

# MISCELÁNEA: 1. ALERGIA AL LÁTEX

J García Campos, G Requena Quesada, JL Corzo Higuera

Sección de Alergia Infantil. Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Málaga.

García Campos J, Requena Quesada G, Corzo Higuera JL. Miscelánea. 1: Alergia al látex. *Protoc diagn ter pediatr.* 2013;1:219-23.

## INTRODUCCIÓN

El látex se obtiene de la savia del árbol *Hevea brasiliensis*, a la que se añaden en su proceso de producción diferentes sustancias en función de las características finales que se quieren obtener.

Durante la década de 1980 aumentó el número de casos comunicados de alergia al látex debido al amplio uso de guantes, la sustitución del talco por almidón en los mismos y la simplificación del proceso de producción. El primer caso descrito en España se publicó en 1986.

En la actualidad, se han identificado 14 alérgenos denominados por la abreviatura Hev b “n” (Tabla 1). Los alérgenos sensibilizan a los individuos por distintas vías estableciéndose distintos grupos de riesgo. Los alérgenos mayoritarios en pacientes con espina bífida y multioperados son Hev b 1 y 3, y en profesionales sanitarios, Hev b 5 y 6.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas por hipersensibilidad tipo I a proteínas del látex varían ampliamente y dependen de la vía de exposición, la cantidad de alérgeno y factores individuales:

- **Urticaria de contacto:** es la manifestación más frecuente y la causa más común de urticaria de contacto ocupacional, que puede ser única o preceder a reacciones sistémicas. El prurito, la xerodermia y el eczema son manifestaciones inespecíficas.

Tabla 1. Alérgenos del látex

Alérgenos	Relevancia Clínica
Hev b 1 y 3	Principales alérgenos en espina bífida y multioperados
Hev b 5 y 6	Principales alérgenos en profesionales sanitarios
Hev b 2, 4, 7 y 13	Alérgenos secundarios pero relevantes en profesionales sanitarios
Hev b 6.02 y 7	Reactividad cruzada con frutas verificada
Hev b 8, 11 y 12	Panalérgenos con reactividad cruzada desconocida con frutas

- **Rinitis y asma alérgica:** afecta mayoritariamente a profesionales sanitarios y trabajadores expuestos a látex en su ambiente de trabajo; la principal fuente son los guantes empolvados. Es causa de asma ocupacional.
- **Reacciones sistémicas:** el látex es la segunda causa, tras los relajantes musculares, de anafilaxia intraoperatoria, y se presenta de forma más habitual durante la fase de mantenimiento de la anestesia a modo de *shock* cardiogénico. Las intervenciones abdominales, ginecológicas y traumatológicas son las que mayor riesgo entrañan.
- **Síndrome látex-frutas:** la asociación látex-fruta es variable, con un alto índice de sensibilizaciones asintomáticas. Se debe a la reactividad cruzada mediada principalmente por Hev b 6. Los alimentos más frecuentemente relacionados son plátano, kiwi, castaña y aguacate. La clínica varía ampliamente, pudiendo presentarse a modo de anafilaxia hasta en un 50% de los casos.
- **Clínica en espina bífida:** estos niños se sensibilizan por varias vías, entre ellas la mucosa, y su manifestación más frecuente es la urticaria-angioedema.

## DIAGNÓSTICO

La **historia clínica** guiada por el especialista aporta una alta sensibilidad y especificidad diagnóstica. Se debe recoger la presencia de otras alergias, atopia, cirugías y grupos de riesgo, posibles fuentes de exposición, episodios de urticaria y anafilaxia, así como posibles

reacciones en relación con el consumo de plátano, kiwi, aguacate y castaña.

El **diagnóstico complementario** se fundamenta en pruebas cutáneas (*prick* test o intraepidérmicas) y determinación de IgE específica. Ambas tienen una altísima sensibilidad y especificidad. La determinación de alérgenos recombinantes se puede usar para confirmar el diagnóstico en casos donde la sensibilización no se ha demostrado por otras técnicas, y para valorar la indicación de inmunoterapia.

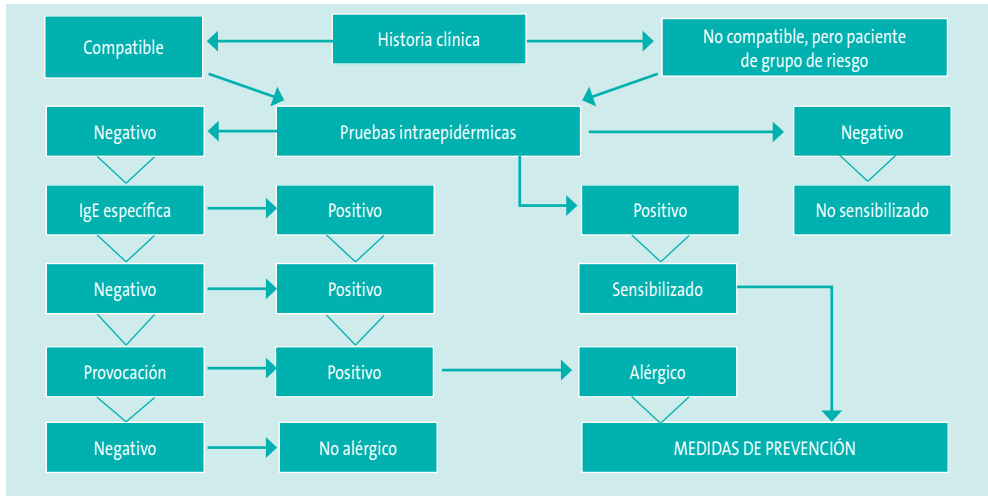
**Test de provocación:** están indicados cuando la historia es sugerente y las pruebas complementarias son negativas o contradictorias, o para descartar alergia al látex en asintomáticos sensibilizados.

El más empleado es el **test de uso del guante**, en el que se pone en contacto primero un dedil de guante y posteriormente un guante completo empleando como control negativo en la otra mano un guante de vinilo o nitrilo; se considera positivo si presenta eritema, prurito, ampollas o síntomas respiratorios.

También se puede realizar el **test de provocación bronquial específico** aerosolizando partículas de látex bien desde un extracto acuoso o por agitación de guantes empolvados, si bien en niños su uso es muy restringido (**Figura 1**).

En el diagnóstico de la asociación de alergia a alimentos y látex, las pruebas intraepidérmicas con fruta fresca (*prick-prick*) muestran una concordancia mayor del 80%, incluso mayor que con los extractos comerciales disponibles. La IgE específica a estas frutas presenta una sensibilidad también inferior a la historia junto con el *prick-prick* (**Figura 2**).

**Figura 1.** Algoritmo diagnóstico de la alergia al látex

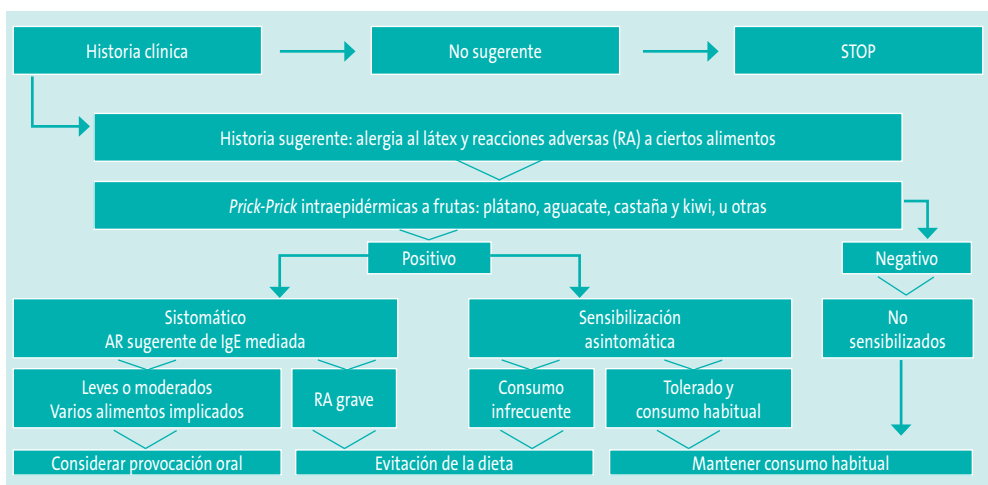


## TRATAMIENTO

El manejo de la alergia al látex se basa en el tratamiento de las reacciones y la prevención de reacciones futuras.

Todo paciente debe recibir un tratamiento estándar que incluya antihistamínicos, corticoides y, si es preciso adrenalina, en función de la gravedad del cuadro.

**Figura 2.** Algoritmo diagnóstico de la asociación de alergia a alimentos y látex



- **Educación del paciente:** es importante que el paciente se identifique como alérgico, sepa qué puede contener látex y como evitarlo, particularmente en los centros sanitarios donde la identificación debe quedar clara para todo el personal, por ejemplo con una pulsera, especialmente en niños multioperados (por ejemplo, en niños de espina bífida).
- **Evitación de objetos de látex:** la evitación completa es imposible y, si bien es cierto que la mayoría tolera contactos con objetos de goma (sobre todo previamente lavados), las medidas se deben establecer incluso ante la sospecha pendiente de confirmación. Deben proveerse de información escrita con una lista de objetos con látex, así como posibles alternativas.
- **Evitación de alimentos con reactividad cruzada.**
- **Inmunoterapia específica,** solo bajo indicación del especialista y en casos muy concretos con identidad antigénica.
- **Prevención:**
  - **Primaria:** idealmente debería existir siempre un quirófano libre de látex, pero en su defecto existen protocolos específicos para cirugías en niños con espina bífida, con los que se reduce el número de sensibilizaciones. Las medidas de prevención hay que aplicarlas también a centros de Atención Primaria y clínicas dentales. En 2002, la American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAAI) publicó como recomendaciones de evitación en centros sanitarios: a) uso racional de látex; b) uso de guantes no estériles sin polvo, y c) uso de guantes estériles sin polvo o con bajo contenido proteico.
  - **Secundaria:** es fundamental tanto para pacientes sensibilizados como para pacientes alérgicos. En centros sanitarios llevar a cabo protocolos de preparación de quirófanos, así como limitar el uso de guantes empolvados o sustituirlos por los de bajo contenido proteico, y para pacientes y su entorno habitual, proporcionar información de consulta a través de asociaciones españolas como SEICAP o AEPNAA disponibles en Internet ([www.seaic.es](http://www.seaic.es), [www.aepnaa.org](http://www.aepnaa.org)).

---

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Blanco Guerra C, Quirce Gancedo S, de la Hoz Caballer B, Nieto García A, Tabar Purroy A. Reacciones de hipersensibilidad al látex del árbol del caucho. En: Peláez A, Dávila JJ. Tratado de Alergología. Madrid: Ergon; 2007. p. 1657-80.
- Blanco Guerra C, Quirce Gancedo S. Alergia al látex. Barcelona: MRA ediciones; 2002.
- Cabañes N, Igea JM, de la Hoz B. Latex Allergy: Position Paper. J Investig Allergol Clin Immunol. 2012;22(5):313-30.

- Carrillo T, Cuevas M, Muñoz T, Hinojosa M, Mo-  
neo I. Contact urticaria and rhinitis from latex  
surgical gloves. Contact Dermatitis. 1986;15(2):  
69-72.
- Walls RS. Latex allergy: a real problem. Med J  
Aust. 1996;164:707-8.