

Anamnesis y examen físico

History and physical examination

Silvana Beatriz Monsell,¹ María Cristina Díaz²

¹ Pediatra, Alergóloga e Inmunopatóloga; profesora en medicina. Médica a cargo del consultorio de Alergia del Hospital del Niño de San Justo, Buenos Aires, Argentina.

² Pediatra alergóloga, Médica de planta en la Unidad de Alergia del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Argentina.

Recibido: 01-08-2023

Aceptado: 29-10-2023

Publicado: 31-12-2023

Correspondencia

Silvana Beatriz Monsell
todoasma@gmail.com

DOI: 10.29262/ram.v70i4.1333

ORCID

Silvana Beatriz Monsell
0000-0002-8804-4651
María Cristina Díaz
0000-0003-1591-4457

Resumen

El método más efectivo para el diagnóstico de alergia alimentaria es la historia clínica, que comprende la anamnesis y el examen físico. La anamnesis debe incluir el interrogatorio dirigido y detallado, y junto con el examen físico aportarán los datos necesarios para orientar hacia el diagnóstica, y sugerir si la fisiopatología es mediada o no por IgE, lo que es pertinente para la selección e interpretación de las pruebas específicas y establecer el diagnóstico certero, además de evaluar la posibilidad de distinguir entre los distintos diagnósticos diferenciales. Es importante valorar la historia clínica, porque ninguna prueba in vivo o in vitro tienen relevancia de no ser confirmados con la misma. Incluso si existe un fuerte antecedente de alergia alimentaria detectado en la anamnesis, las pruebas positivas pueden confirmar el diagnóstico sin necesidad del desafío oral, y de esta forma evitarse el riesgo y costo de su realización. La expresión de la alergia alimentaria está influenciada por factores de riesgo no modificables que incluyen sexo, raza y genética (familiares), y factores modificables: dermatitis atópica, deficiencia de vitamina D, dieta con alta cantidad de grasas poliinsaturadas y deficiente de antioxidantes, consumo de fármacos antiácidos, obesidad, aumento de la higiene, influencia de la microbiota, tiempo y vía de exposición de los alimentos (mayor riesgo al retrasar la ingestión oral de alérgenos y concomitante exposición ambiental de los mismos que conduce a sensibilización y alergia).

Palabras clave: Alergia alimentaria; Historia clínica; Examen físico; Anamnesis.

Abstract

The most effective method for diagnosing food allergy is the clinical history, which includes anamnesis and physical examination. The anamnesis must include a directed and detailed questioning, and together with the physical examination, it will provide the necessary data to guide the diagnosis and suggest whether the pathophysiology is mediated or not by IgE, which is relevant for the selection and interpretation of the tests. specific and establish the accurate diagnosis, in addition to evaluating the possibility of distinguishing between the different differential diagnoses. It is important to assess the clinical history, because no in vivo or in vitro test is relevant if it is not confirmed with it. Even if there is a strong history of food allergy detected in the history, positive tests can confirm the diagnosis without the need for oral challenge, thus avoiding the risk and cost of performing it. The expression of food allergy is influenced by non-modifiable risk factors that include sex, race and genetics (familial), and modifiable factors: atopic dermatitis, vitamin D deficiency, diet high in polyunsaturated fats and deficient in antioxidants, consumption of antacid drugs, obesity, increased hygiene, influence of the microbiota, time and route of food exposure (increased risk by delaying oral ingestion of allergens and concomitant environmental exposure of the same that leads to sensitization and allergy).

Key words: Food allergy; Clinic history; Physical exam; Anamnesis.

El método más efectivo para establecer el diagnóstico de alergia alimentaria es la historia clínica, que comprende la anamnesis y el examen físico.^{1,2} La anamnesis debe incluir el interrogatorio dirigido y detallado, y junto con el examen físico aportarán los datos necesarios para orientar hacia el diagnóstico, y sugerir si la fisiopatología es mediada o no por IgE, lo que es pertinente para la selección e interpretación de las pruebas específicas y establecer el diagnóstico certero, además de evaluar la posibilidad de distinguir entre los distintos diagnósticos diferenciales.³ Es importante valorar la historia clínica, porque ninguna prueba *in vivo* o *in vitro* tienen relevancia de no ser confirmadas con la misma.⁴ Incluso si existe un fuerte antecedente de alergia alimentaria detectado en la anamnesis, las pruebas positivas pueden confirmar el diagnóstico sin necesidad del desafío oral,⁵ y de esta forma evitar el riesgo y costo de su realización. Así mismo, la historia clínica detallada puede evidenciar otras causas atribuidas a los síntomas, además de la alergia alimentaria, por ejemplo: intolerancia o intoxicación alimentaria o los efectos farmacológicos de los alimentos.

Es importante contar con la historia clínica detallada de los alimentos implicados y posibles alérgenos desencadenantes al momento de la reacción, durante el tiempo transcurrido entre la exposición y la aparición de los síntomas, sean estos inmediatos, mediatos o tardíos, secuencia de aparición de los mismos, gravedad, tratamiento recibido, reproducibilidad, factores de riesgo, identificación de los alimentos que se toleran y alteraciones médicas y alérgicas coexistentes.³

La expresión de la alergia alimentaria está influenciada por factores de riesgo no modificables que incluyen sexo, raza y genética (familiares), y factores modificables: dermatitis atópica, deficiencia de vitamina D, dieta con alta cantidad de grasas poliinsaturadas y deficiente de antioxidantes, consumo de fármacos antiácidos, obesidad, aumento de la higiene, influencia de la microbiota, tiempo y vía de exposición de los alimentos (mayor riesgo al retrasar la ingestión oral de alérgenos y concomitante exposición ambiental de los mismos que conduce a sensibilización y alergia).⁶

También es importante detallar los factores asociados que aumentan las manifestaciones clínicas: medicamentos recibidos, ingesta de alcohol o ejercicio físico,⁷ e interrogar acerca de cierto tipo de comorbilidades (asma, dermatitis atópica y urticaria).

En la lactancia es importante conocer el tipo de alimentación previa al inicio de los síntomas: lactancia exclusiva, alimentación solo con fórmula y tipo de fórmula o alimentación mixta (preguntar explícitamente la alimentación en las primeras horas de vida, pues en la actualidad, en la actualidad, algunas instituciones siguen ofreciendo biberones en este periodo, también conocidos como biberones “fantasma”).

En niños es sumamente importante valorar su crecimiento y estado nutricional, además de la asociación con otras manifestaciones de atopía.

Antecedentes personales

En pacientes con alergia alimentaria durante los primeros años de vida es decisivo conocer la vía nacimiento (cesárea o parto), porque algunos estudios relacionan el nacimiento por cesárea con mayor probabilidad de alergia alimentaria. La edad gestacional supone otro factor de riesgo; antecedentes familiares de dermatitis atópica, asma, rinitis alérgica, alergia a alimentos, principalmente en familiares directos.

Las manifestaciones clínicas pueden ser variables, dependiendo del sistema afectado y el tipo de mecanismo inmunológico implicado. **Cuadros 1 y 2**

El examen físico debe ser detallado (**Cuadro 3**). El diagnóstico certero se asocia directamente con la historia clínica adecuada, que incluya la anamnesis y examen físico detallado y exhaustivo para orientar al mecanismo fisiopatológico responsable, según las manifestaciones clínicas, su relación temporal entre la ingesta y el inicio de los síntomas y la recurrencia en ingestas posteriores, y la identificación del alimento causal, para de esta forma efectuar la correcta interpretación de las pruebas diagnósticas, correlacionándolas de acuerdo con la edad y población de estudio.

Cuadro 1. Manifestaciones clínicas por aparatos⁸

Gastrointestinal	Respiratorio	Dermatológico	Otros
Salivación	Silbancias	Flushing	Anafilaxia
Plurito oral	Inflamación de la vía aérea	Urticaria	Falla del crecimiento
Naúseas	Rinitis	Angioedema	Hipotensión
Vómito	Tos	Prurito	Hipotermia
Dolor abdominal	Rinoconjuntivitis	Dermatitis atópica	
Diarrea	Broncoespasmo		
Enterorragia			

Cuadro 2. Manifestaciones clínicas según mecanismos inmunológicos⁸

Mediado por IgE	No mediado por IgE	Mixtos
Salivación	Diarrea crónica	Dermatitis atópica
Náuseas, vómito	Vómitos recidivantes	Anemia
Purito oral	Broncoespasmos	Enteropatía
Diarrea	Falla del crecimiento	Esofagitis
Rinitis, conjuntivitis		Reflujo gastroesofágico
Tos		
Sibilancias		
Broncoespasmo		
Urticaria, angioedema		
Flushing, prurito		

Cuadro 3. Examen físico.

Peso actual	Talla actual (g)	Perímetro cefálico (cm)	cm
Urticaria	Prurito sin urticaria		
Angioedema	Excema atópico exacerbado		
Síntomas gastrointestinales			
Desposiciones	Frecuencia	Consistencia	Sangre materia fecal
Diarrea - estreñimiento			
Vómito			
Dolor abdominal			
Cólicos			
Reflujo gastroesofágico			
Disfagia			
Síntomas respiratorios			
Vía aérea superior:	Rinitis	Congestión nasal	
Vía aérea inferior:	Frecuencia respiratoria	rxm sibilancias	
Tos:	Estridor	Dificultad para respirar	
Cardiovascular		mm / g	
Frecuencia cardíaca:	Ixm. Tensión arterial		
Generales			
Anafilaxia:	Irritabilidad		

REFERENCIAS

1. Mayorga C, Palomares F, et al. New Insights in Therapy for Food Allergy. *Foods* 2021; 10; 10 (5): 1037. doi: 10.3390/foods10051037.
2. Chinthrajah RS, Tupa D, et al Diagnosis of Food Allergy. *Pediatr Clin North Am* 2015; 62 (6): 1393-408. doi: 10.1016/j.pcl.2015.07.009.
3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Food and Nutrition Board; Committee on Food Allergies: Global Burden, Causes, Treatment, Prevention, and Public Policy. Finding a Path to Safety in Food Allergy: Assessment of the Global Burden, Causes, Prevention, Management, and Public Policy. Oria MP, Stallings VA, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Nov 30.
4. Sicherer SH, Wood RA; American Academy of Pediatrics Section On Allergy And Immunology. Allergy testing in childhood: using allergen-specific IgE tests. *Pediatrics* 2012; 129 (1): 193-7. doi: 10.1542/peds.2011-2382.
5. Sicherer SH, Allen K, et al. Critical Issues in Food Allergy: A National Academies Consensus Report. *Pediatrics* 2017; 140 (2): e20170194. doi: 10.1542/peds.2017-0194.
6. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: A review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and management. *J Allergy Clin Immunol* 2018; 141 (1): 41-58. doi: 10.1016/j.jaci.2017.11.003.
7. Gargano D, Appanna R, et al P. Food Allergy and Intolerance: A Narrative Review on Nutritional Concerns. *Nutrients* 2021; 13 (5): 1638. doi: 10.3390/nu13051638.
8. Yu W, Freeland DMH, et al. Food allergy: immune mechanisms, diagnosis and immunotherapy. *Nat Rev Immunol* 2016; 16 (12): 751-765. doi: 10.1038/nri.2016.111.