

# Red de alergovigilancia: Comparación de los datos de los años 2002 y 2003

DA. Moneret-Vautrin (Nancy), F. Rance (Toulouse), N. Petit (Verdun), K. Breuil (Poitiers), R. Mazeyrat (Herblay), M. Morisset (Nancy), C. Mouton (Nancy), C. Gallen (Narbonne), D. Schwender (Dijon), M. Boulegue (Brive la Gaillarde), J. Gayraud (Tarbes), JL. Grand (Liège), G. Haddad (La Rochelle), F. Pirson (Bruxelles), G. Taburet (Brest), A. Auffret (Angers), A. Cheynel (Chambéry), JM. Cuny (Remiremont), P. Dauplain (Montaigu), C. Debaelevere (Boulogne sur mer), Delaval (Rennes), C. Deluze (Geneva), B. Dubegny (Laval), C. Ducrot (Echirolles), C. Dzviga (St Etienne), Y. El Guedarri (Maroc), JL. Hallet (Lunéville), D. Horeau (Laval), JP. Jacquier (Chambéry), P. Scherer (Chalons sur Saône), F. Le Pabic (Lorient), F. Leprince (St Quentin), J. Lesellin (Angers), I. Molle (Rezé), P. Monin (Nancy), L. Guenard (Strasbourg), R. Navarro (Nice), A. Noiret (Lyon), C. Nootens (Brussels), B. Omajee (Réunion), E. Paty (Paris), M. Perimony (Rouen), F. Pierson (Liège), A. Rahmani (Meknes), JM. Rame (Besançon), G. Vidal (L'Aigle), MV. Vodoff (Mulhouse), H. Zana (Belfort), G. Kanny (Nancy)

**Red de Alergovigilancia, Medicina Interna, Inmunología Clínica y alergología.**  
**Hôpital Central 54035 Nancy Cedex France**  
[l.parisot@chu-nancy.fr](mailto:l.parisot@chu-nancy.fr)

Para la OMS, las enfermedades alérgicas están en 4ta posición en las preocupaciones sanitarias de los más desarrollados. En efecto, en cuando a ellas concierne al 10 a 40 % de la población, según la edad y el país, en el 2010 ellas podrían alcanzar la mitad de la población mundial, como testigo de eso, de hecho la prevalencia de las enfermedades respiratorias alérgicas aumentan un 50 % cada 10 años!

La alergia alimentaria (AA) es observada en 3,24 % de la población francesa(1). El aumento de la prevalencia de las AA es preocupante porque el porcentaje de admisión a los servicios de urgencias en los hospitales franceses por choque anafiláctico de origen alimentario, podría quintuplicarse en 10 años(2). La AA es la primera causa de choque anafiláctico en los estudios epidemiológicos realizados en Gran Bretaña y en Suecia.(3-4)

Entre los numerosos factores que las causan, se incriminan diversas modificaciones físico-químicas de las proteínas alimentarias y la introducción de nuevas sustancias en las industrias agro alimentarias. La selección de especies vegetales de alto rendimiento en razón de su actitud a sintetizar proteínas de stress (proteínas PR: Patogénesis-related proteins), permiten resistir a las agresiones fúngicas o virales, podrían igualmente participar en el aumento de las alergias alimentarias, cuando esas proteínas PR se revelaran como alérgenos mayores (5). En fin los OGM son el objetivo de vigilancia a la luz de algunos hechos reportados en el pasado(6). La emergencia de esos fenómenos, y su declaración necesita la colaboración de alergólogos clínicos.

Las exposiciones susceptible de interferir en la expresión del sistema inmunitario sobre un terreno genéticamente predisuesto, son múltiples (pólenes, agentes microbianos, medicamentos...) No hay epidemiología sin clínicos, en revancha no hay alergología sin

conocimientos de lo que sucede. En el dominio de las alergias respiratorias, nosotros disponemos actualmente en Francia de información sobre la calidad de aire (polución exterior ADEME, polución interior, red nacional de vigilancia en aerobiología (RNSA) con datos semanales de pólenes y hongos).

En patología profesional, nosotros disponemos de un relevamiento de asma profesional (ONAP) y concerniente a los medicamentos, todo clínico debe declarar un accidente iatrogénico en los centros de fármaco vigilancia.

En lo que concierne a la alergia alimentaria en Francia, hasta el 2001, nosotros no disponíamos de ningún útil y la implicancia de AA en los choques anafilácticos y los asma agudos graves no eran conocidos o subestimados.(7) El análisis de 32 casos de anafilaxia mortal en los EEUU, por Bock (8), mostraron que ellos aparecían en los adolescente o los adultos jóvenes después de de consumación en el 90% de los casos debido al cacahuete o las frutas secas. La mayoría no tenía adrenalina a su disposición. Esa publicaciones invitaron a reflexionar sobre las modalidades de prevención de esos accidentes es así como fue creado la primera red de alergovigilancia (<http://www.foodallergy.org>), abierto al gran publico. La Red Nacional de Alergovigilancia Francesa creada en enero 2001 (9), destinada a los alergólogos en relación estrecha con l'AFSSA, tiene por objetivos:

- 1) de referenciar los casos de anafilaxia alimentaria letal o pre letal: choc anafiláctico, edema laríngeo, asma grave....
- 2) De referenciar las otras anafilaxias graves (alergias medicamentosas, alergias graves a los himenópteros..)
- 3) De realizar los estudios cooperativos de corta duración sobre ciertas alergias alimentarias (ej: estudio de la sensibilización al maní)
- 4) De evaluar el riesgo alérgico de nuevos alimentos.

Esta red cuenta en febrero del 2004, con 305 miembros alergólogos repartidos en todo el territorio francés y comprende los dominios territoriales. Miembros de países vecinos (Bélgica, Luxemburgo, Finlandia, Grecia, Italia, Polonia, Portugal, Suiza), de Maghreb (Argelia, Maruecos, Túnez), como así de Argentina, de Chile, y de los EEUU, participan en la declaración regular en 3 idiomas, de nuevos casos gracias a una correspondencia vía E-mail ([l.parisot@chu-nancy.fr](mailto:l.parisot@chu-nancy.fr)).

La tabla 1 compara los 107 y las 85 anafilaxias graves d'origen alimentario o idiopático respectivamente declaradas en el curso de los años 2002 y 2003. Con lo que respecta a la AA, todas las cuadros clínicos poco claros, conciernen especialmente a los infantes, paradójicamente, las alergias alimentarias con riesgo letal comprenden la mas frecuente a los adultos (alrededor de 2 adultos por cada infante), en razón de factores asociados: esfuerzo, alcohol y toma concomitantemente de ciertos tratamientos (9,3%). El cuadro mayoritariamente reportado es el de choque anafiláctico en el 75 al 42,5% de los casos. Si el edema de laringe es reconocido por todo medico como susceptible de ser la expresión de una alergia alimentaria, un broncoespasmo agudo aislado lo es mucho menos frecuente: esta última manifestación es probablemente sub evaluada (respectivamente 5,6 y 4,7%)

De acuerdo a los datos anglo-sajones, la alergia al maní y a las frutas secas es la primera causa de accidentes, pero su implicancia no es así fuerte porque no concierne que el 28 y 27% de las observaciones. Los alimentos causantes son extremadamente variables: un lugar importante es ocupados por las legumbres a las cuales pertenece el maní (alrededor el 23 % en el 2002 y 16% en el 2003).

La importancia cuantitativa de los crustáceos y de los moluscos en los accidentes reportados, en el curso del año 2003 (22 % de los accidentes) traduce la particular alimentación Francesa, principalmente los accidentes después de la consumación de caracoles (escargot) que representan la causa principal de asma grave agudo en el 2002. Estos accidentes aparecen en los pacientes alérgicos a los ácaros por reactividad cruzada a un alergen común (pan alergen): la tropo miosina, identificada en los artrópodos como el camarón, cucaracha, o los ácaros y los moluscos tales como los caracoles. El grupo de vegetales que cruzan con el látex es responsable de numerosos accidentes. Los alergen son variables pero el sarraceno parece tener un lugar importante. La harina de trigo es un alergen emergente, probablemente en razón de un mejor diagnóstico de anafilaxis inducida por el esfuerzo donde la harina de trigo es el principal alergen que la causa.

Comparando los registros de los periodos 2002 Y 2003, se nota una sensible diferencia en el número de accidentes atribuidos a la leche.

		2002		2003	
Total de observaciones		107		85	
Infantes		33	31%	31	36%
Adultos		74	69%	54	64%
Cuadros clínico	Muertes	2			1
	Choque anafiláctico	64	75,3%	36	42,4%
	Asma agudo grave	6	5,6%	4	4,7%
	Agio edema laríngeo	17	15,9%	15	17,6%
	Reacción sistémica seria	20		28	32,9%
	Angioedema			2	
Alergenos	Maní	14	13%	10	11,7%
	Otra legumbres	11	10,3%	4	4,7%
	Soja	3		3	
	Harina de lupino	7	6,5%	1	
	Lenteja	1		1	
	Frutas secas con cascara	16	15%	13	15,3%
	Nuez de brasil	1		1	
	Nuez de Cajou	5		3	
	Nuez	2		2	
	Avellana	4		2	
	Pistacho	1		2	
	Piña de pino	1		1	
	Castaña			2	
	Amanda	2			
	Frutas que cruzan con el látex	13	12,1%	5	5,9%
	Palta	4			
	Kiwi	2			
	Sarraceno	3	2,8%	4	4,7%
	Higo	2			
	Banana	1			
	Melón	1			
	Jacquier			1	
	Mango			1	
	Harina de trigo	7	6,5%	4	4,7%
	Apio	5	4,7%	3	3,5%
	Hinojo			1	
	Endivia	1		1	
	Mostaza	1			
	Alcachofa			1	
Remolacha			1		
	Chalote				
	Melocotón	2		1	
	Pera	1			
	Mora			1	
	Sésamo	3	2,8%	2	2,4%
	Crustáceos	10	9,3%	9	10,6%
	Camarón	9	8,4%	7	
	Cangrejo	1		1	
	Moluscos	6	5,6%	10	11,7%
	Caracol	5	4,7%	8	9,4%
	Sepia	1		1	
	Coquilla Saint Jacques			1	
	Leche	3	2,8%	11	12,9%
	Leche de vaca	3		9	
	Leche de oveja			1	
	Leche de cabra			1	
	Carnes	4	3,7%	3	3,5%
	Pavo	2			
	Cerdo	1			
	Riñón	1		2	
	Albúmina serica bovina			1	
	Pescados	2	1,9%		
	Polen			1	
	Quinina	1			
	Sulfitos	1			
	Choque idiopático	4	3,7%	3	
Factores Favorecedores	Esfuerzo	17	15,9%	5	
	Alcohol	4	3,7%	5	3,5%
	Aspirina	5		1	5,9%
	Beta bloqueantes	4		4	5,9%
	Antagonistas de receptores de la angiotensina II	1		2	

La tabla numero 2 muestra la importancia de la etiqueta en la prevención de las anafilaxis de origen alimentario. El numero de accidentes atribuidos a la consumación de un alergen escondido (13 y 18 %) es netamente inferior a las series de anafilaxis mortales publicadas por Bock, se puede deber a un mejor etiquetaje. Los esfuerzos a realizar son todavía muchos, nosotros tuvimos 5 casos (1 mortal) en el curso de periodo 2002, luego de la consumación de un macarrón conteniendo maní en forma escondida. Este accidente a estado informado a la DGCRF quien a transmitidos las recomendaciones a los industriales concernientes.

**Tabla 2**

	2002	2003
SAMU y/ o admisión a l servicio de urgencias	89%	73%
Uso de adrenalina	55%	49,5%
Hospitalización	65,4%	52%
Admisión en terapia intensiva	20,6%	10,5%
Consumación de un alergen escondido	14 casos (maní: 6, lupino: 4, avellana:1)	7 casos (maní: 4, lupino 1, nuez:1, leche: 1)
Error de etiqueta	1	1
Ausencia de etiquetas	5 (1 caso mortal)	3
Fallas en la etiqueta: ausencia de indicación del alergen introducido intencionalmente, de declaración obligatoria	1	1

La red a permitido igualmente de señalar los errores de etiquetado (confusión de lote conteniendo el alergen). Se declara también un accidente atribuible a una falla en el etiquetaje por la no señalización de alergen agregado intencionalmente, que era de declaración obligatoria (salchicha de pavo artesanal con agregado de huevo y leche no especificado). Si el maní es ciertamente uno de los principales alergen involucrados en los accidentes por alergen escondidos, nos podemos inquietar del hecho que la consumación de lupino es responsable en el 24% de los casos de accidentes, dado que el lupino contrariamente al maní no forma parte de los alergen de declaración obligatoria. Mayores medidas deben ser consideradas para mejorar el etiquetaje de los productos de panadería y carnicería debido al numeroso caso de accidentes fueron atribuidos a la consumación de maní, lupino y frutas secas con cáscaras incorporados en los panes y las salchichas sin advertimiento a los consumidores (macarrones al maní 5 casos, pan con maní 1 caso, lupino 5 casos, nuez y avellanas 2 casos.

Después de 2 anos de funcionamiento de la red de alergovigilancia a demostrado su utilidad: se trata de una herramienta de alerta sanitaria y de una búsqueda epidemiológica perfectible con el tiempo pero que no podría existir sin la colaboración de los clínico, deseosos de mejorar la seguridad y la calidad de vida de su paciente.

### **Bibliografía:**

[1] Kanny G, Moneret-Vautrin DA, *et al.* Population study of food allergy in France. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:133–40.

- [2] Moneret-Vautrin DA, Kanny G. Food-induced anaphylaxis. A new French multicenter survey. *Bull Acad Natl Med* 1995;179:161–84.
- [3] Pumphrey RS, Stanworth SJ. The clinical spectrum of anaphylaxis in north-west England. *Clin Exp Allergy* 1996; 26(12): 1364-70.
- [4] Eriksson NE, Henricson KA, Jemsby P. Factors eliciting anaphylaxis in Swedish patients. *Allergy* 1996; 51(suppl 31):52
- [5] Ebner C, Hoffmann-Sommergruber K, Breiteneder H. Plant food allergens homologous to pathogenesis-related proteins. *Allergy* 2001; 56 Suppl 67: 43-4.
- [6] Taylor S, Hefle S. Will genetically modified foods be allergenic? *J Allergy Clin Immunol* 2001;107:765–71.
- [7] Pumphrey R. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clin Exp Allergy* 2000;30:1144–50.
- [8] Bock SA, Munoz-Furlong A, Sampson HA. Fatalities due to anaphylactic reactions to foods. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 107(1): 191-3.
- [9] Moneret Vautrin DA, The members of the Network. Presentation of the Anaphylaxis Vigilance Network. *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2001; 41: 685–90.
- [10] Moneret-Vautrin DA, Guerin L, *et al.* Cross-allergenicity of peanut and lupine: the risk of lupine allergy in patients allergic to peanuts. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104(4 Pt 1):883–8.
- [11] Directive 2003/89/EC of the European Parliament and of the Council of 10 November 2003 amending directive 2000/13/EC as regards indication of the ingredients present in foodstuffs. *Official Journal of the European Union L 308 dated 25/11/2003 p. 0015 – 0018.*