LARGE LOCAL REACTIONS AND SYSTEMIC REACTIONS TO INSECT STINGS: SIMILARITIES AND DIFFERENCES

Tripolt P et al. PLoS One. 2020 Apr 16;15(4):e0231747.
doi: 10.1371/journal.pone.0231747

Recensione a cura di: Elisa Boni, Allergologia LUM, Ospedale Maggiore, Bologna

Lo studio qui presentato, mette a confronto due quadri clinici che possono insorgere dopo una puntura di imenotteri, le reazioni sistemiche (RS) e le reazioni locali estese (RLE) per meglio comprendere il meccanismo alla base di queste ultime.
In passato, infatti, è stato ipotizzato che le RLE, definite come un edema di almeno 10 cm di diametro che persiste per oltre 24 ore, siano una reazione dell'infiammazione di fase tardiva IgE-dipendente.
Lo studio di coorte recentemente pubblicato dal gruppo di Sturm ha coinvolto un totale di 620 pazienti reclutati consecutivamente, dei quali 310 con storia di RLE e 310 con storia di RS che sono stati sottoposti ai seguenti accertamenti: dosaggio IgE totali e specifiche, IgG4 specifiche, triptasi e test cutanei per veleni.

E' stato osservato che la durata media delle RLE è di 7 giorni, e che un quinto delle RLE erano caratterizzate da edema maggiore di 20 cm di diametro.
Per quanto riguarda i possibili fattori di rischio, non sono state riscontrate differenze tra i due gruppi per quanto riguarda i valori di triptasi né la concomitante terapia antipertensiva.
Allergie respiratorie sono state osservate più frequentemente in pazienti con RLE. Gli autori ipotizzano che probabilmente questi pazienti sono maggiormente predisposti a reazioni dell'infiammazione di fase tardiva IgE-dipendente come la rinite e appunto le RLE.
Per quanto riguarda la sede della puntura, una significatività statistica è stata osservata per le punture localizzate al tronco (RLE 2,9% v. RS 14,8%) e cuoio capelluto (RLE 8,1% vs. RS 26,6%), associate con maggiore frequenza a RS rispetto a RLE. Questo fenomeno è probabilmente spiegato da un minore spessore del derma reticolare in queste sedi che rende le manifestazioni locali meno probabili. La compartimentazione

d'altro canto può essere un'altra ragione per cui le RLE sono più comuni agli arti e volto.

I livelli di IgE specifiche non differiscono tra i due gruppi mentre è stato osservato che nei pazienti con RLE sensibilizzati a veleno di vespa, le IgG4 sono significativamente più elevate rispetto ai pazienti con RS.

IgE specifiche rivolte verso veleno di ape o vespa sono state riscontrate nel 86,4% dei pazienti con RLE e nel 99,4% dei pazienti con RS. In particolare, nei pazienti con RLE oltre il 30% era positivo per entrambi i veleni e, nel caso di RS, più della metà dei pazienti risultava positivo ad entrambi i veleni.

I test cutanei (intradermoreazione: ID) nei pazienti con storia di RS sono risultati positivi in oltre il 95% casi: 6,6% positivi per ape, 52,1% per vespa e 36,3% per entrambi.

I test cutanei nei pazienti con storia di RLE sono risultati positivi solo nel 35,5% dei pazienti ma forse questo è un limite dello studio dato che i pazienti con RLE sono stati sottoposti solo a prick test e non a ID: 26,4% positivi per ape, 66,4% per vespa e 7,3% per entrambi.

Questo studio ha dimostrato che l'86,4% dei pazienti con RLE presenta IgE specifiche per imenotteri, diversamente da precedenti dati riportati in letteratura (50-70%) e questo è probabilmente dovuto al fatto che l'ImmunoCAP ha una maggiore sensibilità rispetto a tecniche più obsolete come il RAST. L'alta sensibilità del test mediante immunoCAP determina anche un maggior numero di sieri con doppia positività nei pazienti se confrontati ai test cutanei.

In conclusione, lo studio conferma l'importante ruolo delle IgE nelle RLE. Tuttavia i livelli di IgE specifiche non differiscono tra i due gruppi (RLE e RS) e quindi non possono essere di supporto nel distinguere tra i due tipi di reazione e non possono essere un parametro predittivo del tipo di reazioni a future ri-punture.