

Nuevas guías de la ESPGHAN para el diagnóstico y el manejo de la alergia a la proteína de la leche de vaca

La Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN, por sus siglas en inglés), una sociedad científica internacional fundada en 1968, es líder en su campo y publica regularmente guías sobre diversos temas relacionados con la nutrición infantil^[6]. Recientemente la ESPGHAN ha publicado una guía basada en la evidencia para el diagnóstico y el manejo de la alergia a la PLV (Proteína de la Leche de Vaca)^[7], cuyas principales recomendaciones se resumen a continuación.

Introducción

La alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) es un trastorno de origen inmunológico que afecta de 2% a 7,5% de los lactantes^[5]. Las manifestaciones clínicas de la APLV se observan principalmente en el tracto digestivo (50-60% de los casos), la piel (50-60% de los casos) y el tracto respiratorio (20-30% de los casos) y pueden ser inmediatas (ej. anafilaxia, urticaria, angioedema) o tardías (ej. dermatitis atópica, proctocolitis, enteropatía)^[6]. En general, las manifestaciones inmediatas son mediadas por la inmunoglobulina E (IgE), mientras que las tardías son mediadas por los mecanismos de inmunidad celular o por reacciones inmunológicas mixtas (IgE + inmunidad celular)^[6]. El diagnóstico y el manejo oportunos de la APLV permiten aliviar los síntomas y reducir el riesgo de compli-

caciones, pero con frecuencia la APLV se pasa por alto en los servicios de atención primaria^[1]. Por esto, es de gran importancia que el clínico tenga la capacidad para detectar, evaluar y tratar oportunamente a los pacientes con APLV. Recientemente, la ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, por sus iniciales en inglés), ha publicado guías actualizadas con base en la evidencia para el diagnóstico y el manejo de la alergia a la PLV^[7]. Debido a su gran importancia para la práctica clínica diaria, este documento resume las recomendaciones más destacadas de esta guía.

Diagnóstico de la APLV

- El primer paso del diagnóstico de la APLV es una historia médica y un examen físico detallados. Debe considerarse como probable el diagnóstico de APLV en los niños que presenten cualquiera de los síntomas mostrados en la **tabla**, cuando éstos no puedan explicarse por otra causa^[7].
- En la mayoría de los casos en que se sospeche APLV, el diagnóstico debe confirmarse mediante la eliminación de la APLV y una prueba de provocación^[7].
- Si los síntomas son relevantes y se considera que la APLV es probable, debe eliminarse la PLV de la dieta

Tabla. Síntomas y signos sugestivos de APLV en ausencia de otra causa

Generales	Anafilaxia Retraso del crecimiento Anemia por deficiencia de hierro
Respiratorios	Congestión y secreción nasal Broncoespasmo Tos crónica
Digestivos	Disfagia Regurgitación frecuente Dolor abdominal (cólico) Vómito frecuente Anorexia, rechazo de los alimentos o saciedad precoz Estreñimiento Diarrea Pérdida intestinal de proteínas o sangre
Cutáneos	Urticaria Angioedema Dermatitis atópica
Adaptado de [7]	

del niño y la madre (en los niños amamantados) durante un periodo de 3-5 días en los casos de reacción inmediata y 1-2 semanas en los casos de reacción retardada. Durante el periodo de eliminación de la PLV, los niños alimentados exclusivamente con leche materna deben continuarla y la madre debe evitar cualquier producto lácteo, mientras que los niños que no son alimentados exclusivamente con leche materna deben recibir una fórmula extensamente hidrolizada (FEH) con eficacia demostrada en niños con APLV o, en los casos severos o con riesgo para la vida, una fórmula de aminoácidos (FAA)^[7].

- Si durante la eliminación de la PLV se documenta una mejoría significativa de los síntomas debe procederse a confirmar el diagnóstico mediante una prueba de provocación. Ésta puede omitirse cuando la probabilidad de APLV sea extremadamente alta o cuando el procedimiento sea muy riesgoso, por ejemplo cuando haya historia de anafilaxia^[7].

- La prueba de provocación con doble cegamiento y control con placebo (DCCP) es la evaluación de referencia para el diagnóstico de la APLV, pero es costosa y requiere mucho tiempo, por lo que en general el primer paso es una prueba de provocación abierta, particularmente si la historia clínica indica una baja probabilidad de reacción. Si se observan síntomas durante la prueba de provocación abierta debe procederse a una prueba de provocación DCCP si los síntomas son inciertos o cuestionables o hay eczema moderado a severo. Por el contrario, la prueba de provocación DCCP puede omitirse si durante la prueba de provocación abierta se presentan síntomas objetivos (ej. vómito recurrente, broncoespasmo, urticaria) que concuerden con la historia clínica y estén apoyados por una prueba de IgE específica positiva^[7].
- La determinación de IgE específica en la sangre y las pruebas de punción cutánea son evaluaciones diagnósticas útiles que indican sensibilización a la PLV y un proceso inmunológico en curso mediado por IgE, pero no confirman la APLV. Entre mayor sea el título de anticuerpos o el diámetro de la reacción cutánea en las pruebas de punción, mayor es la probabilidad de APLV. Sin embargo, en la mayoría de los casos, es necesario confirmar la APLV mediante una prueba de provocación^[7].
- En la actualidad no se recomienda el uso de exámenes como IgE total, IgG total o anti-PLV, pruebas intradérmicas o pruebas con parche para el diagnóstico de la APLV^[7].

Tratamiento de la APLV

- La estrategia más segura para el manejo de la APLV es evitar estrictamente la PLV (dieta de eliminación)^[7].
- Si se confirma el diagnóstico de APLV, el lactante menor de 12 meses debe mantenerse en dieta de eliminación, usando una fórmula terapéutica durante por lo menos seis meses o hasta los 9-12 meses de

edad. Los niños con reacciones inmediatas severas mediadas por IgE pueden permanecer con la dieta de eliminación durante 12 a 18 meses antes de llevar a cabo una nueva prueba de provocación después de repetir la prueba de IgE. Los factores que determinan la fórmula que se debe usar en cada paciente son el potencial alérgico residual, la composición, el costo, la disponibilidad, la aceptación y la presencia de datos clínicos que demuestren la eficacia^[7].

- La mayoría de los niños con APLV pueden tolerar una FEH. Además de haber sido sometida a una evaluación preclínica adecuada, la fórmula debe demostrar en estudios clínicos con una confianza de 95% que no provoca reacciones alérgicas en 90% de los niños con APLV confirmada, lo que sólo algunas FEH han demostrado^[7].
- Las FAA son la mejor opción para los niños que presentan reacciones frente a la FEH, lo cual se observa en menos de 10% de todos los niños con APLV pero puede ser más frecuente en presencia de enteropatía o alergias alimentarias múltiples. Además, la FAA debe considerarse como tratamiento de primera línea en los lactantes con reacciones anafilácticas severas y en aquellos con enteropatía severa indicada por hipoproteinemia y alteración del crecimiento^[7].
- Las fórmulas basadas en proteína de soja son toleradas por la mayoría de los niños con APLV pero entre 10% y 14% de los niños afectados presentan reacciones frente a ella. La ESPGHAN y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan que se prefieran las fórmulas basadas en leche de vaca a las fórmulas de soja en los niños sanos y que estas últimas no se usen durante los primeros seis meses de vida. La ESPGHAN y la AAP consideran que las FEH basadas en PLV, o las FAA si no se tolera una FEH, son preferibles a las fórmulas de soja para el tratamiento nutricional de los niños con APLV. Sin embargo, puede considerarse una fórmula de soja en los niños con APLV que tengan más de seis meses si no se acepta o tolera una FEH o si ésta es muy costosa o hay pre-

ferencias fuertes de los padres, por ejemplo en los casos de dieta vegana^[7].

- No se recomiendan las fórmulas parcialmente hidrolizadas basadas en PLV o proteína de otros mamíferos para los niños con alergia a la PLV. Los jugos industriales hechos de soja, arroz, almendras, coco o castañas se denominan erróneamente 'leches' y son por completo inadecuados para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, por lo que no deben usarse^[7].

Resumen

1. La ESPGHAN recomienda que en la mayoría de los casos en los que se sospeche APLV el diagnóstico debe confirmarse mediante 1) un periodo de eliminación de la PLV y 2) una prueba de provocación si la eliminación de la PLV produce mejoría de los síntomas. Durante el periodo de eliminación de la PLV, los niños que no son alimentados exclusivamente con leche materna deben recibir una FEH con eficacia clínicamente demostrada o, en los casos severos, una FAA.
2. En los lactantes menores de 12 meses con APLV confirmada, la base del tratamiento es mantener la eliminación de la PLV, usando una fórmula terapéutica. La ESPGHAN recomienda como primera opción una FEH con eficacia demostrada en estudios clínicos diseñados adecuadamente. Además, la ESPGHAN recomienda una FAA como segunda opción para los niños que no toleren la FEH y como primera opción para los niños con reacciones alérgicas severas.
3. La ESPGHAN recomienda no usar fórmulas parcialmente hidrolizadas en los niños con APLV y que tampoco se usen fórmulas de soja durante los primeros 6 meses de vida.