

L. Marqués Amat

Unidad de Alergia.
Hospital de Santa María.
Lleida

Caso clínico

Dermografismo secundario a alergia a picadura de avispa

Se presenta el caso de una mujer de 55 años que inició dermografismo a partir de una picadura de avispa. Tenía antecedentes de reacción local gigante retardada y reacción sistémica grado I tras picadura de avispa y, en ese momento, las pruebas cutáneas y la IgE específica habían sido positivas para *Polistes spp* (intradermorreacción 1 µg/mL: 7x7/25x27 mm; 0,51 kU/L). Tres años más tarde, después de una picadura de avispa, inició dermografismo y los valores de IgE específica aumentaron de manera marcada (>100 kU/L). Al cabo de 5 meses persistían la clínica cutánea e idénticos valores de IgE específica. No se han encontrado casos descritos de dermografismo asociado a alergia a veneno de himenópteros.

Palabras clave: Alergia a himenópteros. Dermografismo. Dermografismo secundario.

Secondary dermographism in wasp sting allergy

A case is presented of a 55-year-old woman who developed dermographism after a wasp sting. She had a previous history of giant delayed local reaction and Grade I systemic reaction after a wasp sting, and at that time the skin tests and specific serum IgE had been positive for *Polistes spp*. (intradermal reaction, 1µg/ml: 7x7/25x27 mm; specific serum IgE level: 0.51 kU/l). Three years later, after another wasp sting, she developed dermographism and the specific serum IgE levels showed a considerable increase (>100 kU/l). The same clinical manifestations and specific serum IgE levels still persisted five months later. No reported cases of dermographism in association to *Hymenoptera* venom allergy have been found in the literature.

Key words: *Hymenoptera* venom allergy. Dermographism. Secondary dermographism.

El dermografismo puede ser secundario a reacciones alérgicas a fármacos, alimentos o inmunoterapia¹⁻⁵ y se conoce su aparición tras la picadura de insectos^{6,7}. Aunque se han descrito casos de urticaria por frío tras picadura de himenópteros en pacientes alérgicos al veneno⁸, no se hallan descripciones de dermografismo secundario a dicha alergia.

Se describe el caso de una paciente que desarrolló dermografismo y sensibilización a veneno de *Polistes* y *Vespula* tras una picadura de avispa.

Correspondencia:
Dr. Luis Marqués Amat
Rovira Roure, 44
25198 Lleida
E-mail: lmarquesa@meditex.es

Tabla I. Evolución clínica y de las pruebas diagnósticas

Fecha		Síntomas	Pruebas cutáneas (mm)	IgE específica (kU/L)
1995	Picadura	RLR	NR	NR
7/1996	Picadura	RLR	IDR <i>Polistes spp</i> 1 µg/mL (7x7/25x27)	<i>Polistes spp</i> (0,51) <i>Vespula spp</i> (<0,35)
10/1997	Picadura	RS grado I	NR	NR
8/1999	Picadura	RLR Dermografismo generalizado	NR	<i>Polistes spp</i> (>100) <i>Vespula spp</i> (>100)
2/2000		Dermografismo generalizado	NR	<i>Polistes spp</i> (>100) <i>Vespula spp</i> (>100)

RLR: reacción local retardada; RS: reacción sistémica; IDR: intradermoreacción; NR: no realizado.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 55 años con antecedentes de nódulo mamario derecho reseccionado y osteoporosis (tratamiento con alendronato) que había presentado durante los últimos años reacciones locales gigantes retardadas con picadura de avispa; la frecuencia media de picaduras fue de una cada 2 años, sobre todo en la segunda residencia que posee cerca de la costa. Acudió a la consulta el verano de 1996 por haber sufrido una picadura de avispa en la zona glútea derecha y presentar, al cabo de unas 4 horas, un gran edema local (con afección de la extremidad inferior). El verano anterior había presentado una reacción local retardada superior a los 20 cm en el brazo izquierdo. Negaba tener síntomas sistémicos en estas reacciones e identificaba correctamente las avispa.

Se realizaron pruebas cutáneas frente a himenópteros (*Apis m.*, *Polistes spp.* y *Vespula spp.*) (ALK-Abelló SA, España) por *prick test* (10 µg/mL) e intradermoreacción (0,01; 0,1 y 1 µg/mL) e IgE específica mediante CAP-System (Pharmacia-Upjohn, Suecia). Éstas fueron positivas para *Polistes spp* (intradermoreacción 1 µg/mL: 7x7 mm de pápula y 25x27 mm de eritema, con reacción retardada) y negativas para *Apis m.* y *Vespula spp.* La IgE específica para *Polistes spp* fue de 0,51 kU/L (clase 1) e inferior a 0,35 kU/L para *Apis m.* y *Vespula spp.*

Se aconsejaron normas para prevenir nuevas picaduras y tratamiento sintomático con antihistamínicos y corticoides en caso de padecerlas.

En otoño de 1997 fue picada en el pie derecho por una avispa y a los 30 minutos presentó urticaria generalizada muy pruriginosa que se autolimitó a las 2 horas (tras tomar un antihistamínico por vía oral), con reacción local

gigante inmediata y retardada en el lugar de la picadura. Consultó telefónicamente y se aconsejó disponer de adrenalina autoinyectable.

La paciente no acudió a consulta hasta agosto de 1999 en que una avispa la picó en la cara. La paciente tomó una dosis de 30 mg de prednisona oral y presentó reacción local gigante retardada que abarcaba pabellón auricular, mejilla y cara lateral del cuello, sin síntomas sistémicos inmediatos. Al día siguiente inició prurito generalizado leve con aparición de lesiones habonosas lineales de breve duración en los lugares de rascado. A la exploración física (al cabo de unos días) no se observaron reacciones cutáneas excepto dermatografismo inmediato: habón lineal pruriginoso que aparece en menos de 2 minutos a la fricción de la piel. Se detectó IgE específica para *Polistes spp* y *Vespula spp* superior a 100 kU/L (clase 6), IgE total 206 kU/L, sin eosinofilia, VSG de 8 mm y pruebas hepáticas, función renal y proteinograma en límites normales. Se indicó cetirizina oral (10 mg al día) y estos síntomas disminuyeron, pero con recidiva al suspender el tratamiento. Pasados 5 meses persiste dermatografismo, requiere cetirizina oral (10 mg cada 2-3 días) y mantiene los mismos valores de IgE específica para *Polistes* y *Vespula* (>100 kU/L) (tabla I). La paciente ha rehusado volver para realizar pruebas cutáneas frente a himenópteros. Unas pruebas cutáneas fueron negativas para aeroalergenos comunes.

DISCUSIÓN

El dermatografismo sintomático o patológico es el tipo más frecuente de urticaria física y representa el 8-9% de

todos los casos de urticaria^{1,7}. Se define por la aparición, con traumatismos mecánicos localizados (roces), de habones lineales locales inmediatos con prurito y de breve duración. La mayoría de casos corresponden a causas desconocidas. El dermatografismo sintomático secundario transitorio puede ser causado por una urticaria aguda, determinados fármacos, sarna o picadura de insectos⁷, aunque la eliminación de dicha causa raramente cura el dermatografismo⁴. El dermatografismo secundario probablemente es raro (o está infradiagnosticado), ya que muchos autores no mencionan este tipo de reacción y menos su relación con insectos o himenópteros⁹⁻¹³.

No se han encontrado descripciones de casos relacionados con la alergia al veneno de himenópteros.

En este caso, una paciente con reacción local gigante retardada y alergia a veneno de *Polistes* y con evolución a reacción sistémica de grado 1 de Müller (urticaria), desarrolló un dermatografismo que se inició pocas horas después de una nueva picadura de avispa. Se detectó gran aumento de la concentración de IgE específica (de clase 1 a clase 6) que persistía a los 5 meses, al igual que la clínica.

Cabe pensar que el dermatografismo había sido inducido por la picadura de la avispa, dada su relación cronológica, junto con el marcado aumento de los valores de IgE específica. Una hipótesis sobre la relación entre la alergia al veneno de vespídeos y el dermatografismo en esta paciente se basaría en el hecho de que presente reacciones locales retardadas. La hiperreactividad cutánea puede deberse a una hiperproducción de mediadores retardados de las reacciones alérgicas, similar a la que se produce en las reacciones locales retardadas, pero en este caso, mantenida. En consecuencia, se mantuvo la clínica y los elevados valores de IgE específica, a pesar de la desaparición del estímulo inicial. Este punto ha sido reconocido por otros autores⁴.

No se aconsejó inmunoterapia específica frente a ve-

veno de himenópteros porque no cumplía los criterios clínicos reconocidos para la indicación de este tipo de tratamiento y porque mantenía un buen control sintomático con cetirizina oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kobza Black A, Greaves MW. Urticaria and angioedema. En: Kay AB, ed. Allergy and allergic diseases. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1997; 1586-1607.
2. Orfan NA, Kolski GB. Physical urticarias. Ann Allergy 1993; 71: 205-212.
3. Mathews KP. Urticaria and angioedema. J Allergy Clin Immunol 1983; 72: 1-14.
4. Champion RH. A practical approach to the urticarial syndromes - a dermatologist's view. Clin Exp Allergy 1990; 20: 221-224.
5. Smith JA, Mansfield LE, Fokakis A, Nelson HS. Dermographia caused by IgE mediated penicillin allergy. Ann Allergy 1983; 51: 30-32.
6. Czarnetzky BN. Urticaria. Berlin: Springer, 1986.
7. Kontou-Fili K, Borici-Mazi R, Kapp A, Matjevic LJ, Mitchel FB. Physical urticaria: classification and diagnostic guidelines. An EAACI position paper. Allergy 1997; 52: 504-513.
8. Mueller UR. Insect sting allergy. Clinical picture, diagnosis and treatment. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1990.
9. Sibbald RG, Cheema AS, Lozinski A, Tarlo S. Chronic urticaria. Evaluation of the role of physical, immunologic, and other contributory factors. Int J Dermatol 1991; 30: 381-386.
10. Kozel MM, Mekkes JR, Bossuyt PM, Bos JD. The effectiveness of a history-based diagnostic approach in chronic urticaria and angioedema. Arch Dermatol 1998; 134: 1575-1580.
11. Humphreys F, Hunter JA. The characteristics of urticaria in 390 patients. Br J Dermatol 1998; 138: 635-638.
12. Greaves MW. Chronic urticaria. N Engl J Med 1995; 332: 1767-1772.
13. Lehach JG, Rosenstreich DL. Clinical aspects of chronic urticaria. Clin Rev Allergy 1992; 10: 281-301.