

DIVISION DE LA ALERGIA

1o.- ALERGIA FAMILIAR O ATOPICA.

- a) Fiebre del heno o rinitis espasmódica estacional.
- b) Rinitis espasmódica perenne (rinitis vaso-motora).
- c) Asma alérgico.
- d) Eczema atópico. (Eczema infantil, eczema del adulto, prurigo de Basnier).
- e) Algunos casos de urticaria, de edema angio-neurótico, de jaqueca (migránea) y de alergia gastro-intestinal.

2o.- ALERGIA INDUCIDA O NO ATOPICA.

- a) Enfermedad del suero (forma típica y reacción sérica acelerada).
- b) Alergia a drogas.
- c) Dermatitis por contacto.
- d) Alergia a infectantes e infestantes (bacterias y parásitos).
- e) Alergia a agentes físicos (luz, frío, calor).

FACTORES ETIOLOGICOS

I. FACTORES PREDISPONENTES (DIATESIS).

(FACTORES GENETICOS)

II. FACTORES DESENCADENANTES.

(FACTORES ETIOLOGICOS ESPECIFICOS)

1. EXOGENOS

2. ENDOGENOS

III. FACTORES CONDICIONANTES.

(DE DIVERSA NATURALEZA)

IV. FACTORES CONTRIBUYENTES.

(CIERTOS ESTADOS FISIOLOGICOS:

MENSTRUACION, MENOPAUSIA; DISTONIAS

NEUROVEGETATIVAS; DISENDOCRINIAS,

ETC.).

FACTORES CONDICIONANTES

1. DE NATURALEZA PSIQUICA
2. DE NATURALEZA FISICA (TERMICOS, ACTINICOS, ETC.).
3. DE NATURALEZA QUIMICA (AGENTES IRRITANTES)
4. CLIMAT~~ICOSOS~~
5. FOCOS SEPTICOS E INFECCIONES
6. OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

HISTORIA CLINICA

- a. DURACION DE LA AFECCION
- b. HA SIDO CONTINUA O POR BROTES
- c. SITIO DONDE COMENZO
- d. ASPECTO ORIGINAL DE LA LESION
- e. COMO SE DIFUNDIO LA LESION
- f. PRESENCIA O AUSENCIA DE PRURITO
- g. CAUSA (SEGUN EL PACIENTE)
- h. CRONOLOGIA DE LOS TRATAMIENTOS ANTERIORES
- i. HISTORIA DE SALUD GENERAL Y DE LA PIEL
- j. AMBIENTE
- k. HABITOS: ALIMENTOS, BEBIDAS, ETC.
- l. OCUPACION
- m. HISTORIA FAMILIAR

EXAMEN

- 1. ES LESION UNICA O MULTIPLE
- 2. SITIOS DE LOCALIZACION
- 3. TIPO DE LA LESION PRIMARIA
- 4. HAY INFECCION?.

FRECUENCIA DE LA ALERGIA

10% de la población sufre en alguna época de su vida de formas severas de alergia.

30% de la población sufre de formas leves de alergia o reacciones alergioideas o anafilactoideas.

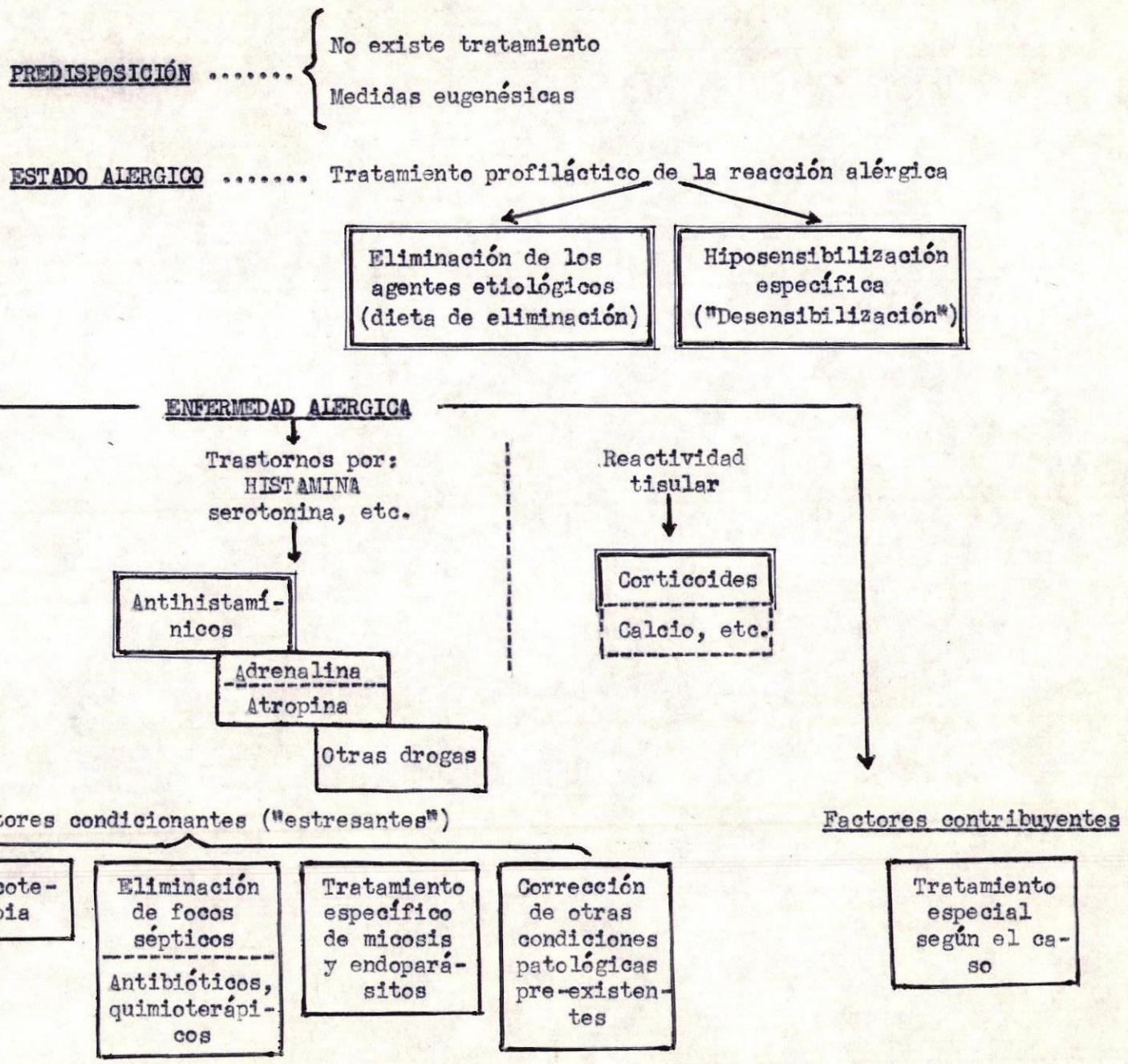
ALERGIA CUTANEA EN LOS NIÑOS

1. La urticaria papulosa es la dermatopatía alérgica más frecuente entre nuestros niños.
2. Es común entre los 2 meses y 2 años de edad; rara después de los 8 años.
3. Las causas más frecuentes son: a) picadura de insectos, inclusive la pulga; b) manifestación "idi-
ca" por alguna micosis cutánea.
4. La urticaria a grandes ronchas es mucho menos frecuente y generalmente se debe a alimentos.
5. El eczema es de aparición temprana: de los adultos que adolecen de eczema, el primer brote lo presentaron:
Entre 2 meses y 1 año, el 30%
Hasta los 2 años de edad, el 50%
Hasta los 5 años de edad, el 80%.
6. El eczema generalmente se debe a alimentos.
7. El eczema alérgico puede confundirse con la dermatitis seborreica que es una afección muy común en los infantes.

RINITIS ALÉRGICA EN LOS NIÑOS

1. La rinitis, al igual que en los adultos, es paroxística, con rinorrea que aparece y desaparece inesperadamente.
2. El moco nasal es muy flúido y abundante; es rico en eosinófilos.
3. La crisis estornutatoria es un síntoma muy común.
4. La rinitis alérgica fácilmente se la confunde con el resfriado común (catarro) o la gripe.
5. En algunos niños el síntoma dominante es la obstrucción nasal.
6. El tratamiento específico, a parte del buen resultado clínico, tiene valor profiláctico: previene el desarrollo de asma.
7. La presencia de un tabique desviado en un rinitico, puede ser mera coincidencia; antes de la intervención quirúrgica debe investigarse la patogenia alérgica.

TRATAMIENTO DE LA ALERGIA



8

CRITERIO PARA EL DIAGNOSTICO DE UNA
ENFERMEDAD ALERGICA

1. Tipo de manifestaciones clínicas (asma, rinitis, eczema, etc.)
2. Evolución crónica, por paroxismos.
3. Historia familiar de alergia.
4. Antecedentes personales de otras manifestaciones alérgicas.
5. Eosinofilia en la sangre y/o en las secreciones.
6. Dependencia del síndrome de la exposición a un agente.
7. Prueba de la adrenalina.
8. Pruebas cutáneas de sensibilidad alérgica.
9. Pruebas de eliminación y exposición.

9

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AAS, K. (1979): Allergy, 34: 121.
- AVIADO, D. M. (1972): The Williams & Wilkins Company/Baltimore Copyright.
- CHENG, H. C. y WOODWARD, J. K. (1982): Arzn. Forsch. 32: 1160.
- KARLIN, J. M. (1972): Allerg., 30: 342.
- KARLIN, J. M. (1975): Clínicas Pediátricas de Norteamérica.p. 159.
- KRILIS, S. y colab. (1983): Proceedings, XI International Congress of Allergology & Clinical Immunology, p. 3.
- LICHTENSTEIN, L. y colab. (1983): Proceedings, XI International Congress of Allergology & Clinical Immunology, p. 11.
- MYERS, J. R. (1982): Chest. 82: 133.
- NARANJO, P. y BANDA, E. (1953): An. Allergy, 11: 699.
- NARANJO, P. y BANDA DE NARANJO, E. (1958): Arch. int. Pharmacodyn., 113: 313.
- NARANJO, P. (1979): Allergol. et. Inmunopath. 7: 55.
- NARANJO, P. (1982): Rev. Ecuat. Med. Cien. Biol. 18: 97.
- NICHOLSON, A. N. (1983): Lancet, p. 211.
- PATEL, K. R. (1984): Ertse Med. Journ. 288: 1496.
- SAMUELSSON, B. (1983): Proceedings, XI International Congress of Allergology & Clinical Immunology, p. 23.
- SCHACHTER, E. y colab. (1982): Chest. 82: 143.
- WARNER, J. O. y GOLDSWORTHY, S. J. (1982): Clinical Allergy, 12, (Suppl) 21.