

Otros Protocolos

Sospecha de alergia a alimentos y fármacos

G. GALA ORTIZ

Unidad de alergología. Hospital Cruz Roja. Gijón.

INTRODUCCIÓN

La presencia, cada vez más frecuente, de procesos alérgicos en la población justifica la necesidad de establecer unos protocolos básicos de actuación entre las diferentes especialidades médicas que atienden a diario a enfermos alérgicos. En la edad infantil es una de las patologías a las que se enfrentan con mayor frecuencia tanto pediatras como alergólogos. Por ello, nos proponemos en la siguiente exposición resumir los conceptos y normas básicas de actuación en las alergias a alimentos y a medicamentos.

Alergia alimentaria

La alergia alimentaria consiste en reacciones adversas a alimentos producidas por un mecanismo inmunológico IgE mediado. Los alérgenos alimentarios suelen ser proteínas o glicoproteínas con un peso molecular entre 5 y 100 Kda, resistentes al pH ácido y a las enzimas digestivas y, en la mayoría de los casos, a la temperatura. Cada alimento puede tener varias fracciones antigénicas, existiendo reactividad cruzada entre alimentos que las contienen, si bien dicha reactividad cruzada no siempre tiene una expresión clínica.

En ocasiones, la historia clínica es muy sugerente, con una relación causa efecto muy clara. En otras, los datos clínicos son confusos, siendo necesario la realización de estudios in vitro e in vivo que han ido evolucionando con el paso de los años, permitiendo a alergólogos y pediatras unos diag-

nósticos más fiables. Si bien tanto las pruebas cutáneas en prick como las pruebas in vitro, especialmente la determinación de IgE específica, son muy sensibles, el porcentaje de falsos positivos es alto, siendo la provocación controlada la única prueba diagnóstica totalmente fiable, aunque no exenta de riesgos y que, por ello, debe realizarse en función de la historia clínica y de la evolución de las pruebas in vitro y test cutáneos. La evolución clínica es muy variable. En la edad infantil, las probabilidades de tolerancia a medio plazo son superiores a las de la alergia alimentaria en adultos.

En el momento actual las proteínas de la leche de vaca, las proteínas del huevo, los frutos secos, los pescados, las legumbres, algunas frutas y los mariscos son los alimentos más alergénicos en nuestro medio.

Alergia a fármacos

La reacción alérgica a un fármaco consiste en la respuesta anormal a un medicamento producida por un mecanismo inmunológico. Muchos de los síntomas o signos que experimenta un paciente atribuidos a los medicamentos no son reacciones propiamente inmunológicas y, por consiguiente, habría que englobarlos en el concepto de reacción adversa (cualquier efecto perjudicial o no deseado que ocurre tras la administración de una dosis normalmente utilizada en la especie humana para la profilaxis, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o para la modificación de una

Correspondencia: Gaspar Gala Ortiz. C/Uría nº37. 33202 Gijón.

Correo electrónico: gasparga@saludalia.com

© 2006 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.1/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

función biológica). La prevalencia de reacciones alérgicas a fármacos en la infancia es inferior a la de los adultos. Podría influir el hecho de que los pacientes de corta edad han recibido, por lo general, tratamientos farmacológicos en un menor número de ocasiones que los adultos, si bien dicha hipótesis no está plenamente confirmada.

La introducción constante de nuevos fármacos en el mercado conlleva a la aparición continua de nuevos casos de reacción alérgica a medicamentos previamente desconocidos, si bien hoy en día la amoxicilina como antibiótico y los antiinflamatorios no esteroideos como analgésicos siguen siendo los fármacos que más reacciones originan.

FISIOPATOLOGÍA

Alergia alimentaria

El tracto gastrointestinal dispone de barreras inmunológicas y no inmunológicas para reducir la exposición sistémica a antígenos. Entre las barreras no inmunológicas destacan los jugos gástricos y las enzimas proteolíticas. Entre las barreras inmunológicas destaca la existencia de un tejido linfoide asociado al intestino que dispone de folículos linfoides, linfocitos, células plasmáticas, mastocitos y nódulos linfoides. Durante la digestión predomina la producción de IgA secretora que forma complejos con las proteínas disminuyendo su grado de absorción. Ambas barreras juegan un papel fundamental en el desarrollo de la tolerancia oral. La pérdida de dicha tolerancia origina la hipersensibilidad a los alimentos, que es más frecuente en niños, debido probablemente a la inmadurez del sistema inmune y de las funciones fisiológicas del tubo digestivo. La incidencia de alergia alimentaria es mayor en niños con déficit de IgA y que, a diferencia de los adultos, en los niños hay menos secreción ácida, las secreciones mucosas contienen glicoproteínas con unas propiedades físicas y químicas diferentes y la actividad enzimática está disminuida.

Se considera que el desarrollo de alergias alimentarias depende de múltiples factores, siendo necesario la alteración de las barreras inmunológicas y no inmunológicas para que se produzca un incremento en los niveles de anticuerpos IgE y, posteriormente, una hipersensibilidad en la reexposición.

Alergia a fármacos

Los fármacos de mayor peso molecular tienen una mayor capacidad de originar respuestas inmunes. Para que un fár-

maco de bajo peso molecular sea capaz de activar el sistema inmunológico debe unirse a un carrier y, en muchas ocasiones, es un metabolito de ese fármaco el que se une a esa macromolécula (carrier) para, en conjunto, inducir la respuesta inmune. Todo ello puede explicar la relativa baja incidencia de los procesos de hipersensibilidad a fármacos y, sobre todo, el hecho de que muchos fármacos no se puedan testar en la piel o mediante otros procedimientos inmunológicos para detectar la hipersensibilidad a los mismos.

Por todo ello, la naturaleza química de algunos fármacos va a permitir un mayor grado de inducción de la respuesta inmunológica, siendo los antibióticos betalactámicos el modelo más conocido. En particular, con penicilina y amoxicilina se han conseguido caracterizar sus determinantes antigénicos, lo cual permite disponer de test cutáneos con alta fiabilidad diagnóstica. Lamentablemente, con la mayoría de los fármacos no se dispone de estos avances diagnósticos. Los fármacos están implicados en todos los tipos de reacciones de hipersensibilidad propuestos por Gell y Coombs. Así, la penicilina origina cuadros de urticaria o anafilaxia (tipo I), anemias hemolíticas (tipo II), enfermedad del suero (tipo III), dermatitis de contacto (tipo IV). Todo ello condiciona unas manifestaciones clínicas muy diversas y, en ocasiones, una dificultad diagnóstica considerable.

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Alergia alimentaria

Alergia a leche de vaca

La leche materna contiene un 60% de proteínas séricas y un 40% de caseína, destacando la ausencia de betalactoglobulina, que predomina en la leche de vaca y es una de las proteínas más frecuentemente implicada en los pacientes alérgicos. En la lactancia artificial, las fórmulas adaptadas contienen una proporción relativa de proteínas séricas 40/60 suero/caseína en lugar de 20/80 de la leche de vaca, por lo que la betalactoglobulina está sobrerrepresentada. Se estima que entre el 2-5% de la población infantil se sensibiliza a proteínas de la leche de vaca.

La sintomatología suele iniciarse al introducir la lactancia artificial con fórmulas adaptadas, generalmente en los primeros 6 meses de vida. La urticaria, el angioedema, las exacerbaciones de síntomas de dermatitis atópica y los síntomas digestivos (vómitos o diarrea) son las manifestaciones clínicas más frecuentes.

El diagnóstico se realiza en varias fases:

1. La historia clínica detallada de los episodios de reacción adversa.
2. Las pruebas cutáneas, prick test con extractos de leche de vaca y sus fracciones proteicas. Tienen una alta sensibilidad diagnóstica: un prick negativo para leche de vaca suele ser fiable para descartar sensibilización y un prick positivo tiende menos capacidad discriminativa.
3. Los estudios in vitro, mediante la determinación de niveles de IgE específica para leche de vaca, alfa lactoalbúmina, beta lactoglobulina y caseína.
4. Las pruebas epicutáneas (parches con extractos de alimento a concentraciones no irritativas para lectura a las 48-96 horas), empleadas en ocasiones en dermatitis atópica.
5. La provocación labial y, finalmente, la provocación oral controlada. El momento de realizar una provocación oral se establece en función de la evolución de los niveles de IgE específica, la edad del paciente, el tiempo transcurrido desde la reacción adversa, la gravedad de la reacción y la presencia o no de clínica en transgresiones dietéticas.

El único tratamiento válido es la dieta estricta de evitación de proteínas de leche de vaca.

Para confirmar la tolerancia se hacen revisiones anuales con repeticiones de prick e IgE específica, en espera del momento adecuado para realizar la provocación en cada caso. Generalmente, ante un prick test mayor de 3 mm asociado a una IgE específica mayor de 2.5 KU/L se recomienda mantener la dieta en espera de que los valores disminuyan (valor predictivo positivo del 90%).

Se establece tolerancia al año de vida en el 50-60% de los niños, a los dos años en el 70-75% y a los 4 años en el 85%. A partir de los 3-4 años la evolución a tolerancia es más difícil y a los 10 años de edad la alergia a proteínas de leche de vaca persiste en el 10% de los pacientes inicialmente sensibilizados.

Alergia al huevo de gallina

En la clara de huevo se han identificado múltiples proteínas alergénicas, destacando por su presencia la ovoalbúmina (54%), ovotransferrina (12%), ovomucoide (11%), lisozima (3,5%) y ovomucina (1,5%). En la yema de huevo se

han identificado como fijadoras de IgE los gránulos, livetinas y lipoproteínas de baja densidad. Predomina la sintomatología cutánea, siendo menos frecuentes los síntomas digestivos y respiratorios y, en ocasiones, se desencadenan síntomas con la primera toma de huevo completo. Es frecuente la tolerancia inicial a yema de huevo cocida, retrasándose la tolerancia a clara. El diagnóstico se realiza en varias fases:

1. La historia clínica detallada de los episodios de reacción adversa.
2. Las pruebas cutáneas en prick, que se realizan con extractos comerciales de clara de huevo, yema de huevo y algunas proteínas (ovoalbúmina y ovomucoide, principalmente) y con clara y yema de huevo fresco crudas y cocidas. Algunos estudios indican que para el huevo, un prick test de 7 mm tiene una especificidad del 100% como parámetro predictivo de provocación oral positiva.
3. Las determinaciones in vitro de IgE específica para clara y yema de huevo. Algunos trabajos consideran los niveles de IgE específica como predictivos de provocación positiva estableciéndose el punto de corte en valores entre 3.5 y 6 KU/L. Se ha empleado la IgE mayor de 2 KU/L para huevo como un marcador de sensibilización futura a inhalantes.
4. En ocasiones, se realiza test de contacto en mejilla o labial previo a la provocación oral controlada. De nuevo, seguiremos los mismos criterios establecidos en el apartado de la leche de vaca para establecer el momento óptimo para proceder a la provocación oral controlada.

El único tratamiento válido mientras persista la sensibilización es la dieta de evitación de huevo de gallina y de todos los alimentos que puedan contenerlo como alimento oculto.

La mitad de los niños alérgicos toleran huevo a los 24-30 meses del episodio inicial. La tolerancia a partir de los 10 años ya es mucho menos probable.

Alergia a pescados

Los alérgenos de importancia clínica en el pescado son proteínas del sarcoplasma muscular, principalmente las parvalbúminas. El bacalao es considerado como la causa más común de alergia a pescados, con una posible reactividad cruzada con pescados de familias cercanas en la clasificación zoológica: atún, lenguado, anguila, róbalo. Su princi-

pal alérgico, la proteína M es una parvaalbúmina que no se altera tras someterla a cocción y digestión enzimática.

Por lo general, ante una alergia a pescados blancos se considera muy alta la probabilidad de reactividad cruzada con otros pescados blancos, siendo mejor tolerados los pescados azules (túnidos) y frecuente la tolerancia a otras especies marinas como son los bivalvos y cefalópodos. En este caso, la evolución clínica tiende a la cronicidad de la alergia en el 80-90% de los casos, especialmente a partir de los 12 años de edad.

Alergia a los frutos secos

En nuestro medio, los frutos secos que originan más cuadros de alergia alimentaria son la almendra, el cacahuete, la avellana y la nuez. La alergia al cacahuete es común en la edad infantil, siendo un alérgico que precisa un manejo prudente por ser la causa más frecuente de muerte por anafilaxia alimentaria en gran parte del mundo. Es, asimismo, el alérgico alimentario más frecuente como alérgico oculto en múltiples alimentos. A partir de los 5 años de edad es rara la tolerancia en niños sensibilizados; en niños menores de esa edad y con IgE específica <5 KU/L, en ocasiones, se puede reevaluar si existe o no sensibilización.

Se ha descrito reactividad cruzada, al menos en cuanto a prueba cutánea positiva, en pacientes con síntomas con uno de ellos y pruebas cutáneas positivas a varios frutos secos.

La tolerancia a los frutos secos sólo se consigue en un 25% de los casos de alergia alimentaria.

Alergia a mariscos

La gamba suele ser el crustáceo implicado con mayor frecuencia en cuadros de alergia alimentaria. En la infancia y adolescencia la alergia a mariscos es hasta 3 veces superior a la observada en adultos, pudiendo ser la sintomatología severa con relativa frecuencia. El antígeno mayor de la gamba, una tropomiosina, tiene reactividad cruzada con otras especies de crustáceos, por lo que es preciso evitar todos ellos en caso de sensibilización.

El prick test se realiza con extractos comerciales de marisco y con carne de crustáceos en fresco crudos y cocidos. Es frecuente la reactividad cruzada con otros alérgenos como los ácaros, por lo que el prick test por sí sólo no es diagnóstico definitivo. Se observan con frecuencia tanto falsos

negativos (prick test negativo en paciente con alergia a crustáceos) como falsos positivos (prick test positivo en paciente no alérgico a crustáceos). La decisión de realizar una provocación oral vendrá determinada por los datos recogidos en la historia clínica y el resultado del prick test e IgE específica. Se ha descrito sintomatología por vapores de cocción en pacientes sensibilizados.

Alergia a legumbres

La lenteja es la legumbre que produce más reacciones alérgicas en nuestro medio, seguida del garbanzo. En los niños españoles la sensibilidad a leguminosas representa la quinta alergia alimentaria más prevalente. Es frecuente la alergia a más de una de ellas, siendo la asociación más frecuente lenteja-guisante seguida de lenteja-garbanzo. Mediante inhibición por ELISA se ha demostrado una gran reactividad cruzada entre lenteja, garbanzo, judía y cacahuete, si bien en muchas ocasiones la decisión de suprimir una leguminosa de la dieta no se basa exclusivamente en el resultado de la IgE específica, sino en una prueba de provocación alimentaria oral positiva. La judía es la legumbre mejor tolerada. En muchas ocasiones, los síntomas aparecen con la primera exposición y está descrita la sintomatología con vapores de cocción en pacientes sensibilizados. La rentabilidad diagnóstica del prick es superior cuando se realiza con extractos hervidos que con crudos.

En el 75% de los casos no se consigue la tolerancia, siendo mayor la frecuencia de tolerancia a medio plazo cuanto menor sea el nivel de IgE específica en el momento del diagnóstico.

Pautas generales de la alergia a alimentos

1. La única medida eficaz de tratamiento en la alergia alimentaria sigue siendo la dieta de exclusión, tanto del alimento en sí como de cualquier producto elaborado que pueda contenerlo.
2. En aquellos casos en que la reacción desencadenada por la ingesta del alimento sea severa, especialmente ante cuadros de anafilaxia o compromiso respiratorio severo, las precauciones deben ser extremas y la familia del paciente debe comprender que el niño no debe consumir ningún alimento que se sospeche pueda contener trazas del alérgico al que está sensibilizado. Es muy importante en estos casos instruir a la familia en el mane-

jo de la adrenalina ante una eventual transgresión dietética.

3. Para el resto de reacciones, en función del alimento implicado (ya hemos visto que la evolución clínica y las probabilidades de tolerancia son diferentes en cada alimento) el paciente deberá ser revisado periódicamente. La variación en cuanto al diámetro del prick test, los niveles de IgE específica, la edad del paciente, e incluso, muy frecuentemente, la sospecha de transgresiones en la dieta que nos cuente la propia familia, nos pueden indicar en qué paciente y en qué momento puede estar indicada la provocación oral controlada para constatar de forma fiable la tolerancia al alimento en cuestión.
4. Hoy en día, la provocación oral sigue siendo la única prueba definitiva de tolerancia, puesto que en este campo de la alergología son frecuentes las sensibilizaciones asintomáticas (prick test y/o IgE positivas con provocación oral negativa) y los falsos negativos (prick test y/o IgE negativa con provocación oral positiva).

Alergia a fármacos

Alergia a antibióticos betalactámicos

Etiología

Actualmente, el antibiótico betalactámico que origina más casos de sensibilización es la amoxicilina, con una prevalencia entre 0,75-1,5% de la población, siendo ésta superior en adultos. Previamente era la penicilina, actualmente en desuso y, por ello, el número de pacientes sensibilizados disminuye progresivamente. La introducción de las cefalosporinas genera cada vez con mayor frecuencia nuevos casos de reacciones alérgicas a nuevos betalactámicos, en ocasiones, demostrándose reactividad cruzada entre fármacos del grupo y en otras originando sensibilizaciones selectivas. Incluso el ácido clavulánico está descrito como causante de algunos cuadros.

Historia clínica

Ante cualquier paciente que acuda con sospecha de alergia a un fármaco es fundamental recoger una historia clínica detallada que incluya el nombre de los medicamentos consumidos, el intervalo entre la toma del medicamento y el comienzo de la reacción, el número de tomas previas a la reacción, antecedentes de ingesta del medicamento o de otro del mismo grupo en el pasado, así como una descripción de

la sintomatología (tipo de erupción cutánea, extensión, presencia de otros síntomas asociados, duración del cuadro, respuesta al tratamiento sintomático pautado, etc).

Pruebas diagnósticas

1. Pruebas cutáneas: Se trata del único grupo de fármacos para los que existe un extracto comercial para prick test e intradermoreacción. La sensibilidad del prick test con extractos comerciales de determinantes antigénicos mayores (bencilpeniciloilpolisina) y mezclas de determinantes antigénicos menores (bencilpenicilina, ácidos peniciloico, penamáldico y penicilénico, penicilamina, peniloil, penicilanil) es muy superior a la de la técnica in vitro, dado que ésta última no es capaz de detectar la sensibilización a los determinantes antigénicos menores, que son los responsables del mayor número de casos. Además de los extractos comerciales se emplea para realizar test cutáneos en prick la amoxicilina a una concentración de 20 mg/ml y las cefalosporinas a una concentración 1 mg/ml.
2. Pruebas in vitro: Actualmente se dispone de determinación de IgE específica para penicilina g, penicilina v, ampicilina, amoxicilina y cefaclor. Se están ensayando nuevas técnicas diagnósticas in vitro, entre las que destaca el test de activación de basófilos, disponible hoy en día en pocos servicios de alergología. En el caso de los antibióticos betalactámicos, su sensibilidad es del 52,8% y su especificidad del 92,6%. Se ha demostrado la utilidad de esta técnica in vitro para otros medicamentos, como el metamizol, la aspirina e, incluso, con otros alérgenos, como pueden ser el látex o los inhalantes. La rentabilidad diagnóstica del test cutáneo sumada a la determinación de IgE específica (CAP farmacia) para detectar hipersensibilidad a penicilina y amoxicilina se sitúa en torno al 70%. Empleando ambas técnicas existe un 30% de falsos negativos, en los que la prueba diagnóstica más fiable sería la provocación controlada.
3. Ante una reacción de hipersensibilidad retardada (horas o más de un día tras la toma del medicamento) debe considerarse también, previo a la provocación, la realización de pruebas epicutáneas (parches con diluciones del antibiótico a concentraciones no irritativas con lectura a las 48 y 96 horas) para descartar una hipersensibilidad tipo IV.

4. Si el resultado de las técnicas descritas previamente es negativo, se procede a la provocación controlada con el medicamento a estudio, siempre y cuando la historia clínica no lo desaconseje. Los estudios in vivo deben realizarse en medio hospitalario para tratar una eventual reacción anafiláctica durante la realización de dicha prueba. Ante pacientes de alto riesgo o con clínica sugerente de anafilaxia o toxicodermia severa, dicha prueba no siempre es recomendable y siempre se debe valorar previamente el beneficio-riesgo para el paciente. Según el último *position paper* sobre diagnóstico de reacciones de hipersensibilidad inmediata a antibióticos betalactámicos, en niños dicho estudio es aconsejable realizarlo cuando proceda a partir de los 6 años de edad, si bien la limitación de la edad del paciente no es estricta y dependerá del beneficio-riesgo en cada caso a estudiar.

Diagnóstico diferencial

En edad infantil es frecuente la aparición de exantemas en el curso de las infecciones. Ello condiciona que, en muchas ocasiones, la historia clínica sea un procedimiento diagnóstico dudoso y sea necesario realizar el estudio in vivo con test cutáneos y provocación controlada para evitar muchos falsos positivos diagnósticos basados en la historia clínica. Así, se considera que en pacientes con mononucleosis infecciosa la administración de ampicilina o amoxicilina se asocia a erupción cutánea en un 90-100% de los casos, mientras que en una mononucleosis infecciosa en la que no se administran estos antibióticos la probabilidad de erupción cutánea se sitúa entre el 3-10% de los casos. No se conoce con exactitud el mecanismo fisiopatológico que origina esta asociación.

La enfermedad del suero es una reacción de hipersensibilidad tipo III que se ha descrito con relativa frecuencia en la literatura en edad infantil con diferentes fármacos, entre los que destacan la penicilina y algunas cefalosporinas como el cefaclor. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, con la aparición de urticaria, edema, fiebre, linfadenopatías, artritis o artralgiás, unos 7 días por término medio, tras la iniciación del tratamiento y, en muchos casos, con tolerancia previa al antibiótico sin incidencias.

Éstas y otras muchas manifestaciones cutáneas que pueden aparecer coincidiendo con un tratamiento farmacológico hacen que, en ocasiones, el diagnóstico definitivo de

una alergia a un medicamento, en este caso los antibióticos betalactámicos, sea complicado de obtener.

Tratamiento

Ante una alergia confirmada a antibióticos betalactámicos, hoy en día, la única medida eficaz de tratamiento consiste en evitar este grupo de antibióticos en tratamientos futuros.

En los casos de anafilaxia el paciente y su familia deben tener muy presente que la alergia al fármaco, por lo general, no remite con el paso del tiempo y que una reexposición al fármaco puede originar una reacción igual o superior a la previa.

La reactividad cruzada está descrita entre diversos betalactámicos, por lo que como norma general, no se debe administrar ningún medicamento del grupo, si bien durante los últimos años se han publicado diversos trabajos en los que se ha confirmado en algunos pacientes tolerancia a otros fármacos del grupo (principalmente, pacientes sensibilizados a penicilina o amoxicilina que toleran cefalosporinas).

Alergia e intolerancia a analgésicos

Etiología

Representan el 35% de las consultas de alergología por reacción a fármacos en España y, de nuevo, es una patología mucho más frecuente en edad adulta. En la primera mitad del siglo XX el ácido acetilsalicílico era el responsable, pero la introducción de los antiinflamatorios no esteroideos y pirazonas a partir de 1960 hace que se describan nuevos casos con todos estos analgésicos según se fueron introduciendo en la población.

Historia clínica

Los cuadros de hipersensibilidad inmediata se describen, principalmente, con pirazonas (81% de las reacciones de hipersensibilidad a analgésicos), con reacciones cutáneas a los pocos minutos de la ingesta del medicamento que, en ocasiones, son muy severas. Con los antiinflamatorios no esteroideos en mucho más frecuente la presencia de cuadros de intolerancia debidos al mecanismo de acción de la mayoría de estos fármacos, la inhibición de la ciclooxigenasa I, que cursan con brotes de angioedema, urticaria o cuadros respiratorios de rinitis o asma y suelen iniciarse a las 2-3 horas de la toma del analgésico.

La intolerancia a antiinflamatorios en edad pediátrica es poco frecuente, incluso en niños con asma bronquial, si bien ante una historia clínica sospechosa es recomendable realizar estudio alergológico. Se trata de un proceso, generalmente, asociado al asma intrínseco del adulto (10-30% de los pacientes) o asma y poliposis nasal (30-40% de los pacientes) o urticarias crónicas (20-30% de los pacientes).

Pruebas diagnósticas

Los tests cutáneos pueden ser útiles con las pirazolonas en el 50% de los casos (se trata, muchas veces, de auténticas hipersensibilidades tipo I de carácter selectivo) y sólo en casos puntuales para el paracetamol o los antiinflamatorios no esteroideos.

En algunos centros se están realizando protocolos con provocaciones nasales o bronquiales con acetilsalicilato de lisina, con controles con rinomanometría y espirometrías, respectivamente, con resultados prometedores, que evitan en muchas ocasiones llegar a realizar la provocación oral controlada, prueba no exenta de riesgos. Nuevamente, en edad pediátrica suele ser necesario posponer cualquiera de estas pruebas hasta una edad razonable en la que se puedan ejecutar con mayor facilidad y menor riesgo para el paciente.

Al igual que ocurre con la mayoría de medicamentos, el diagnóstico definitivo de una alergia o intolerancia a antiinflamatorios sólo se obtiene tras una provocación controlada hospitalaria.

Diagnóstico diferencial

Una historia clínica detallada (fármaco, síntomas y tiempo transcurrido tras la toma del fármaco) nos puede ayudar a diferenciar una hipersensibilidad de una reacción de intolerancia a antiinflamatorios. Actualmente, ante una sospecha de alergia o intolerancia a antiinflamatorios, hasta realizar un estudio alergológico del caso, no se le debe administrar al paciente ningún antiinflamatorio no esteroideo ni pirazolonas y se le debe interrogar acerca de la tolerancia al paracetamol. Aproximadamente, un 20-30% de los intole-

rantes a antiinflamatorios tampoco toleran paracetamol a dosis altas (generalmente dosis superiores a 1 gramo). En algunas ocasiones, se han descrito alergias selectivas a paracetamol o a determinados antiinflamatorios con tolerancia a los otros grupos de antiinflamatorios.

El descubrimiento de la vía de la ciclooxigenasa II en 1990 por Needleman permite la introducción en el mercado de una nueva familia de antiinflamatorios que, en muchas ocasiones, suponen una buena alternativa terapéutica para los intolerantes, si bien no están aprobados para su uso en edad pediátrica.

Tratamiento

En función de los datos obtenidos en el procedimiento diagnóstico, se establece qué analgésicos puede consumir el paciente y, si existe hipersensibilidad o intolerancia, se especifica cuales no debe volver a utilizar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ditto A, Grammer L. Food allergy. En: Grammer L, Greenberger P (eds). *Patterson's allergic diseases*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002, pp. 257-277.
2. Alonso E, Fernández L, Somoza ML. Alergia a alimentos en niños. Alergia a leche y huevo en niños. *Alergol Immunol Clin* 2001; 16:96-115.
3. Ibañez MD, Martínez M, Sánchez JJ, Fernández E. Reactividad cruzada de las legumbres. *Allergol et Immunopathol* 2003; 31 (3):151-161.
4. Sampson HA. Update on food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113:805-818.
5. Sanz ML, Gamboa PM, Antépara I, Uasuf C, Vila L, García-Avilés C, et al. Flow cytometric basophil activation test by detection of CD63 expression in patients with immediate-type reactions to Beta-lactam antibiotics. *Clin Exp Allergy* 2002; 32:1-10.
6. Torres MJ, Flanca M, Fernández J, Romano A, de Weck A, Aberer W, et al. Diagnosis of immediate allergic reactions to beta-lactam antibiotics. *Allergy* 2003; 58:961-972.
7. Leung AK, Rafaat M. Eruption associated with amoxicillin in a patient with infectious mononucleosis. *Int J Dermatol* 2003; 42:553-555.
8. Gala G, Fernández R. Tolerancia a meloxicam en pacientes intolerantes a antiinflamatorios no esteroideos. *Alergol Immunol Clin* 2003; 18:275-279.