



Viernes 1 de febrero de 2013
Escuela monográfica:
Manejo integral del asma

Coordinador:

Manuel Praena Crespo

Pediatra. CS La Candelaria. Sevilla

■ **Presentación**

Águeda García Merino

Pediatra. CS Vallobín-La Florida. Oviedo, Asturias.

Manuel Praena Crespo

Pediatra. CS La Candelaria. Sevilla.

■ **Diagnóstico-espirometría**

Alberto Bercedo Sanz

Pediatra. CS Buelna. Cantabria.

Maite Callén Blecua

Pediatra. CS Bidebieta. San Sebastián, Guipúzcoa.

■ **Tratamiento de la crisis**

Maite Asensi Monzó

Pediatra. CS Serrería I. Valencia.

Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva

Pediatra. CS La Cuesta. Santa Cruz de Tenerife, Tenerife.

■ **Diagnóstico etiológico**

José Antonio Castillo Laita

Pediatra. CS de Fuentes de Ebro. Zaragoza.

Maite Asensi Monzó

Pediatra. CS Serrería. Valencia.

■ **Tratamiento preventivo o de fondo**

Maite Callén Blecua

Pediatra. CS Bidebieta. San Sebastián, Guipúzcoa.

Manuel Praena Crespo

Pediatra. CS La Candelaria. Sevilla.

■ **Educación (inhaladores-entrevista)**

Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva

Pediatra. CS La Cuesta. Santa Cruz de Tenerife, Tenerife.

Águeda García Merino

Pediatra. CS Vallobín-La Florida. Oviedo, Asturias.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Castillo Laita JA, Asensi Monzó M. Diagnóstico de la alergia. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 287-90.



Diagnóstico de la alergia

José Antonio Castillo Laita

Pediatra. CS de Fuentes de Ebro. Zaragoza.

joseacastillolaita@hotmail.com

Maite Asensi Monzó

Pediatra. CS Serrería. Valencia.

PUNTOS CLAVE

- La prevalencia de las enfermedades alérgicas en la infancia ha aumentado. En Europa, uno de cada cuatro niños padece una enfermedad alérgica. La presencia de una de ellas supone un riesgo para sufrir otras enfermedades alérgicas.
- Ante una historia clínica compatible con alergia, el pediatra de Atención Primaria realizará los estudios pertinentes para demostrar sensibilización mediada por inmunoglobulina E a cualquier edad. Es imprescindible disponer de las herramientas necesarias para el diagnóstico de la alergia en Atención Primaria.
- En menores de cinco años con sospecha de enfermedad alérgica se debe investigar siempre sensibilización a alimentos y neuroalérgenos. En mayores de 5 años, sería suficiente con investigar neuroalérgenos.

En este documento se revisan aspectos relacionados con el diagnóstico de la alergia en Pediatría de Atención Primaria, fundamentalmente en relación con la atención al niño y adolescente con **asma**.

¿QUÉ ES LA ALERGIA?

Es la predisposición genética a presentar reacciones de hipersensibilidad, mediadas por anticuerpos o por células, ante el contacto

con determinados antígenos. Dentro del amplio grupo de enfermedades alérgicas, nos referiremos exclusivamente a la **atopia**, cuyo anticuerpo típicamente responsable de estas reacciones alérgicas corresponde al isotipo inmunoglobulina (Ig) E, que se forma ante sustancias inhaladas o ingeridas, denominadas alérgenos, y que es desencadenada por un mecanismo de hipersensibilidad tipo I (*a partir de ahora, cuando se mencione alergia en el texto se corresponderá con las originadas por un mecanismo de hipersensibilidad tipo I mediado por Ig E, es decir con atopia*).

Las enfermedades alérgicas tienen una expresión clínica muy diversa: desde la sensibilización asintomática hasta las reacciones alérgicas mortales, pasando por un amplio espectro de síntomas. En el lactante y el preescolar, son síntomas sugestivos: la alergia alimentaria, la dermatitis atópica y los sibilantes recurrentes; en el escolar y el adolescente lo son el asma, la rinitis y la conjuntivitis alérgica.

De los múltiples estudios epidemiológicos realizados en las últimas décadas se han obtenido algunas conclusiones de interés para la práctica clínica:

- Las enfermedades alérgicas están relacionadas entre sí y tienden a confluir en los mismos individuos.
- Tienen agrupación familiar.
- La presencia de alergia mediada por Ig E es el principal factor de riesgo para el desarrollo y persistencia del asma.
- La presencia de sensibilización alimentaria y/o dermatitis atópica en los primeros meses de vida predispone al desarrollo posterior de alergia a inhalantes, rinitis y asma.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS EN LA EDAD PEDIÁTRICA?

- **Por su elevada prevalencia.** En algunos estudios poblacionales, la prevalencia acumulada de alergia en

la infancia se sitúa alrededor del 25-30%, correspondiendo a la dermatitis atópica el 15-20%, al asma el 7-10% y a la rinitis y la conjuntivitis alérgica el 15-20%. Estas cifras varían según el área geográfica. En España, según el Estudio Internacional de Asma y Enfermedades Alérgicas (ISAAC) en fase III (años 2001-2002) se observa una mayor prevalencia y gravedad del asma en las zonas costeras (sobre todo atlántica) con respecto a la meseta y zonas de interior.

- **Por su repercusión diagnóstica.** Permite confirmar el diagnóstico en pacientes con signos y síntomas sugestivos, así como identificar precozmente a los lactantes y los preescolares que, por estar sensibilizados a las proteínas de la leche de vaca o del huevo y/o neuroalérgenos, presentan un riesgo elevado de desarrollar enfermedades alérgicas en la edad escolar.
- **Por su repercusión terapéutica.** El conocimiento de que un niño es alérgico ayuda adoptar medidas de prevención secundaria, instaurar tratamientos específicos, incluida la desensibilización (inmunoterapia) cuando esté indicada, realizar educación apropiada a la familia sobre los desencadenantes para prevenir exacerbaciones.
- **Por su repercusión pronóstica.** Permite identificar a aquellos niños con riesgo de asma persistente más allá de la infancia:
 - En lactantes y menores de dos años con sibilancias, la sensibilización a alimentos constituye uno de los principales factores de riesgo de asma persistente. En ellos, la presencia de Ig E frente a alimentos (clara de huevo, leche de vaca) predice el desarrollo de sensibilización a inhalantes (ácaros y/o pólenes) y la mayor prevalencia de rinitis y asma en la edad escolar. Además se sabe que a mayor nivel de sensibilización, existe mayor riesgo de persistencia e intensidad de los síntomas de asma en el futuro.

- La sensibilización alérgica mediada por Ig E se ha reconocido como uno de los factores de riesgo de mayor relevancia para la persistencia de síntomas en la adolescencia y la edad adulta, especialmente en el asma.

Por todas estas razones clínicas y epidemiológicas, el pediatra de Atención Primaria debe disponer de los recursos y las herramientas necesarios para poder realizar el diagnóstico de alergia, proponer de forma individualizada el tratamiento oportuno e informar del pronóstico de la patología que presenta el paciente.

¿CUÁLES SON LOS PILARES DIAGNÓSTICOS DE LA ATOPIA?

Conocimiento de la zona en la que reside el paciente (alérgenos más frecuentes)

En el **APIA (Aplicaciones del Phadiatop® Infant en la Alergia Infantil)**, un estudio multicéntrico realizado por el Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, uno de los objetivos era determinar la prevalencia de sensibilización alérgica en niños menores de 6 años con dermatitis atópica y/o sibilancias. La prevalencia de sensibilización a neumoaérgenos y a alimentos en los 468 niños estudiados fue del 25,9% y 24,8% respectivamente. Con este estudio se pudo determinar que las sensibilizaciones a alimentos tienen el mismo patrón en todo el territorio español (el alérgeno más frecuente es el huevo, seguido de leche de vaca y el cacahuete), mientras que existen variaciones geográficas respecto a la sensibilización a neumoaérgenos: en la región atlántica y mediterránea predomina el ácaro; en la meseta central, los pólenes de gramíneas en primer lugar y luego los árboles.

Historia clínica

Una buena historia clínica es el punto de partida para el diagnóstico de alergia pero no es inequívoca, ya que solo en el 50% de los casos se confirma el origen alérgico de los síntomas de sospecha.

Una anamnesis sistemática y bien orientada y una exploración física completa permitirán además identificar factores de riesgo (familiares y/o personales), establecer una posible relación entre la exposición a un alérgeno y los síntomas, orientando hacia cuáles pueden ser los alérgenos causantes y/o desencadenantes.

Los antecedentes familiares y personales también son de gran importancia. Una historia familiar de atopia es el principal factor de riesgo para su desarrollo en niños, especialmente si está presente en padres y hermanos; la asociación es mayor cuando es la madre quien la presenta. Se sabe que la existencia de antecedentes de asma y/o rinitis alérgica en la madre constituye un factor de riesgo de inicio y de recurrencia de asma en la infancia y la presencia de marcadores de atopia en el propio niño predispone a desarrollar asma y otras enfermedades alérgicas durante la infancia.

Pruebas diagnósticas

Permiten confirmar la sensibilización frente al alérgeno de sospecha. Sin embargo, por sí solas, no indican que el alérgeno sea el responsable de los síntomas, debiendo ser interpretadas cuidadosamente en relación con la clínica.

Las pruebas para el diagnóstico de la alergia son la prueba de punción cutánea o *Prick test* (*in vivo*, sencillo, rápido, seguro y barato) (figura 1) y la determinación de Ig E antígeno específica en suero (*in vitro*).

¿CUÁNDO Y EN QUIÉNES ESTÁN INDICADAS LAS PRUEBAS DE ALERGIA?

La Sección Pediátrica de la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) publicó en 2003 un documento donde se establecen las recomendaciones basadas en la mejor evidencia actualmente disponible, sobre por qué, a quién, cuándo y cómo realizar estudios de alergia en niños¹. Aconsejan que todos los niños con posibles síntomas alérgicos, graves, persistentes o recurrentes, así como los que necesiten tratamiento preven-

tivo continuo, sean estudiados desde el punto de vista de la alergia, independientemente de su edad.

Durante el desarrollo del taller del diagnóstico de la alergia en el contexto de la Escuela de Asma se realiza-

rá por el alumnado una práctica de *Prick test* o prueba de punción cutánea, para conocer la técnica y la interpretación del resultado. Se presentarán casos prácticos para determinar y valorar los posibles desencadenantes del asma además del diagnóstico de la alergia.

Figura 1. *Prick test.* Paciente en edad escolar sensibilizado a ácaros (*Dermatophagoides farinae* 10x6 mm; *Dermatophagoides pteronyssinus* 8x8 mm) y pólenes de gramíneas (mezcla de gramíneas III 3x3 mm). Son los habones del brazo derecho. Control positivo (histamina) 6x4 mm. Es el habón del brazo izquierdo. Se observa parte del material necesario como la caja con los frascos de los alérgenos, lancetas, adrenalina precargada, regla milimetrada, rotulador, celo, etc.



BIBLIOGRAFÍA

1. Høst A, Andrae S, Charkin S, Díaz-Vázquez C, Dreborg S, Eigenmann PA, et al. Allergy testing in children: why, who, when and how? *Allergy*. 2003;58:559-69.
2. Mora I, Morell JJ; Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Protocolo de Identificación de la Alergia. El pediatra de Atención Primaria y la identificación de la Alergia. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-3) [en línea] [consultado el 13-09-2012]. Disponible en www.aepap.org/gvr/protocolos.htm
3. Castillo JA. La exploración del niño alérgico. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2009;2(1):42-9.