

Anafilaxia Post Parto por Lactancia Materna: Reporte de Caso

Postpartum Anaphylaxis due to Breastfeeding. Case Report

Luis Espin V.¹; Gabriela Espin R.²; Marcial Tigre-Guncay³; Julio Quispe-Alcocer⁴ & Richard Silva P.⁵

ESPIN, V. L.; ESPIN, R. G.; TIGRE-GUNCAY, M.; QUISPE-ALCOCER, J. & SILVA, P. R. Anafilaxia post parto por lactancia materna: Reporte de caso. *J. health med. sci.*, 4(2):77-79, 2018.

RESUMEN: Anafilaxia post parto relacionado con la lactancia materna en las poblaciones de Latinoamérica continúa siendo una entidad poco frecuente. La etiología más común es la disminución de progesterona y aumento de prolactina que desencadena la degranulación de mastocitos. En el post parto la caída de los niveles hormonales se cree que facilita una producción exagerada de histamina. El diagnóstico es más bien clínico, y se considera potencialmente mortal, por ello, el reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado por el personal médico es promordial.

PALABRAS CLAVE: anafilaxia, post parto, lactancia, anafilaxia en la lactancia.

INTRODUCCIÓN

La anafilaxia post parto por lactancia sigue siendo una ocurrencia rara, y la patogénesis sigue siendo poco clara (Durgakeri & Jones, 2015). Los informes de casos previos sugieren una relación con los cambios hormonales del final de la gestación e inicio de la lactancia (Shank *et al.*, 2009).

Varios autores sugieren que los síntomas podrían deberse a las acciones de la oxitocina y la hormona liberadora de corticotropina, facilitada por la ausencia del papel estabilizador de la progesterona, que resulta en la liberación de degranulación de histamina y otros mediadores de los mastocitos.

Existen pocos casos reportados a nivel mundial y el primer informe de un caso de anafilaxia post parto fue publicado en *Lancet* en 1991, en el cual se describió una mujer de 29 años con urticaria generalizada y angioedema de las vías respiratorias superiores coincidiendo con la lactancia durante tres días después del nacimiento de su primer hijo (Mullins *et al.*, 1991). Según Durgakeri & Jones hasta el año 2015 apenas se reportaron 5 casos.

La anafilaxia post parto es una condición seria y potencialmente mortal, donde el reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado son importantes, para así prevenir complicaciones, porque su cuadro clínico varía desde una erupción cutánea hasta el shock anafiláctico (McCall *et al.*, 2018).

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, finaliza segunda gestación por cesárea sin complicaciones y egreso del hospital asintomática y con prescripción de cefalexina, ibuprofeno y paracetamol por 5 días. Al sexto día acudió a facultativo por cuadro de mastitis y rash cutáneo por lo que prescribieron ampicilina. Sin embargo, el rash cutáneo incrementó paulatinamente y se exacerbó después de cada episodio de lactancia. Ingresó por emergencia presentando lesiones eritematosas pruriginosas redondeadas y diseminadas en tórax anterior, posterior, cuello, abdomen, región lumbar, miembros superiores e inferiores, que respetaba región fa-

¹Médico tratante, Hospital Baca Ortiz, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

²Médico, Postgradista Ortopedia y Traumatología, Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.

³Médico Residente de Emergencia Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

⁴Médico Postgradista de Neurocirugía, Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.

⁵Médico Postgradista de Ortopedia y Traumatología, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.



Fig. 1. A) Vista de abdomen, se observa lesiones eritematosas pruriginosas difusas. B) Manos, lesiones eritematosas. C) Región lumbar, lesiones eritematosas pruriginosas con características similares a las previas.

cial. (Fig. 1). Los exámenes del laboratorio clínico de ingreso reportaron PCR (proteína C reactiva): 13 mg/dl, prolactina: 107 ng/ml y eosinofilia: 8,1%.

La paciente fue hospitalizada y se indicó metilprednisolona, hidroxicina y ranitidina. Además, se suspendió la lactancia pues se evidenció que posterior a cada amamantamiento exacerbaba la erupción cutánea. Después de 72 horas, las lesiones dermatológicas cedieron y los eosinófilos descendieron a 5%, por lo que se decidió el alta con el mismo esquema terapéutico y restricción de antiinflamatorios no esteroideos.

Luego de 8 días, la paciente no presentó lesiones dermatológicas y los exámenes de laboratorio mostraron eosinófilos de 1,5 %, por lo que se indicó loratadina en caso de nueva erupción cutánea.

DISCUSIÓN

MacDonell & Ito (1998) describieron a una mujer de 30 años de edad con urticaria, edema de garganta y sibilancias después de la lactancia materna en el tercer día de post parto. Durante este periodo consumió ibuprofeno. Los autores sugirieron que la lactancia materna, junto al consumo de antiinflamatorios no esteroideos fue probablemente una combinación que desencadenó la reacción (Shank *et al.*). Aunque no existe una evidencia clara de que este fenómeno sea producido por el periodo de lactancia materna, se asemeja la presentación a la de nuestro paciente, sin embargo, los síntomas fueron más tardíos.

Otro estudio reportó una mujer de 31 años con una erupción generalizada, angioedema de las vías respiratorias, sibilancias, hipotensión y pérdida de conciencia 72 horas después del parto de su primer hijo. Estos síntomas ocurrieron de manera similar con su segundo hijo. Los episodios fueron temporalmente asociados con la lactancia materna, ya que disminuyeron cuando se suspendió el amamantamiento (Villalta & Martelli, 2007). La suspensión de la lactancia con bromocriptina es una opción disponible para su uso en casos graves (McKinney & Scranton, 2011). En nuestro reporte la paciente también presentó exacerbaciones posterior a cada amamantamiento y resolución del cuadro una vez suspendida la misma; lo que por prueba terapéutica nos inclina a nuestro diagnóstico.

La mayoría de los reportes coinciden en que la presentación ocurre dentro de los 2 a 3 días post parto, sin embargo, no existe evidencia que delimite el periodo en el que se puede presentar esta reacción. Considerando que la base de la anafilaxia post parto es de índole inmunológico, podría presentarse incluso tardíamente (Simons & Schatz, 2012). Por lo tanto, nuestra paciente no puede ser excluida de esta patología.

Para Deepak *et al.* (2012) el diagnóstico es clínico, por lo que la paciente debe mantenerse bajo estricta observación y seguimiento durante las 48 horas siguientes. En comparación con nuestro caso, la paciente se mantuvo hospitalizada por más de 48 horas.

Los niveles de triptasa sérica son útiles para confirmar la reacción anafiláctica, pero no es indica-

do como examen primordial y diagnóstico; ya que es más clínico. En nuestro caso no se realizó.

El uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroides también se cita como un factor contribuyente. Se sabe que estos agentes exacerban la urticaria y la anafilaxia sin que necesariamente sean usados durante el periodo de lactancia (Mullins *et al.*).

Estudios recientes han demostrado que durante el embarazo, un mayor número de mastocitos se encuentran en la glándula mamaria y el útero. También, se ha demostrado que la progesterona tiene un efecto estabilizador sobre la membrana de los mastocitos, mientras que el estrógeno aumenta la degranulación de los mismos y la liberación de la histamina. Así, la retirada abrupta de la progesterona después del parto puede facilitar la liberación de la histamina (Megg *et al.*, 1984; Khalid *et al.*, 2016).

En la anafilaxia post parto, existen mecanismos relacionados con la lactancia materna que no se han descubierto debido a la rareza de estos eventos. Tampoco existen evidencias científicas, a largo plazo, sobre lo que sucede con la interrupción de la lactancia; por tanto, no podemos afirmar si es adecuado su interrupción o no, ya que en ciertos casos, luego de recibir tratamiento, ceden completamente los síntomas en la paciente, sin embargo, en otros casos presentan síntomas como prurito (Kang *et al.*, 2011).

Para aquellas pacientes con antecedentes de anafilaxia durante la lactancia materna, un régimen profiláctico con corticoesteroides y antihistamínicos administrados inmediatamente después del parto y, evitar los medicamentos antiinflamatorios no esteroidales, podrían ofrecer mejor protección (Shank *et al.*).

CONCLUSIÓN

Una mayor conciencia y educación del personal médico sobre este fenómeno muy raro puede ayudar a manejar mejor a los pacientes con anafilaxia post lactancia. Estos pacientes deben evitar los medicamentos antiinflamatorios no esteroidales. Requerirán antihistamínicos a largo plazo para su manejo durante el período de lactancia.

ESPIN, V. L.; ESPIN, R. G.; TIGRE-GUNCAY, M.; QUISPE-ALCOCER, J. & SILVA, P. R. Postpartum anaphylaxis due to breastfeeding. Case report. *J. health med. sci.*, 4(2):77-79, 2018.

ABSTRACT: Postpartum anaphylaxis related to breastfeeding in Latin American populations continues to be an infrequent event. The most common etiology is the decrease in progesterone and increase in prolactin that triggers mast cell degranulation. During postpartum the decrease of hormone levels is believed to facilitate an exaggerated production of histamine. The diagnosis is rather clinical, and is considered potentially fatal. Therefore, early recognition and appropriate treatment by medical staff is essential.

KEY WORDS: anaphylaxis, post partum, lactation, anaphylaxis in lactation.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deepak, G.; Andrew, R. & Milos, M. Post-partum anaphylaxis: universal but successful management protocol should not deter appreciation of underlying etio-pathogenesis plethora. *Clin. Pract.*, 2(2):e43, 2012.
- Durgakeri, P. & Jones, B. A rare case of lactation anaphylaxis. *Australas Med. J.*, 8(3):103-5, 2015.
- Kang, S. H.; Lee, T.; Lim, H.; Koo, B. S.; Lee, S.; Park, Y. H. Na, S.; Park, S. J.; Hee Kyong Na, H. K. & Cho, Y. S. A Case of Breastfeeding Anaphylaxis. *Korean J. Asthma Allergy Clin. Immunol.*, 31(1):55-58, 2011.
- Khalid, M.; Mahmood, S.; Farooq, H.; Kapoor, R.; Rahman, O. & Lehmann, C. Maternal anaphylactic shock with breast-feeding in the immediate postpartum period. *Crit. Care Med.*, 44(12):512-3, 2016.
- MacDonell, J. W & Ito, S. Breastfeeding anaphylaxis case study. *J. Hum. Lact.*, 14(3):243-4, 1998.
- McCall, S. J.; Bunch, K. J.; Brocklehurst, P.; D'Arcy, R.; Hinshaw, K.; Kurinczuk, J. J.; Lucas, D. N.; Stenson, B.; Tuffnell, D. J. & Knight, M. The incidence, characteristics, management and outcomes of anaphylaxis in pregnancy: a population-based descriptive study. *B.J.O.G.*, 25:965-71, 2018.
- McKinney, K. K. & Scranton, S. E. A case report of breastfeeding anaphylaxis: successful prophylaxis with oral antihistamines. *Allergy*, 66(3):435-6, 2011.
- Meggs, W. J.; Pescovitz, O. H.; Metcalfe, D.; Loriaux, D. L.; Cutler, G. Jr. & Kaliner, M. Progesterone sensitivity as a cause of recurrent anaphylaxis. *N. Engl. J. Med.*, 311(19):1236-8, 1984.
- Mullins, R. J.; Russell, A.; McGrath, G. J.; Smith, R. & Sutherland, D. C. Breastfeeding anaphylaxis. *Lancet*, 338(8777):1279-80, 1991.
- Shank, J. J.; Olney, S. C.; Lin, F. L. & McNamara, M. F. Recurrent postpartum anaphylaxis with breast-feeding. *Obstet. Gynecol.*, 114(2 Pt 2):415-6, 2009.
- Simons, F. E. & Schatz, M. naphylaxis during pregnancy. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 130(3):597-606, 2012.
- Villalta, D. & Martelli, P. A case of breastfeeding anaphylaxis. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.*, 39(1):26-7, 2007.

Dirección para correspondencia:
Dr. Luis Spin V.
Ortopedia y Traumatología
Universidad Central del Ecuador
Quito
ECUADOR

Recibido : 16-11-2017
Aceptado: 20-03-2018

E-mail: luis.spin@hotmail.com