

Anafilaxia alimentaria, no es siempre lo que parece

Rosa Muñoz Cano

Servicio de Alergología. Hospital Clínic. Barcelona.





HISTORIA CLÍNICA



Historia Clínica

- Mujer de 38 años que acude a urgencias por un cuadro compatible con una anafilaxia
- 10 minutos después de empezar a entrenar (running), inicia un cuadro de calor intenso, eritema generalizado, malestar general, sensación de mareo y dolor abdominal intenso.
- 5 minutos antes de empezar el entrenamiento había consumido avellanas (unos 50 gramos). La última ingesta previa a esta había sido 4 horas antes.
- Niega el consumo de ningún fármaco, o el consumo de alcohol, o la presencia de una infección inter-recurrente, no sangrado menstrual (día 16 del ciclo).

Historia Clínica

- En el Servicio de Urgencias se administra tratamiento con antihistamínicos y corticoides parenterales, pese a presentar síntomas clínicos compatibles con anafilaxia.
- Constantes vitales a su llegada: TA 102/61; Saturación de oxígeno 98%; Frecuencia cardíaca: 96 lpm; Frecuencia respiratoria: 12 rpm.
- A los 5 minutos de recibir el primer tratamiento, la paciente refiere empeoramiento del mareo, y se constata hipotensión: TA 82/58, motivo por el que recibe 0,5 mg de adrenalina intramuscular
- El cuadro remite rápidamente, y tras 12 horas en observación, se le da el alta hospitalaria y se remite al Servicio de Alergología para valoración.
- En el Servicio de Urgencias no se obtienen muestras para la determinación de triptasa sérica en fase aguda.

Antecedentes personales y familiares

- Antecedentes: rinitis alérgica – alergia al polen de plátano de sombra
- Hábitos tóxicos: no
- Alergias medicamentosas y/o alimentarias: no
- Antecedentes familiares: padres con rinitis alérgica, hermana con alergia a frutos secos.
- Ocupación: policía



EVALUACIÓN ALERGOLÓGICA

**EXPLORACIÓN FÍSICA Y
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**



Evaluación alergológica

- Previo al estudio, la paciente había vuelto a consumir avellanas en poca cantidad (1 o 2 unidades) sin presentar síntomas. Así mismo, había realizado ejercicio físico a diario, evitando el consumo de avellanas.
- Estudio alergológico *in vivo* (prueba intraepidérmicas o *prick test*) – positivas al polen del plátano de sombra y a avellanas
- Estudio *in vitro* – determinación de IgE mediante ImmunoCAP®
 - IgE total 237 kU/L
 - IgE específica avellana 2,35 kUA/L
- Triptasa sérica basal (1 mes después de la reacción): 15,2 ng/mL
- Exploración física – sin hallazgos



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA



Diagnóstico Diferencial / Orientación Diagnóstica

- Síncope vasovagal en relación con el ejercicio físico
- Anafilaxia por alergia a avellanas
- Anafilaxia inducida por ejercicio
- Anafilaxia por alimentos (avellanas) exacerbada por ejercicio físico
- Hipertriptasemia idiopática
- Hipertriptasemia secundaria a H α T
- Hipertriptasemia secundaria a mastocitosis sistémica



EVALUACIÓN ALERGOLÓGICA

-PARTE II



Evaluación alergológica – parte II

Estudio de la hipertriptasemia

- Genotipado de la triptasa – genotipo $1\alpha:2\beta$ – no compatible con H α T
- Estudio de la mutación D816V del gen KIT en sangre periférica – negativo
- Score REMA: 3 – alto riesgo de clonalidad
 - Mujer: -1
 - Ausencia de urticaria, angioedema, prurito: +1
 - Pre-síncope/síncope: +3
 - Triptasa 15-25 ng/mL: +0

Evaluación alérgica – parte II

Estudio de la hipertriptasemia

- Se remite al Servicio de Hematología donde se procede al estudio de médula ósea donde se observan:
 - Agregados de más de 15 mastocitos
 - Mastocitos fusiformes
 - Expresión aberrante de CD2, CD25 en mastocitos
 - Mutación de c-kit D816V limitado a mastocitos. No otras líneas celulares afectas.
- Al cumplir el criterio mayor + 3 criterios menores, se diagnostica de mastocitosis sistémica en médula ósea dada:
 - Ausencia de lesiones cutáneas compatibles con mastocitosis
 - Ausencia de síntomas B y C



OBJETIVO TERAPÉUTICO Y TRATAMIENTO RECOMENDADO



Objetivo terapéutico y Tratamiento recomendado

- Evitación de avellanas. No debe evitar trazas, ya que tolera pequeñas cantidades. Tolerar otros frutos secos.
- Debe portar al menos 2 autoinyectores de adrenalina, basado en:
 - Gravedad del episodio original
 - Existencia de una mastocitosis sistémica subyacente
- Se realizará un seguimiento cercano de:
 - La evolución clínica – aparición de nuevas reacciones con o sin alimentos
 - Niveles de triptasa sérica de forma anual o bianual, en función de su evolución




EVOLUCIÓN CLÍNICA




Evolución Clínica

- La paciente no ha vuelto a presentar nuevos episodios de anafilaxia
- Por consumo inadvertido de avellanas, ha presentado algunos episodios leves de prurito orofaríngeo que se han autolimitado o controlado con dosis bajas de antihistamínicos
- Los niveles de triptasa se mantienen estables y no hay signos de osteoporosis/osteopenia, organomegalias, disfunción hepática o alteraciones hematológicas.



CONCLUSIONES EXTRAÍDAS DEL CASO CLÍNICO



Conclusiones extraídas del caso clínico

- La anafilaxia puede ser la manifestación subyacente de una enfermedad clonal de mastocitos, como la mastocitosis sistémica. Hay que estar atentos a los síntomas clínicos nos deben hacer sospechar.
- Pese a presentar un cuadro compatible con anafilaxia:
 - No se administró adrenalina de forma inmediata, hecho que supuso un deterioro clínico rápido que podría haberse evitado – esta situación es altamente frecuente
 - No se obtuvo una muestra en la fase aguda de la reacción para la determinación de triptasa sérica, hecho que puede complicar la confirmación diagnóstica
- El ejercicio físico puede actuar como factor desencadenante de una alergia alimentaria, que en ausencia de cofactor, podría ser leve o incluso asintomática



BIBLIOGRAFÍA



Bibliografía

- Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernández Rivas M, Fineman S, et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidance 2020. *World Allergy Organ J.* 2020;13(10):100472. doi:10.1016/j.waojou.2020.100472
- Martelli A, Caffarelli C, et al. The 2020 update on anaphylaxis in paediatric population. *Clin Transl Allergy.* 2021;11(2):e12083. doi: 10.5114/ada.2021.103327.
- Shaker MS, Wallace DV, Golden DBK, Oppenheimer J, Bernstein JA, Campbell RL, et al. Anaphylaxis: A 2020 practice parameter update, systematic review, and GRADE analysis. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;145(4):1082-1123. doi:10.1016/j.jaci.2020.01.017
- Soar J, Turner PJ, et al. Emergency treatment of anaphylaxis: concise clinical guidance. *Clin Med (Lond).* 2022;22(1):e33-e37. doi:10.7861/clinmed.2021-0657
- Turner PJ, Ansotegui IJ, Campbell DE, Cardona V, Ebisawa M, El-Gamal Y, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy.* 2022;77(2):357-377. doi:10.1111/all.15032
- Shaker MS, Wallace DV, Golden DBK, Oppenheimer J, Bernstein JA, Campbell RL, et al. Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol.* 2024;153(2):399-424. doi:10.1016/j.jaci.2023.11.022.
- Wang J, Lieberman JA, Wallace DV, Wasserman S, Golden DBK. Anaphylaxis in Practice: A Guide to the 2023 Practice Parameter Update. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2024;12(2):e1-e8. doi: 10.1016/j.jaip.2024.06.036
- Antolín-Amérigo D, Vidal-Albareda C, González de Olano D, de la Hoz-Caballer B. Current update on anaphylaxis: anaphylaxis management in recent guidelines. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2024 Mar;56(2):51-64. doi: 10.23822/EurAnnACI.1764-1489.306.

- Bartra J, Turner PJ, Muñoz-Cano RM. Cofactors in food anaphylaxis in adults. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2023 Jun;130(6):733-740. doi: 10.1016/j.anai.2023.03.017.
- Prieto-Moreno A, Puente-Crespo Y, Cardona V, de la Hoz B, Dieguez MC, González-de-Olano D, Habernau A, Perales-Chorda C, Muñoz-Cano R. Anaphylaxis Management in the GALAXIA 2022 Update. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2023 Dec;33(6):486-487. doi: 10.18176/jiaci.0962.
- Dribin TE, Muraro A, Camargo CA Jr, Turner PJ, Wang J, Roberts G, Anagnostou A, Halken S, Liebermann J, Worm M, Zuberbier T, Sampson HA; GA(2)LEN Anaphylaxis Study Team. Anaphylaxis definition, overview, and clinical support tool: 2024 consensus report-a GA2LEN project. *J Allergy Clin Immunol*. 2025 Aug;156(2):406-417.e6. doi: 10.1016/j.jaci.2025.01.021.
- Cardona V. Overview of allergic disease: Anaphylaxis – WAO White Book on Allergy 2026. *World Allergy Organ J*. 2026;19(3):101338. doi:10.1016/j.waojou.2026.101338.
- Tanno LK, Demoly P. Epidemiology of anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2021 Apr 1;21(2):168-174. doi: 10.1097/ACI.0000000000000722.
- Stafford A, Turner PJ. Grading the severity of anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2023 Jun 1;23(3):218-225. doi: 10.1097/ACI.0000000000000901.
- Alvarez-Twose I, González-de-Olano D, Sánchez-Muñoz L, Matito A, Jara-Acevedo M, Teodosio C, García-Montero A, Morgado JM, Orfao A, Escribano L. Validation of the REMA score for predicting mast cell clonality and systemic mastocytosis in patients with systemic mast cell activation symptoms. *Int Arch Allergy Immunol*. 2012;157(3):275-80. doi: 10.1159/000329856.
- Schuch A, Brockow K. Mastocytosis and Anaphylaxis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2017 Feb;37(1):153-164. doi: 10.1016/j.iac.2016.08.017.
- Hartmann K, Alvarez-Twose I, Bernstein JA, Akin C, Myers B, Hirdt A, Whyte AF, Anderson J, Ruëff F, Siebenhaar F, White AA, Pongdee T, Grattan CE, Jurcic JG, Bonadonna P, Triggiani M, Giannetti M, Barete S, Wedi B, Zakharyan A, Coghlan R, Hoehn G, Lugar P, Livideanu CB, Sabato V. Prevalence of KIT D816V in anaphylaxis or systemic mast cell activation. *J Allergy Clin Immunol*. 2026 Feb;157(2):409-418. doi: 10.1016/j.jaci.2025.10.010.