatorio, que desencadena los signos y síntomas de la patología alérgica. Dado que una misma presentación clínica puede ser desencadenada por diversos mecanismos, es de crucial importancia comprender los eventos que inician el proceso. De lo contrario, las medidas preventivas y terapéuticas pueden ser incorrectas.

El término "hipersensibilidad" debe utilizarse para describir síntomas o signos objetivamente reproducibles, iniciados por la exposición a un estímulo definido en una dosis que es tolerada por personas normales. En circunstancias especiales, esta denominación puede reemplazarse por "sensibilidad". En consecuencia, las entidades que se incluyen en el ámbito de la medicina ambiental, tales como la sensibilidad total a drogas y la sensibilidad química múltiple, no deben considerarse reacciones de hipersensibilidad. La alergia es una reacción de hipersensibilidad desencadenada por mecanismos inmunológicos específicos. Cuando se comprueban otros procesos –por ejemplo, en el caso de hipersensibilidad a la aspirina– puede utilizarse la denominación de hipersensibilidad no alérgica. La alergia puede estar mediada por anticuerpos o por células. En la

mayoría de los enfermos con síntomas en la mucosa del tracto respiratorio o gastrointestinal, el anticuerpo es de tipo IgE. Sin embargo, es posible que en etapas crónicas de una reacción alérgica inflamatoria, originalmente mediada por IgE, participen linfocitos específicos contra el alérgeno en cuestión. Debido a la hiperreactividad inducida por la inflamación alérgica, los síntomas también pueden ser inducidos o agravados por factores no inmunológicos, tales como infecciones, irritantes y ejercicio.

En el amplio grupo de las reacciones no mediadas por IgE, la inflamación puede estar desencadenada por linfocitos específicos (tal como ocurre en la dermatitis alérgica de contacto) o por anticuerpos de tipo IgG como se observa en la anafilaxia originada por complejos inmunes que contienen dextrán o en la enfermedad del suero. En la aspergilosis broncopulmonar alérgica, los anticuerpos IgE e IgG son de importancia; luego de la inhalación crónica de elevadas concentraciones de ciertas proteínas – derivadas, por ejemplo, de *Actinomyces* termofílicos y ciertos hongos (pulmón de granjero) y deyecciones de aves (enfermedad del cuidador de aves)– pueden aparecer síntomas de neumonitis por hipersensibilidad o alveolitis alérgica.

La atopia es una tendencia personal o familiar, habitualmente presente en la infancia o adolescencia, a presentar sensibilización y producir IgE en respuesta a alérgenos comunes, habitualmente proteínas. Como consecuencia estos enfermos pueden tener asma, rinoconjuntivitis o eccema. El término no debería utilizarse hasta tanto no se documente la presencia de IgE específica en suero o mediante pruebas cutáneas. La aparición de IgE específica frente a antígenos menos comunes, especialmente cuando la exposición no fue a dosis bajas o no ocurre a través de mucosas –tal como sucede en la alergia a picadura de abejas o en la mayoría de las alergias a drogas– no representa un criterio de atopia.

Enfermedades alérgicas

Asma

La enfermedad asmática que surge como consecuencia de reacciones alérgicas debería denominarse asma alérgica, en la mayoría de los casos, desencadenada por IgE.

Se estima que el 80% de los casos de asma infantil y más del 50% de los de edad adulta son de tipo alérgico. Los mecanismos responsables de asma no alérgica no han sido bien definidos pero se sabe que ocurren cambios inflamatorios similares. La prevalencia de asma alérgica aumentó en los últimos años, paralelamente con el incremento de las patologías alérgicas en general.

Rinitis

La rinitis alérgica se caracteriza por síntomas nasales –prurito, estornudos, secreción, obstrucción– originados por hipersensibilidad inmunológica. Dado que en la mayoría de los casos interviene la IgE, sería correcto hablar de rinitis alérgica mediada por IgE, que puede clasificarse según la duración y gravedad de los síntomas en rinitis intermitente y persistente y rinitis leve, moderada y grave, respectivamente. Muchas formas de rinitis no son alérgicas.

Conjuntivitis

La conjuntivitis alérgica mediada por IgE habitualmente se observa en pacientes con rinitis alérgica y por lo tanto se la denomina rinoconjuntivitis. Además de la enfermedad mediada por IgE, hay conjuntivitis alérgica de contacto en la que intervienen linfocitos *helper* (Th) 1. También existen conjuntivitis no alérgicas. La relación entre la conjuntivitis alérgica, no alérgica, queratoconjuntivitis atópica y queratoconjuntivitis vernal requiere mayor investigación.

Dermatitis

Es el término global para las enfermedades inflamatorias de la piel.

Eccema:

Este nombre ha sido propuesto para reemplazar la denominación de síndrome de eccema/dermatitis atópica (AEDS). En niños y adultos con constitución atópica cabe la denominación de eccema atópico. Sin embargo, debe recordarse que la clasificación de atopia, y por lo tanto de eccema atópico, se basa en la documentación de sensibilización específica mediada por IgE. En casos crónicos, la inflamación parece estar menos influida por anticuerpos de este tipo y las células que predominan en las biopsias cutáneas son los linfocitos. Los mecanismos que inician la reacción dermatológica en el eccema no atópico aún no se comprenden con exactitud. En niños pequeños es común el eccema sin ningún otro signo de constitución atópica. Los infantes no atópicos con eccema parecen tener menos riesgo de presentar asma con posterioridad, pero también cabe la posibilidad de que años después evolucionen a eccema atópico. La distinción entre eccema atópico y eccema en general parece ser de importancia pronóstica sustancial.

Dermatitis de contacto:

El contacto estrecho con sustancias químicas de bajo peso molecular o irritantes puede desencadenar una reacción inflamatoria local en la piel.

Cuando está mediada por mecanismos inmunológicos –fundamentalmente linfocitos Th1– debería llamarse dermatitis alérgica de contacto. Algunos alérgenos típicos, que actúan como haptenos, son el níquel, cromo, determinadas fragancias, preservativos y venenos de ciertas plantas. La exposición puede ocurrir por vía oral (dermatitis alérgica por contacto sistémica). Cuando no se puede demostrar un mecanismo inmunológico, cabe la denominación de dermatitis por contacto no alérgica, tóxica o irritativa.

Otras formas de dermatitis:

Incluyen la dermatitis numular y la dermatitis por fotosensibilidad así como otras formas de eccema –dishidrótico y seborreico– que en teoría sería adecuado denominar como dermatitis.

Urticaria

Cuando está mediada inmunológicamente puede hablarse de urticaria alérgica, que puede estar mediada por IgE. También puede estar asociada con complejos inmunes.

Puede aparecer urticaria luego del contacto tópico con un determinado alérgeno, tal como ocurre en las manos de personas alérgicas al látex luego de colocarse guantes con este producto. En este caso es correcto hablar de urticaria por contacto. En algunos casos de urticaria crónica participan autoanticuerpos y por este motivo puede considerarse una variedad de urticaria alérgica.

Hipersensibilidad a alimentos

La presencia de IgG específica contra alimentos no suele tener importancia clínica.

Cuando participa la IgE es correcta la denominación de alergia alimentaria mediada por IgE. En los casos restantes corresponde el término de hipersensibilidad alimentaria no alérgica.

Hipersensibilidad a drogas

Puede hablarse de alergia a drogas cuando se demuestra un mecanismo inmunológico mediado por anticuerpos o por células. La denominación de "inmediato" y "tardío" hace referencia al tiempo que transcurre entre la exposición y el inicio de los síntomas y por lo general se correlaciona con una reacción mediada por IgE o por células, respectivamente. La alergia a drogas mediada por IgE representa una minoría de las reacciones de hipersensibilidad a fármacos; el mecanismo inmunológico a menudo es difícil de identificar debido a que el alérgeno puede ser un producto de degradación, de bajo peso molecular, que actúa como hapteno. Una intradermorreacción positiva, una prueba cutánea débilmente positiva o una prueba de desgranulación de basófilos positiva con una concentración muy alta de droga no son suficientes para identificar el verdadero mecanismo inmunopatológico. Asimismo, la detección de IgG específica o una prueba positiva de estimulación de linfocitos simplemente reflejan exposición anterior, a menos que la concentración antigénica utilizada sea muy baja.

Hipersensibilidad por picadura de insectos

La hipersensibilidad al veneno y a la saliva mediada inmunológicamente se consideran "alergia". La cantidad de veneno en una picadura de abeja se considera similar a años de inhalación de polen.

Anafilaxia

Este término se aplica en forma distinta en diversas partes del mundo. Se propone considerar a la anafilaxia como una reacción grave, generalizada y que compromete la vida o una reacción de hipersensibilidad sistémica. Debe hablarse de anafilaxia alérgica cuando se demuestra que la reacción está mediada por IgE, IgG o complejos inmunes y complemento.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué mecanismos inmunológicos participan en la aspergilosis broncopulmonar?

- A. Linfocitos.**
- B. Complemento.**
- C. IgE e IgG.**
- D. Se desconoce.**

Respuesta Correcta

Trabajos Distinguidos, Serie Alergia e Inmunología, integra el Programa SIIC de Educación Médica Continuada