

DERMATITIS PROTEICA POR PROTEINAS DE TRIGO

Autores: Pilar Mur Gimeno¹, Aránzazu Martín Iglesias¹, Manuel Lombardero Vega², Pablo Bautista Martínez³, Eugenio Sánchez Bastante³, Xiomara Mazorra Benítez³.

¹Unidad de Alergología Hospital Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real.

²Departamento I+D ALK-Abelló. Madrid.

³Sección de Dermatología Hospital Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real.

INTRODUCCIÓN

La alergia a trigo puede mostrar distintos perfiles clínicos IgE mediados (asma del panadero, alergia o anafilaxia por ejercicio dependiente de trigo). Con menor frecuencia se describe urticaria de contacto y dermatitis proteica de contacto (mecanismos tipo I y tipo IV no claros).

Describimos un caso de asma ocupacional por trigo que evoluciona a dermatitis proteica por trigo.



IMAGEN- 1

HISTORIA CLINICA

Paciente varón de 38 años, panadero de profesión desde los 18 años, diagnosticado de rinoconjuntivitis y asma con sensibilización a trigo hace 8 años. Su clínica respiratoria cedió tras realizar tratamiento con inmunoterapia de trigo durante 5 años. Desde el 2004 presenta lesiones eczematosas en dorsos de manos que en el último año se han generalizado a tronco, cara, extremidades y zona perianal que han requerido unos 6 ciclos de corticoides orales, además de su tratamiento de base con corticoides tópicos y varios antihistamínicos. (Ver imágenes 1, 3 y 5)

Mejóro completamente hace unos años en que cambió de trabajo pero en la actualidad no puede prescindir del trabajo familiar de la panadería.

Iniciamos tratamiento con Omalizumab: 225 mg/15 días y experimenta blanqueado de sus lesiones cutáneas.

RESULTADOS

- PRUEBAS CUTANEAS EN PRICK con neuroalergenos habituales, harinas de trigo, maíz, cebada, centeno, avena, α -amilasa : negativas.

- EPICUTANEAS con batería standard y productos de panadería aportados por el paciente: negativas en lectura las 48 y 96 horas.

-TEST DE APLICACIÓN ABIERTA antebrazo con harina de trigo: POSITIVO lesiones eczematosas 30 después. (ver imagen 2) comprobada con biopsia de la zona de contacto.

- IGE ESPECIFICA (CAP) harina de trigo: 40 kU/L, cebada: 43 kU/L, avena: 16,8 kU/L, avena: 16,8 kU/L, r-tri a 19 ω 5 gliadina: < 0,35 kU/L, Tria a 14 0,23 kU/L -IgE específica Cm 3+16: 0.00 kU/L, HRPo (peroxidasa de rábano): 0 kU/L.

-TRITASA SERICA: 4 μ g/L.

-BLOTTING CON EXTRACTO DE HARINA DE TRIGO Y GLIADINA PURIFICADA: se detecta IgE contra componentes de aproximadamente 11, 16, 42 y 60 kDa y no se objetiva IgE frente a proteínas del trigo insolubles en sales (gliadina). (Ver imagen 4)



IMAGEN-2



IMAGEN-3

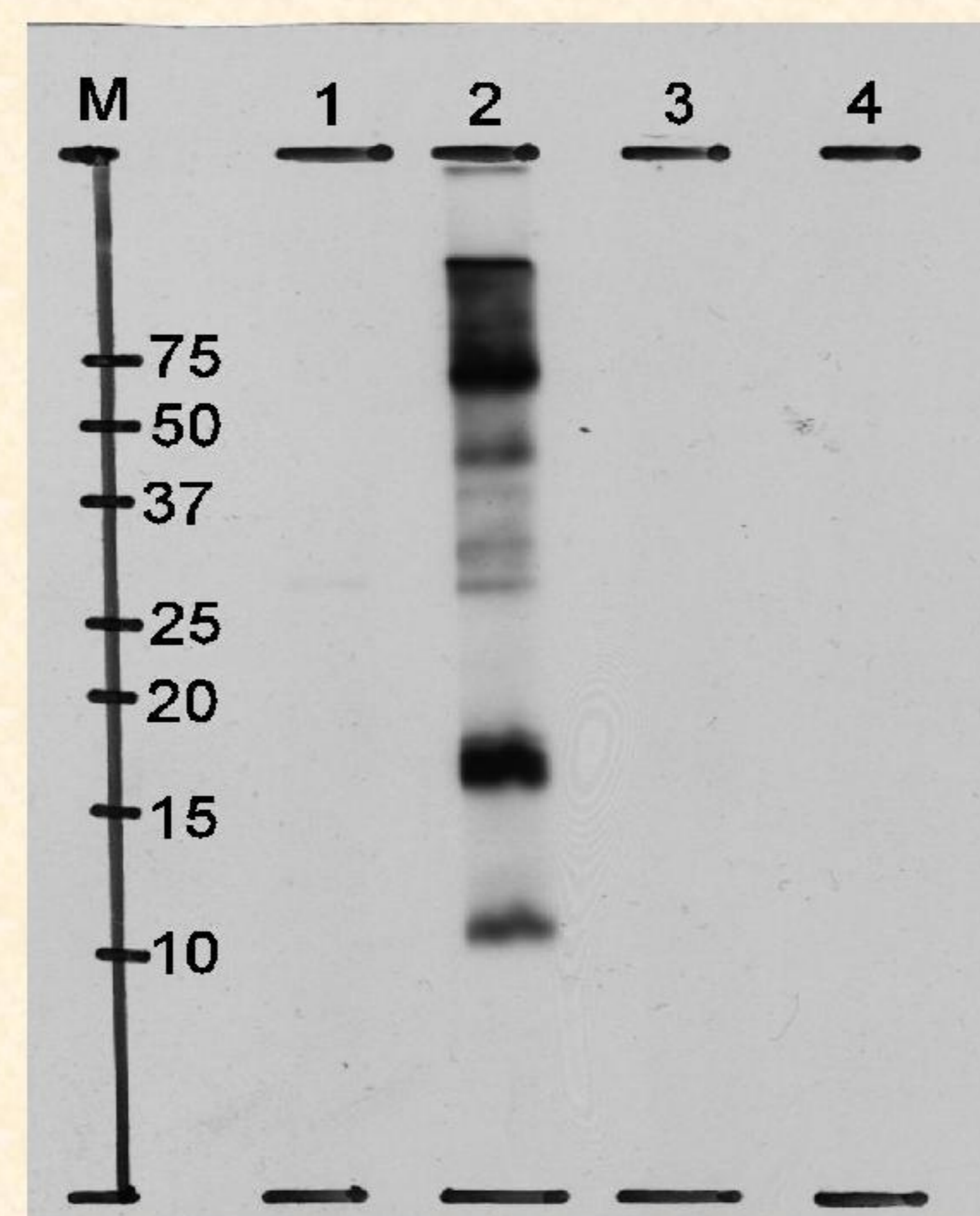


IMAGEN-4 1)Harina de trigo, control negativo
2)Harina de trigo+suero de paciente
3)Gliadina, control negativo
4)Gliadina+suero de paciente



IMAGEN-5

CONCLUSIONES

- Deberemos tener en cuenta el diagnóstico de dermatitis proteica ante casos de eczema crónico en profesiones de riesgo y con antecedentes atópicos.

-El tratamiento adecuado, que es la evitación del contacto con trigo, no siempre es posible.

- La respuesta con anticuerpos anti-IgE (omalizumab) es satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Wheat allergens associated to baker s asthma. J Investig Allergol Clin Immunol 2011 ; Vol 21 (2): 81-92.
- 2- Protein contact dermatitis: allergens, pathogenesis and mangement. Dermatitis 2008; vol 19 , 5: 241-251.
- 3- Identification of IgE-reactive proteins in patients with wheat protein contact dermatitis. Contact Dermatitis 2010; 63: 23-30.