

¿CÓMO PLANIFICAR EL ESTUDIO DE UN LACTANTE EN EL QUE SE SOSPECHA UNA ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA, EN UN CONTEXTO DE APS?

Autor: Dra. Estefanía Terán Q. Residente Medicina Familiar UC

Editor: Dra. Pamela Rojas G. Docente Departamento Medicina Familiar UC

Octubre 2020

RESUMEN PORTADA: La alergia a la proteína de leche de vaca es la alergia alimentaria más frecuente en los menores de 1 año. En este artículo revisaremos su diagnóstico en un contexto de atención primaria.

INTRODUCCIÓN:

La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) es un problema creciente, con una prevalencia que oscila entre un 2 - 7,5%¹. En la actualidad contamos con un estudio de Cohorte prospectivo chileno que identifica una prevalencia de APLV de un 6% en las dos cohortes estudiadas².

Uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de APLV es la historia familiar de atopía. Se ha identificado que la atopía en uno de los padres aumenta el riesgo de una APLV entre un 20-40%, mientras que si se presenta en ambos padres el aumento oscila entre 40-60%⁵. El 88% de los niños con APLV tienen historia familiar de atopía⁴.

ENFRENTAMIENTO DIAGNÓSTICO

Fisiopatológicamente, una APLV puede ser mediada o no mediada por IGE, generando cuadros de presentación diferente entre sí. La tabla 1 resume los síntomas y signos que puede presentar un lactante según el mecanismo que medie su condición.

TABLA 1: FORMAS DE PRESENTACIÓN APLV

	APLV no IgE mediada	APLV IgE mediada
Presentación	Reacción retardada (Entre horas-72 hrs luego de exposición a proteína de leche de vaca)	Reacción inmediata (Entre minutos a 2 hrs luego de exposición a proteína de leche de vaca)
Piel	Prurito, Eritema y Eczema importante	Urticaria aguda, Angioedema Aguda , prurito, eritema, brote agudo de eczema atópico
Respiratorio	Rinorrea y congestión nasal	Reacción Anafiláctica, Tos, sibilancias, respiraciones acortadas , rinorrea estornudos, congestión nasal
Gastrointestinal	Colicos, vómitos, reflujo gastroesofágico, rechazo a ciertos alimentos, deposición disgregada, constipación, falla de crecimiento, zona perianal enrojecida, disconfort abdominal, sangre o mucosidad en deposición, palidez y cansancio.	Angioedema labios, lengua y paladar , cólico extremo, vómitos y diarrea

Fuente: South East London Guideline for the Management of cows' milk protein allergy in Primary Care. South East London Area Prescribing Committee: a partnership between NHS organisations in South East London. NICE CG1164.

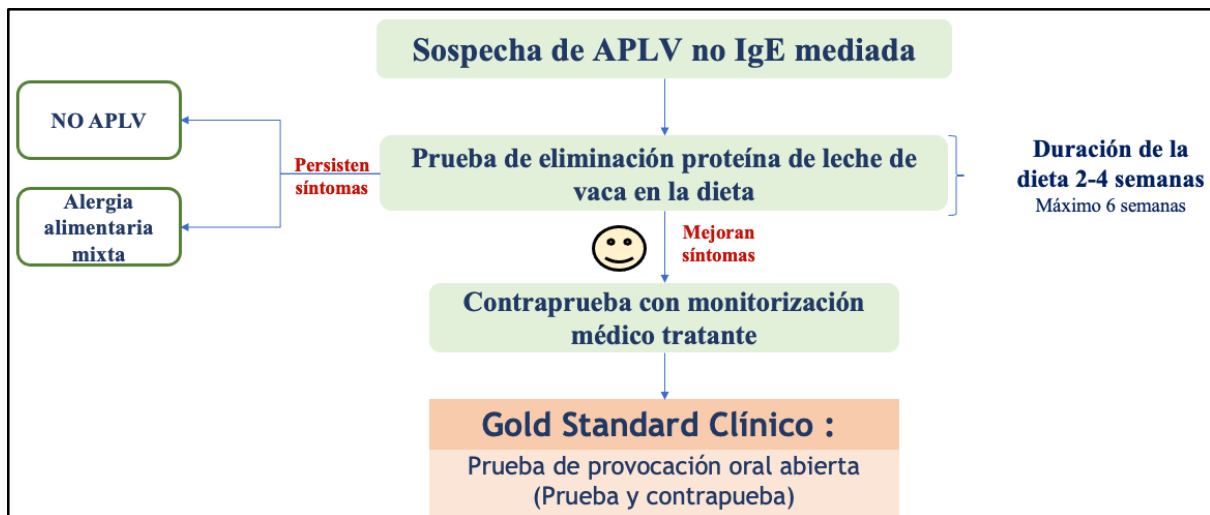
CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA EN APS

La confirmación diagnóstica de un lactante con APLV no es sencilla, y depende de las características del cuadro que presente y si este sugiere una reacción mediada por IgE.

En aquellos lactantes en los cuales se sospeche una APLV mediada por IgE, con reacción inmediata o anafilaxia asociada, **se debe iniciar sin demora una dieta de eliminación** y solicitar niveles de IgE específica. Si el estudio resulta negativo se puede proceder a una contraprueba bajo supervisión por su médico tratante. Los lactantes con estudio positivo deben ser manejados en el nivel secundario.

Si la sospecha clínica apunta a una APLV no mediada por IgE se procede a realizar un estudio clínico, que resume en el siguiente algoritmo:

ALGORITMO DIAGNÓSTICO APLV NO MEDIADA POR IgE



Fuente: elaboración propia a partir de las referencias citadas en el texto.

ETAPA 1: PRUEBA DE ELIMINACIÓN

Requiere tener claro el tipo de alimentación que recibe el lactante:

1. Lactante alimentado con lactancia materna exclusiva: indicar dieta de eliminación a la madre, tomando en cuenta los alimentos que evidentemente tienen leche y/o sus derivados y educando en relación a la lectura de etiquetas de los alimentos procesados, y la búsqueda de derivados de leche en ellas.
Es importante considerar el importante estrés familiar que genera esta dieta, y la potencial dificultad que tendrá esa madre en lograr una alimentación balanceada y acorde a los requerimientos calóricos que implica sostener una lactancia.
2. Lactante alimentado con fórmula: en menores de 6 meses se sugiere comenzar con una fórmula extensamente hidrolizada. Si el paciente debuta con una anafilaxia deberá comenzar con una fórmula aminoacídica y ser derivado a la brevedad ⁶

La prueba de eliminación debe mantenerse por 2 a 4 semanas, sin exceder las 6 semanas. Por lo general, pacientes con reacciones tempranas y tardías responden rápidamente a la dieta, reduciendo sus síntomas antes de 2 semanas. Los pacientes con manifestaciones gastrointestinales pueden requerir períodos más extensos, 2-4 semanas de dieta de eliminación, para que muestren cambios significativos.

Una prueba de eliminación exitosa hace muy sugerente la presencia de una APLV. Una prueba con pobres resultados, por el contrario, puede significar la ausencia del cuadro o bien la existencia de una alergia alimentaria mixta. por lo que se recomienda derivar a estos lactantes al nivel secundario para completar su estudio.

ETAPA 2: CONTRAPRUEBA

Una respuesta favorable a la prueba de eliminación exige una contraprueba (reintroduciendo lácteos) con monitorización estrecha por parte del tratante.

La realización de una contraprueba requiere tener clara algunas consideraciones: ⁷

1. La contraprueba está contraindicada en lactantes con historia de anafilaxia o una reacción inmediata.
2. La contraprueba debe postergarse si el paciente:
 - a. Presenta síntomas gastrointestinales, respiratorios, erupción dentaria sintomática, aumento del eczema basal.
 - b. o si está recibiendo medicamentos que puedan generar síntomas gastrointestinales (Ej: uso de antibióticos)
3. La contraprueba debe realizarse sin suspender tratamientos crónicos (Ej: fármaco para tratar el reflujo), y sin introducir alimentos nuevos que puedan generar confusiones.
4. La contraprueba requiere llevar registro de todos los alimentos y líquidos administrados y las reacciones que puedan observarse.

¿Cómo indicar una contraprueba?

En menores de 1 año la contraprueba de provocación oral abierta se realiza según el tipo de alimentación del lactante: ⁷

- Lactantes alimentados con leche materna: se reintroducen los alimentos con leche de vaca en la dieta materna.
- Lactantes alimentados con fórmula: Iniciar con un aumento progresivo de las cantidades de fórmula de leche de vaca en la primera mamadera del día. (Ej: día 1 mamadera total 210 cc preparación 30 cc fórmula leche de vaca + 180 fórmula hipoalérgica y así aumentar progresivamente)

Si durante la contraprueba reaparecen los síntomas que motivaron el estudio, esta debe suspenderse de inmediato, confirmar el diagnóstico del paciente, y mantener la eliminación definitiva del alimento sospechoso.

REFERENCIAS

- 1) C. Cordero R, et al (2018), Actualización en manejo de alergia proteina de leche de vaca: fórmulas lácteas disponibles y otros brebajes. Revista Chilena de pediatría 89(3): 310-317.
- 2) M. E. Arancibia, et al, septiembre 2020, Association of Cow's Milk Protein Allergy Prevalence With Socioeconomic Status in a Cohort of Chilean Infants, Gastroenterology: Eosinophilic GI Disorders, JPGN vol 71, N° 3.
- 3) South East London Area prescribing Committee: a partnership between NHS organizations in South East London. (2019) South East London Guideline for the Management of cows' milk protein allergy in Primary Care.
- 4) N. Kalach, et al, 2019, Family history of atopy in infants with cow's milk protein allergy: A French population-based study. Archives de Pédiatrie 26: 226-231
- 5) Björkstén B. 2005 Genetic and environmental risk factors for the development of food allergy. Curr Opin Allergy Clin Immunol 5:249-53.

- 6) Australasian Society of clinical immunology and allergy. (2020). Guide for Milk Substitutes in Cow's Milk Allergy.
- 7) iMAP Home reintroduction to Confirm or Exclude the diagnosis of Mild to Moderate Non IgE Cow's milk Allergy GUIDELINE for Parents/Carers(2013). Adapted from: Clinical and translational allergy, 3:23.