

Mesa Redonda: Alergia e intolerancia alimentaria

Intolerancia y alergia a proteínas de leche de vaca. Aspectos generales

A. BLANCO QUIRÓS

Área de Pediatría. Universidad de Valladolid

Las alteraciones provocadas por ingesta de proteínas de leche de vaca (PLV) continúan siendo frecuentes e importantes, aunque hayan disminuido, al menos en relación a otros alimentos, como el huevo o el cacahuete^(5,6,13). Muy probablemente esta disminución sea debida al uso generalizado de preparados industriales que se mostraron mucho mejor tolerados que la leche de vaca natural. De todas formas hay que dejar constancia de un posible cambio de expresión de la enfermedad, pues la anterior enteropatía está dejando paso a la cada vez más frecuente colitis hemorrágica^(1,14) que está acaparando gran interés y que algunos especialistas relacionan con posteriores colitis ulcerosas.

En años pasados los enfermos con reacciones secundarias a PLV eran diagnosticados de una forma bastante aleatoria, dependiendo del síntoma guía, aunque el resultado final fuera el mismo: eliminar la leche de la dieta. Los niños con síntomas digestivos exclusivos o predominantes, se enviaban a unidades de Gastroenterología Infantil donde se realizaban las pruebas diagnósticas propias de la especialidad que servían para detectar una enteropatía, bastante parecidas a la celíaca, y en algunos casos acompañadas de malabsorción. A estos niños se les diagnosticaba de intolerancia a PLV, generalmente, sin descartarse una sensibilización atópica.

Por otra parte, había niños con reacciones secundarias, más o menos claras, a PLV, que presentaban síntomas extradigestivos cutáneos, eczema y urticaria, o respiratorios. Incluso algún caso, especialmente severo, se hacía patente en forma de shock anafiláctico. Estos niños terminaban, generalmente, en la consulta de alergia donde se hacían pruebas cutáneas, más tarde acompañadas de RAST, y eran diagnosticados de alergia a PLV.

En tiempos posteriores se observó que las llamadas "into-

lerancias a PLV" eran cada vez más raras, en su forma clásica, mientras que el descenso no era tan llamativo para la alergia a PLV, al menos en términos absolutos. Otro cambio llamativo fue el de los protocolos diagnósticos. Ante la sospecha de una intolerancia a PLV, además de las pruebas gastroenterológicas ya se realizan pruebas cutáneas y/o serológicas que sirven para descartar una sensibilización alérgica.

Con el mayor intercambio de conocimientos entre los especialistas y las sociedades de Alergia y de Gastroenterología Pediátrica⁽⁷⁾ y un estudio más completo de los enfermos, se comprobó que la diferencia entre "intolerancia" y "alergia" no era tan neta como se creía. Diferentes mecanismos patogénicos pueden coincidir en el mismo enfermo y lactantes pequeños con resultados definitivos de "intolerancia" se observa que tiempo después se sensibilizan a PLV, o a otros alimentos⁽⁸⁾.

Cuando hablamos de alergia a PLV, con frecuencia nos referimos de forma inexacta a una reacción mediada por IgE, pero es fácil que otros mecanismos inmunitarios, y por ello incluíbles en el concepto de alergia, también participen en las reacciones secundarias a PLV⁽²⁾. Esta circunstancia se sospechaba por el desencadenamiento de reacciones inmediatas o tardías cuando se hacían provocaciones con PLV, que por otra parte, no es rara su coincidencia en el mismo individuo. Siempre se supuso que las consecuencias inmediatas se debían a reacciones mediadas por anticuerpos IgE y que las tardías tenían otro mecanismo, posiblemente mediado por linfocitos⁽¹⁵⁾. Este carácter inmunitario de las reacciones tardías tiene actualmente mayor interés práctico al observarse en estos enfermos resultados positivos a las 48 horas de la aplicación de parches impregnados en leche⁽¹⁰⁾.

Cualquiera que sea el mecanismo productor o los sín-

tomas clínicas, el diagnóstico de las reacciones secundarias a PLV exigen obligadamente la realización de una prueba de provocación que, de una forma definitiva pruebe la relación causa-efecto. Son muchos los investigadores que afirman que únicamente es aceptable la prueba realizada a doble ciego y frente a placebo y cualquier resultado obtenido de otra forma es sospechoso de erróneo^(4,6,9), pero las dificultades prácticas y el consumo de tiempo que este proceder conlleva en la clínica son claras, por lo que se están buscando alternativas fiables^(3,11). No obstante no es éste el único aspecto discutido de las reacciones secundarias a las PLV, otras numerosas cuestiones continúan siendo motivo de controversia⁽¹²⁾, por lo que el debate continúa abierto y exige el continuo intercambio de conocimientos y de experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Armisén Pedrejón A, Sancho Madrid B, Almaraz Garzón E, Prieto Bozano G, Polanco Allue I. Colitis inducida por alérgeno alimentario. Presentación de 20 casos. *An Esp Pediatr* 1996; **44**:21-24.
2. Baehler P, Chad Z, Gurbindo C, Bonin AP, Bouthillier L, Seidman EG. Distinct pattern of cow's milk allergy in infancy defined by prolonged, two-stage double-blind, placebo-controlled food challenge. *Clin Exp Allergy* 1996; **26**: 254-261.
3. Bruijnzee-Koomen C, Ortolani C, Aas K, Bindslev-Jensen C, Bjorksten B, Moneret-Vautrin D, Wuthrich B. Adverse reactions to food. *Allergy* 1995; **50**: 623-635.
4. Comité de Reacciones Alérgicas a Alimentos. Metodología diagnóstica en la alergia a alimentos. *Alergol Inmunol Clin* 1999; **14**:50-62.
5. Crespo JF, Pasual C, Burks AW, Helm RM, Esteban M. Frequency of food allergy in a pediatric population from Spain. *Pediatr Allergy Immunol* 1995; **6**: 39-43.
6. Host A. Cow's milk protein allergy and intolerance in infancy. Some clinical epidemiological and immunological aspects. *Pediatr Allergy Immunol* 1994; **5**: 5-36.
7. Host A, Koletzko B, Dreborg S et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint statement of the ESPACI Committee on Hypoallergenic Formulas and the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Arch Dis Child* 1999; **81**: 80-84.
8. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, Soresi M, Notarbartolo A, Carroccio A. Persistent cow's milk protein intolerance in infants: the changing faces of the same disease. *Clin Exp Allergy* 1998; **28**: 817-823.
9. James JM, Burks AW. Food hypersensitivity in children. *Current Opinon Pediatr* 1994; **6**: 661-667.
10. Kekki OM, Turjanmaa K, Isolauri E. Differences in skin-prick and patch-test reactivity are related to the heterogeneity of atopic eczema in infants. *Allergy* 1997; **52**: 755-759.
11. Majamaa H, Moisisio P, Holm K, Kautiainen H, Turjanmaa K. Cow's milk allergy: diagnostic accuracy of skin prick and patch tests and specific IgE. *Allergy* 1999; **54**: 346-351.
12. Ortolani C, Bruijnzeeel-Koomen C, Bengtsson U, Bindslev-Jensen C, Bjorksten B, Host A, Spano M, Jarish R, Madsen C, Nekam K, Paganelli R, Poulsen LK, Wuthrich B. Controversial aspects of adverse reactions to food. *Allergy* 1999; **54**: 27-45.
13. Rance F, Kanny G, Dutau G, Moneret-Vautrin D. Food hypersensitivity in children: Clinical aspects and distribution of allergens. *Pediatr Allergy Immunol* 1999; **10**:33-38.
14. Sicherer SH, Eigenmann PA, Sampson HA. Clinical features of food protein-induced enterocolitis syndrome. *J Pediatr* 1998; **133**: 214-219.
15. Suomalainen H, Soppi E, Isolauri E. Lymphocyte response to cow's milk proteins in patients with cow's milk allergy: relationship to antigen exposure. *Pediatr Allergy Immunol* 1994; **5**: 20-26.