

# Anafilaxis, urticaria y ejercicio

DR. FRANCHEK DROBNIC

Centre d'Alt Rendiment (CAR)  
FC Barcelona

El paciente que padece asma no es infrecuente que también sufra otras afectaciones de origen alérgico que se acentúen o aparezcan cuando realiza un determinado esfuerzo. Estas manifestaciones como la urticaria colinérgica, al sol, el frío, la presión o la rinitis asociada al ejercicio tienen cierto interés clínico pero están lejos de la seriedad del cuadro que puede representar la anafilaxis inducida por el esfuerzo.

La anafilaxis por esfuerzo es una afectación sistémica que sucede a una activación de los mastocitos y los basófilos y similar a la mediada por IgE de las personas con alergia alimentaria o medicamentosa. Los pródromos son una sensación de calor asociada al ejercicio intenso, y una urticaria con lesiones coalescentes de 1-1,5 cm. que aparece de inmediato o hasta una hora después de finalizada la actividad. La urticaria se sigue de una progresión de signos y síntomas sistémicos que pasan por un angioedema de palma de las manos, zona plantar y cara, y a continuación afectación respiratoria (50-60%), gastrointestinal (30%) y cardiovascular que pueden llevar al paciente al síncope (30%), al shock anafiláctico e incluso provocar su muerte. Existen factores importantes que caracterizan este tipo de anafilaxis. Ocurre en general después de la ingestión de ciertos tipos de alimentos, aunque estos por sí solos no siempre inciten una respuesta en el individuo que la padece. Los frutos secos, los mariscos, y la fruta son los más comunes. No debemos olvidar la reacción al látex en todos los individuos con anafilaxia al ejercicio por la presencia de éste en muchas frutas (plátanos, aguacates, kiwi), por las reacciones cruzadas de otras (manzana, fresas, uvas, pera) y la utilización del mismo en ciertas prendas e instrumentos deportivos. Otros factores son la ingestión previa de aspirina, café o alco-

hol y los ambientes muy calurosos, o muy fríos, la humedad, la lluvia, etc. Existe un perfil en los pacientes que desarrollan anafilaxia por el ejercicio antes de los veinte años, todos ellos presumibles, historia de atopia personal y familiar, IgE en suero elevada, IgE específica para ciertos alimentos, y Prick Test positivo a varios alérgenos. La etiopatología del proceso es confusa y existen varias hipótesis todas ellas postulando una susceptibilidad individual ante el ejercicio basada en una alteración anómala del sistema nervioso autónomo, un aumento de la sensibilidad de los mastocitos, o una susceptibilidad genética. Es posible que durante el ejercicio el alérgeno pueda alcanzar lugares que no haría en reposo y sea esta la situación que ponga en marcha el cuadro. Es interesante observar que no todos los ejercicios son capaces desencadenar los síntomas y no es raro que individuos sensibles a la carrera y no al ciclismo o la natación, lo que dificulta más si cabe el proceso de identificación de la enfermedad y de las causas que la originan en cada caso concreto.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el asma inducida por el esfuerzo y la urticaria colinérgica. La sintomatología del síndrome de anafilaxia por el ejercicio incluye, prurito, eritema cutáneo, urticaria asociada ocasionalmente a colapso vascular, distress respiratorio, cólico gastrointestinal, y cefalea. El asma inducida por el esfuerzo es una afectación sobre todo de vías respiratorias bajas mientras que la afectación en la anafilaxia es de características mecánicas por el edema, y por lo tanto los síntomas son de distress de vías altas por el edema laríngeo. Por otra parte el paciente con asma de esfuerzo no acostumbra a tener síntomas cutáneos como urticaria o eritema y nunca o casi nunca sufre angioedema o los síntomas propios del shock anafi-

láctico como el colapso vascular. Más difícil es diferenciarla de la Urticaria Colinérgica. En ambos procesos los niveles de histamina en sangre pueden estar elevados y ambos están relacionados con la degranulación del mastocito. La urticaria colinérgica se caracteriza por elevaciones puntiformes de 1 a 4 mm no confluentes que aparecen durante el ejercicio o después del calentamiento, o con una ducha o baño caliente o incluso por padecer fiebre. Hay presencia de afectación pulmonar leve con funcionalismo disminuido y no hay nunca colapso vascular. El diagnóstico de laboratorio es perfectamente reproducible en la urticaria colinérgica mediante aumento de la temperatura de forma activa o pasiva, mientras que en la anafilaxia por ejercicio es muy poco predecible al existir factores desconocidos que pueden influir en ella. Las otras urticarias que pueden aparecer al realizar un ejercicio son de diagnóstico diferencial más evidente a través de la historia clínica. La urticaria al sol ofrece la lesión urticariforme en zonas expuestas; la que lo es al frío o al calor es fácil reproducirla en el laboratorio mediante un cubito de hielo o aplicación de calor local, la urticaria a la presión aunque pueda aparecer horas después del evento según la forma y la historia clínica será fácil de determinar. Pero, lo que es evidente es que ninguna de ellas tiene afectación general en la medida de la anafiláctica.

El tratamiento es el propio del shock anafiláctico en el que se pretende mantener las constantes vitales mientras el proceso se resuelve en el tiempo. Adrenalina subcutánea (0.3 ml al 1/1000 SC), replección del volumen intravascular, oxígeno, vías respiratorias libres y uso de antihistamínicos con el

fin de limitar el proceso y disminuir los síntomas. Las constantes deben evaluarse durante un periodo de 6 horas en una sala de urgencias con el objeto de prever una recurrencia de los síntomas o una fase tardía de la anafilaxia.

La prevención es en esta patología esencial en el control de la morbilidad y mortalidad y la herramienta más útil para alcanzar la posibilidad de poder desarrollar una vida ordinaria. La historia clínica con una correcta identificación de los factores asociados es básica para establecer unas normas de actuación. El estudio de los antecedentes personales y familiares, las comidas y alimentos ingeridos recientemente, los medicamentos, alcohol, las condiciones ambientales como temperatura, humedad, y climáticas, en asociación con la estación polínica, son, junto al estudio personal de las pruebas cutáneas estándar los primeros pasos en la orientación diagnóstica. Deben estudiarse los extractos de comida específicos y pruebas de IgE específica de aquellos alimentos sospechosos y si se considera oportuno junto a una prueba de esfuerzo diagnóstica (bajo las medidas de seguridad necesarias). Como recomendaciones se propone que un paciente con algún episodio de anafilaxia por ejercicio, pare el esfuerzo de forma inmediata ante cualquier signo o síntoma del proceso, con el objeto de frenar o al menos disminuir la concatenación de la respuesta. Se recomienda no hacer ejercicio en 4-5 horas después de comer o después de tomar alcohol. No hacer ejercicio en aquellos individuos que tomen antiinflamatorios no esteroideos y han padecido un cuadro previo o al menos mientras duren los efectos de la medicación. Como medicación preventiva no existen estudios que de-

muestren que los antihistamínicos disminuyan el riesgo de padecer anafilaxia por el ejercicio aunque parece que sí tienen su efecto el uso de cromoglicato disódico y del bicarbonato, ambos por vía oral. Se recomienda, eso sí, que todos los pacientes que han padecido anafilaxia por el ejercicio lleven una o dos dosis de adrenalina subcutánea en un kit portátil y sean instruidos en su modo de uso y autoadministración. Otra medida prudente es hacer deporte en la compañía de un conocedor de la situación y que sepa como actuar. También es aconsejable llevar una medalla, brazalete o distintivo que indique además de los datos personales la posibilidad del cuadro. Por último, es conocido que en periodos de mayor inestabilidad alérgica es más fácil padecer la anafilaxia por ejercicio por lo que es necesario evitar ciertas prácticas deportivas durante esos espacios de tiempo.

### Bibliografía

1. Brusasco V; Crimi E. Allergy and sports: exercise-induced asthma. *Int J Sports Med*, 15 Suppl 3:S184-6 1994
2. Du Buske L, Horan FR, Sheffer LA. Exercise-Induced allergy syndromes. In *Allergic and Respiratory Disease in Sports Medicine*. J Weiler ed. Marcel Dekker Inc. NY 1997.
3. Silvers WS Exercise-induced allergies: the role of histamine release. *Ann Allergy*, 68(1):58-63 1992
4. Songsiridej V; Busse WW Exercise-induced anaphylaxis. *Clin Allergy*, 13(4): 317-21 1983
5. Volcheck GW; Li JT Exercise-induced urticaria and anaphylaxis. *Mayo Clin Proc*, 72(2):140-7 1997