scai

Sociedad Chilena de Alergia e Inmunología

XXXI CONGRESO INTERNACIONAL SCAI 2025

SOCIEDAD CHILENA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA

LIBRO RESUMEN

PUERTO VARAS/ HOTEL ENJOY- 1 A 4 DE OCTUBRE

WWW.SCAI.CL

XXXI CONGRESO INTERNACIONAL SCAI 2025

SOCIEDAD CHILENA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA

Presidenta de la SCAI

Dra. Raquel Aguilera

Directora del Congreso

Dra. Lorena Jiusán

Comité científico

Dra. M. Loreto Burnier
Dra. Rocío Tordecilla

Comité organizador

Dra. Carla Bastías
Dra. Lorena Jiusán
Dra. Rosario Rojas

Comité difusión

Dra. Soledad Pérez
Dra. Ligia Rodríguez

Expositores internacionales

Dra. Ru-Xin Foong
Dra. Ekaterina Goudouris

Expositores nacionales

Dra. M de los Angeles Contreras
Dra. Paola Toche
Dr. Javier Arellano
Dra. Catalina Bley
Dr. Rolando Campillay
Dra. Elisa Pereira
Dr. Lucas Galimany
Dra. Paula Duarte
Dra. Masumi Grau
Dra. Ana Maria Gallardo
Dr. Rodrigo Hoyos
Dr. Pablo Herrera
Dra. Camila Valdés
Dra. llennee Diaz
Dra. Alicia Sciaraffia
Dra. Nicole Hunt
Dra. Fernanda Lara
Dra. Paula Bustos
Dra. Jessica Salinas
Dr. Francisco Sosa
Dr. Juan Cristóbal Ossa
Dra. Bárbara Cid
Dra. M. Teresa Tagle
Dra. Patricia Roessler
Dra Ximena Maul F.
Dra. Paulina Trujillo
Dr. Miguel Aguayo
Dr. Juan Cristóbal Ossa
Dr. Francisco Sidgman
Dr. Juan Alberto Lecaros
TM. Patricia Gutierrez
EU. Margarita Fierro
Dra. Martina Meier
Dra. Cecilia Poli

ÍNDICE

Programa Congreso ..... **Pág 3 a 8**

Programación trabajos científicos

Jueves 2 de octubre – Sesión AM ..... **Pág 9**

Jueves 2 de octubre – Sesión PM ..... **Pág 10**

Viernes 3 de octubre – Sesión AM ..... **Pág 11**

Viernes 3 de octubre – Sesión PM ..... **Pág 12**

EPosters

Alergia Alimentaria ..... **Pág 13**

Alergia a fármacos ..... **Pág 14 a Pág 23**

Alergia respiratoria ..... **Pág 24 a Pág 29**

Angioedema: hereditario y adquirido ..... **Pág 30**

Diagnóstico alergológico ..... **Pág 31 a Pág 34**

Enfermedades de Piel ..... **Pág 35**

Inmunodeficiencias primarias ..... **Pág 36 a Pág 46**

Inmunología básica ..... **Pág 47**

Inmunoterapia alérgeno-específica ..... **Pág 48**

Tratamiento de patología inmunológica ..... **Pág 49**

Programa Congreso

Miercoles 1 de octubre

16:00 - 18:00	Inscripciones	
	SALON 1	
	Plenaria: Charla Magistral	**Expositor**
Moderador	Dra. Rocío Tordecilla	
18:00 - 18:30	Inaguración	Dra. Raquel Aguilera, Dra. Lorena Jiusán
18:30 - 19:15	Intervención temprana y prevención de enfermedades alérgicas, ¿en qué estamos?	Dra. Ru-Xin Foong
19:30	Cóctel inaugural	

Jueves 2 de octubre

	SALON 1		SALON 2
	Plenaria: Alergia a fármacos	**Expositor**	
Moderador	Dra. Raquel Aguilera		
08:30-09:00	Desetiquetando alergia a betalactámicos	Dra. M de los Angeles Contreras	**8:30 - 9:30 Simposio Industria**
09:00 - 09:30	Cuándo y cómo reintroducir fármacos en exantema	Dra. Paola Toche	
09:30-10:00	Mesa redonda		
10:00 - 10:45	**Café/presentación póster**		**Café/presentación póster**

	SALON 1		SALON 2	
Módulo	**Dermatitis atópica**	**Expositor**	**Anafilaxia**	**Expositor**
Moderador	Dra. Rosario Rojas		Dra. Valeria Palma	
10:45 - 11:15	Fenotipos y endotipos de dermatitis atopica: implicancias clínicas en manejo de la enfermedad	Dr. Javier Arellano	Diagnóstico anafilaxia	Dra. Camila Valdés
11:15 - 11:45	Eczema crónico de manos: enfrentamiento	Dra. Catalina Bley	Manejo agudo de anafilaxia	Dra. Ileene Díaz
11:45 - 12:15	Pro y contras de tratamiento de dermatitis atopica: dupilumab vs inhibidores de JAK	Dr. Rolando Campillay/Dra. Elisa Pereira	Enfrentamiento alergológico en diferentes casos clínicos	Dra. Alicia Sciaraffia
12:15 - 12:30	Mesa redonda		Mesa redonda	
13:00 - 14:00			**Salón 2: Simposio Industria**	

Jueves 2 de octubre

	SALON 1		SALON 2	
	Plenaria: Toxicodermia	**Expositor**	**Taller práctico: Fórmula láctea en alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV)**	
Moderador	Dra. Soledad Pérez		Dra. M Victoria Landaeta	
14:00 - 14:30	Cuando no todo es DRESS: Enfrentamiento práctico de eritrodermia	Dr. Lucas Galimany		
14:30 - 15:00	Toxicodermias recurrentes: ¿Cuál es el rol de los microorganismos?	Dra. Paula Duarte	Lo que hay que saber en la elección de fórmula láctea en APLV	Dra. Nicole Hunt
15:00 - 15:30	Mesa redonda			

15:30- 16:15	**Café/presentación póster**

	SALON 1		SALON 2	
Módulo	**Angioedema**	**Expositor**	**Diagnóstico en alergología**	**Expositor**
Moderador	Dr. Rolando Campillay		Dra. Daniela Cereceda	
16:15 - 16:45	Clasificación DANCE de Angioedema: aspectos prácticos	Dra. Masumi Grau	Diagnóstico in vivo: pruebas epicutáneas: ¿para qué enfermedades, extractos, dispositivos?	Dra. Fernanda Lara
16:45 - 17:15	Nuevos tratamientos para ataque agudo y profilaxis a largo plazo en Angioedema	Dra. Ana Maria Gallardo	Diagnóstico in vitro: IgE total, IgE específicas y otras	Dra. Paula Bustos
17:15 - 17:45	Mesa redonda		Mesa redonda	
18:00 - 19:00			**Salón 2: Simposio Industria**	

Viernes 3 de octubre

	SALON 1	
	Plenaria: Asma	**Expositor**
Moderador	Dra. Lorena Jiusán	
08:30 - 09:00	Cambio climático y su efecto en rinitis alérgica y asma	Dra. Jessica Salinas
09:00 - 09:30	Enfoque práctico del uso de antihistamínicos en vía aérea única	Dr. Francisco Sosa
09:30 - 10:00	Mesa redonda	

10:00 - 10:45	**Café/presentación póster**

	SALON 1		SALON 2	
Módulo	**Alergia alimentaria en pediatría**	**Expositor**	**Inmunoterapia alérgeno específica**	**Expositor**
Moderador	Dra. Rocío Tordecilla		Dra. Teresa Peralta	
10:45 - 11:15	Urgencia en alergia alimentaria: FPIES	Dr. Juan Cristóbal Ossa	Factores de riesgo de severidad a alergia a veneno de himenópteros: ¿Cuándo modificar dosis de ITSC?	Dra. M Teresa Tagle
11:15 - 11:45	Diagnóstico molecular en alergia alimentaria a huevo, trigo, leche y mani: ¿cuándo pedirlo?	Dra. Ru-Xin Foong	Inmunoterapia en alergia alimentaria: ¿cómo implementarlo en la práctica clínica?	Dr. Rodrigo Hoyos
11:45 - 12:15	Introducción temprana de alimentos en lactantes: eligiendo el momento perfecto	Dra. Bárbara Cid	¿Cómo evaluar la eficacia en la inmunoterapia alergeno específica en rinitis y asma?	Dr. Pablo Herrera
12:15 - 12:30	Mesa redonda		Mesa redonda	
13:00 - 14:00			**Salón 2: Simposio Industria**	

Viernes 3 de octubre

	SALON 1		
	Plenaria: Alergia alimentaria	**Expositor**	
Moderador	Dr. Rodrigo Hoyos		
14:00 - 14:30	Alergia alimentaria: ¿cuál es el rol del microbioma?	Dra. Patricia Roessler	**14:30-15:30 Salón 2: Simposio industria**
14:30 - 15:00	Actualización en alergia alimentaria: nuevos biomarcadores	Dra. Ru-Xin Foong	
15:00 - 15:30	Mesa redonda		

15:30 - 16:15 **Café/presentación póster**

	SALON 1		SALON 2	
Módulo	**Biológicos en vía aérea**	**Expositor**	**Inteligencia artificial**	**Expositor**
Moderador	Dra. Carla Bastías		Dra. Ligia Rodriguez	
16:15-16:35	Avances en el Manejo de la Rinosinusitis Crónica: consenso multidisciplinario	Dra Ximena Maul F.	Inteligencia artificial en inmunología: Uso en predicción de alergias	Dr. Francisco Sidgman
16:35-16:55	Cohorte chilena del uso de biológico en vía aérea: vida real	Dra. Paulina Trujillo	Desafíos éticos que plantea la inteligencia artificial	Sr. Juan Alberto Lecaros
16:55-17:15	Rinosinusitis crónica, asma y biológicos: experiencia en regiones	Dr. Miguel Aguayo	Mesa redonda	
17:15-17:30	Mesa redonda			
18:00 - 19:00	**Corrida benéfica SCAI RUN: Vivir sin alergias**			
20:00 - 21:00			**Salón 2: Asamblea socios SCAI y elección nuevo directorio 2025-2027**	

Sábado 4 de octubre

	SALON 1		SALON 2	
	Plenaria: Manifestaciones clínicas en errores innatos de la inmunidad		**Taller práctico de pruebas cutáneas e inmunoterapia**	
Moderador	Dra. Rosario Rojas	**Expositor**	Dra. Carla Bastías	**Expositor**
08:30 - 09:00	Manejo de manifestaciones no infecciosas de inmunodeficiencia en el adulto	Dra. Martina Meier		
09:00 - 09:30	Desórdenes atópicos primarios como manifestaciones iniciales de errores innato de la inmunidad	Dra. Ekaterina Goudouris	Estudio alergológico in vivo: Prick test extractos y nativos.	TM. Patricia Gutiérrez
09:30 - 10:00	Mesa redonda		Uso Bomba de infusión en inmunoterapia: resolución problemas en base a caso clínico	EU. Margarita Fierro

10:00 - 10:45	**Café**	

	SALON 1	
Módulo	**Diagnóstico de Errores Innatos de la Inmunidad**	**Expositor**
Moderador	Dra. Loreto Burnier	
10:45 - 11:15	Neoplasia no hematológicos en errores innato de la inmunidad	Dra. Ekaterina Goudouris
11:15 - 11:45	¿Qué se sabe del estudio genético en desregulación inmune?	Dra. Cecilia Poli
11:45 - 12:15	Mesa redonda	

	SALON 1
	CIERRE DEL CONGRESO
Moderador	Dra. Raquel Aguilera - Dra. Lorena Jiusán
12:15-13:00	Premiación mejor trabajo científico y caso clínico
	Palabras despedida Presidenta SCAI

Presentación trabajos jueves 2 de octubre – Sesión AM

Hora	Pantalla 1	Pantalla 2	Pantalla 3	Pantalla 4
10:00	**Título:** Enfrentamiento del paciente con deleción 22q11.2 y deficiencia de anticuerpos específicos refractario. **Autor:** Sebastián Sanhueza **Revisor:** Soledad Pérez	**Título:** Anafilaxia por Clotiazepam: Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura. **Autor:** Lorena Jiusán **Revisor:** Angela Castillo	**Título:** Características clínicas y severidad del síndrome DIHS/DRESS en una cohorte hospitalaria entre 2014-2023. **Autor:** Francisco Roa **Revisor:** Angélica Marinovic y Josefina Siña	**Título:** Asma Severa Pediátrica y Tratamiento Biológico en el Sur de Chile. **Autor:** Natalia Rivera **Revisor:** Teresa Peralta y Daniela Cereceda
10:15	**Título:** Síndrome de DRESS severo secundario a cefotaxima en paciente pediátrico con Trisomía 21. **Autor:** Pamela Méndez **Revisor:** Soledad Pérez	**Título:** Enfrentamiento Práctico de Pacientes con Reacciones de Hipersensibilidad Inmediata Secundarias a Vitamina B. **Autor:** José Ignacio Vásquez **Revisor:** Angela Castillo	**Título:** Evidencia de autoinmunidad en pacientes con antecedentes de DIHS/DRESS: Análisis de una cohorte hospitalaria entre 2014-2023. **Autor:** Francisco Roa **Revisor:** Angélica Marinovic y Paula Bustos	**Título:** Aplicación de Modelos de Aprendizaje Automático para la Estimación del Requerimiento de Trasplante de Precursores Hematopoyéticos en Pacientes con Errores Innatos de la Inmunidad. **Autor:** Nicolás Faundez **Revisor:** Teresa Peralta y Ligia Rodriguez

Presentación trabajos jueves 2 de octubre – Sesión PM

Hora	Pantalla 1	Pantalla 2	Pantalla 3	Pantalla 4
15:30	**Título:** Desafíos diagnósticos y terapéuticos en angioedema hereditario con C1-INH normal: reporte de caso con mutación de la mioferlina. **Autor:** Francisca Riffo **Revisor:** Lorena Jiusán	**Título:** Eosinofilia: un desafío diagnóstico. **Autor:** Soledad Pérez **Revisor:** Rocío Tordecilla	**Título:** Comparación entre las concentraciones polínicas de Talca entre las temporadas 2007-2008, 2013-2014 y 2024-2025. **Autor:** Fernanda González **Revisor:** Valeria Palma y Paula Bustos	**Título:** Seguridad del Uso de Aspirina Efervescente en Test de Provocación Oral en Pacientes con Sospecha de Intolerancia a AINEs. **Autor:** Margarita Fierro **Revisor:** Ligia Rodríguez y Ángela Castillo
15:45	**Título:** Inmunodeficiencia Común Variable con mutación en CTLA4: desafío diagnóstico en paciente con compromiso multiorgánico. **Autor:** Francisca Riffo **Revisor:** Lorena Jiusán	**Título:** Serie chilena de Síndrome de Good: caracterización clínica e inmunológica. **Autor:** Loreto Parra **Revisor:** Angela Castillo	**Título:** Cambios en la superficie plantada de Olea europaea L. (Olivo) en la región del Maule y su relación con los niveles de polen en la ciudad de Talca, Chile. **Autor:** Iris Pereira **Revisor:** Valeria Palma y Soledad Perez	**Título:** IPEX Reporte de caso y revisión de bibliografía. **Autor:** María Teresa Tagle **Revisor:** Ligia Rodríguez y Carla Bastías

Presentación trabajos viernes 3 de octubre – Sesión AM

Hora	Pantalla 1	Pantalla 2	Pantalla 3	Pantalla 4
10:00	**Título:** Primer paciente pediátrico en Chile, en recibir Mepolizumab para el Asma Severa: Evolución y coadministración de Inmunoterapia. **Autor:** Natalia Rivera **Revisor:** Daniela Cereceda	**Título:** Efectividad de la terapia biológica en el tratamiento de pacientes con enfermedad respiratoria exacerbada por Aspirina (EREA); experiencia en Hospital Barros Luco Trudeau. **Autor:** Alex Luchsinger **Revisor:** Rosario Rojas	**Título:** Develando la hipersensibilidad verdadera a betalactámicos: análisis de 5 años en un centro terciario chileno. **Autor:** Valeria Cortes **Revisor:** Raquel Aguilera y Paula Duarte	**Título:** Prurito crónico sin causa en el adulto mayor: pensar en Pénfigoide Ampollar. **Autor:** Patricia Roessler **Revisor:** Carla Bastías
10:15	**Título:** Diagnóstico Diferencial del Asma Severa: Cuando se conjugan Alteraciones Anatómicas e Inmunodeficiencias. **Autor:** Natalia Rivera **Revisor:** Daniela Cereceda	**Título:** Síndrome de hiper- IgE asociado a variante monoalélica no reportada en IL6ST: reporte de caso. **Autor:** Belén Ramos **Revisor:** Rosario Rojas	**Título:** Reacciones de hipersensibilidad inmediata en el Perioperatorio: Primer estudio de cohorte chileno, entre 2020 – 2024 en un centro hospitalario terciario. **Autor:** Mackarena Beltran **Revisor:** Raquel Aguilera y Rolando Campillay	**Título:** Árnica tópica y Dermatitis de Contacto Alérgica: Un Imitador Clínico de Reacción de Hipersensibilidad a Antinflamatorios (AINEs). **Autor:** Patricia Roessler **Revisor:** Carla Bastías

Presentación trabajos viernes 3 de octubre – Sesión PM

Hora	Pantalla 1	Pantalla 2	Pantalla 3
15:30	**Título:** Expresión de CD69 en linfocitos T como biomarcador funcional en reacciones de hipersensibilidad retardada a fármacos: Evaluación mediante citometría de flujo. **Autor:** Alicia Sciaraffia **Revisor:** M. Loreto Burnier y Lorena Jiusan	**Título:** Anafilaxia por harina de lupino: Un alérgeno emergente y oculto. **Autor:** Sofía Onetti **Revisor:** Josefina Siña	**Título:** Más allá del anillo betalactámico: la importancia de caracterizar la sensibilización específica. **Autor:** Lourdes Gonzalez **Revisor:** Rolando Campillay
15:45	**Título:** Más allá de las pruebas cutáneas: el valor diagnóstico de la prueba de provocación con medios de contraste en un centro de alergias. **Autor:** Camila Ramirez **Revisor:** M. Loreto Burnier y Paula Duarte	**Título:** Susceptibilidad mendeliana a enfermedades micobacterias: Salmonelosis sistémica recidivante: reporte de un caso. **Autor:** Alejandra Urrutia **Revisor:** Josefina Siña	**Título:** Penfigoide ampollar inducido por sirolimus en un pacientes pediátrico con sindrome linfoproliferativo autoinmune (ALPS): Reporte de caso **Autor:** Sebastián Sanhueza **Revisor:** Rolando Campillay

Alergia Alimentaria

Título: Anafilaxia por harina de lupino: Un alérgeno emergente y oculto.

Autores: Sofia Onetti, Valeria Palma Pino.

Correo: sofi.onetti@gmail.com.

Afiliación: Hospital Clínico de la Universidad de Chile

E-poster 9

Introducción

El altramuz, lupino o Lupinus spp. es una leguminosa y un alergeno alimentario emergente. Es utilizado mayormente en productos veganos y sin gluten. Las especies de interés nutricional son L. albus, L. angustifolius, L. luteus y L. mutabilis. Dentro de los alérgenos descritos están: a-conglutina, β-conglutina (Lup an 1), γ-conglutina , d-conglutina, nsLTP (Lup an 3), PR-10 (Lup a 4) y profilina (Lup a 5). Solo el extracto de L. albus está disponible en pruebas in vitro. En Chile γ-conglutina se ha descrito como el alérgeno mayor. Las reacciones clínicas van desde urticaria hasta anafilaxia. De casos reportados 95% ocurrieron tras consumo de productos de panadería envasados y 25% reportaba alergia al maní.

Presentación del caso

Paciente masculino de 32 años con historia de rinitis alérgica persistente moderada-severa, describe que tras comer fideos con crema y pollo, a los 20 minutos inicia dolor abdominal, angioedema labial y facial, urticaria en cuello, náuseas y vómitos. Consultó a urgencias, recibió adrenalina 0.5 mg intramuscular, betametasona y clorfenamina endovenosas con resolución del cuadro. La triptasa sérica del evento fue 11.7 ug/L con valor basal de 4.81 ug/L. A las 3 horas tuvo rebrote de urticaria, recibió clorfenamina y betametasona endovenosas. Fue dado de alta a las 4 horas sin recurrencias. El etiquetado de los fideos destaca sémola de trigo, harina de lupino y de garbanzos. Sobre cofactores refiere privación de sueño. Niega ejercicio, consumo de alcohol o antiinflamatorios. Desde el evento ha consumido trigo, pollo y leche. En estudio alergológico: IgE total 391 UI/ml y ensayo multiplex de IgE específica con títulos de 34.49 kUA/L para L. albus, 0.27 kUA/L para Cic a de garbanzo y <0,1 kUA/L para trigo, pollo, leche, maní y lentejas. Tuvo resultados positivos para gramíneas y profilinas de árboles, melón y látex.

Conclusiones

El lupino se ha constituido como un alérgeno oculto a considerar dentro de los estudios alergológicos, en especial en casos de anafilaxia sin desencadenante evidente. Destaca por su alta reactividad cruzada con maní y otras leguminosas. La falta de etiquetado regulado en países como Chile constituye una barrera para el diagnóstico y la exclusión de la dieta en pacientes alérgicos. Es necesario dirigir la investigación en poder caracterizar mejor los patrones de sensibilización de distintas poblaciones en base a las moléculas alergénicas más relevantes y poder buscar dirigidamente la alergia a lupino.

Alergia a fármacos

Título: Síndrome de DRESS severo secundario a cefotaxima en paciente pediátrico con Trisomía 21.

Autores: Pamela Méndez Barría (1), Francisca Riffo Sepúlveda (2), Carolina Quilodrán Fuentes (1)

Correo: pmendezbarria@gmail.com

Afiliación: (1) Hospital San Juan de Dios, (2) Hospital Clínico Universidad de Chile

E-poster 3

Introducción

El síndrome de DRESS es una reacción de hipersensibilidad grave inducida por fármacos, potencialmente mortal. La incidencia varía entre 1/1.000 y 1/10.000 casos. En niños, es probablemente menor que en adultos, se desconoce la tasa exacta. La clínica aparece de 2 a 8 semanas después de la toma del fármaco desencadenante, puede incluir fiebre, exantema maculopapular, linfadenopatías, alteraciones de laboratorio (eosinofilia, linfocitos atípicos) y/o afectación de órganos. Se estima una mortalidad del 10% en adultos y 5,4% en niños. Se desencadena con mayor frecuencia por anticonvulsivantes, sulfonamidas o antibióticos, siendo estos últimos responsables del 30% de los casos pediátricos. Debido a la variabilidad del cuadro clínico, se elaboró un criterio europeo (RegiSCAR) para reconocer esta patología y facilitar el diagnóstico. El tratamiento consiste en la suspensión del fármaco causante y terapia con corticoides sistémicos, en las formas graves refractarias, se utilizan pulsos de metilprednisolona, inmunoglobulina intravenosa (IGIV) o plasmaféresis.

Presentación del caso

Adolescente de 14 años con antecedente de trisomía 21. Por cuadro compatible con pielonefritis aguda complicada con hidroureteronefrosis bilateral y absceso renal derecho con urocultivo positivo para Escherichia coli multisensible se decide hospitalización y se inicia tratamiento antibiótico con cefotaxima endovenosa. Al día 27 de tratamiento evoluciona con fiebre de difícil manejo, exantema máculo-papular generalizado, hipotensión, taquicardia, inyección conjuntival no supurativa, labios agrietados, al laboratorio con elevación de parámetros inflamatorios, transaminasas y enzimas cardiacas, se ajusta tratamiento antibiótico a piperacilina/tazobactam y se decide administración de pulsos de metilprednisolona. Evoluciona tórpidamente, con eosinofilia, persistencia de alteración hepática y cardíaca, y ecocardiograma con derrame pericárdico moderado sin compromiso coronario. Cumple criterios de síndrome de DRESS, por lo que se escala tratamiento a IGIV. Evoluciona favorablemente con recuperación progresiva de función hepática y cardíaca, permitiendo traslape oral a prednisona con buena respuesta clínica.

Conclusiones

El síndrome DRESS debe considerarse en el diagnóstico diferencial ante fiebre y exantema en niños en tratamiento con anticonvulsivantes o antibióticos. Su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno es fundamental para mejorar el pronóstico y evitar complicaciones.

Alergia a fármacos

Título: Develando la hipersensibilidad verdadera a betalactámicos: análisis de 5 años en un centro terciario chileno.

Autores: Valeria Cortés Bórquez, Natalia Crisóstomo Toro, Lourdes González Rivera, Mackarena Beltrán Avello, Carla Bastías Oñate, Daniela Cereceda Molina, Rocío Tordecilla, Alicia Sciaraffia Rubio

Correo: vfcortesb@gmail.com

Afiliación: Hospital Clínico de la Universidad de Chile

E-poster 4

Introducción

Los betalactámicos son la primera línea de tratamiento para múltiples infecciones bacterianas y, al mismo tiempo, una causa frecuente de anafilaxia inducida por drogas. Si bien estudios internacionales reportan una baja prevalencia de hipersensibilidad verdadera, la sospecha clínica no confirmada puede llevar al uso innecesario de terapias alternativas más costosas y contribuir a la resistencia bacteriana. Este estudio busca determinar la prevalencia de hipersensibilidad a betalactámicos en pacientes con sospecha de alergia evaluados en un centro terciario.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de fichas clínicas, resultados de pruebas cutáneas (prick test [PT], intradermorreacción [IDR], test de parche [TP]) y test de provocación con drogas (DPT) en pacientes con sospecha de alergia a betalactámicos atendidos entre enero 2020 y diciembre 2024.

Resultados

Se incluyeron 163 pacientes, 70% mujeres con edad promedio 40,3 años (rango 1–80). El 48% fue evaluado dentro del primer año post reacción. Los fármacos más implicados fueron amoxicilina y cefazolina; con esta última, 77% presentó anafilaxia. Las reacciones de hipersensibilidad (RHS) se clasificaron según el tiempo tras la administración del fármaco como inmediatas (< 6 horas), tardías (> 6 horas) y de temporalidad desconocida (todos con diagnóstico en la infancia). Las RHS inmediatas representaron el 60%, manifestándose como anafilaxia (60%) y urticaria (27%). Las tardías fueron el 36%, principalmente exantemas (57%) y urticaria (31%). En RHS inmediata, 9,3% tuvo PT positivo y 34% IDR positiva; 64% realizó DPT, con positividad del 11,3%. En RHS tardía, IDR tardía se hizo en 26% (positividad 13%), TP en 5% (sin positividad), y DPT en 79,3% (positividad 4,3%). La alergia se confirmó mediante pruebas cutáneas positivas con historia compatible o DPT positivo. En RHS inmediata se confirmó en 41% (IC95%: 32,0%–51,2%), y en RHS tardía en 5,2% (IC95%: 1,8%–14,1%), diferencia estadísticamente significativa (p<0,001; test exacto de Fisher). No se confirmaron casos en el grupo de temporalidad desconocida.

Conclusiones

La frecuencia de hipersensibilidad confirmada fue mayor a lo descrito internacionalmente, especialmente en RHS inmediata. Estos hallazgos destacan la importancia de una evaluación alergológica completa y oportuna, que incluya DPT. Una caracterización adecuada permite restituir el uso de betalactámicos, con beneficios clínicos y económicos.

Alergia a fármacos

Título: Reacciones de hipersensibilidad inmediata en el Perioperatorio: Primer estudio de cohorte chileno, entre 2020 – 2024 en un centro hospitalario terciario.

Autores: Mackarena Beltrán Avello, Valeria Cortés Borquez, Valeria Palma Pino, Carla Bastías Oñate, Daniela Cereceda Molina, Alicia Sciaraffia Rubio, Rocio Tordecilla Fernandez, María Antonieta Guzmán Melendez

Correo: macka.beltran.91@gmail.com

Afiliación: Hospital Clínico Universidad de Chile

E-poster 7

Introducción

Las reacciones de hipersensibilidad inmediata (RHI) en el contexto perioperatorio representan un desafío clínico, dada la exposición simultánea a múltiples fármacos, factores quirúrgicos y agentes ocultos. Los perfiles de sensibilización están influenciados por factores geográficos, condicionados por los patrones de uso de medicamentos

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal, que analizó pacientes con sospecha de RHI perioperatoria, sometidos a estudio alergológico en un Centro de Alergias de derivación terciaria, entre enero de 2020 y diciembre de 2024.

Resultados

Se incluyeron 78 pacientes, con pruebas cutáneas para 45 agentes activos. La mediana de edad fue 47 años (rango de 10 a 83 años), predominio femenino (78%). La principal manifestación fue anafilaxia (78,2%), de las cuales el 57,7% fue grado III o superior. La mayoría de las reacciones ocurrieron durante la inducción anestésica (58%) y la recuperación (24%). El 55% fue evaluado dentro del primer año posterior al evento. Se observaron pruebas cutáneas con resultados positivos en el 17% de los prick test y en el 74% de las pruebas intradérmicas. La IgE específica para Látex se realizó en el 24% de los pacientes, con una positividad del 6,4%. Se comprobó sensibilización en 81% de los casos. Adicionalmente, se observó correlación entre elevación de triptasa y anafilaxia grado III (p= 0.017).
Los principales agentes involucrados fueron los bloqueadores neuromusculares (BNM) 37%, principalmente Atracurio (24%) y Rocuronio (18%). Se observó una asociación significativa entre RHI en fase de inducción e hipersensibilidad a estos fármacos (p =0.001). Los segundos fármacos involucrados fueron los antibióticos (ATB) betalactámicos (22%), los que se asociaron significativamente a anafilaxia grado III (p = 0.015), siendo Cefazolina (19%) el principal culpable. Otras causas incluyen Clorhexidina (8%), Metadona (6%), Látex (6%), Metamizol (5%) y Ondansetrón (5%).

Conclusiones

Los BNM son los principales desencadenantes de reacciones en la inducción anestésica y los ATB se asocian significativamente a anafilaxia grado III. Este estudio busca contribuir en reducir la brecha de información regional y subraya la necesidad de monitorear patrones locales de sensibilización y prescripción farmacológica, así como la identificación de marcadores de riesgo, con el fin de desarrollar estrategias de prevención.

Alergia a fármacos

Título: Enfrentamiento Práctico de Pacientes con Reacciones de Hipersensibilidad Inmediata Secundarias a Vitamina B

Autores: José Ignacio Vásquez Núñez (1), Patricia Roessler Vergara (2), Lorena Jiusán Linzmayer (2)

Correo: joseignaciovasqueznunez@gmail.com

Afiliación: (1) Universidad del Desarrollo, (2) Clínica Alemana

E-poster 12

Introducción

Las reacciones de hipersensibilidad a vitaminas del complejo B, particularmente a cianocobalamina, son poco frecuentes, escasamente descritas y de difícil confirmación diagnóstica, especialmente en formulaciones combinadas. Aunque en general son consideradas seguras, se han reportado manifestaciones de hipersensibilidad inmediata graves, incluyendo anafilaxia. En pacientes con alergia confirmada, la desensibilización representa una herramienta terapéutica clave cuando no existen alternativas equivalentes o estas afectan negativamente la eficacia del tratamiento.

Caso 1

Mujer de 37 años, con antecedentes de bypass gástrico, rinitis alérgica, asma y dermatitis de contacto, presenta anafilaxia minutos después de recibir Tol 12® intramuscular (IM); fármaco que contiene vitamina B1(tiamina), B6 (piridoxina) y B12 (cianocobalamina). Refiere parestesias orales, edema, disnea, rubor facial y pérdida de conciencia. Ingresa en shock anafiláctico y responde a adrenalina, corticoides y volemización. A pesar de haber tolerado previamente el fármaco, el prick test fue positivo para esta y otras dos formulaciones comerciales. Se realizó desensibilización subcutánea a B12 en 9 etapas, bien tolerada. Dos años después requirió nueva desensibilización, esta vez realizada utilizando una bomba de infusión continua subcutánea, sin reacciones adversas.

Caso 2

Mujer de 71 años desarrolla urticaria generalizada una hora después de recibir Neurobionta® IM por anemia crónica. Ésta contiene las vitaminas del complejo B (B1, B6 y B12) separadas en dos compartimentos. La intradermoreacción (IDR) a Neurobionta® fue positiva, IDR al compartimento 1 (B12) resultó negativa y positiva para el compartimiento 2 (B1 y B6). El estudio de los componentes individualizados resultó en IDR positiva a B1, negativa a B6 y negativa a B12. Paciente recibe B12 sin incidentes.

Conclusiones

En nuestro medio, la vitamina B12 suele administrarse con B1 y B6, por lo que no debe asumirse alergia a B12 sin evaluar los componentes individualmente. En la actualidad, no existe un protocolo estandarizado de desensibilización a vitamina B, muchos de ellos son largos y poco prácticos. En este contexto, el uso de bomba de infusión subcutánea permitió administrar B12 de forma segura, cómoda y eficaz, proponiéndose como alternativa válida a considerar. Presentamos dos métodos novedosos (no descritos en la literatura) que permitieron administrar de forma segura un tratamiento esencial de por vida.

Alergia a fármacos

Título: Árnica tópica y Dermatitis de Contacto Alérgica: Un Imitador Clínico de Reacción de Hipersensibilidad a Antiinflamatorios (AINEs).

Autores: Patricia Roessler Vergara (1), Diego Soto Jiusán (2), José Ignacio Vásquez (2)

Correo: proessler@alemana.cl

Afiliación: (1): Clínica Alemana, (2): Universidad de Chile

E-poster 13

Introducción

El árnica es una planta medicinal, principalmente de la especie Arnica montana, compuesta por flavonoides, aceites esenciales, resinas y helenalina, ésta última responsable de sus efectos biológicos, incluyendo alergenicidad. Ampliamente utilizada por sus propiedades antiinflamatorias y analgésicas, su potencial alergénico suele ser subestimado. Entre las reacciones alérgicas descritas, la dermatitis de contacto alérgica es la más frecuente. No obstante, también se han documentado formas menos comunes, como exantema fijo medicamentoso y la anafilaxia.

Presentación del caso

Paciente sexo masculino, 53 años, con antecedentes de angioedema labial recurrente histaminérgico, en tratamiento con fexofenadina 180 mg cada 12 horas, con respuesta parcial. Consulta por lesiones cutáneas recurrentes en la misma zona, tipo dermatitis ampollar, localizadas en la cara interna del pie derecho. Usuario habitual de AINEs como celecoxib y paracetamol, por dolores osteomusculares secundarios al deporte. Estudio inicial: exámenes generales normales, IgE total baja, C1 inhibidor cuantitativo y funcional normales, ANA negativo, complemento (C3, C4) normal. Examen físico: lesión ampollar sobre base eritemato-violácea en cara interna del pie, refiriendo uso de celecoxib tres días antes. Con diagnósticos de angioedema histaminérgico y posible exantema fijo medicamentoso por celecoxib, se indicó suspensión de todos los AINEs, rupatadina en dosis máxima y estudio complementario del angioedema. Al control sin recurrencia del angiodema, refería aparición de lesión ampollar en región lumbo-sacra, nuevamente posterior al uso de celecoxib y spray tópico con árnica (Arnika Sport®), que solía utilizar en conjunto con AINEs. El estudio inmunológico mostró anticuerpos antitiroideos positivos con electroforesis e inmunofijación normales. Test de parche a celecoxib, paracetamol y Arnikaderm Sport®, aplicados en dorso y pie, resultando intensamente positivo para el spray con árnica y negativo para los demás fármacos. Se indicó exclusión estricta de árnica, con resolución completa del cuadro y tolerancia posterior a celecoxib y paracetamol.

Conclusiones

Este caso destaca la importancia de considerar productos tópicos de origen natural, como el árnica, como posibles desencadenantes de reacciones cutáneas alérgicas. Identificar el alérgeno mediante pruebas epicutáneas permitió excluir los AINEs como agentes causales, evitando restricciones terapéuticas innecesarias.

Alergia a fármacos

Título: Anafilaxia por Clotiazepam: Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura y presentación de caso clínico

Autores: Lorena Jiusán Linzmayer (1), Margarita Fierro M (1), Diego Soto J (2)

Correo: ljiusan@alemana.cl

Afiliación: (1): Clínica Alemana, (2): Universidad de Chile

E-poster 14

Introducción

Dada sus propiedades ansiolíticas, sedantes, hipnóticas y anticonvulsivantes, las benzodiacepinas (BZD) son fármacos ampliamente utilizados, y si bien la anafilaxia secundaria a ellas es excepcional, existen casos reportados.

Presentación del caso

Paciente de sexo femenino, antecedentes de rinitis alérgica, hiperreactividad bronquial con perros y gatos, y síndrome de alergia oral (cerezas, avellana europea y piel de manzana); que presenta en tres oportunidades reacción caracterizada por prurito palmar y de cuero cabelludo, eritema generalizado, prurito anal con sensación defecatoria, disnea y tos seca, a los 30 minutos de ingerir clotiazepam. Sólo en un episodio, hubo ingesta de yogurt con granola que contenía frutos secos, pero que la paciente consume posteriormente sin incidentes. Sin cofactores.

En relación al estudio

Triptasa basal normal. Prick test a midazolam, clonazepam, lorazepam y clotiazepam todos negativos. Intradermorreacción positiva a midazolam. Negativa para las otras BZD. Test de provocación oral a Clotiazepam positivo: a los 15 minutos de administrar 1,5 mg del fármaco (dosis acumulada 2 mg), presenta eritema generalizado, prurito palmar, quemosis, angioedema palpebral, congestión nasal, rinorrea, tos seca y caída del PEF 10%. Recibe tratamiento con adrenalina, corticoides y antihistamínicos con buena respuesta. Bajo estos antecedentes se contraindica el uso de clotiazepam y todas las BZD.

Conclusiones

La alergia a BZD, y específicamente al clotiazepam, es un evento extremadamente raro y escasamente documentado. Los primeros casos, publicados en 1960, describen reacciones cutáneas desde urticaria a eritema multiforme, principalmente asociadas a clordiazepóxido, diazepam y flurazepam. La primera anafilaxia por diazepam se registró en 1977, mientras que midazolam es actualmente el fármaco más vinculado a reacciones adversas graves. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, pruebas cutáneas y de provocación, aunque aún existe un conocimiento limitado sobre la epidemiología, mecanismos fisiopatológicos y reactividad cruzada entre diferentes BZD. Este caso clínico destaca la importancia de mantener una alta sospecha frente a estas reacciones, ya que el diagnóstico precoz y la exclusión del fármaco implicado son esenciales para prevenir recurrencias. Se requiere mayor investigación para comprender mejor estas reacciones y mejorar su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Alergia a fármacos

Título: Seguridad Del Uso De Aspirina Efervescente En Test De Provocación Oral En Pacientes Con Sospecha De Intolerancia A Aines

Autores: Margarita Fierro, Gigia Roizen G, Lorena Jiusán L, M° Teresa Tagle C, Masumi Grau T, Patricia Roessler V, Rolando Campillay S, Francisca Garcia R

Correo: marga.fierroo@gmail.com

Afiliación: Clínica Alemana

E-poster 15

Introducción

El test de provocación oral (TPO) con aspirina constituye el método diagnóstico de referencia en pacientes con sospecha de intolerancia a antiinflamatorios no esteroidales (AINEs). Tradicionalmente, se utiliza aspirina en comprimidos (AC), con protocolos de administración de dosis espaciados según la farmacocinética de esta formulación. Desde el 2019, se ha incorporado el uso de aspirina efervescente (AE), que gracias a su absorción más rápida, permite intervalos más cortos entre dosis. El objetivo de este estudio es comparar la seguridad de la formulación efervescente frente a comprimidos en la práctica clínica.

Materiales y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de TPO efectuados entre 2019 y 2025 a pacientes con sospecha de intolerancia a AINEs. Se compararon las tasas de reacciones positivas entre TPO realizados con AE versus AC. La comparación de tasas de reacción se realizó mediante prueba exacta de Fisher.

Resultados

De un total de 25 TPO realizados a pacientes con sospecha de intolerancia a AINEs, 21 fueron con AE y 4 con AC. Los intervalos entre dosis fueron de 30 a 45 minutos para AE y 60 minutos para AC. Del total de pacientes estudiados, tres tuvieron resultado positivo en el TPO, dos en el grupo de AE y uno al de AC. Las reacciones clínicas en ambos grupos fueron leves a moderadas, con buena respuesta al tratamiento sintomático con corticoides y antihistamínicos. No se observaron reacciones graves en ninguno de los grupos. No hubo necesidad de adrenalina para el manejo de las reacciones adversas, en ningún paciente.
La comparación de tasas de reacción entre ambos grupos no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.42$; prueba exacta de Fisher).

Conclusiones

El uso de AE permite reducir los intervalos entre dosis en el TPO, optimizando los tiempos de protocolo, sin aumentar el riesgo de reacciones adversas. Nuestra tasa de reacciones con AE es menor (9,5%) a la descrita en la literatura reciente (15%-25%) y similar a la obtenida con la formulación en comprimidos (25%).
La AE facilita esquemas de provocación más eficientes y su seguridad respalda su incorporación rutinaria en la práctica clínica.

Alergia a fármacos

Título: Evidencia De Autoinmunidad En Pacientes Con Antecedentes De Dihs/Dress: Análisis De Una Cohorte Hospitalaria Entre 2014-2023

Autores: Francisco Roa Salas, Rocío Tordecilla, Alicia Sciaraffia, Daniela Cereceda, Valeria Palma, Mackarena Beltrán, Valeria Cortés, Carla Bastías

Correo: fraroasalas@gmail.com

Afiliación: Hospital Clínico Universidad de Chile

E-poster 17

Introducción

El síndrome de hipersensibilidad inducida por fármacos (DIHS) o reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), es una reacción adversa grave a fármacos caracterizada por afección de múltiples órganos y riesgo de aparición de autoinmunidad a posterior. En Latinoamérica no existen estudios sobre prevalencia de autoinmunidad posterior a DIHS/DRESS. Este trabajo busca conocer esta realidad en la población chilena.

Materiales y Métodos

Estudio longitudinal con análisis retrospectivo y transversal de variables en una cohorte con antecedentes de DIHS/DRESS con hospitalización entre 2014 y 2023.

Resultados

Se evaluaron 1.155 interconsultas, seleccionando 14 pacientes que cumplían criterios RegiScar para DRESS y/o J-Scar para DIHS y no tenían antecedentes previos de autoinmunidad. 64,3% mujeres, 35,7% hombres con edad media de 40,5 años (± 17,9). Las drogas mayormente implicadas: Lamotrigina (35,7%) y Carbamazepina (14,3%). Se calculó score clínico de riesgo de progresión de autoinmunidad (Yoshiko Mizukawa et al. 2023), 7,1% clasificó con alto riesgo, 78,6% con riesgo intermedio y 14,3% en bajo riesgo. En esta cohorte, 28,5% desarrolló autoinmunidad posterior al evento índice; uno tiroiditis autoinmune y tres con síntomas de autoinmunidad, asociados a anticuerpos positivos en panel ANA-23. Se identificaron anticuerpos asociados a esclerosis sistémica (RP11, RP155, SP100, CENP-B y CENP-A). Complemento, factor reumatoide y anti-CCP negativos en todos los casos. La media de desarrollo de enfermedad y/o síntomas fue de 2 años. Se observaron tendencias no significativas en pacientes con compromiso mucocutáneo extenso, reactivación viral y el desarrollo de autoinmunidad. No se identificaron asociaciones significativas ($p<0,05$) entre las características clínicas del evento índice, severidad, score de riesgo de progresión autoinmune y desarrollo posterior de autoinmunidad.

Conclusiones

Este estudio, primero en Chile sobre autoinmunidad post-DIHS/DRESS, identificó autoinmunidad en un tercio de los casos. Aunque se observaron tendencias hacia posibles factores de riesgo, no se encontraron asociaciones significativas, probablemente por el tamaño muestral. Se enfatiza la necesidad de un seguimiento médico prolongado, especialmente ante afectación mucocutánea severa y reactivación viral.

Alergia a fármacos

Título: Más Allá Del Anillo Betalactámico: La Importancia De Caracterizar La Sensibilización Específica

Autores: Lourdes González-Rivera, Sebastian Sanhueza, Alicia Sciaraffia

Correo: lourdesgiselagonzalez@gmail.com

Afiliación: Hospital Clínico de la Universidad de Chile

E-poster 20

Introducción

Las reacciones de hipersensibilidad inmediata a antibióticos betalactámicos son una causa frecuente de derivación a centros especializados en alergia. Aunque tradicionalmente se ha atribuido la reactividad cruzada entre penicilinas y cefalosporinas al anillo betalactámico, evidencia reciente ha demostrado que las cadenas laterales unidas a estas estructuras juegan un rol determinante en la especificidad de la respuesta inmune. Algunas cefalosporinas, como el cefadroxilo, poseen cadenas laterales capaces de inducir sensibilizaciones particulares, independientemente de la tolerancia a otras moléculas del mismo grupo. Esto subraya la necesidad de una evaluación diagnóstica individualizada, basada en pruebas dirigidas y provocaciones controladas.

Presentación del caso

Se presentan dos pacientes femeninas derivadas al centro de alergias HCUCH, por antecedentes de reacciones inmediatas tras administración de cefadroxilo. La primera, de 54 años, desarrolló eritema facial, prurito, angioedema y sensación de asfixia minutos después de la primera dosis. La segunda, de 50 años, presentó urticaria y angioedema facial dentro de la primera hora posterior a la toma. Ambas fueron evaluadas con pruebas cutáneas a determinantes, penicilina, amoxicilina y cefadroxilo, todas con resultado negativo. Posteriormente, toleraron provocación con penicilina sin reacciones adversas. Finalmente, se realizó provocación con cefadroxilo, la cual fue positiva en ambos casos, reproduciendo síntomas de hipersensibilidad inmediata

Conclusiones

Estos casos evidencian una sensibilización selectiva a cefadroxilo en ausencia de reactividad cruzada hacia penicilina. Reafirman la importancia de no etiquetar como alérgico a todo el grupo de betalactámicos basándose en un único episodio clínico, y destacan la utilidad del estudio alergológico completo en la toma de decisiones terapéuticas seguras y personalizadas.

Alergia a fármacos

Título: Características Clínicas Y Severidad Del Síndrome Dihs/Dress En Una Cohorte Hospitalaria Entre 2014-2023

Autores: Francisco Roa Salas, Rocío Tordecilla, Alicia Sciaraffia, Daniela Cereceda, Valeria Palma, Mackarena Beltrán, Valeria Cortés, Carla Bastías

Correo: fraroasalas@gmail.com

Afiliación: Hospital Clínico Universidad de Chile

E-poster 25

Introducción

El síndrome de hipersensibilidad inducida por fármacos (DIHS) o reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) representa una reacción adversa grave a fármacos asociada a compromiso multiorgánico, con tasa de mortalidad de 10 %. Ocurre entre dos semanas y dos meses después de iniciado el fármaco, se caracteriza por anomalías cutáneas, viscerales y de laboratorio.

Materiales y Métodos

Estudio longitudinal descriptivo con análisis retrospectivo de variables en una cohorte de pacientes con DIHS/DRESS durante hospitalización entre 2014 y 2023.

Resultados

Se evaluaron 1.155 interconsultas, seleccionando 25 pacientes que cumplían criterios RegiScar para DRESS y/o criterios J-Scar para DIHS. 63% mujeres, 37% hombres con edad media de 45,2 años (± 21,9). Las comorbilidades más comunes fueron cardiovasculares (34,2%), patologías de salud mental (34%), neurológicas (13,5%) y autoinmunes (10,5%). Solo dos pacientes tenían autorreporte de alergia a fármacos. Las drogas mayormente implicadas: Lamotrigina (24%), Alopurinol (8%), Carbamazepina (8%) y Tazonam (8%) con una mediana de latencia de 23 días. Todos los casos presentaron exantema maculopapular, seguido de fiebre (88%) y edema facial (44%). Hubo compromiso hepático en 88%, renal 44%, respiratorio 32% y cardiaco 8%. Destacó eosinofilia en 76% (32% mayor a 1500) y 8% con linfocitos atípicos. Se detectó reactivación viral: CMV (17,6%), VHH-6 (11,8%) y VEB (11,1%) respecto de los que contaban con la búsqueda dirigida. 10 pacientes tenían medición de vitamina D, todos en rango de insuficiencia o deficiencia. El 52% presentó una evolución severa y la mortalidad fue 8%.

Conclusiones

Esta cohorte chilena de 25 pacientes con DRESS/DIHS, única en Latinoamérica, muestra una distribución de edad, media y sexo similar a la reportada internacionalmente. Destaca alta prevalencia de patologías de salud mental asociada, siendo la lamotrigina el principal fármaco implicado. La afectación hepática (88%) y progresión grave (52%) fueron más altas. La reactivación del virus herpes fue menos común en comparación con series asiáticas. La deficiencia y/o insuficiencia de vitamina D (100%) es una observación no reportada anteriormente. El 8% de mortalidad ilustra la gravedad del síndrome y la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano.

Alergia respiratoria

Título: Comparación Entre Las Concentraciones Polínicas De Talca Entre Las Temporadas 2007-2008, 2013-2014 Y 2024-2025

Autores: Maria Fernanda González (1), Javier Urzúa (2), Sergio Espinoza (3), Kimberly Matamala (4), Teresa Peralta (5), Iris Pereira (4), Estefanía Sánchez (6), Pedro Mardones (4).

Correo: mfernanda.gm90@gmail.com

Afiliación: (1): Centro del Alérgico, Santiago, Chile, (2):Facultad de Ciencias Agrarias, Laboratorio de Agricultura de Precisión y Fisiología del Estrés, Universidad de Talca, Talca, Chile, (3): Departamento de Ciencias Forestales, Facultad de Ciencias Agrarias y Forestales, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile, (4): Fundación de Aerobiología, Medioambiente y Salud (FUNDAMAS), Providencia, Chile, (5): Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, (6): Departamento de Botánica y Fisiología Vegetal. Facultad de Biología, Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

E-poster 21

Introducción

Talca es una ciudad ubicada en la región del Maule en la zona centro sur de Chile. Presenta un clima templado, una clara estacionalidad y vegetación abundante. La vegetación en los alrededores de la ciudad ha cambiado significativamente debido a cultivos intensivos de árboles como el olivo y el avellano europeo. Además, factores vinculados al crecimiento natural del arbolado urbano, como también el cambio climático podrían afectar los patrones de polinización en Talca. Este estudio compara las concentraciones polínicas registradas entre mayo y abril de los años 2007-2008, 2013-2014 y 2024-2025.

Materiales y Métodos

Se dispone de 2 estudios realizados con un monitor de pólenes Burkard ubicado en el techo de la municipalidad de Talca (2007-2008 y 2024-2025), y otro estudio realizado entre el 2013-2014, con el monitor ubicado en un edificio a dos cuadras al sur de los estudios antes mencionados. Se comparan las curvas mostrando por cada especie los niveles de pólenes totales durante la temporada, su día de concentraciones máximas y el periodo de polinización.

Resultados

Se observa un incremento significativo de la carga polínica total en la mayoría de las especies entre las temporadas estudiadas, las diferencias más relevantes y que destacamos fueron el Olivo, que pasó de 265 granos totales en el período 2007-2008, a 1.202 en 2013-2014 y a 7.994 en 2024-2025. Corylus (avellano) aumentó de 26 granos en 2007-2008 a 1.100 en la temporada 2024-2025. En el caso de los pastos, la diferencia fue de 2.519 en 2007-2008 a 4.520 granos en 2024-2025. La Acedera pasó de 322 granos en 2007-2008, 692 en 2013-2014 a 1.468 en 2024-205. Por último, se contabilizaron 250 granos de ambrosía en 2007-2008, 442 en 2013-2014 y 808 en 2024-2025.

Conclusiones

Se observa un mayor aumento en los pólenes de Olivo y Corylus coincidiendo con el cultivo intensivo de estas especies alrededor de la comuna de Talca. También se evidencia un incremento significativo en la cantidad de polen de pastos, acedera y ambrosía cuya causa debe estudiarse pero podría estar dada por factores como el cambio climático, cambios derivados del uso de suelo y silvicultura urbana. Como limitación de nuestro trabajo, se debe considerar que la localización del monitor fue ligeramente diferente para el conteo de la temporada 2013-2014. Por último, es importante recalcar la relevancia de estas variaciones, ya que pueden tener un impacto directo en la salud de los pacientes

Alergia respiratoria

Título: Cambios En La Superficie Plantada De Olea Europaea L. (Olivo) En La Región Del Maule Y Su Relación Con Los Niveles De Polen En La Ciudad De Talca, Chile.

Autores: Iris Pereira (1), Javier Urzúa (2), Sergio Espinoza (3), Kimberly Matamala (4), Estefanía Sánchez (5), Teresa Peralta (6), Mirka Pardo (4), Pedro Mardones (4)

Correo: ipereirariquelme@gmail.com

Afiliación: (1): Fundación de Aerobiología, Medioambiente y Salud (FUNDAMAS), Providencia, Chile. (2):Facultad de Ciencias Agrarias, Laboratorio de Agricultura de Precisión y Fisiología del Estrés, Universidad de Talca, Talca, Chile (3): Departamento de Ciencias Forestales, Facultad de Ciencias Agrarias y Forestales, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile. (4): Fundación de Aerobiología, Medioambiente y Salud (FUNDAMAS), Providencia, Chile. (5): Departamento de Botánica y Fisiología Vegetal. Facultad de Biología, Universidad de Salamanca, Salamanca, España. (6): Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

E-poster 22

Introducción

Talca es una ciudad localizada en la región del Maule, donde en los últimos años se han cultivado intensivamente especies arbóreas, cuyos pólenes, de reconocido poder alergénico han aumentado significativamente en la ciudad. En el caso particular de Olivo, las hectáreas plantadas en la región han tenido un alza de casi del doble desde el año 2007 hasta el año 2013, disminuyendo un 16,6% entre el año 2013 al 2024. El propósito de este estudio fue estudiar la correlación entre las hectáreas de plantaciones de olivo en la región del Maule y los registros polínicos en la ciudad de Talca.

Materiales y Métodos

Para medir las concentraciones polínicas, se utilizó un captador polínico Burkard ubicado en el techo de la Municipalidad de Talca, registrándose los pólenes totales en las temporadas 2007 y 2024, para el equivalente periodo durante la temporada del 2013 el captador se ubicó a dos cuadras de los estudios mencionados, en el techo de la ex-casa central de la Universidad de Talca. Los conteos de polen fueron realizados con un microscopio Nikon E200 y un campo visual de 400x.informando sus resultados en granos de pólenes totales por cada temporada estudiada. Luego, estos datos se relacionaron con la cantidad de hectáreas de Olivo existentes en dichos años. Los datos de la superficie plantada con olivo en la región se obtuvieron desde la Oficina de Estudios y Políticas Agrarias (ODEPA, 2025).

Resultados

Los resultados muestran un aumento significativo y progresivo en los pólenes totales de Olivo en las temporadas señaladas registrándose 265 granos el 2007, 1.202 el 2013 y 7.994 el 2024. Respecto a las hectáreas plantadas de Olivos, se registran 2593 ha el 2007, 5.790 ha el 2013 y 4.826 ha el 2024.

Conclusiones

Existe una correlación positiva entre las hectáreas de olivos plantadas en la región del Maule y los niveles de estos pólenes en la ciudad de Talca, entre las temporadas 2007 y 2013. La disminución en las plantaciones de olivos entre el año 2013 y el 2024 no se refleja en una baja en los niveles de pólenes que siguen aumentando significativamente debido probablemente a que los árboles ya plantados emiten más polen y a que las plantaciones de los últimos años están más cerca de Talca. Es importante destacar que al año 2001 se registraban solo 386 ha de olivares, por lo tanto, el polen de olivo es un alérgeno emergente muy importante en Talca cuyos efectos en la población deben ser estudiados.

Alergia respiratoria

Título: Asma Severa Pediátrica y Tratamiento Biológico en el Sur de Chile

Autores: Natalia Rivera Knight (1), Barbara Cid Troncoso (1), Elizabeth Mendez Andrade (2).

Correo: natyrivera@gmail.com

Instituciones: (1): Hospital Base San José de Osorno. (2): Hospital de Castro.

E-poster 27

Introducción	El asma severa < 5% del asma pediátrico. ATS/ERS y GINA: requiere altas dosis de corticoides inhalados asociado a otro controlador para mantenerse estable o persiste mal controlada. La mayoría perfil Th2 elevado y se considera el uso de terapia biológica: Mepolizumab anticuerpo monoclonal Anti-IL-5, Omalizumab anti-IgE y Dupilumab anti-IL-4/IL-13, disminuyen cascada inflamatoria alérgica y logran control de síntomas.
Objetivos	Describir serie de 11 pacientes asmáticos severos pediátricos recibiendo terapia biológica de la Provincia de Osorno.
Pacientes y Métodos	Descripción prospectiva de 11 pacientes, asma severa, terapia biológica iniciada junio 2022, Hospital Base San José de Osorno. Características demográficas, comorbilidades, evolución de síntomas, estudios complementarios y cuestionarios calidad de vida (CCD).
Resultados	10 pacientes masculinos 9, 8, 13, 9, 10, 16, 8, 10, 6 años y 1 femenina 9 años. Cuatro reciben Mepolizumab, 5 Dupilumab y 2 Omalizumab: 1° paciente Mepolizumab 40 mg SC mensual 36 dosis; 2°, Omalizumab 200 mg SC bimensual 57 dosis; 3°, Dupilumab 100 mg SC Mensual 7 dosis, luego 300 mg SC bimensual 42 dosis; 4°, Mepolizumab 40 mg 2, 60 mg 5, Dupilumab 200 mg bimensual 19, 300 mg 9 dosis; 5°, Dupilumab 300 mg SC mensual 5 y bimensual 24 dosis; 6° Mepolizumab 40 mg SC mensual 15 dosis; 7° Dupilumab 300 mg SC bimensual 30 dosis; 8° Mepolizumab 100 mg SC mensual 9, luego Dupilumab 300 mg bimensual 10 dosis; 9° Omalizumab 300 mg mensual 4 dosis; 10° Mepolizumab 100 mg mensual 4 dosis, 11° Mepolizumab 40 mg 3 dosis. Se descarta asma secundaria: TAC pulmonar, broncoscopia, test del sudor y estudio inmunológico normales; 8 espirometrías normales, todos sensibilización aeroalergenos (+), IgE total alta; 7 eosinofilia >150 y 4 FENO >20 ppb. Aplicación CCD inicio: SGRQ, ACT, PAQLQ y PACQLQ alterados en todos a pesar de terapia maxima, motiva uso de terapia biológica. Luego sucesivas dosis, mejoría CCD en todos. En 3 necesario cambio biológico, buena respuesta posterior. En 3° normalización FENO inicial. El 1° SCIT tras 16 dosis de Mepolizumab con muy buena respuesta. Tras el inicio de la terapia biológica, ninguno ha requerido hospitalizaciones. No reporte efectos adversos.

Conclusiones	Se demuestra mejoría en CCD y actividad del asma en todos los pacientes, además de mejoría de inflamación tipo Th2. Estos fármacos presentan un muy buen perfil de seguridad. Exacerbaciones virales con impactos clínicos leves.

Angioedema: hereditario y adquirido

Título: Desafíos Diagnósticos Y Terapéuticos En Angioedema Hereditario Con C1-Inh Normal: Reporte De Caso Con Mutación De La Mioferlina

Autores: Francisca Riffo Sepúlveda (1), Lourdes González Rivera (1), Masumi Grau Tanabe (2)

Correo: francisca.riffo@ug.uchile.cl

Instituciones: (1): Escuela de Postgrado, especialidad de Inmunología Clínica y Alergología, Universidad de Chile, Santiago, Chile. (2): Unidad de Reumatología e Inmunología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile

E-poster 19

Introducción

El angioedema (AE) es una inflamación localizada, intermitente y autolimitada del tejido subcutáneo o submucoso, que puede afectar múltiples localizaciones. Su causa inmediata es el aumento de la permeabilidad endotelial. El angioedema hereditario (AEH) es reconocido desde hace más de un siglo, sin embargo, la presentación con niveles normales de inhibidor de C1 (AEH-nC1INH) fue descrita recién en el año 2000. Desde entonces, se han identificado subtipos con variantes genéticas específicas en genes como FXII, ANGPT1, PLG, KNG1, MYOF, entre otros. Se han reportado tres casos en el mundo de una madre y sus dos hijas en Italia con mutación en el gen de la mioferlina (MYOF), lo que refuerza una posible implicancia patogénica.

Presentación del caso

Mujer chilena de 26 años, sin antecedentes familiares conocidos, con historia de episodios recurrentes de AE en labios, mejillas, párpados, brazos, manos y lengua, de 24-48 horas de duración, sin urticaria ni compromiso laríngeo. Los episodios se asocian a dolor abdominal tipo cólico y cefalea, también recurrentes. Se realizaron resonancias magnéticas de cerebro, abdomen y pelvis sin hallazgos patológicos, y estudios de laboratorio incluyendo perfil autoinmune, tiroideo, infeccioso, triptasa basal y dosificación del inhibidor C1 (cuantitativo y funcional), todos normales. Frente a la refractariedad clínica, se probaron distintos tratamientos: antihistamínicos H1 de segunda generación en doble dosis, antileucotrienos, bloqueadores H2, omalizumab, ácido tranexámico e icatibant, sin respuesta satisfactoria. Finalmente, un estudio genético reveló una variante heterocigota de significado incierto en el gen MYOF, con herencia autosómica dominante. Actualmente la paciente se encuentra sin tratamiento y está pendiente la evaluación familiar.

Conclusiones

El diagnóstico de AEH-nC1INH requiere excluir otras causas de AE e idealmente identificar una mutación genética asociada. Esta entidad representa un desafío diagnóstico y terapéutico, con riesgo de morbilidad significativa. La disponibilidad de tratamiento incluso en casos presuntivos es fundamental. Dado que es una condición rara, la inclusión en registros nacionales e internacionales resulta clave para mejorar la caracterización clínica y optimizar el abordaje terapéutico.

Diagnóstico alergológico

Título: Más Allá De Las Pruebas Cutáneas: El Valor Diagnóstico De La Prueba De Provocación Con Medios De Contraste En Un Centro De Alergias

Autores: Camila Ramírez Silva, Camila Urra Aguilar, Carla Bastías Oñate, Daniela Cereceda Molina, María Antonieta Guzmán Meléndez, Valeria Palma Pino, Alicia Sciaraffia Rubio, Rocío Tordecilla Fernandez

Correo: camiers2@gmail.com

Instituciones: Hospital Clínico de la Universidad de Chile

E-poster 16

Introducción

Las reacciones de hipersensibilidad a medios de contraste (MC) pueden ser inmediatas (<1 hora) o no inmediatas (>1 hora). Los pacientes con antecedentes de reacciones presentan alto riesgo de recurrencia, por lo que el estudio alergológico, incluyendo pruebas cutáneas y de provocación, es fundamental. Las pruebas de provocación farmacológica realizadas en centros de alergia, utilizando un medio de contraste con prueba cutánea negativa, se han consolidado como una opción segura. El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad del estudio alergológico, y particularmente de la provocación, en pacientes con sospecha de hipersensibilidad a MC.

Materiales y Métodos

Estudio observacional retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas de pacientes con reacciones a MC, atendidos entre 2015 y 2025, registrando datos demográficos, clínicos y resultados de pruebas diagnósticas.

Resultados

Se analizaron 51 pacientes con reacciones a medios de contraste. Un 51.9% de los pacientes desconocía el MC involucrado. Se informaron reacciones en 9 casos con Visipaque, 9 con Optiray, 3 con Ultravist y 1 con Xenetix. Del total de reacciones, 22 se presentaron en menos de 1 hora, 14 en más de 1 hora y 15 pacientes no aportaron el dato del momento de inicio de la reacción. Respecto a la gravedad, 28 pacientes presentaron reacciones leves, 7 moderadas, 8 severas y en 8 casos no fue posible rescatar el antecedente. Del total, 9 tuvieron antecedentes de anafilaxia. A 49 de los 51 pacientes se les realizaron pruebas cutáneas (prick test e intradermorreacción de lectura inmediata). El prick test resultó positivo en un caso para Xenetix. En total, se documentaron 17 intradermorreacciones positivas: 7 para Visipaque, 4 para Optiray, 4 para Ultravist y 2 para Xenetix. Los pacientes con pruebas cutáneas positivas fueron provocados con un MC alternativo, mientras que aquellos con pruebas cutáneas negativas fueron provocados con el MC sospechoso de haber causado la reacción inicial. De los 36 pacientes provocados, ninguno tuvo reacción positiva y sólo 1 utilizó premedicación.

Conclusiones

La provocación resultó segura en pacientes con sospecha de reacción a MC, incluso en quienes presentaban antecedentes de anafilaxia. Su aplicación, tanto en pacientes con pruebas cutáneas positivas como negativas, permite evitar restricciones innecesarias y facilita la identificación inmediata de alternativas seguras.

Diagnóstico alergológico

Título: Expresión De CD69 En Linfocitos T Como Biomarcador Funcional En Reacciones De Hipersensibilidad Retardada A Fármacos: Evaluación Mediante Citometría De Flujo

Autores: Alicia Sciaraffia (1), Natalia Delgado (2), Pablo A. Palacios (3), Carla Bastías (1), Daniela Cereceda (1), Rocío Tordecilla (1), Valeria Palma (1), Leandro J. Carreño (3)

Correo: asciaraffia@hcuch.cl

Instituciones: (1): Hospital Clínico Universidad de Chile. (2): Hospital Gustavo Fricke. (3): Millennium Institute on Immunology and Immunotherapy, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

E-poster 23

Introducción

Las reacciones de hipersensibilidad retardada a fármacos (DDHR) constituyen un grupo relevante de reacciones adversas mediadas por linfocitos T (LT). Su manifestación clínica abarca desde exantemas hasta síndromes con compromiso sistémico. Constituyen un desafío diagnóstico dada la limitada disponibilidad de pruebas seguras, eficientes y replicables para identificar la droga causal, debiendo basarse en la historia clínica. En este contexto, la citometría de flujo ha emergido como herramienta segura y potencialmente útil, al evaluar la activación antigénica de LT mediante la expresión de marcadores de superficie específicos.

Materiales y Métodos

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar entre pacientes con diagnóstico de DDHR reciente. Se recopilaron datos clínicos y demográficos. Para la evaluación por citometría, se definieron las condiciones experimentales óptimas de estimulación e incubación. De una muestra de sangre periférica, se aislaron células mononucleares, que fueron cultivadas y estimuladas in vitro con los fármacos sospechosos y no relacionados. Se evaluó la expresión de CD25, CD69, CD134/OX40 y CD137 mediante citometría de flujo a las 24 y 48 horas post estimulación. Los resultados se compararon con controles y se calculó un índice de estimulación para cada marcador.

Resultados

13 pacientes, 69% mujeres, mediana de edad 42 años; diagnósticos: exantema maculopapular (4), DRESS/DIHS (4), AGEP (2), SJS/NET (1), SDRIFE (1); la mayoría tenía una sola droga sospechosa (máximo 4) y los fármacos implicados fueron antibióticos betalactámicos (6) y no betalactámicos (3), Lamotrigina (3), AINEs (3), Bupropión (2) y Esomeprazol (1). Solo el marcador CD69 mostró un incremento significativo de expresión post estimulación, tanto en LT CD4+ como CD8+, especialmente a las 48 horas. Los índices de estimulación fueron consistentemente mayores en pacientes respecto a controles. No se observó expresión diferencial en CD25 ni CD137, y fue variable con CD134.

Conclusiones

La citometría de flujo permite detectar activación específica de LT frente a fármacos sospechosos en casos de DDHR. De entre los analizados, la expresión del marcador CD69 se presenta como un potencial biomarcador para apoyar el diagnóstico etiológico en estos cuadros. Aunque los resultados son promisorios, se requiere extender el tamaño muestral para validar esta estrategia como herramienta rutinaria.

Enfermedades de Piel

Título: Prurito crónico sin causa en el adulto mayor: pensar en Pénfigoide Ampollar

Autores: Patricia Roessler Vergara (1), Diego Soto Jiusan (2), Lorena Jiusán Linzmayer (1)

Correo: patriciaroessler@gmail.com

Instituciones: (1): Clínica Alemana de Santiago. (2): Universidad de Chile

E-poster 6

Introducción

El pénfigo ampollar (PA) es una enfermedad autoinmune cutánea rara que afecta principalmente a adultos mayores. Se caracteriza por autoanticuerpos contra proteínas de la membrana basal, lo que provoca disrupción dermoepidérmica, formación de ampollas y presencia de eosinófilos. La enfermedad comienza con una fase preampollar que incluye prurito intenso, lesiones urticariformes y dermatitis, la cual puede durar semanas a meses antes de la aparición de ampollas. En el 80% de los casos hay eosinofilia en sangre y entre el 60–70% presenta niveles elevados de IgE total, lo que sugiere una firma inmunológica T2. Algunos medicamentos se han asociado a la aparición de PA, como furosemida, espironolactona, AINEs, amoxicilina y gliptinas.

Presentación del caso

Paciente masculino de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y dislipidemia, en tratamiento con Trayenta Duo® (linagliptina/metformina), estatinas, olmesartán, aspirina, omeprazol y alopurinol. Consultó por prurito cutáneo intenso en espalda, de un mes de evolución. El examen físico mostró lesiones papulares y escoriadas en tronco y extremidades, además de dos ampollas de 1 mm en el cuero cabelludo. Los exámenes revelaron hemograma normal, IgE total elevada (447 UI/ml) y un test de parche positivo débil a fragancias y bálsamo del Perú. Dermatología realizó biopsia cutánea, que confirmó el diagnóstico de penfigoide ampollar. El tratamiento con micofenolato 1 g/día fue efectivo, con excelente respuesta.

Conclusiones

El penfigoide ampollar especialmente en su fase pre-ampollar, debe incluirse en los diagnósticos diferenciales de adultos mayores con prurito cutáneo crónico. En esta fase, la falta de ampollas y la presencia de lesiones cutáneas inespecíficas, como dermatitis atópica o urticaria, pueden llevar a confusión, ya que también presentan biomarcadores T2. Este paciente estaba recibiendo linagliptina, uno de los fármacos potencialmente asociados al PA. Sin embargo, a pesar de mantenerlo durante el tratamiento y después de la resolución de los síntomas, no hubo recurrencias, lo que sugiere que su rol en este caso fue poco relevante. Para llegar a un diagnóstico en pacientes con prurito cutáneo, se requiere un alto índice de sospecha y un examen físico meticuloso que permita detectar lesiones ampollares asintomáticas, como en este caso.

Inmunodeficiencias primarias

Título: IPEX Reporte de caso y revisión de bibliografía

Autores: María Teresa Tagle C, Lorena Jiusán L, Margarita Fierro C.

Correo: mtaglec@alemana.cl

Instituciones: Clínica Alemana

E-poster 1

Introducción

El síndrome IPEX (Inmunodysregulation, Polyendocrinopathy, Enteropathy, X-linked) es una enfermedad monogénica rara, causada por mutaciones en el gen FOXP3, esencial para la función de los linfocitos T reguladoras. Se manifiesta típicamente en varones durante la infancia con una tríada clínica de enteropatía autoinmune, endocrinopatías y dermatitis atópica. Sin tratamiento, el pronóstico es desfavorable, siendo el trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) la única opción curativa.

Materiales y Métodos

Reporte de caso de sexo masculino, 18 años, RNT, AEG, hijo de padres no consanguíneos. Sin antecedentes familiares de IDP. Hospitalizado a los 3 meses,
por cuadro de diarrea severo y deshidratación. Se diagnostica APLV. El 2019 hospitalizado por neumonía con TAC con masas necróticas LID y adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales. Estudio infeccioso, neoplásico e inmunitario normal. El 2023 ingresa por convulsión y hallazgos pulmonares compatibles con neumonía aspirativa postictal. Lesión cerebral sugestiva de proceso inflamatorio/infeccioso sin etiología definida. Recuentos de Igs (G,M,A) y subclases, normales. IgE total: 3937. Subpoblaciones linfocitarias: todas las subpoblaciones bajas, en contexto de corticoides dosis altas. Estallido respiratorio normal. ECA en rango. Estudio infeccioso amplio LCR y de biopsia lesión pulmonar: negativo. Serología enfermedad celiaca: (+). Endoscopía: duodenitis erosiva y gastritis crónica leve con moderada hiperplasia foveolar. Colonoscopía: colitis crónica con acentuada actividad inflamatoria erosiva, inespecífica. INVITAE: Mutación patogénica FOXP3 c.1222G>A (p.Val408Met). Biopsia cerebral: tejido cerebral con proliferación glial/microglial sin atipia. En el 2025, inició Rapamicina con niveles en rango al mes de uso “correcto” de 2 mg día (12.0). RNM control al mes: regresión parcial de las lesiones cerebrales.

Resultados

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico tardío de IPEX, con manifestaciones hipomórficas y atípicas (compromiso SNC), con adherencia a controles y tratamiento parcial.

Conclusiones

IPEX es una inmunodeficiencia grave que sin una inmunosupresión agresiva o trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT), existe alta mortalidad en primer o segundo año de vida debido a alteraciones metabólicas, malabsorción severa o sepsis.

Inmunodeficiencias primarias

Título: Enfrentamiento del paciente con deleción 22q11.2 y deficiencia de anticuerpos específicos refractario

Autores: Sebastián Sanhueza Viveros (1), Pamela Méndez Barría (2), Nicole Hunt Pavesi (3)

Correo: seblost1590@gmail.com

Instituciones: (1): Hospital Clínico Universidad de Chile, (2): Hospital San Juan de Dios,
(3): Hospital Dr. Exequiel González Cortés

E-poster 2

Introducción

Los errores innatos de la inmunidad (inmunodeficiencias primarias) son trastornos genéticos que afectan la inmunidad innata y/o adaptativa. La deleción 22q11.2, conocida como síndrome de DiGeorge (SDG), es una condición multiorgánica de presentación clínica variable. Si bien su compromiso inmunológico se ha asociado principalmente a defectos de la inmunidad celular, también pueden presentarse deficiencias humorales, como una respuesta deficiente a vacunas polisacáridas pese a niveles normales de inmunoglobulinas. La deficiencia de anticuerpos específicos (DAE) puede manifestarse como infecciones respiratorias recurrentes, incluso en pacientes con parámetros inmunológicos aparentemente normales, lo que requiere una evaluación inmunológica exhaustiva.

Presentación del caso

Escolar masculino de 5 años con diagnóstico de SDG parcial y déficit de glicerol kinasa ligado al X, en seguimiento por infecciones sinopulmonares recurrentes y otitis media aguda desde el período neonatal. A la edad de 4 años, pese a tener subpoblaciones linfocitarias, inmunoglobulinas y títulos protectores de anticuerpos posvacunales inicialmente normales, persistió con infecciones respiratorias. Se indicó profilaxis antibiótica con sulfametoxazol-trimetoprim por un tiempo prolongado sin mejoría sostenida. Al reevaluar los títulos de anticuerpos anti neumocócicos, presentó <50% de los serotipos con niveles protectores (≥1,3 µg/ml), bajo el umbral esperado para su edad (≥50%), lo que sugiere un DAE con fenotipo de memoria. Se realizó una tomografía computada de tórax de alta resolución para evaluar secuelas, no presentó bronquiectasias en el estudio y se inició Inmunoglobulina intravenosa (IGIV) 400 mg/kg cada 4 semanas, actualmente paciente sin intercurrencias infecciosas.

Conclusiones

En pacientes con SDG, la inmunodeficiencia humoral puede pasar desapercibida si se evalúa únicamente con parámetros basales. Una respuesta inicial adecuada a la vacunación no excluye un DAE, por lo que se debe considerar la reevaluación de los títulos de anticuerpos anti neumocócicos especialmente ante infecciones recurrentes. El fenotipo de memoria, como el observado, justifica el uso de IGIV. La participación temprana de inmunólogos es clave para guiar el estudio y tratamiento oportuno, evitando complicaciones a largo plazo como bronquiectasias.

Inmunodeficiencias primarias

Título: Síndrome de hiper-IgE asociado a variante monoalélica no reportada en IL6ST: reporte de caso.

Autores: Belen Esperanza Ramos Gonzalez (1), Allisson Müller (1), José Villegas Hernández (2)

Correo: beleenramoos@gmail.com

Instituciones: (1): Pontificia Universidad Católica de Chile, (2): Escuela de medicina. Universidad Autónoma de Chile

E-poster 5

Introducción

El síndrome de hiper IgE (HIES) comprende un grupo de errores innatos de la inmunidad, que se asocian a infecciones pulmonares recurrentes, eczema y abscesos cutáneos. El síndrome de hiper-IgE autosómico dominante, generalmente está causado por mutaciones dominantes negativas del gen STAT3. El gen IL6ST codifica para GP130, una subunidad del receptor de señalización de la familia de las citoquinas IL-6. Variantes en el gen IL6ST, pueden presentar el fenotipo tanto en forma autosómica dominante (AD) como recesiva (AR), mediante mecanismos distintos. La mayoría de las personas afectadas sobreviven hasta la edad adulta, pero la esperanza de vida puede verse acortada debido a complicaciones de infecciones graves. La gravedad de los síntomas y la edad de aparición son variables.

Presentación del caso

Masculino de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, bloqueo completo de rama izquierda, rinosinusitis crónica e historia de múltiples infecciones recurrentes desde la infancia; estomatitis herpética, fístula anal, cataratas prematuras, infecciones cutáneas y sinopulmonares. Última hospitalización en abril 2025 por neumonía donde se aislan Streptococcus Pneumoniae y Pseudomonas aeruginosa. Es evaluado por distintas especialidades, descartando causas de inmunodeficiencias secundaria, dentro del estudio inmunológico se encuentran recuentos de inmunoglobulinas normales, incluyendo IgE total, subpoblaciones linfocitarias, estallido, actividad lítica del complemento y anticuerpos específicos anti neumococo dentro del rango normal; sin embargo se identificó una variante patogénica en heterocigosis IL6ST:c.658+1G>A.

Conclusiones

Las variantes monoalélicas en el gen IL6ST, pueden provocar HIES mediante efecto dominante negativo, acumulando la proteína trunca en la membrana, lo que interfiere con la señalización normal. Esta variante aún no se ha informado en bases de datos públicas en individuos afectados con enfermedades relacionadas con IL6ST ni cuenta con estudios funcionales que respalden su patogenicidad, lo que subraya la necesidad de nuevas investigaciones. Este caso ilustra la importancia de la integración del estudio genético-molecular incluso en pacientes adultos con inmunodeficiencia de curso crónico, permitiendo una aproximación diagnóstica precisa y eventual orientación familiar.

Inmunodeficiencias primarias

Título: Inmunodeficiencia Común Variable con mutación en CTLA4: desafío diagnóstico en paciente con compromiso multiorgánico.

Autores: Francisca Riffo Sepúlveda (1), María Pía Zañartu Correa (2), Masumi Grau Tanabe (2).

Correo: francisca.riffo@ug.uchile.cl

Instituciones: (1): Universidad de Chile, (2): Unidad de Reumatología e Inmunología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

E-poster 8

Introducción

Los Errores Innatos de la Inmunidad (EII) con presentación en la edad adulta constituyen un reto diagnóstico, especialmente cuando se manifiestan con síntomas autoinmunes, infecciosos y linfoproliferativos. La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es uno de los más frecuentes, caracterizada por hipogammaglobulinemia, infecciones recurrentes y disfunción inmune. Dentro de sus causas monogénicas, la haploinsuficiencia de CTLA4 ha emergido como una entidad reconocida, con expresión clínica heterogénea.

Presentación del caso

Mujer chilena de 33 años con antecedentes de epilepsia secundaria a infección micótica cerebral operada a los 10 años, infecciones respiratorias recurrentes (2 neumonías/año) y diarreas intermitentes desde la infancia. Ha cursado con múltiples hospitalizaciones por cuadros respiratorios destacando una a las 8 semanas de embarazo por neumonía por rinovirus donde se pesquisa IgA e IgG bajas y otra a las 36 semanas de embarazo por neumonía por parainfluenza debiendo interrumpir el embarazo y recibir inmunoglobulina endovenosa. Ingresa a controles con Inmunología donde se documenta disminución de linfocitos CD19, estudio autoinmune negativo y TC de tórax con bronquiectasias, diagnosticandose IDCV e indicando inmunoglobulina subcutánea (IGSC) semanal. Años después, presenta cuadro de diarrea de 9 meses y baja de peso de 15 kg, con estudios negativos para causas infecciosas y autoinmunes, sospechando colitis inflamatoria asociada a inmunodeficiencia. Evoluciona con deterioro respiratorio e hipertensión pulmonar severa, requiriendo oxígeno domiciliario permanente. Evaluada por Broncopulmonar y Radiología quienes definen el diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial linfocítica granulomatosa (GLILD), motivo por el cual se realiza estudio genético con panel Invitae de EII que evidencia una mutación patogénica autosómica dominante en el gen CTLA4. Desde entonces recibe tratamiento dirigido con abatacept, IGSC, micofenolato y prednisona en dosis bajas, logrando estabilización clínica de su enfermedad.

Conclusiones

Este caso destaca la evolución progresiva y multisistémica de un EII no diagnosticado en forma oportuna. La identificación de una mutación en CTLA4 permitió explicar el amplio espectro clínico y orientar el tratamiento dirigido. El uso de paneles genéticos en pacientes con inmunodeficiencia común variable con síntomas atípicos o refractarios puede ser clave para un diagnóstico preciso y manejo adecuado.

Inmunodeficiencias primarias

Título: Serie chilena de Síndrome de Good: caracterización clínica e inmunológica

Autores: Loreto Parra Atala, Paula Bustos, Loreto Burnier, Teresa Peralta

Correo: lparrat@uc.cl

Instituciones: Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

E-poster 10

Introducción

El síndrome de Good (SG) combina timoma con hipogammaglobulinemia. Aunque infrecuente, genera una alta morbimortalidad con un pronóstico que depende de la detección precoz y la sustitución con inmunoglobulina (IGIV). En Latinoamérica no existen series publicadas. Nuestro objetivo fue describir la evolución clínica e inmunológica de cuatro pacientes chilenos con el fin iniciar un seguimiento futuro y poder caracterizar la historia natural del SG en una cohorte chilena.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo de cuatro adultos atendidos en dos hospitales terciarios de Chile (2020-2025) con SG confirmado. Se consignaron: edad, sexo, intervalo timoma-diagnóstico, hospitalizaciones infecciosas, comorbilidad autoinmune, inmunoglobulinas séricas, subpoblaciones linfocitarias, terapias (timectomía, IGIV, profilaxis) y estado vital.

Resultados

Cuatro pacientes (2 hombres y 2 mujeres) fueron incluidos en este estudio. El promedio de edad al diagnóstico de SG fue de 60 años (rango: 51-66). Los cuatro fueron sometidos a timectomía luego de un diagnóstico incidental de timoma. Entre la timectomía y el diagnóstico de SG, pasaron en promedio 4 años (rango: <1 - 8). Todos tuvieron por lo menos 1 hospitalización por infecciones sinopulmonares entre la timectomía y el inicio de la IGIV. El paciente con más retraso en el inicio de IGIV tuvo 1 hospitalización al año durante 8 años debido a infecciones pulmonares. Todos desarrollaron infecciones oportunistas (P. jirovecii y/o CMV). Al diagnóstico del SG la hipogammaglobulinemia se pesquisó en los siguientes rangos: IgG 302-607 mg/dL, IgA 11-165 mg/dL, IgM 9-37 mg/dL. Además, los linfocitos B $CD19^+$ fueron indetectables en 3 de los 4 pacientes; y 3 de ellos presentaban CD4<200 cél/µL al diagnóstico.

Conclusiones

Esta primera serie chilena confirma que el SG cursa con inmunodeficiencia combinada progresiva y alta carga infecciosa. El screening de Ig séricas y subpoblaciones linfocitarias en todo paciente con timoma permitiría hacer un diagnóstico precoz del SG, iniciar IGIV tempranamente junto a otras profilaxis antimicrobianas en caso de ser necesarias y reducir las infecciones y la morbimortalidad de estos pacientes.. El acceso a la IGIV continúa siendo la principal barrera terapéutica. Se requieren registros multicéntricos latinoamericanos para optimizar diagnóstico y tratamiento.

Inmunodeficiencias primarias

Título: Penfigoide Ampollar Inducido Por Sirolimus En Un Paciente Pediátrico Con Síndrome Linfoproliferativo Autoinmune (ALPS): Reporte De Caso

Autores: Sebastián Sanhueza Viveros (1), Francisca Riffo Sepúlveda (1), Alejandra King Domínguez (2)

Correo: seblost1590@gmail.com

Instituciones: (1): Escuela de Postgrado, especialidad de Inmunología Clínica y Alergología, Universidad de Chile, Santiago, Chile. (2): Unidad de Inmunología Pediátrica, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

E-poster 18

Introducción

El síndrome linfoproliferativo autoinmune (ALPS) presenta apoptosis Fas-deficiente, linfoproliferación crónica y citopenias autoinmunes. Sirolimus, inhibidor de mTOR, controla eficazmente la hematología refractaria, con respuestas >80%. No obstante, los rapalogs pueden desregular la tolerancia cutánea inmune; menos de diez casos adultos relacionan sirolimus con penfigoide ampolloso, subrayando un riesgo dermatológico infravalorado y potencialmente grave que exige vigilancia.

Caso clínico

Varón de 3 años con ALPS confirmado (linfocitos T αβ $CD4^-CD8^-$ 15 %, esplenomegalia, citopenias). Con sirolimus 0,4 mg c/12 h desde junio-2023 con niveles terapéuticos. En abril-2024, por recaída trombocitopénica, se aumentó a 0,6 mg c/12 h; adecuado nivel. A las tres semanas aparecieron ampollas tensas pruriginosas en palmas, plantas y mucosa oral, con sobreinfección por Staphylococcus aureus. Parcialmente controladas con antibiótico tópico, recidivaron en agosto tras nueva titulación a 0,7 mg c/12 h, extendiéndose a cara y tronco. Se realiza estudio infeccioso serológico y de ampollas negativo. La biopsia cutánea evidencia dermatitis espongiótica con vesícula paucicelular e inmunofluorescencia lineal IgG/C3 en zona de unión compatible con PA. Se interpretó farmacodermia; el 26-08-2024 se suspendió sirolimus e inició prednisona 1 mg/kg/día. Las lesiones involucionaron >90 % al séptimo día y desaparecieron en la tercera semana. Con actividad TPMT intermedia, se comenzó azatioprina 0,5 mg/kg c/12 h (11-09-2024), aumentando a 1 mg/kg según tolerancia. Durante 15 meses de seguimiento permaneció libre de ampollas, con plaquetas > 100×10^9/L y linfocitos DNT estables; no presentó infecciones graves ni toxicidad hematológica

Conclusiones

Las toxicodermias ampollares ligadas a sirolimus son excepcionales y hasta ahora no se habían documentado en población pediátrica ni en pacientes con síndrome linfoproliferativo autoinmune (ALPS). En este caso, las lesiones aparecieron tras iniciar el fármaco y se exacerbaron luego de un aumento de dosis, con remisión completa al retirarlo, lo que respalda una relación causal dosis-dependiente. La sustitución por azatioprina mantuvo el control hematológico sin recidiva cutánea, perfilándola como alternativa útil cuando los rapalogs desencadenan farmacodermias. El hallazgo subraya la necesidad de vigilancia dermatológica y de ajustes o cambios tempranos ante lesiones ampollares en niños tratados con inhibidores de mTOR.

Inmunodeficiencias primarias

Título: Susceptibilidad Mendeliana A Enfermedades Micobacterianas: Salmonelosis Sistémica Recidivante. Reporte De Un Caso

Autores: Alejandra Urrutia (1), Francisco Sosa (2), Loreto Rojas (3).

Correo: aurrutiam1@gmail.com

Instituciones: (1): Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, sede Patagonia, Chile. (2): Médico Inmunólogo, Universidad de Chile, Chile. (3): Médico Infectólogo, Universidad de Santiago de Chile, Chile.

E-poster 24

Introducción

Los errores innatos de inmunidad (IEI), abarcan sobre 485 defectos genéticos, la mayoría hereditarios. Entre estos, la susceptibilidad mendeliana a enfermedades micobacterianas (MSMD) es un síndrome poco frecuente, descrito por primera vez en 1964 en familias con casos de micobacteriosis atípica diseminada. La MSMD más común es la deficiencia autosómica recesiva de la subunidad β1 del receptor de interleuquina 12 (IL12Rβ1), causada por mutaciones en el gen que codifica para el receptor. Esta alteración impide la correcta señalización del eje IL-12/IFN-γ, fundamental en la respuesta inmunitaria frente a microorganismos intracelulares, como micobacterias y salmonella. La mutación de IL12Rβ1 presenta penetrancia y expresividad variable, desde casos asintomáticos hasta diseminación bacteriana grave. Se presenta un caso diagnosticado a partir de una salmonelosis diseminada.

Presentación del caso

Masculino de veinte años, con antecedentes de linfadenectomía axilar secundaria a BCG a los dos años de edad, varicela y parotiditis no complicadas. Sin historial de infecciones respiratorias relevantes. En octubre de 2022 fue hospitalizado por cuadro de tres meses de evolución, caracterizado por aumento de volumen cervical, sensación febril, baja de peso y sudoración. Se diagnosticó bacteriemia por salmonella, con dos hemocultivos positivos para Salmonella enterica spp. y se descartó infección por micobacteria. Dado de alta con profilaxis con cotrimoxazol. Se solicitó estudio vía panel genético para IEI, con resultado de dos variantes patogénicas en el gen de IL12Rβ1. Posteriormente, el paciente presentó cuatro episodios de adenopatías cervicales más sensación febril, de menor intensidad, tratados precozmente como recidivas de salmonelosis, sin confirmación microbiológica. El último en abril de 2024. No ha presentado nuevas infecciones por micobacterias. Recientemente, se realizó colecistectomía preventiva para erradicación de posible reservorio de Salmonella spp.

Conclusiones

El caso ilustra una MSMD por mutación en IL12Rβ1, con salmonelosis recurrente y ausencia de infección activa por micobacterias. Resalta la importancia de considerar precozmente los IEI ante infecciones inusuales, como complicaciones graves por vacuna BCG o infecciones sistémicas recurrentes. La sospecha clínica permitió un estudio adecuado, junto con medidas preventivas y terapéuticas, anticipando posibles complicaciones.

Inmunodeficiencias primarias

Título: Diagnóstico Diferencial del Asma Severa: Cuando se conjugan Alteraciones Anatómicas e Inmunodeficiencias

Autores: Natalia Rivera Knight 1, Barbara Cid Troncoso 1, Daniela Gamboa Aliaga 2

Correo: natyrivera@gmail.com

Instituciones: (1): Hospital Base San José de Osorno, (2): Universidad Austral de Chile.

E-poster 29

Introducción	El diagnóstico de asma severa supone exclusión de otros, que tienen presentación similar. La fístula traqueoesofágica es una malformación infrecuente esofágica, se manifiesta con tos, alteraciones deglución, cianosis y/o neumonías recurrentes. La deficiencia selectiva de anticuerpos se caracteriza por una respuesta deficiente humoral a antígenos polisacáridos. Se manifiesta con infecciones recurrentes y tiene distintos fenotipos (leve, moderado, severo y memoria).
Objetivos	Presentar paciente infecciones respiratorias recurrentes, enfrentado inicialmente como asma severa.
Material y Métodos	Femenina, 4 años, asma severa mal controlada, se realiza estudio ampliado.
Resultados	RNPT 36 sem, Gemelar 1, PN 2300. Desde los 18 meses cuadros respiratorios, 6 hospitalizaciones; 2 en menos de 6 meses: influenza y rinovirus (+), ambas requiriendo VMI. Inicia tratamiento a los 2 años: corticoide inhalado, montelukast, antialérgico, escalando a LABA y Tiotropio. Estudio ampliado: test sudor negativo; TAC pulmonar, inmunoglobulinas, subpoblaciones linfocitarias normales; RAE 700, IgE Total 144, IgE específicas negativas. Toxoide antitetanico 1,92 (normal). Ac antineumococo todos <1,3, administración Vacuna Antineumocócica 23-valente y niveles post-vaccinales normales. En broncoscopia: fístula traqueal tercio medio-inferior, operándose en centro de referencia. Posteriormente mantiene bronquitis a repetición, agregando azitromicina trisemanal. Tras 18 meses de cirugía y 24 de normalización niveles post-vaccinales, presenta hospitalización por Neumonía RNV(+) requiriendo CNAF. Re-medición anticuerpos neumococo nuevamente bajos, toxoide antitetánico 0,65 (normal), diagnosticándose deficiencia anticuerpos específicos fenotipo memoria. Actualmente estable, en tratamiento con azitromicina trisemanal dado inmunodeficiencia humoral.

Conclusiones	Importancia estudio pacientes con evolución no habitual e infecciones respiratorias recurrentes. Requiere alta sospecha de alteraciones anatómicas, pero también inmunodeficiencias. Cuando el paciente no evoluciona bien, considerar ambas entidades.

Inmunodeficiencias primarias

Título: Aplicación De Modelos De Aprendizaje Automático Para La Estimación Del Requerimiento De Trasplante De Precursores Hematopoyéticos En Pacientes Con Errores Innatos De La Inmunidad

Autores: Nicolás Faúndes-Gandolfo (1), Alejandra King Dominguez (2), Rodrigo Salas (3).

Correo: nicolas.faundes@uv.cl

Instituciones: (1:) Hospital Dr. Gustavo Fricke. (2): Hospital Luis Calvo Mackenna. (3): Universidad de Valparaíso

E-poster 30

Introducción

Los errores innatos de la inmunidad (EII), también conocidos como inmunodeficiencias primarias (IDP), constituyen un grupo heterogéneo de trastornos genéticos que afectan el funcionamiento del sistema inmune. Algunos pacientes requieren trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH) como tratamiento curativo, pero la indicación adecuada representa un desafío clínico, dada la alta variabilidad fenotípica y los riesgos asociados al procedimiento. Las herramientas basadas en inteligencia artificial (IA) ofrecen una oportunidad para integrar múltiples variables y apoyar la toma de decisiones en contextos clínicos complejos.

Materiales y Métodos

Se analizaron retrospectivamente los datos clínicos y de laboratorio de 138 pacientes menores de 18 años con diagnóstico confirmado de EII entre 2001 y 2022, en un hospital pediátrico público de Chile. Se recopilaron 83 variables relacionadas con manifestaciones clínicas, exámenes de laboratorio y microorganismos aislados. Se utilizó el algoritmo XGBoost para clasificar pacientes según la necesidad de TPH, evaluando su desempeño mediante validación cruzada estratificada (5 pliegues). Se aplicaron valores SHAP para interpretar la importancia de las variables y t-SNE para explorar la estructura subyacente de los datos.

Resultados

Del total de pacientes, 24 (17.4%) recibieron TPH. El modelo alcanzó una precisión promedio del 82.67%, con un máximo de 92.59% en el mejor pliegue. El F1-score promedio fue 92%, aunque el recall para la clase TPH fue de 57%, evidenciando sensibilidad moderada frente a esta clase minoritaria. El análisis SHAP identificó a CD19, CD3, CD8, anemia e infección por VEB como variables con mayor impacto predictivo. El análisis t-SNE mostró una superposición entre grupos, reflejando la complejidad fenotípica de las EII.

Conclusiones

El modelo basado en aprendizaje automático demostró un buen desempeño global, destacando el valor de variables inmunológicas en la predicción del requerimiento de TPH. La integración de herramientas explicativas como SHAP permite interpretar patrones complejos y mejorar la comprensión clínica. Estos hallazgos refuerzan el potencial del uso de IA para apoyar decisiones terapéuticas personalizadas en pacientes con EII, aunque se requieren estudios prospectivos y validaciones externas para confirmar su aplicabilidad clínica.

Inmunología básica

Título: Eosinofilia: Un Desafío Diagnóstico

Autores: Soledad Pérez Saldías

Correo: sperezsaldias@gmail.com

Instituciones: Hospital Villarrica

E-poster 26

Introducción

La eosinofilia se define como un recuento de eosinófilos sanguíneos sobre 500 cél/ml. Causas primarias pueden ser trastornos hematológicos, y secundarias, alérgicas, parasitarias, tumorales, reumatológicas o farmacológicas. Según severidad se clasifica en: leve (500-1500/ml) moderada (1500-5000/ml) y severa (>5000/ml). La Strongyloidiasis es una infección parasitaria humana causada por el nemátodo Strongyloides stercolaris. La principal vía de adquisición es la exposición a ambientes contaminados por heces y el ciclo de vida autoinfectivo puede generar infecciones crónicas. La vía de infección es la penetración del gusano a través de la piel, usualmente es asintomática pero en un 50% origina síntomas (urticaria, tos, dolor abdominal y diarrea). La infección diseminada y el síndrome de hiperinfección es la complicación más seria y ocurre en pacientes inmunosuprimidos. Es endémica en climas tropicales y subtropicales, pero puede encontrarse en países con pobres condiciones sanitarias, teniendo una prevalencia global mundial de 300 a 600 millones de personas infectadas. El diagnóstico se realiza por test serológicos, los exámenes en deposiciones tienen baja sensibilidad debido a la baja carga parasitaria y excreción intermitente. La eosinofilia puede ser una pista en el diagnóstico. El tratamiento de elección es la Ivermectina en una dosis.

Presentación del caso

Niña de 4 años derivada por policonsultar hace 1 año por urticaria recurrente, dolor abdominal y deposiciones disgregadas. En los exámenes destaca eosinofilia 34% (4505). Dentro de la anamnesis, madre refiere viaje a Isla de Pascua meses previos. Se solicitó estudio de parásitos a ISP siendo positiva la serología para Strongyloides stercolaris. Se solicita hemograma al grupo familiar, resultando hermana con eosinofilia 24% (2630) asintomática, con serología positiva. Se les trató con Ivermectina con excelente respuesta clínica y descenso de eosinofilia.

Conclusiones

El hallazgo de eosinofilia es un desafío diagnóstico. Es importante realizar una anamnesis detallada que incluya antecedentes epidemiológicos ya que las enfermedades parasitarias son una causa frecuente. Dada la alta incidencia de viajes turísticos a zonas tropicales, la inmigración, la identificación de este parásito y otros no endémicos está aumentando, por lo que en caso de encontrar pacientes con eosinofilias inexplicadas, se debe tener presente e incluirlo en la búsqueda de etiologías.

Inmunoterapia alérgeno-específica

Título: Primer Paciente Pediátrico En Chile, En Recibir Mepolizumab Para El Asma Severa: Evolución Y Coadministración De Inmunoterapia

Autores: Natalia Rivera Knight, Barbara Cid Troncoso

Correo: natyrivera@gmail.com

Instituciones: Hospital Base San José de Osorno

E-poster 28

Introducción

El asma severa es menos del 5% del asma pediátrico. ATS/ERS y GINA la definen como la que requiere altas dosis de corticoides inhalados asociado a otro controlador para mantenerse estable o persiste mal controlada. Aquí se considera uso de terapia biológica. Mepolizumab, anticuerpo monoclonal Anti-IL-5 disminuye cascada inflamatoria alérgica Th2 y mejora control del asma. No existe literatura de cómo desescalar en esta terapia una vez logrado el control. La inmunoterapia subcutánea alergeno específica (SCIT) cambia la historia natural del asma. Poca literatura de uso de IT en asma severa con biológicos.

Objetivos

Presentar primer paciente pediátrico en Chile que utiliza Mepolizumab para el asma severa, quien luego de controlar su asma, inicia co-administración de inmunoterapia subcutánea a ácaros y gramíneas.

Caso clínico

Escolar masculino 9 años asma severa, proveniente sector rural, historia de múltiples crisis asmáticas en infancia temprana y síntomas inter críticos permanentes. Estudio ampliado descarta otros diagnósticos: Espirometría normal sin cambios post broncodilatador, TAC pulmonar, broncoscopia, niveles de inmunoglobulinas, subpoblaciones linfocitarias anticuerpos antineumococo normales y test del sudor negativo. IgE específicas con sensibilización >100 kU/l a ácaros, 73,5 kU/l a pastos (VN <0.35kU/l), IgE total 5600, eosinofilia 900, FENO 5 ppb. Cuestionarios calidad de vida: SGRQ 69%, ACT 15, PAQLQ 3,3 y PACQLQ 1,5. Dado mal control a pesar de tratamiento bien llevado, IgE elevada por sobre niveles recomendados para Omalizumab y ruralidad, se inicia terapia con Mepolizumab 40 mg SC mensual. Tras 4 dosis, se observa mejoría clínica y calidad de vida, y 6ta se logra disminuir terapia inhalada. Tras 3 años seguimiento, mantiene mejoría en calidad de vida: SGRQ 0%, PAQLQ 7, PACQLQ 7 y ACT 27. Desde dosis 16 Mepolizumab, inicia coadministración SCIT ácaros y gramíneas, la cual ha recibido 19 dosis mensuales. Se mantiene sin alteraciones en calidad de vida: SGRQ 0%, PAQLQ 7, PACQLQ 7 y ACT 27, y espirometría normal durante la coadministración de SCIT.

Conclusiones

Se demuestra, tras 3 años de tratamiento, mejoría y mantención de buen control del asma y calidad de vida con Mepolizumab. Se inicia SCIT para lograr control definitivo y duradero de alergia respiratoria y así intentar el retiro del biológico. Buena tolerancia a la coadministración de ambos fármacos, sin recaídas en los síntomas de asma, ni calidad de vida.

Tratamiento de patología inmunológica

Título: Efectividad de la terapia biológica en el tratamiento de pacientes con enfermedad respiratoria exacerbada por Aspirina (EREA); experiencia en Hospital Barros Luco Trudeau.

Autores: Alex Luchsinger Schneeberger (1), Pablo Herrera Morgado(2), Felipe Valdés Abarca (2).

Correo: alexluchsinger@gmail.com

Instituciones: (1): Hospital Clínico Universidad de Chile. (2): Unidad de inmunología Hospital Barros Luco Trudeau

E-poster 11

Antecedentes	La terapia biológica ha emergido como una alternativa eficaz en el manejo de asma eosinofílica grave y rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN), especialmente en pacientes refractarios a corticosteroides. Los anticuerpos monoclonales como dupilumab y mepolizumab han sido aprobados para estas indicaciones, demostrando mejoras en la sintomatología y calidad de vida.
Objetivos	Evaluar la efectividad de los fármacos biológicos en pacientes chilenos con asma grave y RSCcPN, analizando su impacto en la sintomatología, exacerbaciones y calidad de vida.
Metodología	Se realizó un análisis retrospectivo de 9 pacientes con diagnóstico de EREA, tratados con terapia biológica (dupilumab y mepolizumab) entre agosto 2022 y enero 2025. Se evaluó grado de control del asma (ACT), reducción de pólipos y puntuaciones de calidad de vida (SNOT-22).
Resultados y Discusión	Los tratamientos con mepolizumab y dupilumab redujeron las exacerbaciones y mejoraron la función pulmonar. El puntaje SNOT-22 disminuyó significativamente en todos los pacientes, obteniéndose un puntaje promedio de 63,8 pretratamiento y de 29,6 posterior al uso de biológicos. En cuanto al test de control de asma (ACT), tres pacientes lograron control completo de la enfermedad, otros tres asma parcialmente controlada, y los tres últimos asma no controlada; cabe destacar que dos de estos pacientes presentaron recidiva de pólipos nasales. Estos hallazgos sugieren que la terapia biológica mejora significativamente la calidad de vida, aunque su efectividad varía según el paciente.
Conclusión	Los fármacos biológicos representan una alternativa eficaz para el manejo del asma grave y RSCcPN, reduciendo exacerbaciones y mejorando síntomas respiratorios. Se requieren estudios de mayor escala para evaluar su efectividad a largo plazo.

scai

Sociedad Chilena de Alergia e Inmunología

XXXI CONGRESO INTERNACIONAL SCAI 2025

SOCIEDAD CHILENA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA

LIBRO RESUMEN

PUERTO VARAS/ HOTEL ENJOY- 1 A 4 DE OCTUBRE

WWW.SCAI.CL