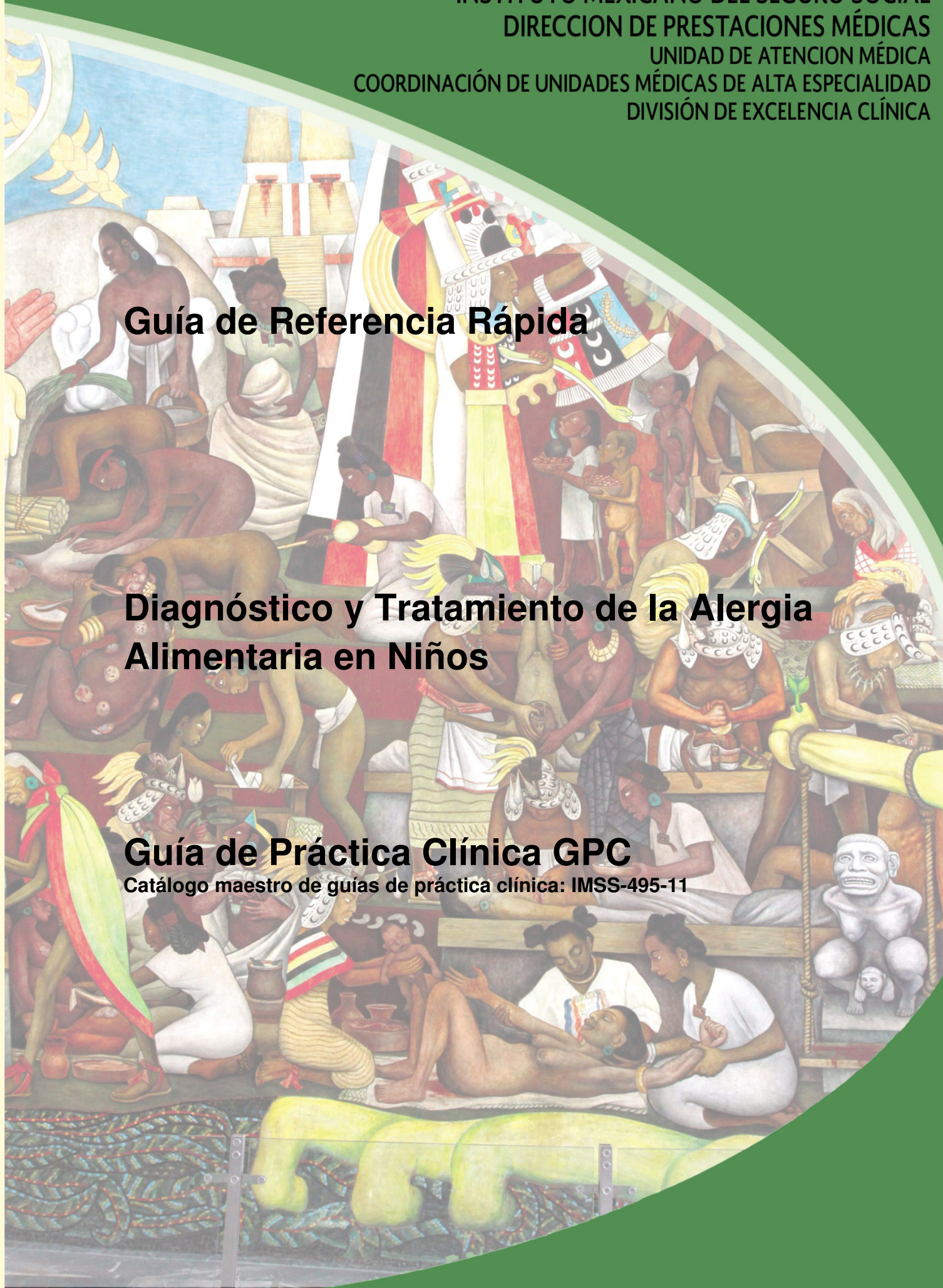


Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Alergia Alimentaria en Niños

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-495-11



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

T78.1 Otra reacción adversa a alimentos, no clasificada en otra parte
T78.4 Alergia no especificada

GPC

Diagnóstico y tratamiento de la alergia alimentaria en niños

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Cualquier tipo no deseado de reacción provocada por la ingesta de algún alimento y que es mediada por un mecanismo inmunológico, en la mayoría de los casos por anticuerpos IgE, aunque también pueden verse implicados linfocitos T o anticuerpos de otro isotipo

PREVENCIÓN PRIMARIA DE ALERGIA A ALIMENTOS

Los antecedentes de atopia familiar y personal (asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica) y el género masculino se han descrito como factores de riesgo para desarrollar alergia alimentaria. Los hijos de padres asmáticos presentan 4 veces más alergia alimentaria que la población no seleccionada.

Se ha asociado una menor incidencia de enfermedades alérgicas en los lactantes con la introducción tardía de alimentos sólidos

Puede disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades alérgicas en lactantes la introducción de huevo y leche de vaca a los 12 meses y cacahuates, nueces y mariscos después de los 2 años, sin afectar su nutrición.

No está justificado el uso de probióticos en la prevención de enfermedades alérgicas en niños

DIAGNÓSTICO

Manifestaciones Clínicas

La urticaria aguda, la urticaria aguda de contacto y el angioedema, son las manifestaciones más frecuentes de alergia alimentaria.

La alergia alimentaria se asocia en al menos un tercio de los niños con dermatitis atópica y raramente con urticaria crónica y angioedema.

El síndrome de alergia oral (síndrome de alergia alimentaria-pólenes) se manifiesta con prurito orofaríngeo de inicio agudo, a veces con angioedema labial, es poco común que cause anafilaxia. Se presenta unos minutos después del contacto bucal con frutas y vegetales crudos.

Las reacciones anafilácticas por alimentos consisten en prurito y eritema generalizado, malestar general, urticaria, disnea, obstrucción bronquial y de las vías aéreas altas e hipotensión. También puede haber síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y dolor abdominal.

Las manifestaciones respiratorias de reacciones alérgicas alimentarias, como la rinoconjuntivitis, edema laríngeo y asma, pueden ocurrir con o sin síntomas mediados por IgE. Los síntomas respiratorios como única manifestación de alergia alimentaria son raros y se presentan más frecuentemente en lugares de trabajo.

Otras presentaciones clínicas de alergia alimentaria no mediadas por IgE son: esofagitis eosinofílica, proctocolitis, síndrome de enterocolitis y enteropatía (cuadro 2, 3, 4)

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Pruebas cutáneas mediadas por IgE y pruebas in Vitro de IgE alergeno-específica

Debido a la baja especificidad de las pruebas cutáneas con alimentos, su indicación diagnóstica debe ser sólo con los alimentos sospechosos

La medición in vitro de IgE alergeno-específica tiene menor sensibilidad que las pruebas cutáneas en el diagnóstico de alergia alimentaria

Las pruebas cutáneas con alimentos son de mayor utilidad clínica que la IgE alergeno-específica in vitro en el diagnóstico de alergia alimentaria

Se recomienda no usar la determinación de la IgE sérica total como diagnóstica de alergia alimentos se sugiere como orientadora de atopia en correlación con la historia clínica

Se sugiere que la prueba de parche atópico no sea usado como prueba de rutina en alergia alimentos, solo en caso de alergia alimentos mixta, con manifestaciones de dermatitis atópica, esofagitis eosinofílica o enterocolitis inducida por proteínas de los alimentos

La evidencia recomienda que las pruebas intradérmicas no sean usadas para el diagnóstico de alergia alimentos, por el riesgo de anafilaxia y las falsas positivas.

PRUEBA DE RETO ORAL CON ALIMENTOS

La prueba de reto oral doble ciego con alimentos, tiene resultados falsos positivos de 0,7% y negativos de 3,2% y se considera la de mayor confiabilidad en el diagnóstico

Debido a su confiabilidad diagnóstica la prueba de reto oral doble ciego con alimentos es conocida como el estándar de oro en el diagnóstico de alergia alimentaria

Los pacientes con antecedente de reacción anafiláctica por alimentos tienen alto riesgo de presentar reacciones graves o muerte en nuevas exposiciones

La prueba de reto oral con alimentos está contraindicada en pacientes con reacciones anafilácticas por alimentos previas

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las reacciones alérgicas a alimentos mediadas por IgE, se caracterizan por una relación temporal entre la reacción y la exposición previa al alimento. Las reacciones pueden ser generalizadas o localizadas a un órgano y ser súbita, inesperada, grave y poner en peligro la vida.

Debido a la diversidad de las manifestaciones clínicas de la alergia alimentaria, el diagnóstico diferencial debe hacerse con reflujo gastroesofágico, enfermedades inflamatorias intestinales, mal absorción, infecciones y otras enfermedades gastrointestinales (cuadro 2, 3, 4)

TRATAMIENTO

El tratamiento de la alergia a un alimento se basa en eliminar el alimento específico de la dieta y aquellos que puedan dar reactividad cruzada (cuadro 5). Se debe realizar la valoración nutricional (cuadro 6)

El personal de salud debe considerar en los casos con alergia alimentaria, la posibilidad de que el niño curse también con alergia a proteína de la leche de vaca, principalmente en niños menores de 2 años (ver GPC de manejo de la alergia a proteína de la leche)

Tratamiento específico dependiendo del órgano o sistema por el cual se manifieste la alergia a alimento (cuadro 2, 3, 4)

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Envío de primer a segundo nivel:

- 1.-Niños en los que los padres refieran la presencia de síntomas respiratorios, cutáneos y gastrointestinales relacionados a la ingesta de un determinado alimento y recurrencia a la reexposición. (pediatría)
- 2.-Pacientes con dermatitis atópica moderada o grave (dermatología)
- 3.-Lactantes con dermatitis atópica (dermatología-alergología)
- 4.-Paciente con antecedentes familiares de atopía y sospecha de alergia alimentaria. (pediatría)

Envío de segundo a tercer nivel

- 1.-Pacientes con manifestaciones clínicas tales como: vómitos, diarrea, estreñimiento, falla de ganancia ponderal en los que se han descartado otras alteraciones y se sospeche alergia a la proteína de la leche de vaca o bien con persistencia de síntomas a pesar de tratamiento. (gastropediatría) (ver GPC de manejo de la alergia a proteína de la leche)
- 2.- Cuando existan manifestaciones graves de alergia alimentaria: Síndrome de enterocolitis, síndrome de mala absorción, gastroenteropatía eosinofílica, proctocolitis, anafilaxia. (gastroenterología pediátrica y alergología)
- 3.-Paciente diagnosticado con alergia alimentaria con dieta de eliminación y persistencia de la sintomatología. (gastroenterología pediátrica y alergología)
- 4.-Pacientes que requieran una evaluación periódica dada la gravedad de la sintomatología (gastroenterología pediátrica y alergología)
- 5.-Pacientes que requieran realización de pruebas de reto o prueba de tolerancia (alergología y gastroenterología pediátrica)
- 6.-Cuando existan dietas excesivamente limitadas al considerarse más de un alimento como causantes de la sintomatología y que puedan comprometer nutricionalmente al paciente. (gastropediatría y nutrición)
- 7.-Cuando se sospeche que existan manifestaciones relacionadas a alergia alimentaria que requieran la realización de pruebas diagnósticas para su confirmación, principalmente con factores de riesgo asociados. (alergología)
- 8.-Casos de asma persistente, rinitis alérgica no controlada

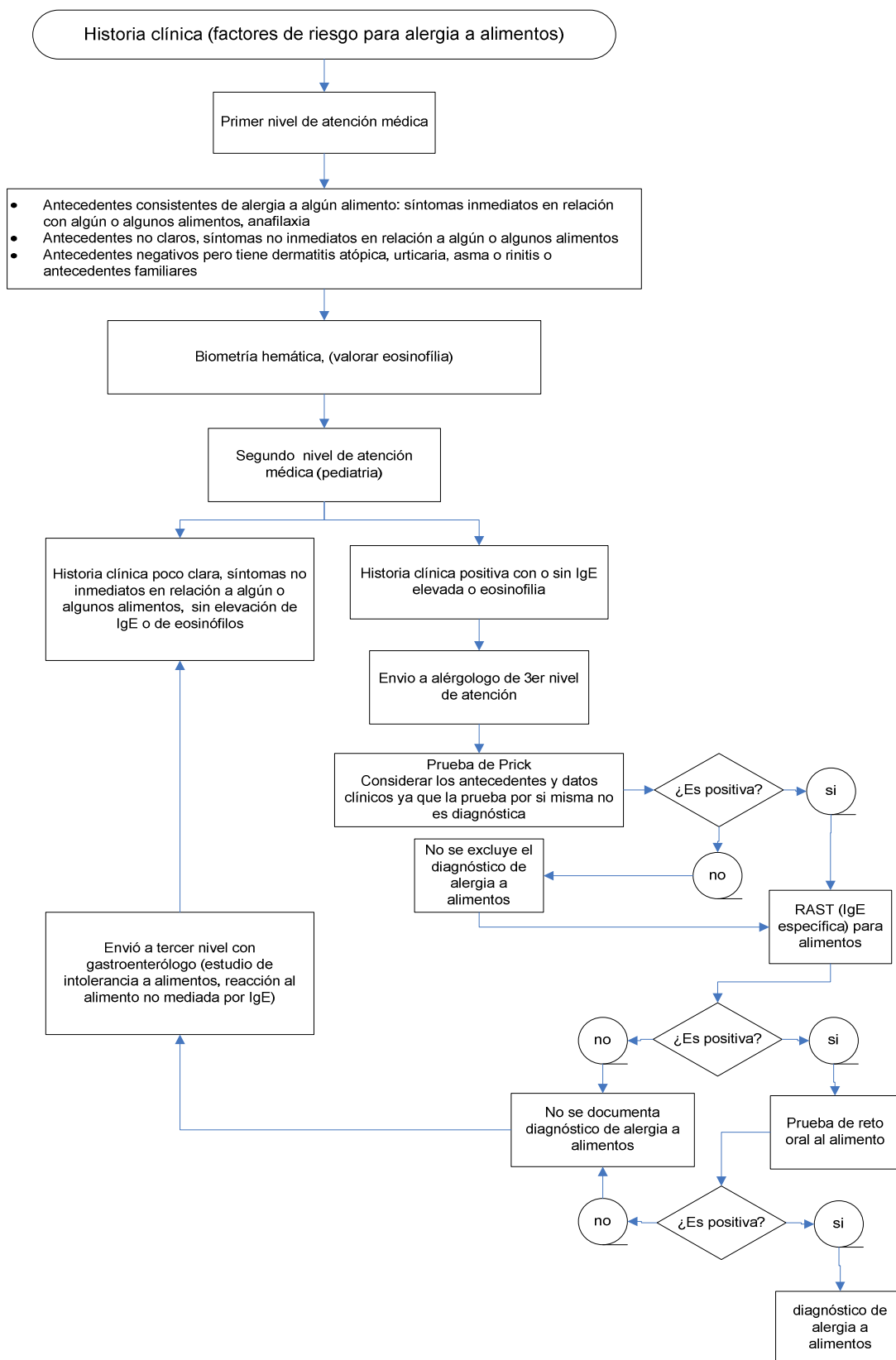
Tercero a segundo nivel

- 1.-Pacientes que se encuentren con control de la sintomatología pero que requieran un monitoreo periódico de su ganancia pondoestatural.(pediatría)
- 2.-Para vigilancia y seguimiento de la enfermedad (pediatría)

Segundo a primer nivel

- 1.-Pacientes con alergia alimentaria en control de su sintomatología y sin afectación pondo-estatural (medicina familiar)
- 2.-Pacientes pediátricos con desarrollo de tolerancia al alimento alergénico, para el control de paciente sano (medicina familiar)

ALGORITMOS



CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS A ALIMENTOS**A) Inmunológicas**

- 1.-Reacciones mediadas por IgE (anafilaxia)
 - a) Reacciones sistémicas medidas por IgE (anafilaxia)
 - I) Reacciones de presentación inmediata
 - II) Reacciones de presentación tardía
 - b) Reacciones gastrointestinales medidas por IgE
 - I) Síndrome de la alergia oral
 - II) Alergia gastrointestinal inmediata
 - c) Reacciones respiratorias medidas por IgE
 - I) Rinitis
 - II) Asma secundaria a la ingesta de alimentos
 - III) Asma secundaria a la inhalación de alimentos (ejemplo: asma ocupacional)
 - d) Reacciones cutáneas medidas por IgE
 - I) Reacciones de presentación inmediata
 - Urticaria aguda o angioedema
 - Urticaria por contacto
 - II) Reacciones de presentación tardía
 - Dermatitis atópica
- 2.-Reacciones inmunológicas a alimentos no mediadas por IgE
 - a) Reacciones gastrointestinales
 - I) Colitis y enterocolitis inducida por alimentos
 - II) Síndrome de malabsorción
 - III) Enfermedad celiaca
 - IV) Cólico infantil
 - b) Reacciones cutáneas
 - I) Dermatitis herpetiforme
 - II) Dermatitis alérgica por contacto
 - c) Reacciones pulmonares
 - I) Hemosiderosis pulmonar inducida por leche de vaca

B) No inmunológicas, No tóxicas

- 1.- Intolerancia
 - a) Enzimática o metabólica
 - I) Intolerancia a la lactosa
 - II) Malabsorción de carbohidratos
- C) Reacciones a alimentos con etiología no claramente inmunológica**
 - 1.- Anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de alimentos
 - 2.-Reacciones a aditivos alimentarios
 - 3.-Esofagogastroenteropatía eosinofílica
- D) Tóxicas**
 - 1.-Bacteriana (ejemplo: envenenamiento por alimentos)
 - 2.-Farmacológica
- E) Reacciones no claramente relacionadas a la ingesta de alimentos**
 - 1.-Síndrome de colon irritable
 - 2.-Enfermedad inflamatoria intestinal crónica

CUADRO 2. MANIFESTACIONES DIGESTIVAS DE ALERGIA ALIMENTARIA MEDIADAS POR IGE O MIXTAS

Trastorno	Síntomas	Complicaciones	Pruebas diagnósticas	Evolución	Tratamiento
Proctocolitis	En lactantes sangrado rectal con moco	Puede existir anemia	Dieta de eliminación en la madre o fórmula extensamente hidrolizada Biopsia colónica si hay falla de tratamiento. Coprocultivo	Resolución en 6 a 12 meses	Dieta de eliminación Prueba de reto a los 6 meses
Esofagitis eosinofílica	Regurgitaciones, reflujo, alergia disfagia ,rechazo al alimento, vómito, dolor epigástrico	Falla de crecimiento, pérdida de peso, estenosis esofágica	Endoscopia, biopsias, pruebas cutáneas, fórmula de aminoácidos, pruebas de provocación	Habitualmente larga duración	Dietas de eliminación, esteroides tópicos (deglutidos) o sistémicos
Gastroenteritis alérgica eosinofílica	Lactantes, niños y adolescentes	Síntomas crónicos o intermitentes de dolor abdominal, vómito, pérdida de apetito, falla de crecimiento, pérdida de peso, anemia, enteropatía perdedora de proteínas	Historia clínica. Pruebas cutáneas positivas (50% de los casos), Pobre correlación con síntomas. Dietas de eliminación, endoscopias , biopsias	Habitualmente larga duración	Dietas de eliminación, esteroides tópicos (deglutidos) o sistémicos
Síndrome de enterocolitis	Vómito intratable, diarrea 2 a 4 horas posterior a la ingesta	Leucocitosis, choque hipovolémico, acidosis metabólica, hipotensión	Historia clínica, pruebas cutáneas, prueba de reto oral	Niños: resolución a los 2 -5 años. Adultos: resolución ó persistencia	Dietas de eliminación seguidas por pruebas de reto oral
Enteropatía sensible a gluten	Diarrea crónica, Mal absorción, distensión abdominal, flatulencia, úlceras orales, dermatitis herpetiforme	Anemia, Hipoalbuminemia, falla de crecimiento	Endoscopia, biopsias diagnósticas con atrofia de vellosidades Anticuerpos Antitransglutaminasa y antigliadina	Resolución al retiro del gluten de la dieta. Recaída con el reto oral	Dietas de eliminación libre de gluten

CUADRO 3. MANIFESTACIONES DE ALERGIA ALIMENTARIA EN PIEL Y MUCOSAS

Trastorno	Grupo de edad	Características	Diagnóstico	Pronóstico y evolución
Mediadas por IgE				
Urticaria aguda y Angioedema	Cualquier edad	Prurito, ronchas de minutos a 2 horas después de la ingesta del alimento	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alergeno-específicas <i>in Vitro</i> , reto oral si es necesario	Variable, dependiente del alimento, leche, soya huevo y trigo con habitual remisión Cacahuete. nueces, semillas y mariscos tienden a persistir
Urticaria crónica y angioedema	Cualquier edad	Ronchas y eritema por más de 6 semanas , sólo el 2% causado por alimentos	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alergeno-específicas <i>in vitro</i> , reto oral si es necesario	Variable
Mediadas por IgE y por células				
Dermatitis atópica	Lactantes y niños, inicia antes de los 5 años en el 90% de los casos	Prurito, rash vesiculopapular generalizado en lactantes, localizado a áreas de flexión en niños mayores ,alergia alimentaria en 35% de los casos moderados/graves	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alergeno-específicas <i>in vitro</i> , reto oral si es necesario	60 a 80% mejoría significativa o se resuelve en la adolescencia
Mediada por células				
Dermatitis por contacto	Cualquier edad, más común en adultos	Prurito, rash eczematoso frecuentemente en manos y cara a menudo en contacto ocupacional con alimentos	Historia clínica y prueba del parche	Variable
Dermatitis herpetiforme	Cualquier edad	Prurito, rash vesicular, en superficie de extensión y glúteos	Biopsia diagnóstica, depósito de IgA en la unión dermoepidérmica. Se resuelve con dieta libre de gluten	De por vida

CUADRO 4. MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS DE ALERGIA ALIMENTARIA

Trastorno	Grupo de edad	Características	Diagnóstico	Evolución y pronóstico
Mediadas por IgE				
Rinoconjuntivitis alérgica	Cualquier edad	Prurito ocular, inflamación, lagrimeo, prurito nasal, congestión, rinorrea, minutos posterior a la ingesta o inhalación del alérgeno, a veces con manifestaciones cutáneas o gastrointestinales	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alérgeno-específicas <i>in vitro</i>	Variable
Exacerbación asmática	Cualquier edad	Tos, sibilancias, disnea, relacionadas a la ingesta o inhalación del alérgeno, alto riesgo de anafilaxia grave	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alérgeno-específicas <i>in vitro</i> , reto oral si es necesario	Variable
Mediado por IgE y por células				
Asma	Cualquier edad	Tos, sibilancias, disnea, la alergia alimentaria es un riesgo de intubación en niños con asma	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alérgeno-específicas <i>in vitro</i> , reto oral	Variable
Presumiblemente mediada por IgG				
Hemosiderosis pulmonar (Síndrome de Heiner)	Lactantes y niños	Tos crónica, hemoptisis, infiltrados pulmonares, sibilancias, anemia, alergia a proteínas de leche de vaca	Interrogatorio, pruebas cutáneas o IgE alérgeno-específicas <i>in vitro</i> , prueba de reto oral, biopsias pulmonares con depósitos de IgG e IgA	Desconocido

Modificado de Nowak-Wegrzyn A, Sampson HA. Adverse reactions to foods. Med Clin N Am 2006;90:97-127

CUADRO 5. RIESGO DE REACCIONES ALÉRGICAS POR REACTIVIDAD CRUZADA ENTRE ALGUNOS ALIMENTOS

Si es alérgico a :	Riesgo de reacción al menos a uno de éstos:	Riesgo
Leguminosas: Cacahuete	Otras leguminosas: Chícharos , lentejas y frijol	5%
Nueces	Otros frutos secos : nuez del Brasil, avellana, nuez de la India	37%
Pescado : Salmón	Otros pescados: Pez espada	50%
Mariscos: Camarón	Otros mariscos: Cangrejo, langosta	75%
Cereales: Trigo	Otros cereales : Arroz,	20%
Leche de vaca	Carne de res: hamburguesas	10%
Leche de vaca	Leche de cabra	92%
Leche de vaca	Leche de yegua	4%
Polen: Ambrosía y abedul	Frutas y vegetales: manzana, durazno y melón chino	55%
Durazno	Otros frutas: manzana, cereza, pera	55%
Melón	Otras frutas: sandía, plátano y aguacate	92%
Látex: Guantes	Frutas: Kiwi, plátano y aguacate	35%
Frutas : como kiwi, aguacate, plátano	Látex: Guantes	11%

Sicherer SH. Clinical Implication of Cross Reaction Food Allergens. J A Clin Immunol 2001;108:881-890

CUADRO 6. VALORACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS CON ALERGIA ALIMENTARIA

La valoración nutricional debe ser individualizada con el fin de corregir cualquier deficiencia previa (energética, de macro y/o de micronutrientes) que pueda afectar el crecimiento y desarrollo

Somatometría: Peso, talla, relación peso/talla, índice de masa corporal.

Antropometría: Pliegues bicipital y tricipital, circunferencia media del brazo, circunferencia cefálica

Exploración física: Búsqueda de signos de deficiencias nutricionales (palidez de mucosas, rosario costal, uñas, piel, hiperqueratosis, etc.)

Exámenes complementarios nutricionales: Al iniciar la dieta, y de manera especial en los pacientes en los que su estado nutricional no es óptimo, y de seguimiento, debe efectuarse un estudio basal con biometría hemática y bioquímica sanguínea nutricional básica (albúmina, prealbúmina, ferritina, sideremia, calcio, fósforo, fosfatasas alcalinas).

Debe hacerse la determinación de aquellos nutrientes sugeridos por su ingesta deficiente y/o signos físicos patológicos en la exploración física.

Valoración de la dieta: Si es un lactante que sólo recibe una fórmula láctea hay que saber el volumen que habitualmente ingiere, lo cual sirve de base para calcular los aportes energéticos que recibe de las fórmulas de sustitución.

En lactantes que reciben alimentación complementaria y en niños mayores debe realizarse un recordatorio dietético mediante encuesta de 3 a 7 días que permite conocer si previamente la dieta es equilibrada o hay que sospechar un déficit en determinados nutrientes.

Identificación del alérgeno: Se basa en la historia dietética y registro de síntomas-alimentos.

Añadir alimento(s) sospechosos a la dieta a intervalos de 4 a 5 días para verificar reacciones adversas o tolerancia, monitorizados por nutriólogos.

Usar fórmula monomérica (*elemental*) en una prueba de reto oral, aplicada por médicos alergólogos, en condiciones controladas de hospitalización, sólo cuando se tolere un número muy limitado de alimentos.

Diseño de dieta: Debe excluir el alimento o alimentos agresores pero debe asegurar las necesidades nutricionales del niño.

Se debe validar una terapia protocolar médico-nutricional.

Dalmau Serraa J, Martorell Aragonés A; Nutrition Committee of the Spanish Paediatrics Association.

Cow milk protein allergies: primary prevention. Nutritional aspects. An Pediatr (Barc) 2008;68(3):295-300

Butkus SN, Mahan Lk. Food Allergies: immunological reactions to foods. J. Am Diet Assoc. 1986; 86:601-608