

Nutri podcast

La voz de la **actualidad**
en *nutrición pediátrica*

Coordinadora:

Dra. Gema García Ron

Pediatra del Centro de Salud Las Aguilas. Madrid

Vocal nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)



Podcast 6

Dr. Gonzalo Galicia Poblet

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara.

Gastroenterólogo pediátrico en el Instituto Clínico del Aparato Digestivo (ICADig). Madrid.

ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA (APLV)

INTRODUCCIÓN

La ausencia de pruebas complementarias y síntomas específicos para la confirmación de los diagnósticos de alergias no IgE mediadas, así como su confusión con otros cuadros funcionales, han llevado a una **sobreestimación de la prevalencia real de APLV en los últimos años**. Los últimos trabajos publicados, sitúan esta prevalencia en torno al 0,54%. Se observó una estimación de la prevalencia de APLV por percepción de las familias en torno al 10%, es decir, una sobreestimación 10 veces mayor que la prevalencia real cuando el diagnóstico es confirmado mediante prueba de provocación.



**6****Podcast 6**
Dr. Gonzalo Galicia Poblet**Nutri**
podcast

No se han demostrado factores concretos que se relacionen directamente con el desarrollo de la APLV.

Formas IgE mediadas

En las formas IgE mediadas, el inicio de los síntomas suele suceder de forma precoz, normalmente minutos, siendo lo más frecuente la aparición de síntomas cutáneos, seguida con menor frecuencia de síntomas gastrointestinales o respiratorios.

Formas no IgE mediadas

En las formas no IgE mediadas, los síntomas son de aparición tardía con respecto a la ingesta de la PLV (entre horas y días) y fundamentalmente gastrointestinales.

PROTOCOLITIS ALÉRGICA

La proctocolitis alérgica a menudo se presenta como hematoquecia y presencia de moco en heces, en niños que por lo demás son sanos. Normalmente, debuta en las primeras semanas de vida y suele resolverse a lo largo de los primeros meses. Su prevalencia es del 0,16% en lactantes sanos. En los niños que realizan lactancia materna exclusiva y en ausencia de otros signos de atopia, se recomienda vigilancia de síntomas sin modificaciones dietéticas durante el primer mes de hematoquecia, ya que se ha visto que por lo general es un proceso benigno y autolimitado en el que se induce tolerancia. En los niños alimentados con fórmula, existe controversia sobre si iniciar dieta de eliminación.

FPIES (FOOD PROTEIN INDUCED ENTEROCOLITIS SYNDROME)

El FPIES es un cuadro de alergia no IgE mediada, cuya **incidencia acumulada se estima entre el 0,015 y el 0,7%**. El FPIES agudo se caracteriza por la aparición de vómitos proyectivos e incoercibles entre 1 y 4 horas después de la ingesta del alimento. Suelen acompañarse de palidez, letargia y puede aparecer una diarrea acuosa (ocasionalmente acompañada de moco y sangre) a partir de las 5-10 horas, que puede prolongarse durante 24 horas. En los casos más severos, puede aparecer hipotermia, metahemoglobinemia, acidosis metabólica e hipotensión, emulando un cuadro similar a una sepsis que a veces es difícil de diferenciar. Las manifestaciones y la severidad de las mismas, suelen depender de la cantidad de alimento ingerido y la edad del paciente.

El denominado FPIES crónico es un cuadro mucho peor definido, que consiste en la presencia de vómitos intermitentes tras ingestas repetidas del alimento desencadenante, y suele acompañarse de presencia de diarrea y estancamiento ponderoestatural, que pueden conducir a deshidratación. La retirada de las PLV produce la resolución de los síntomas, pero si hay una posterior ingesta, provoca un cuadro de FPIES agudo.

**6****Podcast 6**
Dr. Gonzalo Galicia Poblet**Nutri**
podcast

PREVAENCIA

La prevalencia de los trastornos funcionales digestivos es mucho mayor que la de la APLV (25%) y la retirada de PLV en estos casos, puede resultar en una mejoría parcial por diversos factores, como una mayor velocidad de vaciamiento gástrico o la eliminación de la lactosa, y puede conducir de forma errónea al diagnóstico de APLV.

DIAGNÓSTICO

Para establecer el diagnóstico de APLV, es preciso realizar una **historia clínica detallada y una exploración física completa, con especial atención a los antecedentes de atopia y de alergia familiar**, así como a la relación temporal del consumo de las PLV y la presencia de síntomas. La dieta de exclusión diagnóstica durante 2-4 semanas con posterior provocación, en las formas de presentación leve-moderada, es la piedra angular para confirmar el diagnóstico. Sólo quedan excluidos de la realización de esta prueba las formas de debut grave (anafilaxia y FPIES).

Dieta de exclusión diagnóstica

Para la dieta de exclusión diagnóstica, en el caso de niños alimentados con fórmula, sólo hay evidencia para el uso de fórmulas extensamente hidrolizadas de caseína o seroproteínas. En caso de que el niño presente diarrea prolongada de más de una semana, se recomienda **utilizar hidrolizados que no contengan lactosa**. El uso de fórmulas elementales se reserva para casos de presentación grave (como anafilaxia o FPIES), retraso del crecimiento, presencia de alergias alimentarias múltiples o severas, o para casos en los que haya persistencia de síntomas con el aporte de hidrolizados extensos si hay sospecha firme de APLV.

Dieta de eliminación

En el caso de niños que realicen lactancia materna exclusiva y precisen realizar una dieta de eliminación para confirmar el diagnóstico de APLV, **se retirará el consumo de lácteos de origen animal de la dieta materna durante 2-4 semanas**, manteniendo la lactancia materna, y reintroduciendo posteriormente las PLV de nuevo mientras se monitoriza la aparición de síntomas.

Prueba de provocación

La prueba de provocación oral tras las 2-4 semanas de exclusión de PLV, en aquellas formas en las que se sospecha participación IgE mediada, **se debe realizar en medio hospitalario**. En cuanto a las formas leves-moderadas de tipo no IgE mediado, la prueba de provocación se realiza a nivel domiciliario y durante la prueba, el pediatra debe estar pendiente y en contacto con la familia para monitorizar la aparición de síntomas.

**6****Podcast 6****Dr. Gonzalo Galicia Poblet****Nutri
podcast**

Para realizar la prueba, en el caso de que el lactante esté recibiendo fórmula hidrolizada, se recomienda sustituir 1 cacito diario por 1 cacito de fórmula con PLV en 1 de las tomas que realice de biberón. Cada día se sustituirá un cacito más hasta completar la sustitución del biberón entero. A partir de ese momento, si no ha habido incidencias, puede realizar todas las tomas con la fórmula con PLV y añadir el resto de derivados lácteos. Si el lactante está realizando lactancia materna exclusiva, para la prueba se recomendará a la madre que reintroduzca progresivamente los alimentos que contengan PLV en su dieta.

En caso de que durante la prueba, aparezcan de nuevo los síntomas relacionados con la sospecha de APLV, quedará el diagnóstico confirmado, y se realizará una dieta de exclusión terapéutica, que se prolongará inicialmente durante 6 meses o hasta que el lactante cumpla el año de edad. En los casos de formas severas, como la anafilaxia o el FPIES, el momento de la prueba de provocación raramente se lleva a cabo antes de los 12 meses de exclusión desde el último episodio sintomático, y queda en manos del Alergólogo y/o el Gastroenterólogo pediátrico decidir el momento adecuado para realizarla.

SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL

- **En las madres que realizan lactancia materna a las que se haya recomendado la retirada de los lácteos de su dieta,** se les debe ofrecer consejo nutricional y suplementar con 1g de Calcio y 600 UI de vitamina D diarios.
- **Para los niños alimentados con fórmula,** la primera opción es el uso de fórmulas hidrolizadas extensas de caseína o seroproteína, pudiendo utilizar como alternativa, las fórmulas de arroz hidrolizado.
- **Para casos de debut grave o cuando hay una respuesta parcial** a la toma de hidrolizados extensos, se recomienda el uso de fórmulas elementales.

Las fórmulas de soja quedan relegadas como opción en algunos casos por razones culturales, económicas o por rechazo de las otras fórmulas debido a su palatabilidad.