

EDITORIAL

DIAGNÓSTICO DE LA ALERGIA ALIMENTARIA: UNA PRUEBA DE PACIENCIA

Las reacciones a alimentos son uno de los grandes problemas con los que se enfrenta el clínico, empezando por la necesidad de establecer en cada caso si se trata de un problema de idiosincrasia, de intoxicación o de anafilaxia. Cuando la sospecha recae en esto último, la identificación del alimento o del componente de un plato elaborado (especia u otro condimento; aditivos), es un problema con el que el alergólogo debe enfrentarse y armarse de paciencia, como es bien sabido, contando también con la paciencia del paciente, en este caso más paciente que nunca. La diversidad de alimentos, la falta de conocimiento de los componentes alergénicos de muchos de ellos, la modificación que pueden sufrir por el proceso de preparación del cocinado (calentamiento, ebullición, maceración, etc.) son, entre otros, los motivos que dificultan la identificación del alimento responsable de una supuesta reacción alérgica. Solamente en el caso de los lactantes, la reacción por leche o por huevo, las más frecuentes y fáciles de sospechar, obvian alguno de esos inconvenientes.

¿De qué pruebas diagnósticas se dispone? En primer lugar, las pruebas cutáneas, por la técnica del prick-test. La positividad de esta prueba puede orientar el diagnóstico, pero esto no ocurre sino en un porcentaje reducido de casos, inferior al 40%. Utilizando las proteínas de leche o huevo, el porcentaje puede ser mayor. Los extractos disponibles de otros alimentos, no siempre reúnen las condiciones de calidad, por muchos motivos (1). La técnica del prick-by-prick, es decir, la punción directa del alimento crudo, que se aplica con la misma lanceta en la piel del paciente, puede ser útil con algunos alimentos. En lactantes, Majamaa et al han publicado resultados superiores con una prueba de parche (patch-test) para el diagnóstico de alergia a leche de vaca (2).

La valoración de la IgE específica (RAST o CAP) es otra técnica cuya positividad garantiza, como la prueba cutánea, la reacción de naturaleza alérgica, y en determinados casos puede ser suficiente para el diagnóstico, siempre que las manifestaciones clínicas sean muy indicativas de un proceso de esa naturaleza, o sea grande el riesgo de una reacción grave tras una provocación (3). Igual que con las pruebas cutáneas, la calidad de los extractos desempeña un papel importante en el resultado de la valoración de la reagina sérica, de ahí que la proporción de resultados positivos tampoco sea muy elevado. Por esto mismo para ambas pruebas es variable la estimación de la especificidad y sensibilidad determinadas por distintos autores.

Cuando la sintomatología clínica es prolongada (lesiones cutáneas, por lo común), la eliminación del alimento sospechoso de ser causante de la reacción, es un método bastante demostrativo, que requiere una colaboración muy estricta por parte del paciente, o de los padres, cuando se trata de niños, además de una gran paciencia, por la necesidad de cuidar muy meticulosamente la composición de todas las comidas. Esta prueba puede seguirse de una provocación abierta con el alimento en cuestión, cuya positividad será la demostración de la responsabilidad del mismo del cuadro clínico en estudio. La provocación abierta, puede ser útil también en el seguimiento de los pacientes, al repetirla al cabo de un tiempo de tratamiento de exclusión, para controlar la posible tolerancia a largo plazo. En este número de ALLERGOLOGIA ET IMMUNOPATHOLOGIA, Plaza et al publican una experiencia en este sentido (4).

Sin embargo, la prueba de provocación doble-ciego controlada por placebo se tiene como la prueba diagnóstica más fiable (gold-standard, en argot anglosajón), recomendada para confirmar el diagnóstico. Aunque esta prueba, como la de eliminación, no confirma el mecanismo inmunoalérgico, sino tan sólo la intolerancia al alimento, de ahí la necesidad de complementarse con la prueba cutánea y la IgE específica en suero (5). Para Plaut (6) tan sólo entre el 30 y 40 % de los casos de sospecha de alergia alimentaria se confirman con esta prueba. Por otra parte, no está indicada en los casos en que la manifestación clínica haya sido grave, como en el caso del choque anafiláctico u otras reacciones intensas (p. ej., angioedema).

Tras estas consideraciones, la duda es como se lleva a cabo el diagnóstico de la alergia a alimentos en la práctica habitual. Un trabajo de Kaila et al (7) efectuado en Finlandia, pone en evidencia los distintos métodos empleados en 24 clínicas de ese país, que puede ser reflejo de lo que ocurre en otros lugares, con distintos criterios en la realización de las pruebas de provocación, aunque las pruebas cutáneas y la IgE específica se realizaron en todos los casos. Los autores concluyen con la necesidad de establecer protocolos para estandarizar la metodología diagnóstica, poniendo como ejemplo la publicada por Niggeman et al (8) basada en la provocación oral.

Con una visión práctica dada la frecuencia de las reacciones alérgicas con proteínas de huevo en niños, el Comité de Alergia Alimentaria de la SEICAP ha confeccionado un Documento de Posición en el que se revisan con amplitud los problemas derivados de la sensibilización a este alimento común, incluyendo la metodología diagnóstica y la práctica de la eliminación del huevo de la dieta diaria, documento que se publica en este número de ALLERGOLOGIA ET IMMUNOPATHOLOGIA (9).

F. Muñoz-López

REFERENCES

1. Vieths S, Hoffmann A, Hotzhauser T, Müller U, Reindl J, Hausteiner D. Factors influencing the quality of food extracts for in vitro and in vivo diagnosis. *Allergy* 1998; (Suppl. 46) 53: 65-71.
2. Majamaa H, Moisiö P, Holm K, Kautiainen H, Turjanmaa K. Cow's milk allergy: diagnostic accuracy of skin prick and patch tests and specific IgE. *Allergy* 1999; 54: 346-51.
3. Sampson HA, Ho DG. Relationship between food-specific IgE concentrations and the risk of positive food challenges in children and adolescents. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 100: 444-51.
4. Plaza AM, Martín Mateos MA, Giner Muñoz MT, Sierra JI. Challenge testing in children with cow milk-protein allergy. *Allergol et Immunopathol* 2001; 29 (2): 50-54.
5. Anderson JA. Food allergy and intolerance. Cap. 15 En: Ph. Liberman and JA. Anderson (eds.) *Allergic diseases. Diagnosis and treatment*. 2nd ed. Human Press, Totowa, NY, 2000.
6. Plaut M. New directions in food allergy research. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 100: 7-10.
7. Kaila M, Vanto T, Valovirta E, Koivikko A, Juntunen-Backman K. Diagnosis of food allergy in Finland: survey of pediatric practices. *Pediatr Allergy Immunol* 2000; 11: 246-9.
8. Niggeman B, Wahn U, Sampson HA. Proposal for standardization of oral food challenge tests in infants and children. *Pediatr Allergy Immunol* 1994; 5: 11-13.
9. Martorell A, Bone J, García Ara MC, Nevot S, Plaza AM. Alergia a las proteínas de huevo. Comité de Alergia Alimentaria de la SEICAP. *Allergol et Immunopathol* 2001; 29 (2): 84-95.