

Reacción adversa frente a un fármaco como forma de presentación de sensibilización al huevo

Sr. Editor:

El huevo es la causa más frecuente de alergia alimentaria en niños en nuestro medio¹. La forma clínica más habitual es la cutánea (urticaria, angioedema) y digestiva (vómitos, dolor abdominal, diarrea), siendo ocasionales los síntomas respiratorios y sistémicos (taquicardia, hipotensión, shock anafiláctico). Requiere sensibilización previa bien intraútero o a través de la lactancia materna por la exposición a pequeñas cantidades de antígeno^{2,3}, necesitando cantidades más altas para producir la clínica alérgica. Por lo tanto es poco habitual que haya síntomas antes de la introducción del huevo y es más excepcional que la clínica se produzca por la exposición a uno de los componentes de este alimento.

Los alérgenos principales del huevo son ovoalbúmina, ovomucoide, ovotransferrina y lisozima². La lisozima se usa como aditivo en numerosos alimentos y, debido a sus propiedades bactericidas, forma parte de varios fármacos utilizados en pediatría⁴.

Se presenta el caso clínico de una lactante cuyo primer síntoma de alergia alimentaria a huevo fue una reacción anafiláctica tras la administración de un medicamento que contenía lisozima, previo a la introducción del huevo en su alimentación.

Lactante de 9 meses que acude a la consulta de su pediatra de atención primaria por cuadro catarral afebril pautándose tratamiento con un descongestionante nasal que contiene neomicina, dexametasona, clorfenamina y lisozima. Inmediatamente después de la toma de la primera dosis, inicia episodio de reacción anafiláctica caracterizada por urticaria generalizada con angioedema y dificultad respi-

ratoria progresiva que cede a los 15 min, tras la administración de metilprednisolona intramuscular y cetirizina oral.

Entre los antecedentes, es hija única, con embarazo controlado, parto con ventosa y en período neonatal es diagnosticada de sepsis clínica que requiere tratamiento antibiótico durante 10 días. Lactancia materna durante 5 meses, con introducción de alimentación complementaria sin incidencias, sin introducir huevo hasta entonces; no antecedentes de atopia. La madre y varios miembros en rama materna están diagnosticados de rinoconjuntivitis polínica.

Ante la clínica anterior, su pediatra se pone en contacto con nuestra unidad y dada la sospecha de sensibilización a huevo, se recomienda dieta exenta del mismo hasta ser vista en la consulta. A pesar de ello, a los 11 meses, la paciente presenta episodio de urticaria perilabial tras la toma de pequeña cantidad de merengue que le fue dado por su abuela. Este episodio cede espontáneamente, sin necesidad de administrar medicación.

Acude a nuestra consulta a la edad de 11 meses, donde se confirma la sospecha clínica de alergia al huevo tras la realización de pruebas cutáneas y analítica (tabla 1).

En la actualidad la paciente sigue con dieta exenta de huevo y no ha vuelto a presentar nuevos episodios de reacción alérgica. A los 15 meses de edad, se administra vacuna triple vírica en el hospital, según recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría y de la Sociedad Española de Inmunología y Alergia Pediátrica⁵, sin que hubiera incidencias.

La lisozima (Gal d4, 3,5% proteínas de la clara) es una proteína de pequeño tamaño, de 14,3 kDa y 129 aminoácidos². Se le considera uno de los alérgenos principales de la clara de huevo, aunque este papel ha sido ampliamente discutido en la literatura especializada.

Inicialmente se consideró a la lisozima como un contaminante de las principales proteínas del huevo. Posteriormente Holen et al⁶ demostraron que la lisozima era fuertemente reconocida por IgE tanto en alérgicos al huevo como en la población en general y consideraron que la lisozima era uno de los alérgenos mayores del huevo. Frémont et al⁵ observaron que la frecuencia de sensibilización a lisozima en alérgicos al huevo era del 32% y que pequeñas cantidades de lisozima podían producir reacciones alérgicas. Estudios más recientes muestran que la lisozima puede ser un alérgeno menor y sugieren que la reactividad de la IgE sea debido a interacciones inespecíficas⁷. De todas formas consideramos que, aunque la lisozima sea un alérgeno menor, debe ser tenida en cuenta en aquellos pacientes alérgicos al huevo debido a su presencia en alimentos, cosméticos y fármacos (tabla 2), cuyo uso debe ser evitado en este grupo de personas.

De hecho, existen casos descritos sobre reacciones alérgicas a la lisozima que contiene algunos medicamentos. Pichler et al⁸ presentaron 7 casos de mujeres que, tras la aplicación de supositorios vaginales que contenían lisozima, desarrollaron reacciones inmediatas de urticaria local o generalizada. También se han descrito casos de sensibilización a lisozima por vía inhalatoria en trabajadores de la industria avícola, farmacéutica o pastelería⁹.

En resumen, con la presentación de este caso clínico queremos hacer una llamada de atención a la utilización de fármacos que contienen lisozima, no sólo en los alérgicos al huevo, sino también en aquellos lactantes en donde todavía no se ha comprobado la tolerancia al huevo. Creemos que dichos fármacos, aunque en ficha técnica se autorice su uso en lactantes, no deben ser utilizados en aquellos menores de un año que todavía no hayan introducido el huevo en su alimentación por la posi-

TABLA 1. Resultado de pruebas cutáneas y analíticas en nuestra paciente

	Prick test (mm)	IgE específica (UI/ml)
Clara de huevo	15 × 6	66,1
Yema de huevo	4 × 4	14,1
Ovoalbúmina	15 × 3	ND
Ovomucoide	3 × 3	ND

ND: no disponible.

TABLA 2. Medicamentos que contienen lisozima¹⁰

<ul style="list-style-type: none"> • Egarone[®] nebulizador • Lisozima Chiesi[®] comprimidos • Lizipaina[®] comprimidos • Pulmotropic[®] cápsulas • Rino Dexa[®] gotas • Trofalgon[®] cápsulas
--

bilidad de producir una reacción adversa en pacientes con sensibilización a huevo.

**I. Ledesma Benítez, L. Regueras Santos
y S. Lapeña López de Armentia**

Unidad de Respiratorio y Alergia Pediátrica. Servicio de
Pediatria. Hospital de León. España.

Correspondencia: Dr. S. Lapeña López de Armentia.
Servicio de Pediatría. Hospital de León.
Altos de Nava, s/n. 24071 León. España.
Correo electrónico: slapena@hleio.sacyl.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Crespo JF, Pascual C, Burks AW, Helm RM, Esteban MM. Frequency of food allergy in a pediatric population from Spain. *Pediatr Allergy Immunol.* 1995;50:623-35.
2. Martorell A, Boné J, García MC, Nevot A, Plaza M. Comité de Alergia Alimentaria de la SEICAP. Alergia a las proteínas de huevo. Documento de posición. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2001;29:84-95.
3. García Ara MC. Alergia a huevo en el niño. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos de inmunología clínica-alergología y neumología en pediatría.* Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2003. p. 45-54.
4. Frémont S, Kanny G, Nicolas JP, Moneret-Vautrin DA. Prevalence of lysozyme sensitization in a egg-allergic population. *Allergy.* 1997;52:224-8.
5. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones para usar la vacuna triple vírica (TV) en niños alérgicos al huevo. Disponible en: http://www.vacunasaep.org/saladeprensa/tv_alergia_huevo.htm [Acceso en julio de 2006].
6. Holen E, Elsayed S. Characterization of four major allergens of hen egg-white by IEF/SDS-PAGE combined with electrophoretic transfer and IgE immunoautoradiography. *Int Arch Allergy Appl Immunol.* 1990;91:136-41.
7. Quirce S, Díez-Gómez ML, Eiras P, Cuevas M, Baz G, Losada E. Inhalant allergy to egg yolk and egg white proteins. *Clin Exp Allergy.* 1998;28:478-85.
8. Pichler WJ, Campi P. Allergy to lysozyme/egg white-containing vaginal suppositories. *Ann Allergy.* 1992;69:521-5.
9. Escudero C, Quirce S, Fernández-Nieto M, De Miguel J, Cuesta J, Sastre J. Egg white proteins as inhalant allergens associated with baker's asthma. *Allergy.* 2003;58:616-20.
10. Base de Datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2006. Disponible en: <http://pfarmals.portalfarma.com/login.asp> [Acceso en julio de 2006].