

10 puntos clave de la alergia a las proteínas de la leche de vaca

medifichas

Los síntomas de la alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) varían según el mecanismo inmunitario:

APLV mediada por IgE (APLV-IgE)^{1,2}

- Los síntomas aparecen de forma **inmediata** (desde la ingesta hasta 2 h después).
- **Reacciones de hipersensibilidad de tipo I** que pueden ser desde leves hasta graves (anafilaxia). Predominan los **síntomas cutáneos** (urticaria y angioedema).

1

APLV no mediada por IgE (APLV-no IgE)^{2,3}

- Es **la más frecuente**.
- Los síntomas aparecen desde **2 h hasta días después** de la ingesta (lo más frecuente, de 6 h a 72 h).
- **Alteraciones digestivas**, con tres cuadros clínicos característicos: proctocolitis alérgica, enteropatía sensible a PLV y síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias (FPIES).
- Pueden coexistir **síntomas cutáneos** (prurito o eczema) o **respiratorios** (rinitis, congestión nasal y estornudos, con o sin conjuntivitis).
- Puede producirse **anemia ferropénica** secundaria a hemorragia digestiva crónica.



El **diagnóstico** se basa en una **anamnesis** y **exploración física** detalladas^{1,3}. En niños en quienes se sospecha APLV-IgE y en niños diagnosticados de síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias (FPIES), se realizará también un **prick test** o se **determinará la inmunoglobulina E (IgE) específica** en sangre. Para confirmar el diagnóstico de APLV-IgE, se hará una **prueba de provocación oral**¹. Para confirmar el diagnóstico de APLV-no IgE, es obligatoria una **prueba de exclusión-provocación** (excepto en los casos graves de síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias, pues la reexposición a las proteínas de la leche de vaca (PLV) puede provocar una reacción sistémica grave)³.

2



Una vez confirmado el diagnóstico, **se recomienda siempre seguir con la lactancia materna**. En niños con lactancia materna exclusiva, deben retirarse las proteínas de la leche de vaca (PLV) de la dieta materna. En niños que empiezan con los síntomas al introducir la lactancia artificial, la mayoría de las veces no es necesario excluir las PLV de la dieta materna³.

3



4



La primera opción para la **lactancia artificial** son las **fórmulas extensamente hidrolizadas (FEH)** de caseína o seroproteínas. A los lactantes que no toleren las fórmulas extensamente hidrolizadas o que sean de familias vegetarianas/veganos se les darán **fórmulas de arroz hidrolizado**. Las **fórmulas de soja** son otra opción para mayores de 6 meses¹⁻³.

5

Se darán **fórmulas elementales** (basadas en aminoácidos libres) a los niños con APLV que no toleren las fórmulas extensamente hidrolizadas (FEH) y a los casos graves de enteropatía o síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias (FPIES)^{1,3}.



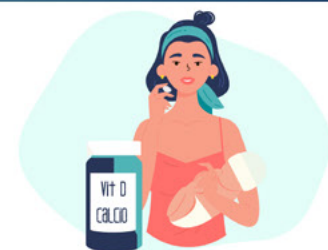
6



Se deben **evitar** las fórmulas parcialmente hidrolizadas (FPH), las leches o fórmulas derivadas de otros ruminantes (cabra, oveja) y las bebidas vegetales (soja, arroz, avena, almendra, chufa...)³.

7

Se recomienda un **aporte extra de calcio** (1 g/día) y **vitamina D** (600 UI/día) a las madres que excluyan las PLV de la dieta. A los lactantes y niños que tomen fórmulas se les aportará **vitamina D** (400 UI/día); solo se añadirá un suplemento de calcio cuando se compruebe que las fórmulas no aportan el suficiente³.



8



En niños con APLV-IgE, la inmunoterapia oral o **inducción de tolerancia oral (ITO)** es una nueva opción terapéutica², con o sin el anticuerpo monoclonal **omalizumab** como coadyuvante¹.

9

En el caso de la APLV-no IgE, solo se utilizarán **autoinyectores de adrenalina** en niños con síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias (FPIES) en los que haya una alergia concomitante mediada por IgE³.



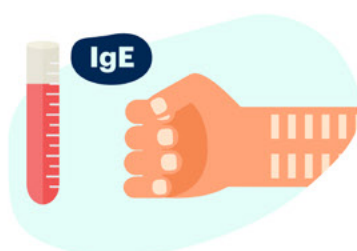
10



En niños con APLV-no IgE, la **reintroducción de las PLV** para determinar su tolerancia se debe realizar a los **3-6 meses** en casos leves (en el domicilio, bajo supervisión médica) y a los **12 meses** en casos graves (en medio hospitalario). Si es desfavorable, se recomienda reevaluar la adquisición de tolerancia periódicamente **cada 6-12 meses**³.

11

En casos graves de APLV-no IgE, con antecedentes de atopia, con síntomas tempranos (en las 2 primeras horas) o en síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias (FPIES), la exclusión prolongada de PLV **puede desarrollar un mecanismo IgE**. Por tanto, se utilizará **el prick test** o **la IgE específica** para valorar cuándo realizar la prueba de sensibilidad de tolerancia. También para descartar síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentaria atípico³.



1. Navarrete LV, Calvo JB, Martín AMP. Alergia IgE mediada a proteínas de leche de vaca [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/15_aplv.pdf. 2. Vandenplas Y, Broekaert I, Domellóf M, Indrio F, Lapillonne A, Pienar C, et al. An ESPGHAN position paper on the diagnosis, management and prevention of cow's milk allergy. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016;71(2):221-9. 3. Espin Jaime B, Díaz Martín JJ, Blesa Baviera LC, Claver Monzón A, Hernández Hernández A, García Burriel JI, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP) [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2019-02/Doc%20Consenso%20APLV.pdf>. 4. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, et al. Diagnostic Approach and Management of Cow's-Milk Protein Allergy in Infants and Children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines. J Pediatr Gastroenterol Nutr. agosto de 2012;55(2):221-9.