

ASPECTOS CLÍNICOS DE LA ALERGI A ALIMENTARIA

FABIOLA BARBOZA M.D.¹

RESUMEN

La combinación de influencias genéticas, características del procesamiento del antígeno alimentario, y el momento de la introducción de los alimentos, puede influir en el desarrollo de la alergia alimentaria. Las manifestaciones clínicas pueden ser generales; digestivas; respiratorias y cutáneas. Entre enero de 2002 y enero de 2006 se revisaron 3105 historias clínicas del Servicio de Gastroenterología Pediátrica del Hospital de Especialidades de Maracaibo, Venezuela, con diagnóstico de alergia alimentaria. Se encontraron 421, con una prevalencia del 13.5%. Su tratamiento incluye, la dieta de eliminación de alérgenos estricta, que en algunos casos no es tan efectiva tanto por desconocimiento médico como de los padres o tutores, el uso de proteínas hidrolizadas, los esteroides sistémicos, y la dieta materna.

Palabras clave: Aspectos clínicos, Alergia alimentaria, Niños

INTRODUCCIÓN

La combinación de influencias genéticas, características del procesamiento del antígeno alimentario, y el momento de la introducción de los alimentos, puede influir en el desarrollo de la alergia alimentaria¹. La relación entre los patrones de alimentación y el posterior desarrollo de alergia alimentaria ha sido el foco de muchos debates e investigaciones sobre las últimas décadas. Las

¹ MD. Gastroenterólogo Pediatra. Maracaibo, Venezuela

Recibido para publicación: enero 15, 2009

Aceptado para publicación octubre 15, 2009

SUMMARY

The combination of influences genetic, characteristic of the processing of the food antigen, and the moment of the introduction of foods, can influence in the development of the food allergy. The clinical manifestations can be general; digestive; respiratory and cutaneous. Between January of 2002 and January of 2006, 3105 records of the Service of Pediatric Gastroenterology of the Hospital of Specialties of Maracaibo, Venezuela were reviewed, with diagnosis of food allergy: 421 were studied, with a prevalence of the 13,5%. Its treatment includes, the elimination diet of allergens, that in some cases is not so effective as much by medical ignorance as of the parents or tutors; the hydrolyzed protein use, the general steroids, and the maternal diet.

Key words: Clinic aspects, Food allergy, Children

recomendaciones nacionales han sido realizadas por muchos países en cómo alimentar al niño para disminuir el riesgo de alergia alimentaria, pero debido a la falta de evidencia firme, las recomendaciones difieren ampliamente (Tabla 1)².

DEFINICIONES

Se define hipersensibilidad a los alimentos, como la reacción que causa síntomas reproducibles objetivamente tras la exposición de un alimento a dosis bien toleradas por sujetos sanos; alergia, como la reacción adversa a los alimentos de patogenia inmunológica (mediadas o no por IgE); e hipersensibilidad no alérgica como sinónimo de intolerancia³⁻⁵.

Tabla 1
Diferentes pautas sobre alimentación a nivel mundial para evitar el riesgo de alergia alimentaria en niños²

<p>Leche materna exclusiva por 6 meses (todos los lactantes): Australia, República Checa, Dinamarca, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Suráfrica, Gran Bretaña</p> <p>Uso de fórmulas parcialmente hidrolizadas (lactantes de alto riesgo): Australia, República checa, Francia, Alemania, Lituania, Polonia, Rusia, Estados Unidos</p> <p>Uso de fórmulas extensamente hidrolizadas (lactantes de alto riesgo): Australia, Dinamarca, Alemania, Irlanda, Italia, Polonia, Rusia, España, Estados Unidos</p> <p>Introducción de alimentos sólidos luego del 6 mes de vida (todos los lactantes): Australia, República Checa, Dinamarca, Irlanda, Lituania, Suráfrica, Gran Bretaña</p> <p>Introducción de alimentos sólidos entre los 4 y 6 meses de edad (todos los lactantes): Austria, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Polonia, Rusia (3 meses), España, Estados Unidos</p> <p>Retardo en la introducción de alimentos alergénicos (lactantes de alto riesgo): Australia, República Checa, Francia, Alemania, Grecia, Lituania, Polonia, Rusia, Gran Bretaña (solamente maní)</p> <p>Retardo en las guías de acuerdo al orden de la introducción de los alimentos (todos los lactantes): Australia, Austria, República Checa, Dinamarca, Francia, Grecia, Polonia, Rusia, Suráfrica</p>
--

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Pueden ser generales; digestivas; respiratorias y cutáneas. **Digestivas:** vómitos; diarrea; malabsorción; esofagitis; hemorragia intestinal; gastritis; cólico del lactante; reflujo gastroesofágico; estreñimiento. Arslan et al., en 57 niños con estridor agudo, encuentran que en el 62.5% de los niños con RGE, 32 de ellos presentaban croup a repetición, y sugieren que la asociación RGE y atopia debe ser investigada en niños con croup espasmódico recurrente⁶. **Respiratorias:** rinitis; tos; asma. **Cutáneas:** eritema; urticaria; angioedema. **Generales:** anemia; letargia; irritabilidad; fatiga; alteraciones del sueño; acidosis láctica; muerte súbita. Según Brill, los lactantes con alergia a la proteína de la leche de vaca, usualmente se presentan con síntomas similares a las reacciones alérgicas de los niños mayores como síntomas cutáneos tales como urticaria, rash y prurito, como también síntomas respiratorios tales como sibilancias y tos (nivel de evidencia I), siendo usualmente indicativos de reacción mediada por IgE. Así mismo, se pueden presentar con manifestaciones gastrointestinales y nutricionales como reflujo gastroesofágico, esofagitis, gastritis,

retardo en el vaciamiento gástrico, enteropatía, colitis, estreñimiento, y falla para crecer (niveles de evidencia I y II)⁷. Kvenshagen et al., en 608 lactantes menores de 6 meses de edad, encontró un 4.9% de reacciones adversas a la leche entera de vaca consistentes en dolor abdominal en 13, síntomas gastrointestinales en 7, síntomas respiratorios en 6, y dermatitis atópica en 1⁸.

NUESTRA EXPERIENCIA

Entre enero de 2002 y enero de 2006 se revisaron 3105 historias clínicas del Servicio de Gastroenterología Pediátrica del Hospital de Especialidades de Maracaibo, Venezuela, con diagnóstico de alergia alimentaria. Se encontraron 421, con una prevalencia del 13.5%. Eller et al., según el estudio de cohortes DARC (Danish Allergy Research Centre) realizado en 562 niños menores de 18 meses, relatan una prevalencia de hipersensibilidad a los alimentos del 3.6%⁹. Hubo una gran variación en la incidencia de alergia alimentaria, según quien haga el diagnóstico: alergólogo; gastroenterólogo; pediatra; o médico general. La prevalencia puede ser sobrestimada, y se

calcula sobre un 6% en niños. No se reporta población objeto de estudio. El 57% de los pacientes fueron de sexo masculino y presentaron según la edad una mayor incidencia entre 7 meses y 1 año, época en la que se inicia la alimentación complementaria y a partir de los cinco años va disminuyendo. Los síntomas más frecuentes en el grupo de edad entre los 0 y 3 meses fueron en su mayoría diarrea, reflujo, vómito, y secreciones respiratorias, entre otros. En el grupo de edad entre los 4 y 6 años de edad continúan predominando la diarrea, el reflujo, el vómito, el rash, las secreciones respiratorias, y aparecen las deposiciones con sangre. Entre los 7 meses a 1 año de edad, continúan la diarrea, los vómitos, las evacuaciones con sangre, la tos, la anorexia, y aparece el dolor abdominal, entre otros. De los 2 a 4 años continúa la diarrea en primer lugar, el vómito, el dolor abdominal, las heces con sangre, y aumenta la anorexia, secreciones respiratorias y el asma. De 5 a 8 años, el síntoma principal es el dolor abdominal, el vómito y en menor cantidad, la diarrea. En niños entre los 9 y 12 años de edad, el síntoma principal, es el vómito, seguido de dolor abdominal, las heces con sangre y la diarrea. Entre los 13 y 18 años de edad, el síntoma principal es dolor abdominal, seguido de vómito y diarrea.

Métodos diagnósticos. Principalmente se encuentra el RAST y la videoendoscopia, que debe ser indicada en niños mayores de 1 año, en niños que persisten con sintomatología a pesar del tratamiento y la exclusión dietética. En nuestro servicio en el período previamente relatado se realizaron 197 videoendoscopias (46,7%). Allen et al., recomiendan que un diagnóstico temprano de la alergia a la proteína de la leche de vaca no mediada por IgE es esencial en el orden de reducir el riesgo de resultados adversos nutricionales¹⁰.

RAST: En nuestra experiencia, los alérgenos más frecuentemente identificados fueron la leche, seguido del tomate, cerdo, gluten y camarón, entre otras (Tabla 2).

Alimento	Porcentaje(%)
Leche	100
Caseína	56
Alfalfa albúmina	44
Tomate	60,97
Cochino	51,21
Gluten	46,34
Camarón	39,02
Piña	34,14
Cebada	26,8
Maíz	21,95
Fresa	14,63
Maní	14,63
Chocolate	9,75

Del 100% que tuvieron alergia a la leche el 56% era para proteína caseína y el 44% para la alfalfa albúmina.

Videoendoscopia: Gastritis: La incidencia de gastritis crónica en niños con alergia alimentaria fue del 23.6% leve, del 26.31% moderada y del 18.42% severa. La incidencia de duodenitis aguda en pacientes con alergia alimentaria fue del 5.2% leve, del 10.5% moderada y del 7.8% severa. La incidencia de duodenitis crónica en pacientes con alergia alimentaria fue del 2.6% leve, del 18.42% moderada y del 52.63% severa. **Duodenitis:** En este trabajo se identificó duodenitis eosinofílica moderada (6–10 eosinófilos/cap) en el 21.05% y severa (>10 eosinófilos/cap) en el 23.68%. Talensnik et al., en 97 niños entre 3 y 18 años de edad, con sospecha de enfermedad péptica e hipersensibilidad a los alimentos, reporta a los hallazgos endoscópicos macroscópicos, un 54,6% de normalidad, un 17.5% de modularidad antral y un 11.4% de úlceras gastroduodenales; con hallazgos microscópicos en un 60.8% de gastritis crónica, un 36.1% de infiltración polimorfonuclear y un 77.1% con eosinófilos¹¹.

En resumen; la leche de vaca, el huevo, el maní, la soya y el pescado, representan el 90% de los alimentos responsables de las reacciones alérgicas en niños; las manifestaciones clínicas más sobresalientes incluyen la urticaria, la anafilaxis, la dermatitis atópica, los síntomas respiratorios, y los problemas gastrointestinales como vómito, diarrea, disfagia, estreñimiento y rectorragia; su diagnóstico puede hacerse por RAST y *prick test*⁵.

MANEJO

Su tratamiento incluye, la dieta de eliminación de alérgenos estricta, que en algunos casos no es tan efectiva tanto por desconocimiento médico como de los padres o tutores¹², el uso de proteínas hidrolizadas, los esteroides sistémicos, y la dieta materna. Allen et al., recomiendan que para el manejo de la alergia a la proteína de la leche de vaca mediada por IgE, es necesario una dieta de eliminación estricta a la proteína de la leche y dejar por escrito inclusive un plan de acción a la alergia, que incluya una automedicación de adrenalina, si es el caso, y aseguran, que si estos niños se manejan adecuadamente, el pronóstico de la alergia a la proteína de leche de vaca en estos niños, es excelente¹⁰. Dentro de esta dieta de eliminación, inclusive, no deben recibir leche procedente de otros mamíferos, ya que existe reactividad cruzada entre las proteínas de la leche de vaca y la de otros mamíferos¹³. En niños con alergia a los alimentos persistente y severa, la inmunoterapia oral es un tratamiento promisorio¹⁴. Con relación al uso de fórmulas infantiles, el Consenso Australiano, indica algunas guías que incluyen el uso de tres tipos de fórmulas infantiles cuya proteína puede ser soya, o extensamente hidrolizadas y con aminoácidos, cuya selección dependerá del síndrome alérgico a ser tratado: las extensamente hidrolizadas, para lactantes menores de 6 meses de edad en el manejo inmediato de la alergia a la proteína de la leche de vaca (no anafiláctica), de la colitis inducida por proteína alimentaria, y del eczema atópico; las de soya, para lactantes mayores de 6 meses de edad

con reacciones alimentarias inmediatas y para quienes presenten síntomas gastrointestinales o dermatitis atópica en ausencia de falla para crecer; y las fórmulas con aminoácidos, en anafilaxis y esofagitis eosinofílica¹⁵. Según Osborn et al., no hay pruebas que apoyen la alimentación con una fórmula hidrolizada para la prevención de la alergia comparada con la lactancia materna exclusiva; y hay pruebas limitadas de que en los lactantes de alto riesgo que no pueden alimentarse exclusivamente con leche materna, una alimentación prolongada con una fórmula hidrolizada comparada con una fórmula de leche de vaca reduce la alergia infantil y en la niñez y la alergia a la proteína de la leche de vaca infantil; lo que hace pensar que en vista de los problemas metodológicos y la inconsistencia de los resultados se necesitan grandes ensayos adicionales, bien diseñados que comparen las fórmulas que contienen suero parcialmente hidrolizado, o caseína completamente hidrolizada con las fórmulas de leche de vaca¹⁶. De hecho, al presente, hay insuficiente datos para documentar un efecto protector de alguna intervención dietaria entre los 4 y 6 meses de edad para evitar el desarrollo de enfermedades atópicas¹⁷. Algo igualmente controversial es el inicio tardío de la alimentación complementaria; Snijders et al., en 2558 lactantes, en el estudio KOALA demuestran que un retardo en la introducción de los productos con leche de vaca, está asociado con un elevado riesgo para eczema¹⁸. Con relación al uso de prebióticos, no existen suficientes pruebas para determinar la función de la administración de suplementos prebióticos en las fórmulas para neonatos para la prevención de la enfermedad alérgica o la intolerancia alimentaria; un ensayo menor de oligosacáridos prebióticos con pérdidas excesivas informó una reducción en el eccema en neonatos de alto riesgo y alimentados con fórmula; motivo por el cual, se requieren ensayos adicionales para determinar si este resultado persiste durante un período mayor, se aplica a otras manifestaciones de la enfermedad alérgica, se asocia con reducciones de la sensibilización a alérgenos y es reproducible¹⁹.

En conclusión; la alergia alimentaria es más frecuente en niños en edades comprendidas entre los 7 meses y un año; la diarrea crónica es la manifestación clínica más frecuente en los primeros cuatro años; en escolares y adolescentes, predominan los vómitos y el dolor abdominal; los alérgenos más frecuentemente detectados por RAST son la leche, el tomate, el cerdo y el gluten; de las proteínas de la leche de vaca, la caseína se detecta como alérgeno más frecuente; un alto porcentaje de pacientes presentan duodenitis crónica severa (52.63%), y de estos, un 23.68% con eosinofilia severa; y las heces con sangre debe ser considerada como síntoma de alergia alimentaria donde se ha excluido otros diagnósticos. Williams et al., recomiendan a los padres al menos 3 factores a tener en cuenta en el manejo y prevención de sus hijos con alergia alimentaria: el soporte en la autonomía de los niños, la monitorización/protección constante de estos niños, y la educación ante situaciones de emergencia²⁰.

Referencias

1. Shaker M, Woodmansee D. An update on food allergy. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21: 667–674
2. Grimshaw KEC, Allen K, Edwards CA, Beyer K, Boulay A, van der Aa LB, et al. Infant feeding and allergy prevention: a review of current knowledge and recommendations. A EuroPrevall state of the art paper. *Allergy* 2009; 64: 1407–1416
3. Berni R, Ruotolo S, Discepolo V, Troncone R. The diagnosis of food allergy in children. *Curr Opin Pediatr* 2008; 20: 584–589
4. Targa Ferreira C, Seidman E. Food allergy: a practical update from the gastroenterological viewpoint. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83: 7-20
5. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 117: S470-S475
6. Arslan Z, Erol F, Özmen S, Kondolot M, Piskin IE, Yöney A. Evaluation of allergic sensitization and gastroesophageal reflux disease in children with recurrent croup. *Pediatr Internat* 2009; 51: 661–665
7. Brill H. Approach to milk protein allergy in infants. *Can Fam Physician* 2008; 54: 1258-1264
8. Kvenshagen B, Halvorsen R, Jacobsen M. Adverse reactions to milk in infants. *Acta Pædiatrica* 2008; 97: 196–200
9. Eller E, Kjaer HF, Høst A, Andersen KE, Bindslev-Jensen C. Food allergy and food sensitization in early childhood: results from the DARC cohort. *Allergy* 2009; 64: 1023–1029
10. Allen KJ, Davidson GP, Day AS, Hill DJ, Kemp AS, Peake JE, Prescott SL, Shugg A, Sinn JKH, Heine RG. Management of cow's milk protein allergy in infants and young children: An expert panel perspective. *J Paediatr Child Health* 2009; 45: 481–486
11. Talesnik E, Majerson D, Serrano C, Einsman H, González C, Peña A, et al. Marcadores de alergia alimentaria en enfermedad péptica. *Rev Chil Pediatr* 2009; 80: 121-128
12. Koester Weber T, Leite Speriðião P, Sdepanian VL, Fagundes Neto U, de Moraes MB. The performance of parents of children receiving cow's milk free diets at identification of commercial food products with and without cow's milk. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83: 459-464
13. Dalmau Serra J, Martorell Aragonés A, Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. alergia a proteínas de leche de vaca: prevención primaria. Aspectos nutricionales. *An Pediatr (Barc)* 2008; 68: 295-300
14. Beyer K, Wahn U. Oral immunotherapy for food allergy in children. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2008; 8: 553–556
15. Kemp AS, Hill DJ, Allen KJ, Anderson K, Davidson GP, Day AS, et al. Guidelines for the use of infant formulas to treat cows milk protein allergy: an Australian consensus panel opinión. *Med J Australian* 2008; 188: 109–112
16. Osborn DA, Sinn J. Fórmulas que contienen proteínas hidrolizadas para la prevención de alergias y de la intolerancia alimentaria en lactantes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
17. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW, Committee on Nutrition and Section on Allergy and Immunology. Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Timing of Introduction of Complementary Foods, and Hydrolyzed Formulas. *Pediatrics* 2008; 121: 183-191
18. Snijders BEP, Thijs C, van Ree R, van den Brandt PA. Age at First Introduction of Cow Milk Products and Other Food Products in Relation to Infant Atopic Manifestations in the First 2 Years of Life: The KOALA Birth Cohort Study. *Pediatrics* 2008; 122: e115-e122
19. Osborn DA, Sinn JK. Prebióticos en neonatos para la prevención de la enfermedad alérgica y la hipersensibilidad alimentaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
20. Williams NA, Parra GR, Elkin TD. Parenting children with food allergy: preliminary development of a measure assessing child-rearing behaviors in the context of pediatric food allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009; 103: 140–145.