

Las pruebas de alergia alimentaria no son pruebas de detección

Nota del editor: Esta es la transcripción de un curso en línea publicado en junio de 2024. Ha sido ligeramente editada para brindar mayor claridad. Para obtener crédito por participación, [HAGA CLIC AQUÍ](#).



David R. Stukus, MD: Me complace abordar los conceptos relacionados con las pruebas de alergia alimentaria.

Como pueden ver en el título, estas no son pruebas de detección y, lamentablemente, esa es una forma frecuente de usarlas mal, porque se abusa de ellas, pero vamos a hablar sobre por qué es así y la forma correcta de utilizar las pruebas de alergia alimentaria.

Cuando vienen a verme porque les preocupa que su hijo tenga una alergia alimentaria, me encanta ayudarlos a precisar el diagnóstico, porque esa es siempre la parte más importante de una evaluación. Para hablar de cómo diagnosticar correctamente la alergia alimentaria, comencemos con algunas definiciones básicas porque esto sienta las bases para todo. A menudo les explico esto a los padres en el consultorio y la mayoría de las veces dicen: "Oh, bueno, según esa descripción, mi hijo no tiene alergia alimentaria". Y yo digo: "Estoy de acuerdo y me alegra de que estén aquí, pero hablemos del por qué".

Cuando pensamos en algunas de las definiciones y hablamos de alergia, se trata de una respuesta mediada por el sistema inmunitario. Cada vez que alguien come ese alimento, su sistema inmunitario dice: "Esto no pertenece aquí" y debería producirse algún tipo de reacción. El tipo más común de alergia alimentaria que abordaremos hoy será una reacción de hipersensibilidad de aparición inmediata a un alimento mediada por inmunoglobulina E (IgE). Por supuesto, también podemos tener alergia alimentaria de aparición tardía, como la proctocolitis inducida por la leche de vaca o el síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias. Pero, independientemente de si se trata de una alergia inmediata o tardía, la

ingestión del alimento causará síntomas todas las veces.

Esto es muy diferente a una intolerancia alimentaria. Las intolerancias alimentarias no son causadas por un sistema inmunológico descontrolado. Es más difícil debido a la digestión y no ocurre de inmediato. Puede variar con el tiempo, según la cantidad de alimento ingerida o cómo se ingiera. Los síntomas suelen tardar mucho y pueden aparecer más tarde ese día o al día siguiente de la ingesta. Y estos serán en su mayoría síntomas gastrointestinales. El ejemplo más común, por supuesto, es la intolerancia a la lactosa.

Tenemos un término, sensibilidad alimentaria, que en realidad no es un término médico. No existe un diagnóstico ICD-10 para la sensibilidad a los alimentos. No existen criterios clínicos claramente establecidos ni hay una prueba de diagnóstico validada para diagnosticar la sensibilidad alimentaria. No podemos aplicar ninguno de los principios de una alergia o intolerancia alimentaria, pero cada vez se ofrecen más pruebas de sensibilidad alimentaria no validadas que no miden nada más que una respuesta normal al comer un alimento, de lo que hablaremos luego.

Cuando hablamos de alergias alimentarias mediadas por IgE, su prevalencia ha aumentado en los últimos 20 o 30 años y en este momento, entre el 5 % y el 8 % de los niños en los Estados Unidos se ve afectado por al menos una alergia alimentaria mediada por IgE, que afecta a todas las razas y estratos sociales. Hay disparidades en las que los grupos socioeconómicos más bajos y los niños afroamericanos tienen tasas más altas de alergias alimentarias, una mayor prevalencia y menor acceso a servicios, pero esto es algo que afecta aproximadamente a uno o dos niños en cada aula, según del tamaño. Al hablar de alergia alimentaria



Las pruebas de alergia alimentaria no son pruebas de detección

mediada por IgE, hay nueve alimentos que provocan más del 90 % de todas las reacciones. Esto incluye la leche de vaca, el trigo, el huevo, la soja, el maní, los frutos secos, el pescado con aletas, los mariscos y el sésamo. Ahora bien, ¿se puede tener alergia alimentaria a otros alimentos? Desde luego, pero es mucho, mucho más rara en comparación con esos nueve alimentos que acabo de enumerar.

¿Cómo diagnosticamos adecuadamente la alergia alimentaria? Todo comienza con la historia clínica, y esa es la mejor prueba. Debemos dedicar la mayor parte de nuestro tiempo a realizar una historia clínica detallada para ver un patrón de síntomas que ocurren con la ingestión. Deberíamos ver reacciones y estas deben ser reacciones objetivas, que ocurran a los pocos minutos de la ingesta, rara vez más de 1 o 2 horas después, en especial si está mediada por IgE. Y, como dije antes, sucederá siempre. Si a alguien le preocupa que su hijo sea alérgico a la leche de vaca, no debería poder ingerir queso, helado, yogur, etc.

Casi siempre tendrá que ocurrir por ingestión. Algunas personas pueden tener reacciones de contacto al tocar el alimento si son alérgicas a él, pero esa sería una causa muy rara de anafilaxia y es muy raro que alguien tenga una reacción alérgica a un alimento simplemente por estar cerca de él o inhalar sus partículas. Puede ocurrir, según las circunstancias, pero si esa es la principal preocupación, entonces deberíamos pensar en otros diagnósticos y no en alergia alimentaria.

Cuando alguien tiene una alergia alimentaria, come un alimento y tiene síntomas, estos pueden ser cualquier combinación de urticaria grande, roja y con picazón en la piel; pueden tener hinchazón; pueden tener síntomas gastrointestinales, como náuseas y vómitos; y, por supuesto, pueden tener reacciones graves, como anafilaxia.

Quisiera hacer una pausa un momento para señalar que cada síntoma que puede ocurrir debido a una reacción alérgica a los alimentos también puede ocurrir por razones no alérgicas. Aquí es donde la cosa se vuelve muy complicada y hay mucha superposición. Debemos reconstruir detalles muy importantes en la historia de cuál fue el alimento que generó preocupación, cuál fue el momento de aparición de los síntomas, cuáles fueron los síntomas y cuánto tiempo duraron. La mayoría de las reacciones alérgicas a los alimentos mediadas por IgE, ocurrirán entre 30 y 60 minutos después de ingerirlos y los síntomas desaparecerán, con o sin tratamiento, en unas pocas horas. Si alguien desarrolla urticaria difusa en asociación con la ingesta de un alimento, pero esa urticaria dura 3 días, es muy poco probable que sea causada por una reacción alérgica a un alimento. Si un paciente tiene inquietudes acerca de que el limón cause sarpullido de aparición tardía o algo así, lo escucho y le creo, pero no me preocupa que sea una alergia alimentaria, porque el limón es una causa muy rara de alergia alimentaria. La historia clínica detallada es la parte más importante para establecer el diagnóstico y no podemos evitarla.

¿Cuándo deberíamos realizar pruebas de alergia alimentaria? Deberíamos hacer pruebas de alergia alimentaria cuando alguien llega con un historial que sugiere mucho que hay una alergia alimentaria mediada por IgE. Las pruebas de alergia alimentaria que utilizamos, de las que hablaremos, solo detectan el anticuerpo IgE. Para alguien que tiene una alergia alimentaria de aparición tardía, esas pruebas no nos brindarán buena información. Si le preocupan esas causas raras, como el síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias y cosas así, estas pruebas de alergia alimentaria no serán muy buenas para establecer el diagnóstico.



Las pruebas de alergia alimentaria no son pruebas de detección

Cuando hacemos pruebas de alergia, estas no son positivas o negativas. Obtenemos una variedad de resultados. En una prueba de punción cutánea, colocamos una gota del alérgeno líquido en la piel, por lo general en el antebrazo o en la espalda, y rascamos suavemente la capa superior de la piel para introducir el alérgeno en los mastocitos que se encuentran allí. Esos mastocitos, si tienen la IgE unida, se desbloquearán mediante la exposición al alérgeno y liberarán histamina. En unos 15 minutos, veremos que se desarrolla una roncha, y el tamaño de la roncha en el área de colocación del alérgeno indica la probabilidad de que haya alergia. No es una respuesta de sí o no.

En los análisis de sangre para detectar alergias alimentarias, podemos determinar los niveles de IgE sérica de cualquier alimento. Los resultados se obtienen en forma de rango y el rango suele ser de 0.1 a 100 kilounidades por litro. El hecho de que tenga IgE detectable no significa necesariamente que tenga alergia. Y estas no son buenas pruebas de detección porque obtenemos muchos falsos positivos cada vez que las hacemos. La prueba, por sí sola, no diagnostica la alergia. Si hay un historial altamente sugestivo de ingestión que causa síntomas en múltiples ocasiones y el resultado de la prueba es elevado, eso indica que la persona tendría una alergia alimentaria, pero no podemos hacer la prueba primero y luego diagnosticar. Es al revés.

Las pruebas de alergia son importantes para precisar el diagnóstico. Puede ayudar con la evitación. Mucha gente piensa que puede ser alérgica a todos los frutos secos, pero es posible que solo deban evitar los anacardos o los pistachos. De lo contrario, pueden liberalizar su dieta. Una vez que alguien tiene un diagnóstico establecido de alergia alimentaria, es necesario realizar un seguimiento a lo largo del tiempo con repetición de pruebas. En general, haremos esto

cada unos 12 meses porque no se espera que las cosas cambien mucho antes, pero sabemos, por ejemplo, que la gran mayoría de los niños con alergia a la leche, al huevo, al trigo o a la soja la superarán en la edad escolar mientras que, lamentablemente, solo alrededor del 20 % con alergia al maní o a las nueces lo superarán con la edad. Aun así, es necesario repetir las pruebas con el tiempo, en especial cuando se les diagnostica de bebés. Estas son razones por las que deberíamos realizar pruebas.

Si pensamos en cuál sería una prueba ideal, si tuviéramos una prueba de alergia ideal para la alergia alimentaria, sería algo accesible para todos, no invasiva, porque no queremos torturar a los niños mientras los examinamos, y que esté fácilmente disponible. Queremos que esté disponible en todos nuestros consultorios y que sea muy económica, que sea confiable, lo que significa que tendría un valor predictivo positivo muy alto para que pudiéramos creer en los resultados positivos y un valor predictivo negativo alto. Y queremos evitar falsos positivos. Además, que sea clínicamente aplicable, es decir, que sea fácil de usar, que requiera una formación mínima para interpretarla. Nos gustaría tener una mejor idea de qué tan alérgico es ese individuo porque cada uno tiene diferentes umbrales que pueden desencadenar una reacción alérgica. Y también nos encantaría tener una prueba que nos diga qué tan grave es la alergia de esa persona.

Lamentablemente, la realidad es que en la actualidad no contamos con estas pruebas. Ahora hay pruebas accesibles, en especial con los niveles de IgE en suero o en sangre, que cualquiera puede solicitar a través de su laboratorio local. Pero por lo demás, todavía son invasivas. Requieren una extracción de sangre y un pinchazo con una aguja. Las pruebas de alergia actuales, ya sea una prueba cutánea o un análisis de sangre, tienen altas tasas de falsos positivos. No es lo



Las pruebas de alergia alimentaria no son pruebas de detección

que queremos, porque lleva a muchas evasiones y diagnósticos erróneos innecesarios. Además, las pruebas disponibles no nos dan mucha idea de qué tan reactiva es una persona o qué tan grave puede ser su alergia. Esas son algunas limitaciones.

Como he mencionado varias veces, y lo repetiré hasta que todos lo entiendan, tanto las pruebas cutáneas como los análisis de sangre tienen altas tasas de falsos positivos. No son pruebas de detección. No se puede probar todo y ver qué sale. Los paneles de alergia alimentaria deben desaparecer. No hay ninguna indicación para ordenar un panel de alimentos aleatorios para un paciente, independientemente de la consulta. Si le preocupan las alergias alimentarias específicas, realicen una historia clínica detallada para determinar qué alimentos causan los síntomas y luego podrán solicitar esas pruebas específicas. Por eso, debemos tener un historial de ingestión, exposición y saber qué está sucediendo. No podemos predecir quién desarrollará alergias alimentarias, por lo que no podemos realizar un montón de estas pruebas de alergia a los bebés para ver quién las desarrollará. Tampoco sabemos la gravedad de la alergia, por lo que nadie debería decirle a su paciente que tiene una alergia alimentaria grave basándose en el nivel de IgE en la sangre o el tamaño de la prueba cutánea.

Además, debemos asegurarnos de que, si alguien tiene un historial clínico certero de haber tenido una reacción, en especial si se trata de algo como maní o nueces, e incluso si tiene una prueba cutánea negativa, debemos hacer un seguimiento con un análisis de sangre o, idealmente, una prueba de exposición oral alimentaria. Desafortunadamente, podemos tener tasas muy bajas de pruebas falsas negativas, pero, si alguien tiene antecedentes realmente buenos, en especial de reacciones graves, debemos hacer un seguimiento y hacer todo lo posible para diagnosticarlo de manera adecuada.

Cuando hablamos de la interpretación, no tenemos un buen nivel de corte para la gran mayoría de los alimentos, especialmente las IgE alimentarias. Se han recopilado algunos datos muy antiguos que intentaron ofrecer algunos valores predictivos para diferentes alimentos. Es importante reconocer que esto solo se ha establecido para unos pocos alimentos, como el huevo, la leche, el maní, el pescado, la soja y el trigo. Los números significan cosas diferentes para diferentes alimentos. Por ejemplo, con la soja y el trigo, las personas en general no experimentan reacciones a menos que tengan un nivel muy alto de IgE hacia esos alimentos en la sangre, o pueden tener un mayor riesgo de tener alergia real al pescado, con un nivel de IgE más bajo. Pero, aun así, no es una ciencia cierta. Los valores predictivos positivos y negativos están por todas partes cuando se trata de estas pruebas y lo que falta aquí es que no sabemos cuál es el valor predictivo para cosas como el sésamo o para frutas y verduras. Cuantas más pruebas de IgE se realizan, más se malinterpretan, porque las personas atribuyen erróneamente cualquier IgE detectable a que esa persona tiene una alergia alimentaria y, como comentamos, ese no es el caso.

¿Por qué vemos tasas tan altas de falsos positivos en las pruebas de alergia alimentaria? Existen un par de razones. En lo que respecta a la reactividad cruzada, desde un punto de vista clínico, no existe reactividad cruzada clínica entre el maní, que es una legumbre, y los frutos secos, que crecen en los árboles. El hecho de que alguien haya tenido una reacción al maní no significa que sea alérgico a los frutos secos. Pero si hacen suficientes pruebas, a menudo verán algo de esa sensibilización cruzada en las pruebas. Tengan en cuenta también, y hablaremos de los alérgenos del aire en un segundo, que muchos de nuestros pacientes con alergias alimentarias (no existen en el vacío) también tienen otras afecciones alérgicas



Las pruebas de alergia alimentaria no son pruebas de detección

comórbidas, como rinitis alérgica al polen de los árboles y cuestiones similares.

Con respecto a los frutos secos, muy pocas personas son alérgicas a todos los tipos de frutos secos. Vemos altos grados de reactividad cruzada entre anacardos y pistachos, así como entre nueces y nueces pecanas. Mientras que tenemos baja reactividad cruzada con almendras y estos frutos secos, como avellanas y similares. No hay reactividad cruzada entre el pescado con aletas y los mariscos. Estos son muy diferentes en cuanto al tipo de proteína que provoca reacciones alérgicas. Muchas personas con alergia a los camarones se sienten perfectamente bien si comen pescado con aletas, como salmón, atún o tilapia. Mientras que vemos altas tasas de reactividad cruzada entre los peces con aletas, así como entre los mariscos. Muy pocas personas alérgicas a los camarones pueden comer cangrejo o langosta.

El maní y la soja tienen muy poca reactividad cruzada clínica. Ambos son legumbres, pero, en alguien con una IgE de maní muy elevada, si comienzan a realizar pruebas para detectar otras legumbres, casi siempre resultarán detectables. ¿Eso significa que son alérgicos? No, solo significa que hay falsos positivos en la prueba porque hay mucha similitud con el maní en lo que respecta al análisis. Lo mismo ocurre con el trigo y otros cereales, y luego con la leche de vaca y otros tipos de leche de mamíferos.

Las personas con sensibilización a los aeroalérgenos o rinitis alérgica pueden tener falsos positivos en las pruebas de alimentos. Los ácaros del polvo y las cucarachas se parecen mucho a los mariscos en lo que respecta al análisis de IgE, mientras que las reacciones clínicas en estas personas son muy raras. Una persona alérgica al polen de abedul, que es una causa predominante de rinitis alérgica en la primavera, puede fácilmente tener pruebas falsas positivas para

maní, una variedad de nueces, diferentes frutas o soja. Cualquier cosa que crezca de un árbol puede resultar detectable porque el ensayo cree que está midiendo polen de abedul, pero es posible que esa persona no sea alérgica a eso. Lo mismo ocurre con el pasto y lo que crece en la tierra, como el trigo: una persona alérgica al polen de los árboles puede fácilmente tener pruebas falsas positivas a los frutos secos.

En los últimos años, se disponibilizaron tipos más nuevos de pruebas de IgE, como las pruebas de componentes. Estas han sido desarrolladas para una amplia variedad de alimentos. Las pruebas de componentes, en lugar de observar solo la proteína general que puede unirse a la IgE, descomponen en antígenos específicos. Por ejemplo, cuando se trata de maní, hay algunos antígenos, como Ara h1, h2, h3 y h6, que tienen más probabilidades de causar reactividad clínica a diferencia de Ara h7, h8 y h9, que presenta una mayor sensibilización cruzada con el polen de abedul. Esto se ha establecido para otros tipos de frutos secos, también para el huevo y la leche. Pero aquí está el problema. A menudo, se comercializan como excelentes pruebas de detección para pacientes y, de nuevo, no son pruebas de detección. Pero se comercializan diciendo que pueden predecir la gravedad de la reacción, lo cual no es así. Esto solo puede predecir cuáles de esos pacientes tienen más probabilidades de tener una reacción clínica en comparación con los falsos positivos de las pruebas.

¿Cuándo deberíamos realizar pruebas de componentes? Si tienen antecedentes claros de reacciones alérgicas, probablemente no haya razón para realizar pruebas de componentes. Si, por alguna razón, a alguien le realizaron pruebas de panel y se trata de determinar si fue clínicamente reactiva o tuvo sensibilización cruzada, entonces podemos usarla para ayudar a aclararlo. Pero los valores predictivos no



Las pruebas de alergia alimentaria no son pruebas de detección

han sido bien establecidos y nunca deberían usarse como prueba de detección.

¿Cómo podemos aprovechar toda esta información? Cubrimos mucho en muy poco tiempo. Existen algunas áreas y maneras frecuentes por las cuales estas pruebas pueden malinterpretarse.

Antes de continuar, es muy importante que abordemos todas las pruebas no validadas con las que se pueden haber encontrado o con las que sé que están bombardeando a los pacientes. Hay algunos principios clave que hay que entender. Cuando la validación importa. Estas pruebas de IgE que estábamos discutiendo fueron validadas, lo que significa que vemos diferencias en las personas con una afección, en comparación con aquellas que no la padecen. Vemos los mismos resultados en la misma persona una y otra vez cuando hacemos las pruebas. Han superado criterios muy estrictos para convertirse en una prueba validada. Pero existen pruebas no validadas, como las pruebas de sensibilidad alimentaria de IgG. Se comercializan ampliamente, pero nunca han sido validadas y nunca se ha demostrado que diagnostiquen algo, mucho menos sensibilidades alimentarias. No hay datos que demuestren que una población con ciertos síntomas tendrá resultados de IgG diferentes a los alimentos, en comparación con una población que no tiene esos síntomas, por ejemplo. Existen formas alternativas de pruebas, como las pruebas de liberación del mediador. Existe algo que se llama kinesiología aplicada o prueba muscular. Hay personas que ofrecen análisis electrodérmicos, análisis de cabello y orina. La lista sigue y sigue. Si les hacen preguntas sobre esto, o si ustedes tienen dudas, tómense un momento para pensar: ¿es una prueba validada o no? Con las alergias alimentarias, solo las pruebas cutáneas y las pruebas de IgE sérica están validadas y son útiles.

¿Cómo podemos utilizar esto para beneficiar a nuestros pacientes? Podemos evitar el exceso de pruebas, o podemos utilizar el estándar de oro, y esto es algo que hago todos los días como especialista en alergias alimentarias pediátricas. Realizamos pruebas de exposición oral alimentaria. En estas pruebas, en el consultorio damos pequeñas cantidades de alimento. Aumentamos gradualmente las cantidades con el tiempo y controlamos. Si no se presentan signos o síntomas de reacción alérgica después de comer una porción completa de ese alimento, esa persona no es alérgica a ese alimento. Incluso si se presentan síntomas, hay beneficios porque podemos identificar cuál es el umbral de esa persona. A muchas personas se les hace creer que incluso pequeñas cantidades van a provocar una reacción grave, lo que rara vez ocurre. Sabemos que, por ejemplo, el 50 % de la población alérgica al maní puede comer dos tercios de un grano de maní antes de tener alguna reacción. Eso no significa que no sean alérgicos al maní porque pueden tolerar un maní entero. Solo significa que pueden tolerar un bocadillo. Por otro lado, también significa que el 50 % de la población es alérgica a cantidades muy pequeñas. Y debemos identificar a esas personas y ayudarlas a comprender mejor cómo evitar esos otros tipos de exposición.

Podemos conocer la gravedad de las reacciones porque los observamos comer la comida y podemos ver qué tipos de síntomas pueden ocurrir. También podemos precisar el diagnóstico. La desventaja es que no se ofrecen, ni siquiera por los alergólogos, en la comunidad a gran escala porque requieren mucho tiempo. Hay que contar con el apoyo del personal para poder hacerlo, y las familias están en el consultorio por lo menos 3 o 4 horas por comida. Si se producen reacciones, tenemos que dejar todo lo que estamos haciendo y tratar al paciente y hacerlo sentir mejor. Requiere mucha experiencia. Es una especie de arma



Las pruebas de alergia alimentaria no son pruebas de detección

de doble filo, porque es la mejor prueba que tenemos, pero es difícil de implementar en la práctica clínica de forma regular.

Cuando hablamos de pruebas de exposición oral alimentaria, y no tendremos la oportunidad de hablar de tratamiento, al menos en esta charla, escucharán eso en las otras, la terminología es relevante. Pensamos en los desafíos alimentarios, y esto también se aplica a la desensibilización con inmunoterapia oral, pero queremos hablar sobre cuál es la dosis desencadenante o la dosis reactiva, la dosis que alguien comió y que precedió inmediatamente a sus síntomas. Cada dosis que comieron antes de ese desafío. Normalmente hay cinco o seis pasos en cada desafío. Si no tuvieron síntomas hasta cierto punto, cualquiera que fuera la dosis cuando ocurrieron los síntomas, esa es su dosis desencadenante o reactiva.

Antes de eso, puede sumar la cantidad que ingirieron sin reacción y eso se puede llamar la dosis acumulada que toleraron o, si incluye la dosis que causó la reacción, esa es la dosis reactiva acumulada. Esto puede ser muy útil para ayudar a las personas a comprender mejor los umbrales y cuán alérgicas son.

Incluso si los síntomas ocurren durante una prueba de exposición oral alimentaria, eso puede resultar beneficioso. Hay estudios que han demostrado que la calidad de vida mejora después de estas pruebas. Básicamente, eliminamos las conjeturas. Las familias con alergia alimentaria han adoptado una especie de mentalidad de causa-consecuencia y piensan qué sucede si están expuestos a esta pequeña cantidad, qué pasa si toca su piel, ¿qué pasa si esto, qué pasa si aquello? Podemos responder muchas de esas preguntas. De hecho, podemos mostrarles, de una manera muy segura, que vieron a su hijo comer una cantidad y estos fueron los síntomas que ocurrieron. Quitamos el estigma. Incluso cuando se administra

epinefrina para que las personas se sientan mejor debido a las reacciones durante las pruebas de exposición oral alimentaria, las familias están agradecidas porque pudieron ver qué tan rápido funcionó el medicamento, pudieron ver que el autoinyector no era tan aterrador como pensaban. Y, por supuesto, cuando se tiene éxito, es un punto de inflexión. Esa es la mejor parte del trabajo. Si podemos volver a incluir en la dieta alimentos que se evitaban, o eliminar el miedo con respecto a alimentos específicos y demostrar que es muy seguro para sus hijos, será una gran victoria. También es parte de su identidad, así que tenemos que abordar eso porque, especialmente los adolescentes, vivieron toda su vida, durante años y años, pensando que incluso pequeñas cantidades de su alérgeno alimentario los enviarían al hospital. Cuando superan el desafío, ya no son alérgicos. Es una forma muy positiva de apoyarlos y hablar sobre cómo pueden integrarlo en su vida. Es una experiencia muy poderosa.

¿Cuáles son algunos de los conceptos educativos clave que son esenciales para pacientes y padres? Comprender el diagnóstico adecuado. Decirle a alguien que evite un alimento en su dieta ya no es una recomendación benigna. Leemos cada vez más y aprendemos más y más sobre los hábitos alimentarios desordenados, en particular cuando se realizan estos grandes paneles de pruebas de sensibilidad a los alimentos. Por cierto, las pruebas de IgE que mencioné y describí en detalle tienen altas tasas de falsos positivos: no son pruebas de detección, las pruebas de sensibilidad alimentaria de IgG sí lo son, la IgG es un anticuerpo de memoria. Esto no está involucrado en absoluto en una respuesta alérgica. Es una respuesta inmunitaria normal a la IgG extraña y específica de un alimento hacia ese alimento cuando se ingiere. Todo lo que miden estas pruebas son básicamente alimentos que las personas han comido en el pasado, pero luego



Las pruebas de alergia alimentaria no son pruebas de detección

se les da la vuelta y se malinterpretan diciendo que esto demuestra que alguien tiene sensibilidad a un alimento. Ese no es el caso en absoluto. Queremos educar a las familias sobre todo el marketing que existe y educarlas sobre cómo diagnosticar y controlar adecuadamente la alergia alimentaria.

Veo muchas familias que tienen miedo de alimentar a su bebé. Hablamos de pautas dinámicas y de cómo, como establecimiento médico, hemos asustado a los padres de todo el mundo por la alimentación de sus bebés. Ahora toda la evidencia respalda la introducción temprana de alimentos alergénicos en la dieta de los bebés alrededor de los 4 a 6 meses de edad, una vez que ya estén comiendo otros sólidos, y luego, lo más importante, es mantenerlos en la dieta de manera constante para promover la tolerancia. Muchas familias, o incluso médicos remitentes, todavía solicitan una evaluación antes de la introducción, pero no queremos hacerlo. No hay evidencia que respalde la detección y la realización de pruebas antes de la introducción. De hecho, puede causar más ansiedad. Se puede hacer creer a los padres que deben hacer pruebas antes de alimentar a su bebé, lo cual puede ser algo muy seguro, pero genera mucha desconfianza. Las pautas son dinámicas, pero la ciencia es así. Es muy complicado y así funciona la evolución de la evidencia.

Desde nuestro punto de vista, puede dar lugar a interpretaciones inadecuadas, por lo que obtenemos muchos falsos positivos y acabaremos por decirle a la gente que evite un alimento al que su hijo tal vez no sea alérgico. Por cierto, si alguien está sensibilizado, pero no es alérgico, es decir, tiene una prueba de alergia falsamente positiva, y no le damos ese alimento, eso crea una alergia alimentaria. O peor aún, si alguien come un alimento, no tiene reacciones, pero tiene un falso positivo y se le pide que elimine ese alimento de la dieta, eso hará que desarrolle alergias

alimentarias. Ahí nosotros estamos haciendo daño. Hay muchas limitaciones de tiempo para esto y, desde un punto de vista sistémico, se retrasará la introducción ya que la gente espera a ser atendida. Puede tomar dos o tres meses ver a un alergólogo y, en ese período, podrían haber comido todos estos alimentos y, de hecho, se puede perder esa ventana de oportunidad en la que alguien está sensibilizado, pero podría tolerar un alimento. Debemos pensar mucho por qué hacemos pruebas de alergia alimentaria y por qué las recomendamos.

En la evaluación siempre queremos poder estratificar en riesgo bajo, moderado y alto de desarrollar alergias alimentarias. La ausencia de factores de riesgo no significa que no se pueda desarrollar una alergia alimentaria, pero, en general, un historial familiar de alergias alimentarias no es un factor de riesgo muy importante. Incluso en aquellas familias que tienen hermanos mayores o hijos mayores de ese bebé o niño pequeño que ustedes atienden, ese no es un factor de riesgo muy fuerte. De hecho, existe evidencia que muestra que los hermanos menores de niños con alergias alimentarias tienen un riesgo menor de desarrollar alergias alimentarias. ¿Qué edad tienen? Sería bastante improbable que se desarrollara una nueva alergia alimentaria en un niño de 12 años. Puede suceder, absolutamente, pero sería muy particular. El factor de riesgo más fuerte, en especial en los bebés, son aquellos con dermatitis atópica o eccema persistente, de moderado a grave. No son aquellos niños que tienen una pequeña mancha que sigue reapareciendo. Se trata de una superficie corporal importante que se cubre a pesar del muy buen cuidado de la piel por parte de la familia. Estamos hablando de evitar los desencadenantes, cuidar la piel a diario con humectantes espesos y usar un corticosteroide tópico bueno y potente para tratar la inflamación. Aquellos bebés que aún tienen dermatitis



Las pruebas de alergia alimentaria no son pruebas de detección

atópica persistente, a pesar de ello, son los que tienen mayor riesgo de desarrollar alergia alimentaria, lo que refuerza aún más el argumento de empezar a comer el alimento lo antes posible y mantenerlo en la dieta. Esos son los pacientes que debemos abordar para tratar de prevenir el desarrollo de alergias alimentarias. No debemos examinarlos primero con pruebas porque los bebés con eccema a menudo tienen tasas muy altas de falsos positivos porque tienen una gran cantidad de IgE total en su sistema. Las IgE específicas suelen ser inexactas.

También debemos frenar la ansiedad en estas familias. Si acuden al consultorio con mucha ansiedad con respecto a alimentar al bebé, podemos solucionarlo. Podemos hablar sobre los riesgos y beneficios de las pruebas y preguntarles: "Si hacemos las pruebas, ¿cambiará algo?". Pueden tomar prestado un discurso que uso regularmente: "No hay ninguna indicación médica que justifique realizar pruebas antes de presentar los alimentos a los bebés. He conocido a suficientes padres para saber que algunos solo necesitan ver un resultado negativo para tener la confianza necesaria para alimentarlos. No tengo problema en realizar la prueba para ciertos alimentos y necesito su ayuda para determinar de qué se trata si un resultado negativo les ayudará a regresar a casa y alimentar a su bebé hoy. Pero si vemos un resultado elevado, no diagnosticaré una alergia alimentaria en su bebé que nunca ha comido ese alimento y ha tenido una reacción a él. Lo que les pediré es que regresen para presentarlo en el consultorio y que así ustedes ganen algo de confianza".

Hay un arte en lo que hacemos. No estoy diciendo que esté completamente en contra de las pruebas, pero tenemos que ser muy, muy críticos y reconocer el daño que puede ocurrir si obtenemos un montón de falsos

positivos y diagnosticamos múltiples alergias alimentarias en un bebé que en realidad no las tiene. Ese es un problema real.

Las conclusiones clave de esta introducción a las pruebas de alergia alimentaria, son que tenemos recursos limitados en nuestra caja de herramientas. Disponemos de buenas pruebas cuando se interpretan correctamente, pero la mejor prueba es siempre la historia clínica detallada. Debemos concentrarnos en eso. Es algo que todos podemos hacer. Cuando la probabilidad previa a la prueba a partir de la historia clínica sugiere que no se trata de una alergia alimentaria, no es necesario realizar otras pruebas. Simplemente no está indicado y podemos abordar esas preocupaciones y precisar el diagnóstico. Hay muchas otras razones por las que los niños pueden experimentar síntomas asociados con el consumo de alimentos que no tienen nada que ver con la alergia. Como mencioné, todos los síntomas que pueden ocurrir debido a una alergia alimentaria también pueden ocurrir por razones no alérgicas. Depende de nosotros proporcionar un diagnóstico preciso.

Existen limitaciones importantes con las pruebas cutáneas y de IgE en sangre actuales. No pueden predecir la gravedad de la reacción, solo la probabilidad de que haya alergia, lo que luego se relaciona con la probabilidad previa a la prueba obtenida a partir de la historia clínica. Las mejores pruebas que tenemos, y es la herramienta más sólida con la que contamos, son las pruebas de exposición oral alimentaria, que requieren mucha comprensión sobre cómo realizarlas, experiencia y conocimientos para ayudar a las familias a superarlas. Esa es la mejor herramienta que tenemos y que puede ayudar a todos.