

Alergia a la seda

(Reporte de un caso)

Por el DR. JOSÉ L. FERNÁNDEZ ECHAZÁBAL(*)

La alergia a la seda se relaciona con la sensibilidad al gusano de seda. La crisálida es unas 10 veces más antigénica que el capullo de seda. Se trata de una secreción salival actuando como alérgico.¹

La seda está integrada por unas pequeñas fibras compuestas de una sustancia llamada fibroína, que es insoluble en agua. Estas pequeñas fibras están unidas unas a otras por un material gomoso, la sericina, que se disuelve fácilmente en el agua.^{2,3} Durante el proceso de fabricación del tejido de seda, la mayor parte de la sericina queda eliminada. Debido a que la sericina es mucho más antigénica que la fibroína, resulta obvio que en el proceso industrial la seda pierde gran parte de su valor antigénico. De aquí que la sensibilidad al extracto de seda no implica necesariamente alergia a la seda procesada, es decir, al tejido de seda.⁴

La mayoría de los autores coinciden en que la puerta de entrada más frecuente del antígeno seda es la vía inhalante, aun en los casos de órgano de choque radicando en la piel.

Así, en la urticaria y el eczema puede ser menos importante el contacto cutáneo con la seda misma que la inhalación del producto y sus derivados.⁵ Sulz-

berger y Vaughn⁶ lograron provocar una reacción de urticaria en los puntos de la piel de un receptor sano, sensibilizado pasivamente cuando le hacían inhalar un extracto seco de seda.

Actualmente, con la introducción en el mercado de sustitutos sintéticos de la seda, tales como el rayón y la celanosa, la incidencia de la alergia a este antígeno va siendo cada vez menor.

REPORTE DE UN CASO

Se trata del niño J. S. H., inscripción No. 51265 de los archivos del Hospital Infantil "Ángel A. Aballi". Es un niño de la raza blanca, de 5 años de edad, que concurre a la Consulta de Alergia referido por el Dr. Manuel Pérez Stable, por presentar crisis de asma a repetición, rinitis alérgica y manifestaciones de urticaria generalizada a habones gigantes.

Interrogada la madre, refiere que con historia de salud anterior, desde los 2 meses anteriores a concurrir al hospital, el niño ha estado haciendo crisis caracterizadas por prurito óculonasal, rinoorrea, tos seca y pertinaz, falta de aire con sibilancias audibles a distancia, y manifestaciones en la piel caracterizadas por habones gigantes diseminados por el cuerpo, asimétricos, acompañados de intenso prurito.

(*) Jefe del Servicio de Alergia del Hospital "Ángel A. Aballi", La Habana.

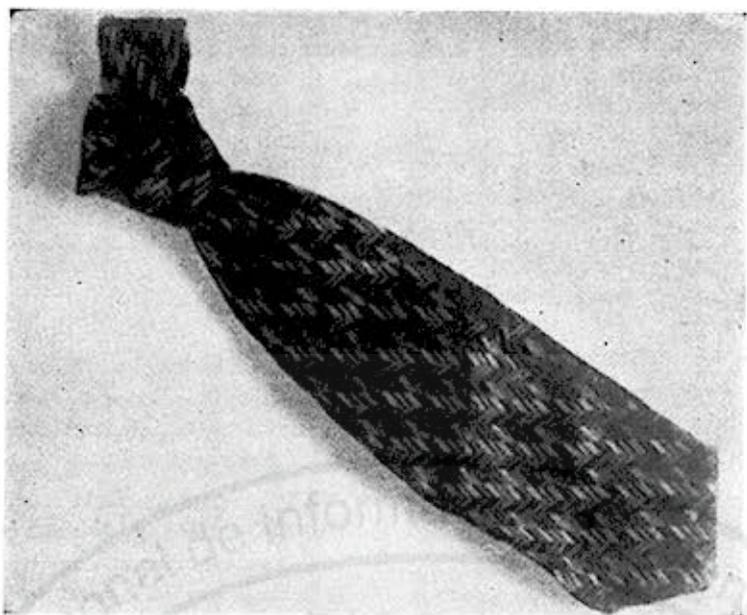


Fig. 1



Fig. 2

Que en tres ocasiones ha sido necesario trasladar al niño con urgencia a los cuerpos de guardia de diversos hospitales, notando que comenzaba a mejorar, espontáneamente, desde que se alejaba de su residencia cediendo con rapidez al tratamiento sintomático impuesto.

Al insistir en el interrogatorio dirigido, sobre la posibilidad de la intro-



Fig. 3

ducción en su casa de objetos con los que previamente el niño no había tenido contacto, se nos informó, que habían notado que la tercera vez que recibió tratamiento de urgencia por la sintomatología referida, el niño había estado jugando con una corbata de seda (Fig. 1) que el padre había adquirido recientemente. También señaló la madre, que tres días anteriores a su visita al hospital, el niño había repetido su florida sintomatología después de cubrirse

de la lluvia con un pañuelo de seda (Fig. 2).

Entre sus antecedentes personales no encontramos datos importantes. Como antecedente familiar de valor se nos señala que la madre padeció de asma bronquial.

Al examen físico nos encontramos con un niño de desarrollo pondoestatural inferior al correspondiente a su edad cronológica y un examen clínico esencialmente normal (Fig. 3). Entre los exámenes complementarios (XI-13-63) se nos informa un hemograma con el 8% de eosinófilos y un eritro de 25 mm.

En un conteo global de eosinófilos (XI-17-63) nos reportan una cifra de 300 eosinófilos por m.m.³ En el estudio de la secreción nasal, según la técnica de Hansel, en una muestra tomada en pe-

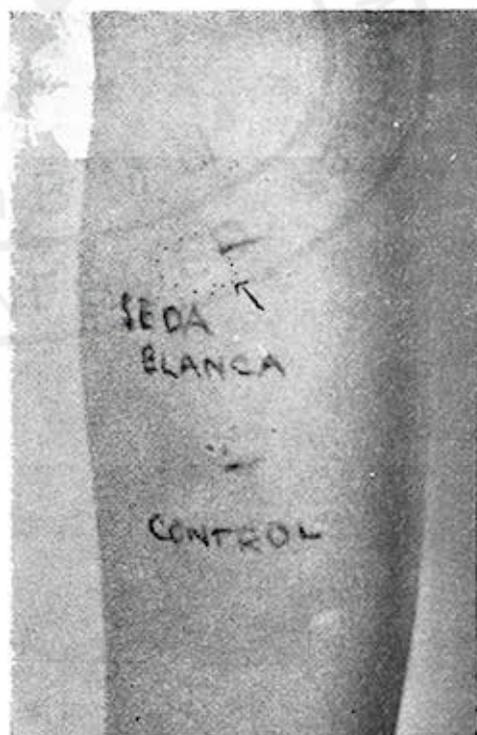


Fig. 4



Fig. 5

riodo de exacerbación, encontramos numerosos eosinófilos (XI-18-63). El informe de la radiografía de pulmones (XI-11-63) señala un marcado reforzamiento de la reticulación broncovascular y signos de enfisema.

El resto de los exámenes de laboratorio fueron reportados negativos.

Una prueba de exposición al antígeno seda, (verificada por la inhalación de la corbata) provocó la reproducción de todos sus síntomas en los primeros veinte minutos. La misma sintomatología fue provocada con posterioridad a atar la corbata en uno de sus antebrazos para lograr estrecho contacto con el antígeno.

Las pruebas cutáneas por el método de escarificación con un extracto de seda de una potencia equivalente a unas 100 unidades de nitrógeno proteico por cc. arrojaron un resultado francamente



Fig. 6

positivo (xxx) (Fig. 4). La búsqueda de reaginas por el método de Transferecia Pasiva, —según técnica de Prausnitz— Küstner también fue positiva (Fig. 5). También hicimos pruebas de contacto con el tejido de la corbata y el pañuelo siendo ambas positivas (Fig. 6).

El resto de las pruebas cutáneas de rutina mostraron sensibilidad a diversos antígenos inhalantes y alimentarios que no reseñamos por no guardar relación con el tema tratado.

Intentamos llevar un tratamiento hiposensibilizante con extracto de seda, pero tuvimos que abandonarlo al inicio dada la extrema sensibilidad del niño, lo que originaba exacerbación de sus síntomas con las primeras dosis.

Su evolución con posterioridad a la eliminación del contacto con seda ha sido favorable, aunque ha requerido continuar tratamiento debido a su alergia polivalente.

COMENTARIOS

Es interesante destacar en este caso la evidencia de reacción alérgica a la seda, independientemente de que la vía de penetración del antígeno fuera la vía irhalante o el contacto cutáneo.

El interrogatorio dirigido prácticamente nos dio el diagnóstico y las pruebas cutáneas se realizaron como un medio de comprobación de una sospecha y no para investigar una cosa que parecía evidente.

El tratamiento hiposensibilizante se

intentó más bien como una curiosidad científica ya que esperábamos que un caso de tan extrema sensibilidad nos diera resultados alentadores.

En realidad, el tratamiento de estos casos consiste en la eliminación del contacto con el antígeno causal.

RESUMEN

Presentamos un caso de alergia evidente a la seda, con manifestaciones respiratorias y cutáneas, demostrando fehacientemente el antígeno causal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Cooke, Robert*: Allergy in Theory and Practice, Ed. Saunders, 107: 1947.
- 2.—*Sheldon, J. M. and others*: Saunders Co. 322: 1953.
- 3.—*Arasa, F.*: Tratado de Alergia. Ed. Científico Médico, 133: 1960.
- 4.—*Sherman, W. B., Keesler, W. R.*: Allergy in Pediatric Practice, C. U. Mosby Co., 91: 1957.
- 5.—*Hansel, Karl*: Tratado de Alergia (versión española), Ed. Labor, 138: 1946.
- 6.—*Urbach, Erich*: Alergia (versión española), Ed. Salvat, 314: 1950.