

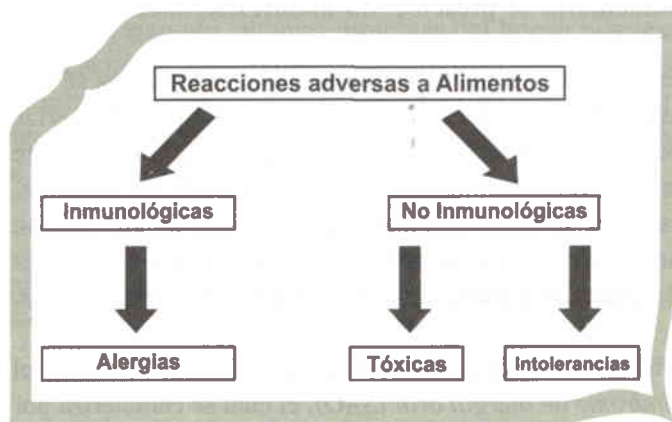
ALERGIA ALIMENTARIA

Verónica Botero Osorio, M.D.
Residente de Pediatría. CES- Fundación Valle del Lili
Carlos Serrano Reyes, M.D.
Internista - Alergólogo. Fundación Valle del Lili

INTRODUCCIÓN

Hablar de reacciones adversas a los alimentos implica muchas posibilidades, debido a que éstas pueden ser de origen no inmunológico o inmunológico (Figura 1). A su vez, las reacciones no inmunológicas pueden ser debidas a intolerancias o respuestas fisiológicas anormales (por ejemplo la intolerancia a la lactosa), o a intoxicaciones. Las reacciones inmunológicas comprenden fundamentalmente las alergias. La principal diferencia es que las reacciones no inmunológicas no son tan específicas o selectivas como las alergias. Por ejemplo, una intoxicación puede afectar a todos los individuos que tengan contacto con un alimento contaminado o descompuesto. Del mismo modo, las intolerancias pueden afectar a muchos individuos. Una alergia alimentaria por el contrario, es una reacción selectiva y específica que afecta a un individuo determinado, sucede con un alimento fresco y no contaminado y se explica por una respuesta anómala del sistema inmune hacia éste o hacia alguno de sus componentes.

Figura 1



Clasificación general de las reacciones adversas a alimentos

El término “alergia alimentaria” ha sido mal utilizado por mucho tiempo, ya que tienden a calificarse como tal todas las reacciones adversas a los alimentos. Para decir que se tiene una verdadera alergia alimentaria, ésta debe ser diagnosticada apropiadamente por un especialista.

Las reacciones adversas a alimentos (alérgicas y no alérgicas) tienen notables implicaciones en la vida de los pacientes. Hasta un 20% de la población tiene algún cambio en sus hábitos alimentarios debido a problemas relacionados con las comidas. Sin embargo, muchos de estos problemas no corresponden a procesos alérgicos. Las alergias alimentarias verdaderas no son tan frecuentes. Según datos de otros países, la incidencia de alergia alimentaria es de aproximadamente un 6% en la infancia y 3% en los adultos. Desafortunadamente no se tienen datos de la incidencia en Colombia, pero es probable que dichos porcentajes sean menores.

La historia natural de la alergia alimentaria depende de la edad de inicio y del alimento implicado. En términos generales entre más temprano se inicie la alergia más posibilidades hay de que desaparezca. Por ejemplo, la alergia a la leche y al huevo, que son las más frecuentes en la infancia desaparecen en el 80% de los casos al llegar a la edad escolar. Por el contrario, las alergias al maní, los frutos secos (nueces, almendras, etc), los mariscos y el pescado, que generalmente son de aparición más tardía, tienden a ser de por vida.

Algunas patologías pueden estar relacionadas con alergia alimentaria. Por ejemplo, la dermatitis atópica puede empeorar o ser desencadenada por algunos alimentos. También se ha relacionado el reflujo gastroesofágico de la infancia con alergia a la leche, aunque esto es bastante controversial. La implicación de la alergia alimentaria en

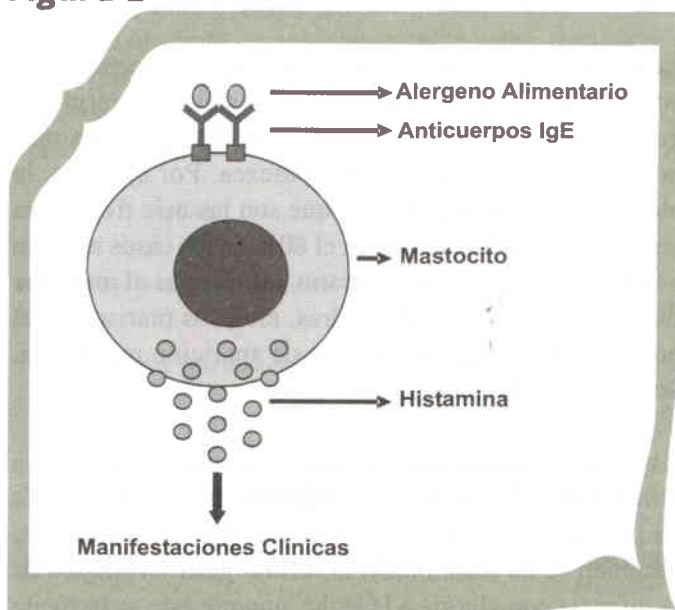
el asma, aunque existe, es bastante infrecuente. Los alimentos son los encargados de producir hasta el 30% de las reacciones alérgicas severas (anafilaxias), que se caracterizan por ser de inicio muy rápido y pueden incluso amenazar la vida del paciente si no se hace un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno.

En esta publicación se discutirán diferentes aspectos de la alergia alimentaria, tratando de resolver preguntas frecuentes y de aclarar algunos mitos y realidades de acuerdo con las publicaciones y estudios científicos disponibles.

¿CÓMO SE PRODUCE LA ALERGIA ALIMENTARIA?

Una respuesta alérgica verdadera implica una reacción inmunológica anormal hacia una sustancia que normalmente no produce daño (por ejemplo, los alimentos). Cuando un alimento o alguno de sus componentes desencadena una reacción alérgica, se convierte en un *alergeno*. Los alérgenos pueden ser proteínas, moléculas unidas a éstas, aditivos, y menos frecuentemente, carbohidratos. Para que se produzca la reacción alérgica, el alérgeno debe unirse a un anticuerpo específico conocido con el nombre de IgE (inmunoglobulina E). Cuando esto sucede, unas células especiales llamadas mastocitos liberan una sustancia denominada *histamina*, la cuál se encarga de activar una serie de mecanismos inmunológicos que producen todas las manifestaciones clínicas de la alergia (Figura 2).

Figura 2



Secuencia de eventos inmunológicos necesarios para que se produzca alergia alimentaria. Un alérgeno alimentario es reconocido por anticuerpos IgE que se encuentran adheridos a un mastocito. Este reconocimiento desencadena una cascada de eventos que terminan en la liberación de histamina y la presencia de manifestaciones clínicas de alergia

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO?

Las enfermedades alérgicas son multifactoriales. En el riesgo para desarrollar una alergia alimentaria intervienen diversos factores como la herencia, la permeabilidad gastrointestinal, la historia personal de atopia (tendencia a desencadenar alergias), la naturaleza de la exposición (cantidad de alimento que se ingiera, alimentos o bebidas acompañantes, desarrollo de actividad física posterior, etc), y los factores ambientales. Probablemente la combinación que más riesgo genera es el consumo repetido de un alimento con potencial alérgico en un individuo genéticamente predispuesto. Para ilustrar esto, un ejemplo interesante puede ser la diferencia en la incidencia de reacciones alérgicas a los crustáceos (langostinos, camarones, langosta) entre la población costera y los habitantes del interior. Los primeros se exponen permanentemente y excepcionalmente presentan alergia, mientras que en los individuos del interior que consumen frecuentemente mariscos, la incidencia es mucho mayor.

¿CÓMO SE MANIFIESTA LA ALERGIA ALIMENTARIA?

La urticaria aguda y el angioedema son las manifestaciones más frecuentes de alergia alimentaria, presentándose en el 70 a 80% de todas las reacciones. Generalmente aparecen dentro de la primera hora después de la ingesta. Las manifestaciones cutáneas pueden estar acompañadas de síntomas respiratorios (rinoconjuntivitis y/o broncoespasmo), gastrointestinales (náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal tipo cólico), e incluso de disminución de la presión arterial y colapso cardiovascular (shock anafiláctico). Es muy infrecuente que una alergia alimentaria se presente sin manifestaciones cutáneas.

En los niños, muchos síntomas gastrointestinales se han asociado con alergia alimentaria. Aunque en ciertas ocasiones el retiro del alimento sospechoso (casi siempre la leche) se relaciona con la desaparición de los síntomas, rara vez se logra demostrar la presencia de alergia con pruebas específicas, por lo que este tipo de reacciones deberían catalogarse como efectos adversos o intolerancias.

Una manifestación frecuente de alergia alimentaria es el *síndrome de alergia oral (SAO)*, el cual se caracteriza por la presencia de picazón y sensación de hormigueo en la cavidad oral y la faringe. También puede acompañarse de urticaria y picazón alrededor de la boca. El SAO puede presentarse con cualquier alimento pero se ha descrito más

frecuentemente con frutas y verduras. Es importante anotar que un individuo que presente un SAO debe hacer evitación del alimento implicado debido a que su ingesta futura le puede ocasionar una reacción más grave.

Ciertos individuos pueden desarrollar urticaria tan solo con tocar el alimento. También puede producirse broncoespasmo con la inhalación de vapores provenientes de la cocción del alimento implicado.

¿CUÁLES ALIMENTOS PRODUCEN ALERGIA CON MAYOR FRECUENCIA?

Los alimentos con mayor potencial alergénico son: la leche de vaca, el huevo, el maní, los frutos secos (nueces, almendras), los mariscos, la soya, el trigo y el pescado. A éstos se los ha catalogado como "los ocho grandes". Otros alimentos con capacidad de generar alergias son por ejemplo las frutas rosáceas (melocotón, manzana, pera). Es muy importante resaltar que aunque cualquier alimento puede desencadenar una reacción alérgica, muchas veces se cataloga como "muy alergénico" a un alimento sin realmente serlo. Esto sucede por ejemplo con el chocolate, cuya implicación real como alergeno es anecdótica. Hay otros alimentos que poseen gran cantidad de histamina y por ende pueden producir síntomas similares a los que produce la alergia alimentaria sin que ésta exista. Entre ellos están el tomate, las espinacas, los quesos, las bebidas fermentadas (por ejemplo el vino), los embutidos y las conservas en general. Las reacciones asociadas con estos alimentos son característicamente intermitentes (a veces se presentan y a veces no) y de tipo urticarial.

Ciertos alergenos alimentarios pierden la capacidad de desencadenar una respuesta alérgica al ser sometidos al calor (por ejemplo, algunas proteínas del huevo pierden su potencial alergénico cuando éste se cocina). No obstante, un individuo con alergia o sospecha de alergia a un determinado alimento no debe probar por su cuenta si esto se aplica en su caso particular.

¿CÓMO SE HACE UN DIAGNÓSTICO CORRECTO DE LA ALERGIA ALIMENTARIA?

Lo más importante para llegar al diagnóstico de alergia alimentaria es la historia clínica. Debe existir una asociación entre la ingesta de un alimento específico y la aparición de síntomas. Cuando exista la sospecha de que se padece

una alergia, se recomienda dejar de comer el alimento sospechoso hasta que se realice un estudio completo. Sólo se obtendrá un diagnóstico certero de alergia alimentaria realizando un protocolo diagnóstico adecuado. Lo primero que hay que hacer son unas pruebas específicas de alergia. Si la historia clínica es sugestiva y las pruebas son positivas, el diagnóstico de alergia es certero. No obstante tener unas pruebas positivas en ausencia de historia clínica carece de valor. Es por ello que no se debe estudiar a nadie que no tenga una historia clínica sugestiva de alergia alimentaria. Por otro lado, la presencia de una historia clínica sugestiva con pruebas de alergia negativas hace imperativa la realización de una provocación oral (reto), la cuál constituye el patrón de oro (prueba reina) en alergia alimentaria.

¿CÓMO SE TRATA LA ALERGIA ALIMENTARIA?

El único tratamiento que existe para la alergia alimentaria es la evitación del alimento implicado. Si una persona sospecha que tiene, o que su hijo tiene una alergia alimentaria, debe consultar con un especialista en alergias. Evitar los alimentos desencadenantes puede ser fácil si el alimento no es común o si es fácilmente identificable. Sin embargo, en algunas ocasiones es necesario realizar una dieta muy rigurosa debido a que algunos alimentos alergénicos son demasiado comunes y están enmascarados en múltiples comidas (por ejemplo la leche y el huevo). En este sentido, es muy importante leer cuidadosamente los componentes en las etiquetas de los alimentos empacados o enlatados y averiguar con detalle los ingredientes de las recetas al comer fuera del hogar.

Para el manejo de las reacciones agudas, los antihistamínicos suelen ser suficientes en la mayoría de los casos. Algunas veces se requiere su combinación con corticoides orales o inyectados por un corto periodo de tiempo. La adrenalina intramuscular es el tratamiento de elección en los casos de anafilaxia; por esto, cualquier persona que haya tenido una reacción grave debe llevar siempre consigo adrenalina inyectable y debe saber utilizarla.

¿ES POSIBLE PREVENIR LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS?

En los niños, la lactancia materna puede ayudar a prevenir las alergias. Aparte de esto, la única forma de prevenir las alergias alimentarias es demorar la introducción de los alimentos con mayor potencial alergénico en los bebés, con el fin de que el tracto gastrointestinal madure

inmunológicamente. El momento adecuado para la introducción de los alimentos varía de un alimento a otro, así como de un niño a otro. La recomendación general del Colegio Americano de Alergia, Asma e Inmunología es introducir el huevo a los 2 años y el pescado, los mariscos, el maní y los frutos secos a los tres años de edad. Es importante anotar que en niños de alto riesgo alimentados al pecho, la madre debería hacer idealmente una dieta de evitación de los alimentos con mayor potencial alergénico. No obstante, esto a veces puede ser poco práctico y difícil de cumplir.

En los adultos no existe en la actualidad ninguna forma de prevenir o predecir el desarrollo de alergias alimentarias y por ende no se deben prohibir alimentos ni se debe estudiar a ningún individuo que no tenga historia clínica sospechosa de alergia alimentaria. En un individuo con alergia ya establecida, hacer una evitación cuidadosa del alimento causal generalmente ayuda a prevenir problemas posteriores.

PRONÓSTICO

Las alergias alimentarias en general no se quitan. La excepción a la regla es la alergia al huevo o a la leche en los niños que desaparece en el 80% de los casos. La alergia al trigo puede remitir en el 50% de los niños. El resto de alergias alimentarias en general deben considerarse "vitalicias".

La mayoría de las reacciones alérgicas a alimentos son benignas y la mortalidad por una reacción anafiláctica es baja. No obstante, es muy importante saber reconocer y tratar rápidamente una reacción alérgica, ya que el buen pronóstico depende en gran parte de la posibilidad de recibir un manejo adecuado y oportuno.

MITOS Y VERDADES SOBRE LA ALERGIA ALIMENTARIA

Las principales creencias con su respectiva explicación se resumen en la siguiente tabla:

Mito	Verdad
La alergia alimentaria es muy común.	Hasta un 20% de la población cree ser alérgica a alimentos. La incidencia real es mucho menor.
La alergia a aditivos y colorantes es muy común.	La incidencia real de alergia a aditivos es muy baja. Ocurre en menos del 1% de los niños y en menos del 0,2% de los adultos.
Las grasas y los dulces producen alergia.	Las grasas no producen alergia. Los carbohidratos (azúcares) producen alergias muy raramente.
La alergia a la leche es muy común en adultos y se manifiesta por distensión abdominal, dolor tipo cólico y flatulencia.	La alergia a la leche es demasiado infrecuente en adultos. Los síntomas descritos pueden ser explicados por intolerancia a la lactosa.
El reflujo gastroesofágico de los niños se debe casi siempre a la presencia de alergia a la leche de vaca.	La evidencia al respecto es bastante controversial. Algunos pacientes mejoran al suspender la leche, pero pocas veces se logra demostrar la presencia de alergia.
Una prueba cutánea positiva a un alimento siempre significa alergia.	La positividad en una prueba de alergia sólo es relevante en presencia de una historia clínica sugestiva.
El chocolate produce frecuentemente alergia.	El chocolate produce excepcionalmente alergia.
El licor produce reacciones alérgicas.	Las bebidas alcohólicas son irritativas y pueden liberar histamina de forma inespecífica.
La inmunoterapia (vacunas para la alergia) es efectiva en la alergia alimentaria.	Hasta el día de hoy, la alergia alimentaria <u>no es</u> una indicación de inmunoterapia y no existen vacunas de laboratorios reconocidos para realizarla.

Comité Editorial:

- Dr. Martín Wartenberg
- Dr. Paulo José Llinás
- Dra. Marisol Badiel
- Dra. Sonia Jiménez Suárez
- Dra. Yuri Takeuchi
- Dr. Jaime Orrego
- Dr. Carlos Alberto Cañas
- Dra. Karen Feriz
- Dra. Diana Prieto
- Dr. Alfredo Sánchez
- Dr. Carlos Serrano Reyes
- Enfermera Ma. Elena Mosquera

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@fcvl.org

Esta publicación de 30.000 ejemplares, es cortesía de



EL PAIS
El Diario de nuestra gente

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

FUNDACION AYUDEMOS
ALICE ECHAVARRÍA DE GARCES