

Maite Callén Bleuca:
callen.maite@gmail.com

Taller

Presentación: diagnóstico de la alergia en Atención Primaria, ¿para qué?

M. Callén Bleuca

CS de Bidebieta, San Sebastián. Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. España

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades alérgicas son uno de los principales problemas sanitarios en el momento actual, con una prevalencia acumulada según los estudios poblacionales¹ de un 25-30% de los niños y adolescentes, correspondiendo a la dermatitis atópica el 15-20%, al asma el 7-10% y a la rinitis y conjuntivitis alérgica el 15-20%. Esta prevalencia a pesar de que es muy variable según el área geográfica², ha aumentado considerablemente en los últimos 20-30 años, por lo que la necesidad de realizar un diagnóstico apoyado en pruebas específicas ha aumentado paralelamente.

La detección de sensibilización mediada por IgE tiene demostradas implicaciones en el pronóstico y el tratamiento y la identificación de los alérgenos desencadenantes permite adoptar de manera individualizada las medidas de evitación adecuadas. Así mismo la utilización de pruebas alérgicas en atención primaria (AP) en los niños con síntomas respiratorios o cutáneos es una estrategia costo efectiva por el menor uso de medicación así como un incremento considerable del porcentaje de pacientes mejor diagnosticados y tratados³.

El Grupo de Vías Respiratorias (GVR) ha organizado este taller en numerosas ocasiones desde su

fundación, 15 años, y en su contenido se han revisado aspectos relacionados con el diagnóstico de la alergia en Pediatría de Atención Primaria (PAP) fundamentalmente en relación con la atención al niño y adolescente con asma, rinoconjuntivitis alérgica y dermatitis atópica^{4,5}.

Se puede resumir en los siguientes **puntos clave**⁵:

- De acuerdo con las recomendaciones de las sociedades científicas⁶ y principales guías de práctica clínica (GPC)^{7,8} de asma y rinitis alérgica⁹, hay que estudiar bajo el punto de vista alergológico a todos aquellos niños independientemente de su edad con una historia clínica compatible con alergia. El pediatra de AP realizará los estudios pertinentes para demostrar una sensibilización mediada por IgE. Estos niños son los que presentan:
 - Datos clínicos sospechosos de alergia, con síntomas respiratorios graves, persistentes o recurrentes o que precisen tratamiento preventivo continuo, asociados con frecuencia a antecedentes personales y/o familiares de atopia.
 - Síntomas respiratorios de larga duración, durante el juego o el sueño, y a los que presenten neumonías frecuentes de causa no aclarada.

Cómo citar este artículo: Callén Bleuca M. Presentación: diagnóstico de la alergia en Atención Primaria, ¿para qué? Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2015;(24):61-4.

- Lesiones de dermatitis atópica moderada o severa persistentes que requieren tratamiento frecuente con corticoides, con el objetivo de identificar aquellos alérgenos alimentarios asociados y de acuerdo a la sospecha clínica, fundamentalmente en lactantes y preescolares menores de tres años.
- En los niños menores de cuatro años debe descartarse siempre sensibilización a alimentos y neumoaérgenos. En los mayores de esa edad se investigarán principalmente los neumoaérgenos.
- Esto se hará mediante la cuantificación de IgE específica, el *prick test* o InmunoCap® Rapid (Figura 1). Son técnicas necesarias para confirmar una alergia sospechada clínicamente y deben estar disponibles para su uso en PAP⁴.
- Si la gravedad del cuadro o la complejidad del diagnóstico lo aconsejan, se derivará al paciente al servicio de referencia correspondiente.

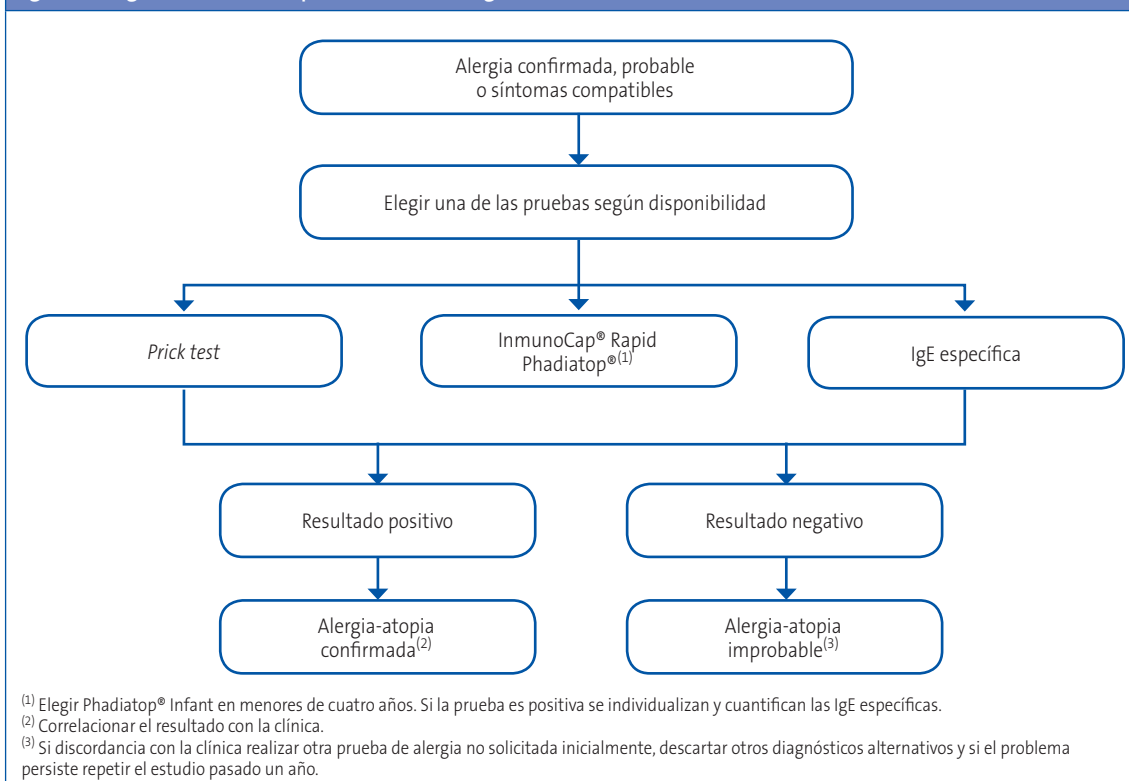
También se derivarán todos aquellos pacientes en los que esté indicado tratamiento con inmunoterapia.

ACTUALIZACIÓN DEL TALLER

Recientemente se han incorporado al GVR pediatras de Atención Primaria con formación específica en alergología infantil, como nuestra ponente la Dra. M.^a Teresa Guerra, y hemos considerado que es una buena oportunidad para ampliar/modificar el enfoque y el contenido del taller dedicándolo además de al diagnóstico de la alergia en el asma, sibilantes, rinitis y dermatitis en AP, a actualizar nuestros conocimientos sobre:

- Nuevos métodos como el diagnóstico molecular, procedimiento de segundo nivel que permite valorar en pacientes polisensibilizados si nos encontramos ante una verdadera sensibilización primaria o si el resultado positivo del *prick* se debe a un reconocimiento de marcadores de

Figura 1. Algoritmo-resumen para el estudio alérgico en Atención Primaria⁴



- reactividad cruzada¹⁰. Útil en el diagnóstico de pacientes con sintomatología compleja o grave, en el diagnóstico y seguimiento de la alergia alimentaria o alergia a medicamentos, aspectos que se deben conocer en Atención Primaria para su derivación cuando sea necesario.
- Concepto de panalérgeno, alérgeno presente en diversas especies con elevada conservación estructural, responsable de errores diagnósticos sistemáticos; profilina, tropomiosina, *lipid transfer protein* (LTP), proteína concentrada sobre todo en piel de vegetales y frutas como el melocotón y que puede ser causa de reacciones alérgicas graves.
 - Bases de inmunoterapia y eficacia, evidencia.
 - Problemas que pueden surgir en un niño con los recientes pero ya instaurados tratamientos desensibilizantes a proteína de leche de vaca y huevo.

Estos conocimientos, expuestos en forma de resolución de casos clínicos, nos permitirán responder preguntas como:

- Problemas del niño polisensibilizado. ¿Qué son los panalérgenos?
- ¿Podemos quedarnos solo con el diagnóstico realizado mediante técnica de *prick test* o IGE específica?
- ¿En qué consiste el diagnóstico molecular, cuándo hay que hacerlo?
- ¿Debe incluir la batería del *prick test* la tropomiosina y la profilina?
- ¿Cuándo sospechar un síndrome LTP?
- ¿Qué niños derivar?
- ¿Qué problemas que puede presentar un niño en tratamiento de desensibilización?

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

GPC: guías de práctica clínica • **GVR:** Grupo de Vías Respiratorias • **LTP:** *lipid transfer protein* • **PAP:** Pediatría de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia (Estudio ISAAC). En: Respirar.org [en línea] [consultado el 01/06/2015]. Disponible en www.respirar.org/respirar/epidemiologia/observatorio-del-estudio-isaac.html
2. Carvajal I, García L, Busquets R, Morales M, García N, Batlles J, *et al.* Geographic variation in the prevalence of asthma symptoms in Spanish children and adolescents. International Study of Asthma and Allergies in childhood (ISAAC) phase 3, Spain. *Arch Bronconeumol.* 2005;41:659-66.
3. Zethraeus N, Petersson CJ, Dozzi M, Borres MP, Vignati G, Fiocchi A. Health-care cost reduction resulting from primary-care allergy testing in children in Italy. *Ital J Pediatr.* 2010;36:61.
4. Mora Gandarillas I, Morell Bernabé JJ, Grupo de Vías Respiratorias. 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: Respirar.org [en línea] [consultado el 01/06/2015]. Disponible en www.respirar.org/gvr/pdf/identificación_alergia_p_gvr_3_2009.pdf
5. Bercedo Sanz A, Callén Blecua M, Mora Gandarillas I, Praena Crespo M. Flashes en alergia y asma. En: Curso de Actualización Pediatría. 2014. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 25-44.
6. Eigenmann PA, Atanaskovic-Markovic M, O´B Hourihane J, Lack G, Lau S, Matricardi PM, *et al.* Testing children for allergies: why, how, who and when. An updated statement of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) Section on Pediatrics and the EAACI-Clemens von Pirquet Foundation. *Pediatr Allergy Immunol.* 2013; 24:195-209.

7. British Guideline on the management of asthma. En: British Thoracic Society (BTS) [en línea] [consultado el 01/06/2015]. Disponible en www.brit-thoracic.org.uk/clinical-information/asthma/asthma-guidelines.aspx
8. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. En: Ginasthma [en línea] [consultado el 01/06/2015]. Disponible en www.ginasthma.com
9. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB, *et al.* Allergic rhinitis and its Impact on asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. *J Allergy Clin Immunol.* 2010;126:466-76.
10. Canonica GW, Ansótegui IJ, Pawankar R, Schmid-Grendelmeier P, van Hage, Baena-Cagnani CE, *et al.* A WAO-ARIA-GA2LEN consensus document on molecular-based allergy diagnostics. *World Allergy Organ J.* 2013;6:17.