

Mesa Redonda: Alergia e intolerancia alimentaria

Principales formas clínicas de presentación

C. BOUSOÑO GARCÍA

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

I. INTRODUCCIÓN

Agrupados bajo el nombre de “reacciones adversas a alimentos”, y aunque de patogenia diferente, la alergia y la intolerancia comparten diferentes aspectos etiológicos, clínicos y terapéuticos. Todos tenemos claro el aspecto conceptual de lo que es una **atopia**, es decir una reacción inmunológica tipo I de Gell y Coombs mediada por IgE, que requiere de un alérgeno alimentario en un sujeto previamente sensibilizado, y que clínicamente se traduce por una reacción más o menos compleja, a veces espectacular y casi siempre inmediata. La identificación de un paciente atópico resultaría relativamente sencilla a partir de la determinación de las reagentes específicas circulantes (RAST) o mediante las pruebas de reactividad cutáneas inmediatas (Prick test). No obstante, en el grupo de **alergias alimentarias** deben incluirse también las que ocurren por otros mecanismos inmunológicos IgE independientes (hipersensibilidad celular, actuación de linfocitos, inmunocomplejos, etc.), difíciles de estudiar en la práctica^(1,2). También admitimos, que una **intolerancia** es un fenómeno clínico, en el que no se ha demostrado un mecanismo inmunológico subyacente, que se traduce por una serie de manifestaciones más o menos tórpidas tras la ingesta de determinados alimentos. Su patogenia es más oscura y puede ser tóxica, enzimática, metabólica, farmacológica, psicológica o “pseudalérgica”⁽¹⁾.

El problema es que ambos fenómenos se confunden en el contexto clínico, y la razón es sencilla: **el factor edad, o la inmadurez de los sistemas de tolerancia y reconocimiento antigénico**. Sabemos que estos fenómenos tienden a aparecer y son especialmente comunes en niños menores de 1 año y especialmente en el primer trimestre de la vida⁽³⁻⁶⁾. Por otro lado, es bien conocido que el 98% de los pacientes con reacciones

adversas a alimentos se vuelven tolerantes al cabo del tiempo, y así en el caso de la enteropatía por macromoléculas (proteínas vacunas y/o soja) o en colitis alérgica superan dicho fenómeno hacia el 2º-3º año de la vida, al madurar sus mecanismos de barrera, tolerancia y reconocimiento inmunológico del tracto digestivo⁽⁷⁻¹⁰⁾. Por ello surgen las siguientes dudas: 1ª) Realmente si yo no puedo demostrar atopia, es decir reagentes IgE específicas en un contexto práctico de un lactante joven, ¿Puedo excluir alergia?. 2ª) ¿A eso que yo llamo intolerancia, porque he efectuado una prueba de provocación y ha resultado positiva, en ausencia de reagentes circulantes, realmente no tiene un trasfondo inmunológico?. Así pues, cuando nos referimos a estos trastornos, tendemos a confundirlos con facilidad, y la razón no es debida a ignorancia conceptual, sino a la **inexistencia de armas diagnósticas** fiables en el contexto clínico. Un ejemplo de ello es que incluso en niños intolerantes con pruebas de RAST o Prick test negativas, es posible la aparición de anafilaxis tras la prueba de provocación, lo que obliga a realizar estos estudios en el hospital.

Por ello, es difícil aventurar prevalencias, y por ello también cuando hablamos de manifestaciones clínicas resulta difícil diferenciar ambos fenómenos, con ciertas excepciones (anafilaxis, colitis alérgica, gastroenteritis eosinofílica y enteropatía).

A continuación vamos a presentar nuestra experiencia a lo largo de los últimos 5 años en una consulta hospitalaria de referencia especializada en Gastroenterología y Nutrición.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos estudiado retrospectivamente un total de 1.784 historias clínicas correspondientes al total de primeras con-

TABLA I. MATERIAL

Años	Consultas	Intolerantes		Alérgicos	
		N	%	N	%
1994	358	14	3,91	7	1,95
1995	377	15	3,97	7	1,85
1996	340	12	3,52	8	2,35
1997	320	10	3,12	6	1,87
1998	389	12	3,08	7	1,79
Total	1.784	63	3,53	35	1,96
Media	356,8	12,6		7	
Rango	320-389	10-15		6-8	

p < 0,05

sultas referidas a nuestra Unidad desde centros primarios, entre el 1 de enero de 1994 y el 31 de diciembre de 1998. Una vez seleccionados, 98 pacientes cumplían criterios diagnósticos de "reacción adversa a alimentos". De ellos, 35 correspondían a aquéllos cuyas manifestaciones clínicas se asociaron con la presencia de reagentes IgE específicas en sangre periférica, y/o Prick test cutáneo, por lo que fueron diagnosticados de alergia alimentaria. Otros 63 enfermos, han sido diagnosticados de intolerancia a alimentos, en base a una sospecha clínica, ratificada mediante una prueba de exclusión favorable y al menos una prueba de provocación efectuada entre 30-90 días después.

El análisis estadístico de los resultados se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS para Windows 6.0 (Test de χ^2 , y t de Fisher).

III. RESULTADOS

Frecuencia: Al comparar ambos grupos observamos una diferencia significativa en la frecuencia, de forma que los niños alérgicos suponen el 1,96% frente a los intolerantes que representan el 3,53% de las consultas ($p < 0,05$) (Tabla I).

Sexo: La muestra global es de 51% varones y 49% mujeres, no existiendo diferencias significativas al comparar el sexo entre ambos grupos.

Edad: Aunque la media de edad resultaba inferior en los intolerantes ($X: 5 \pm 7$ meses), frente a los alérgicos ($X: 9 \pm 6$ meses), el rango era muy amplio en ambos conjuntos (1

TABLA II. REACTIVIDAD TRAS PROVOCACIÓN.

	Intolerantes		Alérgicos	
	N	%	N	%
R. precoz	3	5	27	77,1
R. media	41	65	8	22,8
R. tardía	19	30	0	0
				<i>p < 0,01</i>
Manif. aisladas	10	15,8	4	11,4
Manif. múltiples	53	84,1	31	88,5
				<i>p < 0,01</i>

día a 10 años), por lo que la edad de aparición de las manifestaciones clínicas no resulta significativo.

Alimentos implicados: Debido a las peculiaridades de nuestra consulta, la mayor parte de los niños referidos eran menores de 1 año de vida, lo que condiciona el análisis. En todo caso en nuestra serie en conjunto, la leche de vaca -fórmulas adaptadas- ha sido el agente ofensivo más frecuentemente implicado (91%), seguido del huevo (32%), soja (20%) y pescado (12%). No existen diferencias significativas al comparar ambos grupos.

Reactividad tras la provocación: A partir de las pruebas de provocación hemos dividido la población en tres grupos: Reacciones precoces (< 2 h), medias (2 a 24 horas) y tardías (> 24 h), resultando el análisis comparativo muy significativo al comparar ambas poblaciones. Los pacientes alérgicos reaccionan precozmente en el 77,1% de los casos, frente a sólo un 5% de intolerantes. Distinguiendo, por otra parte, entre manifestaciones aisladas o múltiples, no se observan diferencias estadísticas entre ambos grupos. En todo caso resultan mucho más comunes las formas complejas (85,7% vs 14,2%) que afectan varios sistemas corporales. (Tabla II).

Tipo de manifestaciones clínicas: Los pacientes con intolerancia presentaron, fundamentalmente, manifestaciones gastrointestinales (65%) seguidas de cutáneas (44,4%) y respiratorias (26,9%). Por el contrario, los alérgicos debutaron con manifestaciones cutáneas en el 68,5% y en menor medida gastrointestinales (48,5%) o de otra índole. Existen diferencias significativas al comparar entre sí ambas poblaciones respecto a trastornos digestivos, dermatológicos y sistémicos ($p < 0,01$) (Tabla III).

Manifestaciones gastrointestinales: Resultaron signi-

TABLA III. TIPO DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS

	Intolerantes		Alérgicos		p
	N	%	N	%	
Gastrointestinales	41	65	17	48,5	< 0,01
Cutáneas	28	44,4	24	68,5	< 0,01
Respiratorias	17	26,9	10	28,5	n.s.
Neurológicas	13	20,6	7	20	n.s.
Sistémicas	2	3,1	5	14,2	< 0,01
Miscelánea	23	36,5	6	17,1	< 0,01

TABLA V. OTRAS MANIFESTACIONES

	Intolerancias		Alergias		P
	N	%	N	%	
Respiratorias	17	26,9	10	28,5	n.s.
Sibilancias	16	25,3	9	25,7	n.s.
Tos	14	22,2	9	25,7	n.s.
Rinitis	14	22,2	8	22,8	n.s.
Odinofagia	1	1,5	1	2,8	n.s.
Cutáneas	28	44,4	24	68,5	< 0,01
Urticaria	28	44,4	23	65,7	< 0,01
Edema	13	20,6	18	51,4	< 0,01
Eritema	11	17,4	16	45,7	< 0,01
D. atópica	4	6,3	9	25,7	< 0,01
Neurológicas	13	20,6	7	20	n.s.
Apatía	13	20,6	7	20	n.s.
Irritabilidad	7	11,1	4	11,4	n.s.
Insomnio	9	14,2	0	0	< 0,01
Cefalea	6	9,5	4	11,4	n.s.
Hiperquinesia	11	17,4	6	17,1	n.s.
Sistémicas	2	3,1	5	14,2	< 0,01
Arritmias	2	3,1	5	14,2	< 0,01
Hipotensión	2	3,1	5	14,2	< 0,01
Miscelánea	23	36,5	6	17,1	< 0,01
Artralgias	2	3,1	0	0	n.s.
Anemia ferropénica	23	36,5	5	14,2	< 0,01
Eosinofilia	2	3,1	6	17,1	< 0,01
Leucocitosis	13	20,6	5	14,2	< 0,05

ficativas las diferencias encontradas entre ambos grupos respecto a diarrea prolongada, esteatorrea, cólico aislado, estreñimiento, malnutrición y reflujo gastroesofágico determinado por pH metría (índice de pH < 4 superior al 5% del total de 24 h), todos ellos superiores en frecuencia en el grupo de pacientes con intolerancia frente a los alérgicos (Tabla IV).

Manifestaciones respiratorias: No existieron diferencias significativas al comparar ambos grupos (26,9% en into-

TABLA IV. MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES

	Intolerantes		Alérgicos		p
	N	%	N	%	
Diarrea aguda	35	55,5	17	48,5	n.s.
Diarrea crónica	19	30,1	1	2,8	< 0,01
Esteatorrea	6	9,5	0	0	< 0,01
Rectorragias/melenas	16	25,3	8	22,8	n.s.
Proctitis	14	22	7	20	n.s.
Náuseas/vómitos	25	39,6	13	37,1	n.s.
Cólico aislado	13	20,6	2	5,7	< 0,01
Dolor abdominal	25	39,6	13	37,1	n.s.
Flatulencia/ timpanismo	17	26,9	8	22,8	n.s.
Estreñimiento	9	14,2	0	0	< 0,01
Malnutrición (I.N. < 90%)	22	34,9	4	11,4	< 0,01
Anorexia/rechazo tomas	26	41,2	14	40	n.s.
Reflujo (I.R. > 5% de 24 h)	11	18	0	0	< 0,01

lerantes vs 28,5% en alérgicos), independientemente de los signos o síntomas evaluados (Tabla V).

Manifestaciones cutáneas: Los síntomas cutáneos eran superiores en frecuencia en la población alérgica (68,5%) frente a la intolerante (44,4%), resultando muy significativa la diferencia al evaluar las diferentes complicaciones (urticaria, edemas, eritema o dermatitis atópica) (Tabla V).

Manifestaciones sistémicas: Las manifestaciones cardiovasculares y anafilácticas severas eran también y como es lógico, muy superiores en la población alérgica (14,2% del total de alérgicos), aunque es de reseñar la observación de 2 pacientes intolerantes (3,1% del total de intolerantes) (Tabla V).

Manifestaciones neurológicas: Aunque presentes en el 20% de ambas poblaciones, no existieron diferencias, salvo en el caso de insomnio, más común entre los intolerantes (14,2% vs 0%) (Tabla V).

Miscelánea: En este grupo destacan las artralgias que observamos en el 3% de los pacientes con intolerancia, frente a ningún caso de los alérgicos, aunque las diferencias en conjunto no sean significativas. La anemia ferropénica acompaña al 36,5% de intolerancias y al 14,2% de alergias. La leucocitosis al 20,6% de intolerancias y al 14,2% de alergias. Eosinofilia aparece en un 3,1% de intolerancias y en el 17,1% de alergias (Tabla V).

Evolución clínica: Los pacientes con intolerancia ali-

mentaria tienden a tolerar el alimento ofensivo (casi siempre la leche de fórmula) a partir del primer año de edad (70%), y en el 98% de los casos a partir de los 2 años. Por el contrario, sólo un 12% de alérgicos lo hacen al año de edad y un 10% de ellos superan los 2 años sin resolver el cuadro.

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque con las limitaciones que conlleva un estudio retrospectivo, y en el que se incluye como único criterio diferenciador la existencia de reagentes circulantes o cutáneas, nuestro estudio viene a apoyar otras referencias de la literatura, en el sentido de que ambos fenómenos –Alergia e Intolerancia– presentan muchos rasgos clínicos y etiológicos comunes al incidir en una edad de la vida en la que prima la inmadurez de los sistemas inmunológicos de tolerancia y de respuesta frente a los alimentos⁽¹⁻¹⁰⁾.

No obstante podemos concluir que la población de “alérgicos” suele tener una edad superior, con múltiples manifestaciones (88,5%), predominando las reacciones inmediatas o precoces (77,1%), fundamentalmente cutáneas (68,5%) y en menor medida digestivas (48%) y sistémicas o anafilácticas (14,2%).

Finalmente, los pacientes a quienes englobamos con el término de “intolerantes” son lactantes jóvenes en su mayoría inducidos por fórmulas adaptadas de leche de vaca, que reaccionan también aunque de forma más lenta (95%) con múltiples manifestaciones (84,1%), destacando, especialmente, las de naturaleza gastrointestinal (65%) y cutánea (44,4%). En este grupo el riesgo de malnutrición es mayor (34,9% vs 14,4%), y la diarrea con moco y/o sangre, la estea-

torrea, el cólico aislado, el reflujo gastroesofágico y el insomnio son significativamente superiores.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. ESPGAN. “Working group for the diagnostic criteria for Food Allergy”. Diagnostic Criteria for Food Allergy with Predominantly Intestinal Symptoms. *J Ped Gastroenterol Nutr* 1992;14:108-112.
2. Hill J, Firer MA, Ball G and Hosking CS. Recovery from milk allergy in early childhood: Antibody studies. *J Pediatr* 1989; 114:761-766.
3. Hill DJ, Hosking CS. Infantile colic and food hypersensitivity. In: Food Allergy: Adverse Reactions to Foods and Food Additives. Ch. 16. pp:259-268. 2nd. Ed. Metcalfe DD, Sampson HA, Ed: Blackwell Science, Cambridge Massachusetts 1997.
4. Host A, Jacobsen HP, Halken S and Holmenlund D. The natural history of cow's milk protein allergy/intolerance. *Eur J Clin Nutr* 1995; 49, Suppl 1, S13-18.
5. James J, Burks AW. Food Associated gastrointestinal disease. *Current Opinion in Pediatrics* 1996; 8:471-475.
6. Lake AM. Food Protein-Induced Colitis and Gastroenteropathy in infants and children. In: Food Allergy: Adverse Reactions to Foods and Food Additives. Ch. 18. pp:277-286. 2nd. Ed. Metcalfe DD, Sampson HA, Ed: Blackwell Science, Cambridge Massachusetts 1997.
7. Odze RD, Wershil BK, Leichtner AM, and Antonioli DA. Allergic colitis in infants. *J Pediatr* 1995; 126:163-170.
8. Stern M. Allergic Enteropathy. In: Pediatric Gastrointestinal Disease. 2nd. Ed. A Walker, P. Durie, JR Hamilton, JA Walker Smith & J. Watkins. Ch. 27. pp:677-692. Ed: Mosby, St Louis 1996.
9. Vitoria JC, Dalmau J, Ros L, Olivera JE, Sánchez-Valverde F. Enteropatía sensible a proteínas de leche de vaca. *An Esp Pediatr* 1995;42:355-360.
10. Walker-Smith JA. Trastornos relacionados con la alimentación. En: “Gastroenterología pediátrica Práctica”. 2ª Ed. Cap. 15. pp: 193-213, Walker-Smith, Hamilton y Walker. Madrid: Ediciones Ergon; 1996.