

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL «LA PAZ».

CLINICA INFANTIL. MADRID

Alergia alimentaria. Clínica y diagnóstico

(Resumen)

*Doctor Ojeda Casas **

Existen dos grandes grupos de alergia a alimentos: *a)* Uno, con casos mucho menos numerosos, de alergia alimenticia anafiláctica, y *b)* otro, al que pertenecen la mayoría de los casos, que nosotros preferimos llamar alergia alimentaria no anafiláctica, frente a otras denominaciones quizá menos afortunadas (alergia alimentaria retardada) o erróneas (alergia microprecipitínica).

El primer grupo es de mecanismo atópico, mantenido indiscutiblemente por reagentes. Los test que detectan reagentes (pruebas cutáneas, P. K., etcétera) son positivos prácticamente siempre y con frecuencia peligrosos. La desensibilización con dieta, difícil o imposible.

En el otro grupo, alergia alimentaria no anafiláctica, cabe distinguir dos subtipos: uno, integrado por unas pocas entidades con mecanismo inmunológico conocido (enteritis maligna sangrante o síndrome de

Rubin, algunas enteropatías, dudosamente la celiaca, quizá la hemosis pulmonar idiopática y, aun más dudosamente, quizá algunos casos de púrpura de Schönlein-Henoch). Estas entidades estarían mantenidas por anticuerpos precipitantes y sólo en ellas tendrían valor diagnóstico los test "in vitro" que detectan estos anticuerpos (hemaglutinación, inmunodifusión, fijación de complemento, etcétera).

El otro subtipo, que sigue constituyendo la mayoría de los casos de alergia alimentaria no anafiláctica propiamente dicha, se caracteriza por: anamnesia negativa o, a lo sumo, sugestiva de sensibilización a alimentos; pruebas cutáneas negativas o débiles, en el 83 por 100 de los casos; P. K., con la misma incertidumbre que las pruebas cutáneas; eliminación y provocación positivas, y desensibilización, con dieta, habitualmente fácil de conseguir.

En este último grupo, el mecanismo inmunológico no está determinado por anti-

* Jefe del Servicio de Alergia e Inmunopatología.

cuerpos precipitantes, como se comprueba por la presencia de dichos anticuerpos, también en niños sin alergopatía alimentaria ni ningún otro proceso alérgico. Los test "in vitro" para anticuerpos precipitantes no tienen, en estos casos, ningún valor diagnóstico.

Nosotros creemos que, también en este grupo, el mecanismo inmunológico es atópico, mantenido por reaginas. Sin embargo, la detección de este tipo de anticuerpos con los medios habituales (pruebas cutáneas y P. K.) es, generalmente, de resultados dudosos o de positividad débil. Pensamos que este hecho se debe a que el antígeno sensibilizante no es el alimento en estado nativo, sino un producto de degradación digestiva. Empleando estos produc-

tos de degradación digestiva, fabricados en nuestro laboratorio, los primeros resultados parecen confirmar la hipótesis.

Finalmente, utilizando los test "in vitro" que detectan reaginas, los que miden la liberación de histamina de sangre o leucocitos sensibilizados, o la degranulación de basófilos, ante la adición del antígeno, son laboriosos y de resultados más que dudosos en este tipo de alergia alimentaria.

Otro tipo de test "in vitro", que probablemente detecta reaginas, el índice leucopénico de Vaughan, ha sido útil en nuestra experiencia, con un 85 por 100 de resultados positivos congruentes con el diagnóstico de alergia alimentaria y un 11 por 100 de resultados de positividad inespecífica, no congruente con el diagnóstico.