



ALERGIAS ALIMENTARIAS

DIPLOMADO en NUTRICIÓN PEDIÁTRICA

ELABORADO POR:
L.N. NADZIELI GUADALUPE YEGA DUEÑAS
nalle_9589@hotmail.com

FEBRERO 2014

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2.¿QUE SON LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS?	2
3. CLASIFICACIÓN	2
4.¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE ALERGIA RETRASADA Y ALERGIA INMEDIATA?	4
5. PREVALENCIA DE ALERGIAS ALIMENTARIAS	4
6. PRINCIPALES ALIMENTOS RESPOSABLES DE LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS	5
7. FISIOPATOLOGIA.....	6
7.1. Reacciones alérgicas tipo I	6
7.2. Reacciones alérgicas tipo III.....	7
7.3.Reacciones alérgicas tipo IV.....	7
8. SINTOMAS Y SINDROMES CAUSADOS POR REACCIONES ADVERSAS A LOS ALIMENTOS	7
8.1. Anafilaxia	8
8.2. Síndrome de alergia oral (SAO).....	9
8.3. Hipersensibilidad digestiva inmediata	9
8.4. Urticaria y angiodema	9
8.5. Enterocolitis por proteínas de la dieta.....	9
8.6. Enfermedad celiaca	10
8.7. Afecciones respiratorias	10
9. MANIFESTACIONES DE HIPERSENSIBILIDAD ALIMENTARIA	11
10. DIAGNÓSTICO.....	11
10.1.Historia clínica y registro dietético:	12
10.2. Demostración del mecanismo inmune: pruebas cutáneas y determinación de IgE específica	12
10.3. Pruebas cutáneas:	12
10.4. Detección de anticuerpos específicos:	12
10.5. Identificación del alérgeno, eliminación de la dieta y posterior reintroducción para evaluar las respuestas clínicas:	13

10.6. Pruebas de provocación oral controladas.....	13
11. PREVENCIÓN	13
11.1 Alimentación durante el embarazo:.....	15
11.2 Lactancia materna:.....	15
12. TRATAMIENTO	15
12.1 Tratamiento nutricional	15
12.2 Tratamiento farmacológico	17
13. COMPRA	17
14. CONCLUSIÓN	19
15. BIBLIOGRAFIA	20

1. INTRODUCCIÓN

Una alergia alimentaria es una respuesta inmunitaria exagerada desencadenada por el consumo de algún alimento alérgico como: huevos, maní, leche o algún otro alimento específico. Normalmente, la respuesta inmunitaria del cuerpo lo protege contra sustancias potencialmente nocivas, como bacterias, virus y toxinas aunque en algunas personas, se desencadena una respuesta inmunitaria por una sustancia que generalmente es inocua, como un alimento. La causa de las alergias alimentarias está relacionada con la producción por parte del cuerpo de un tipo de sustancia alergena llamada anticuerpos contra inmunoglobulina E (IgE) para un alimento particular. Las sustancias causantes de las alergias no son los alimentos en sí, sino algunas de las proteínas que forman parte de su composición que se denominan alérgenos.

Las reacciones adversas que se producen tras la ingestión de algunos alimentos son un problema clínico común; en la actualidad las alergias alimentarias son cada vez más comunes entre los individuos de este país, siendo estas de un amplio espectro de manifestaciones locales y sistémicas, y una amplia variabilidad, no existiendo un patrón fijo de respuesta clínica para cada alimento, y, frecuentemente, ni siquiera para cada individuo en las diferentes exposiciones a un mismo alimento al que es alérgico.

Aunque muchas personas sufren *intolerancia alimentaria*, las alergias a los alimentos son menos comunes. En una alergia alimentaria verdadera, el sistema inmunitario produce anticuerpos e histamina en respuesta al alimento específico. Cualquier alimento puede causar una reacción alérgica, pero sólo unos cuantos alimentos son los principales culpables.

Una alergia alimentaria principalmente se inicia en la infancia, pero puede comenzar a cualquier edad. Afortunadamente, muchos niños superan las alergias a la leche, la soya, los huevos y el trigo para cuando tienen 5 años de edad si evitan el consumo de

estos alimentos cuando son pequeños. Las alergias al maní, las nueces y los mariscos tienden a ser de por vida.

2.¿QUE SON LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS?

Los términos “intolerancia alimentaria” y “sensibilidad alimentaria” se utilizan indistintamente para denominar toda reacción adversa a los alimentos diferente de la clásica alergia mediada por IgE.

La alergia alimentaria o hipersensibilidad alimentaria alérgica (hidalgo, Rio, Sienra, 2009) es una reacción inmunológica del cuerpo, causada por mecanismos inmunológicos la cual es influida no solo por la herencia sino también por los factores ambientales. Es una reacción anormal a las proteínas de los alimentos la cual causa reacciones clínicas adversas. Esta reacción inmunológica es generalmente mediada por inmunoglobulina E (IgE) o por células, sin embargo, otros mecanismos inmunológicos pueden estar involucrados(Toche P, 2004).

Es una reacción exagerada del sistema inmune hacia una sustancia que normalmente no tiene ninguna reacción en las demás personas. En el caso de la persona alérgica, el sistema inmune trata a esta sustancia llamada alérgeno, como un elemento extraño, y produce una reacción que daña a la persona (Quiros, 2011). A diferencia de las alergias alimentarias, la intolerancia alimentaria es una reacción a una sustancia ajena al organismo en el cual no interviene ningún mecanismo del sistema inmunológico (Toche, 2004).

3. CLASIFICACIÓN

Las reacciones adversas que producen las alergias alimentarias debidas algún tipo de alimento en específico, deben ser clasificadas según sus reacciones para evitar confusiones. Las primeras se producen como consecuencia de la ingestión de una cantidad determinada de cierto alimento que contenga tóxicos, algún tipo de contaminante microbiológico o sustancias con propiedades farmacológicas, y que por

lo tanto no tienen la existencia de mecanismos de hipersensibilidad, sin embargo puede llegar a confundirse ya que es muy similar a las reacciones alérgicas y su diagnóstico llega a ser incorrecto (Garibay, E. M. V., Velarde, E. R., Haro, A. L., & Domínguez, A. M. 2012).

Las segundas ocurren cuando algunas personas presentan una reacción o hipersensibilidad determinada ya sea por el componente de algún alimento en particular o por factores psicológicos ya que algunas personas tienen una intolerancia psicológica a un alimento que tras su ingestión aparecen síntomas que de cierta manera remedan los síntomas de una auténtica hipersensibilidad (Garibay, E. M. V., Velarde, E. R., Haro, A. L., & Domínguez, A. M. 2012).

“Las reacciones de hipersensibilidad alimentaria en las que no existe una base alérgica pueden ser causadas por defectos metabólicos, tal es el ejemplo de la intolerancia a la lactosa” (Mataix, 2009).

Se puede llamar alergia alimentaria (Mataix, 2009) cuando las reacciones a los alimentos responden a un mecanismo alérgico o inmunológico, sin embargo la base de estas reacciones no es la misma ya que pueden depender de mecanismos inmunológicos distintos ya que algunas son mediadas por la inmunoglobulina E (IgE) mientras que otras se desencadenan por mecanismos no ligados a la IgE.

“En la clasificación propuesta por Larramendi, se combina la clínica con las características de los alérgenos alimentarios, y se tienen en cuenta factores moduladores o favorecedores” (Fernández-Rivas, 2003). Los alérgenos alimentarios estables, resistentes a temperatura, pH y digestión enzimática, son capaces de inducir tras su ingestión sensibilizaciones mediadas por IgE en individuos genéticamente predispuestos, y en varias exposiciones por vía digestiva producirían síntomas. Algunos ejemplos son la β -lactoglobulina de la leche, el Ara h 1 del cacahuete, o el Pru p 3 del melocotón.

Existen también alérgenos alimentarios lábiles, que no resisten el tratamiento térmico ni la exposición al pH gástrico ni a las enzimas digestivas, por lo que se supone no son capaces de inducir sensibilizaciones tras la exposición por vía digestiva, sin embargo

estos alérgenos si pueden desencadenar síntomas principalmente problemas en las vías respiratorias. Algunos ejemplos de este tipo de alergias son el Síndrome de Alergia Oral (SAO) producido tras la ingesta de la manzana en pacientes alérgicos al polen (Fernandez-Rivas, 2003).

4.¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE ALERGIAS RETRASADAS Y ALERGIAS INMEDIATAS?

Las alergias mediadas por IgG, también llamadas retrasadas u ocultas, suelen reaccionar a varios alimentos, mientras que en las mediadas por IgE también llamadas inmediatas lo normal es que sean uno o dos alimentos (Reia Análisis Especiales, S.A. 2005). Además, en las llamadas alergias retrasadas existe una relación entre la cantidad de alimento ingerido y la intensidad de la reacción, mientras que en las alergias mediadas por IgE mínimas cantidades de alimento pueden desencadenar reacciones muy graves. Si el nivel de IgG no es muy elevado basta con moderar el consumo del alimento sin excluirlo por completo de la dieta para que los síntomas mejoren, mientras que los niveles de IgE no tienen relación con la intensidad de la reacción (Reia Análisis Especiales, S.A. 2005).

5. PREVALENCIA DE ALERGIAS ALIMENTARIAS

Generalmente la alergia alimentaria se diagnostica en exceso y en otras ocasiones tiende a ser subestimada, ya que se tenía el dato que un 25 % de la población creía ser alérgico a uno o más alimentos, sin embargo la prevalencia real es mucho menor. Los estudios más rigurosos realizados en el 2007 en personas adultas muestran que tan solo el 1 % de la población presenta una alergia alimentaria (Mataix, 2009).

Sin embargo Wang, 2010, menciona que no existen datos fidedignos en relación a las alergias alimentaria, aunque es un hecho que la prevalencia mayor entre el 6 % - 10 %

se encuentra entre los menores de 3 años de edad la cual desciende en la primera década de vida, y en personas con enfermedades atópicas.

Los niños con enfermedades alérgicas suelen tener mayor prevalencia de alergia alimentaria; por ejemplo, 35% de los niños con dermatitis atópica moderada a grave tiene alergia a alimentos mediada por IgE,6 y entre 6 y 8% de los niños asmáticos tienden a ser inducidas por alimentos (Hidalgo y otros, 2009).

6. PRINCIPALES ALIMENTOS RESPOSABLES DE LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS

Aunque el número de alimentos que pueden producir reacciones alérgicas es muy elevado, tan solo unos cuantos son los responsables de la gran mayoría de los problemas clínicos como lo son la leche, huevos, mariscos, pescado, pollo, cerdo, nueces, cacahuates, maíz, centeno, trigo, cebada, cítricos, soya, chocolate, levadura y café (Reia Análisis Especiales, S.A. 2005). Los alimentos responsables de las reacciones alérgicas varía con la edad del paciente; en los niños los más comunes son la leche de vaca, el huevo, el pescado, la soya, el cacahuete y el trigo, mientras que en los adultos son los frutos secos, el cacahuete, los mariscos, el pescado y los huevos (Mataix, 2009).

Otros alimentos implicados con menor frecuencia son algunas frutas como el plátano, fresa y la manzana, hortalizas como el apio, tomate y el pimiento, y ciertas carnes principalmente la de cerdo, pollo y ternera (L.N Lorena Castillo Romeo, Dr. Jose A. Chávez B., Dr. Felipe Ortiz B., Dra. María L. Peralta P, IMSS, 2011).

Otros aditivos, por mecanismos no inmunológicos, también pueden producir síntomas y reacciones muy similares a las de una alergia, como lo es la tartracina (colorante artificial, amarillo 5) o el ácido benzoico (conservador) ya que tienen la capacidad de liberar histamina y otras sustancias de las células cebadas dotadas de potentes acciones farmacológicas que producen síntomas similares a la verdadera alergia (Mataix, 2009).

No cabe duda que el tipo de alimentación es distinto en las zonas del mundo lo cual influye en los diferentes tipos de alergias tal es el caso de la alergia al pescado la cual tiene más prevalencia en los países escandinavos que en otros lugares o la alergia al cacahuete que tiene mayor prevalencia en Estados Unidos que en España (Hidalgo-castro, E. M., Río-navarro, B. E., & Sienna-monge, J. J. L. (2009).

7. FISIOPATOLOGÍA

“Los alérgenos alimentarios son glicoproteínas solubles en agua, con un peso molecular de 10 a 70 kD, resistentes al calor, a la acción enzimática de las proteasas y a los ácidos algunos ejemplos son la caseína de la leche, la vicilina presente en el maní, el ovomucoide del huevo, etc.” (Henostroza Antúnez, Roncal Gómez, 2006).

La mucosa intestinal (Toche, 2004) está sometida fisiológicamente a agresiones antigénicas de origen alimentario o infeccioso. Esta mucosa posee mecanismos fisiológicos de defensa de tipo no inmunológicos como el epitelio columnar recubierto de glicocalix, las micro vellosidades del intestino, las *tight junctions* de los enterocitos, la peristalsis intestinal, las enzimas digestivas y la acidez gástrica. Además existen mecanismos inmunológicos como la presencia de inmunoglobulina A (IgA) secretora en el lumen intestinal y el sistema monocito-macrófago.

Los mecanismos inmunológicos involucrados en las reacciones alérgicas producidas tras la ingestión de los alimentos se clasifican en 3, alergias tipo I, tipo III y tipo IV (Gell y Coombs, 2009).

7.1. Reacciones alérgicas tipo I

Este tipo de reacción son las más comunes, en la que el IgE juega el papel central. Este tipo de reacciones también se conoce como reacciones inmediatas por la rapidez con la que se presentan los síntomas (habitualmente en pocos minutos). Los síntomas presentados se localizan principalmente en el tubo digestivo, piel, mucosa y aparato respiratorio ocasionando algunas veces anafilaxia lo cual puede comprometer la vida del individuo (Branum, A. M., & Lukacs, S. L. (2008).

7.2. Reacciones alérgicas tipo III

Este tipo de reacciones son también denominadas semirretardadas o por inmunocomplejos, las cuales son mucho más difíciles de identificar en la alergia alimentaria. Esta clase de reacción se debe a la formación de complejos inmunes del tipo IgG e IgM que provocan la liberación de citocinas. En ellas los síntomas aparecen entre ocho y doce horas después de la ingestión del alimento y son casi exclusivamente de tipo digestivo (Branum, A. M., & Lukacs, S. L. (2008).

7.3. Reacciones alérgicas tipo IV

Este tipo de reacciones son denominadas retardadas o de tipo celular y hasta el momento no están bien caracterizadas. Estas reacciones son mediadas por linfocitos T. En ellas los síntomas aparecen de 24- 28 horas después de la ingestión del alimento o incluso días después, sus manifestaciones clínicas se producen en el tubo digestivo o en la piel (Branum, A. M., & Lukacs, S. L. (2008).

8. SINTOMAS Y SINDROMES CAUSADOS POR REACCIONES ADVERSAS A LOS ALIMENTOS

Aún cuando es difícil englobar la sintomatología en forma específica (Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica (COMAAIPE), es conveniente clasificar en primer lugar la edad del paciente, ya que en los infantes puede expresarse como llanto, cólicos, vómitos, diarrea, rash, eczema, rinorrea u obstrucción nasal., pudiéndose presentar incluso detención de crecimiento y desarrollo. Estas manifestaciones alérgicas están influenciadas por factores como la edad, cantidad y calidad del alimento ofensor así como otros problemas médicos asociados.

Un determinado alimento puede producir diferentes síntomas en distintos pacientes, e incluso en el mismo en varias exposiciones o dependiendo de la cantidad que se haya

ingerido. Por otra parte distintos alimentos pueden reaccionar con los mismos síntomas o síntomas idénticos en la misma o en distintas personas.

Se debe de tener en cuenta que existen varios factores que influyen en la manifestación de los síntomas tales como el periodo estacional, el ciclo menstrual, las infecciones, medicación, ejercicio físico, estrés, alcohol, el tabaco, factores psíquicos, entre otros (Mataix, 2009).

Cuando la persona vuelve a ingerir el alimento, el alérgeno se une a la IgE, segregando sustancias químicas, como la histamina, y otras sustancias inflamatorias en la piel, las mucosas y la sangre, que son las responsables de los síntomas, como picor, moqueo, tos o trastornos respiratorios, síntomas gastrointestinales, cutaneomucosos y sistémicos.

8.1. Anafilaxia

La anafilaxia es una reacción aguda (Mataix, 2009) que aparece de forma inesperada y siempre en la primera hora después de la ingestión del alimento la cual afecta a varios órganos, es la manifestación más grave de la alergia alimentaria.

Los alimentos que comúnmente causan anafilaxia son los cacahuates, la soya, los frutos secos especialmente la nuez, leche, huevo, mariscos, apio y algunas frutas.

Los síntomas gastrointestinales que van acompañados de la anafilaxia son náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal tipo cólico. Si no se trata a tiempo puede llevar a una hipoxemia, irregularidad del pulso, afectación cardíaca y finalmente colapso cardiovascular o muerte (Murillo, A. N. A. Z., Nutrición, U. De, & Hospital, D., 2009).

Existe una reacción anafiláctica que es provocada por el ejercicio físico la cual se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes y adultos jóvenes predominantemente los del sexo femenino, la reacción se presenta cuando el paciente realiza ejercicio físico entre 2 y 4 horas después de haber consumido alimentos como pescados, apio o trigo (Murillo, A. N. A. Z., Nutrición, U. De, & Hospital, D. (2009).

8.2. Síndrome de alergia oral (SAO)

Es considerado como una forma de urticaria por contactos con alérgenos alimentarios con la mucosa oral. Las manifestaciones clínicas aparecen segundos o minutos después de haber ingerido el alimento (Sicherer, Sampson, 2006). El síntoma más común es el prurito con o sin angioedema de los labios, lengua, paladar, y orofaringe posterior. Usualmente se trata de una reacción breve y auto limitada.

8.3. Hipersensibilidad digestiva inmediata

Es una forma de hipersensibilidad digestiva que puede acompañar a manifestaciones alérgicas en otros órganos diana.

Los síntomas suelen ser diversos y de intensidad variable, los cuales aparecen regularmente en el transcurso de una hora. Los síntomas más comunes son vomito, dolor abdominal de tipo cólico o a modo de calambres y diarrea. Los alimentos implicados en la hipersensibilidad digestiva inmediata se encuentran la leche, el huevo, pescado, frutos secos y cereales (Murillo, A. N. A. Z., Nutrición, U. De, & Hospital, D. (2009).

8.4. Urticaria y angiodema

La piel es un órgano diana característico de las reacciones alérgicas a los alimentos medadas por IgE. Tanto la urticaria como la angioedema se caracterizan por su inmediata restablecimiento a los pocos minutos de la ingestión del alimento, ambos van acompañados de síntomas gastrointestinales o respiratorios.

Los alimentos que causan generalmente estos padecimientos en niños son la leche, el huevo, los cacahuates y los frutos secos. En los adultos los responsables son el pescado, el marisco, los frutos secos y los cacahuates (Murillo, A. N. A. Z., Nutrición, U. De, & Hospital, D. (2009).

8.5. Enterocolitis por proteínas de la dieta

Es un trastorno que suele presentarse en el primer año de vida. Los síntomas se presentan principalmente en el aparato digestivo acompañado de vómitos o diarreas las cuales pueden ser muy graves causando deshidratación y desnutrición del lactante.

Las proteínas comúnmente involucradas son las de la leche de vaca y en ocasiones las de la soya, proteínas del huevo. Es frecuente que en las heces aparezca sangre oculta. El trastorno tiende a desaparecer a los 18 a 24 meses de edad (Matiux, 2009).

8.6. Enfermedad celiaca

La enfermedad celiaca está asociada a una sensibilidad a la gliandina, la porción de gluten soluble en alcohol que es el principal grupo proteico del trigo y de otros cereales. La consecuencia de dicha patología es la instauración de un cuadro de mala absorción intestinal, especialmente de grasa, vitaminas liposolubles y calcio. Los síntomas que presenta son diarrea o esteatorrea franca, distensión abdominal y flatulencia, pérdida de peso y en ocasiones náuseas y vómitos (Mataix, 2009).

8.7. Afecciones respiratorias

Las manifestaciones respiratorias como el asma, rinitis y rinoconjuntivitis son causadas de forma aislada por la alergia alimentaria e incluso no está bien establecido que los antígenos alimentarios sean los primeros responsables de las mismas.

En determinados individuos hipersensibilizados, la inhalación de algunos alérgenos alimentarios pueden producir manifestaciones respiratorias incluyendo crisis asmáticas, entre las sustancias que desencadenan los síntomas respiratorios se encuentran la harina, varias leguminosas y semillas como la soya, proteínas del huevo, de los pescados y de los crustáceos así como diversas especies (Mataix, 2009).

9. MANIFESTACIONES DE HIPERSENSIBILIDAD ALIMENTARIA (Sicherer and Sampson, 2006).

Respiratorios	Cutáneos	Gastrointestinales	Sistémicos
<ul style="list-style-type: none"> • Moqueo, congestión nasal • Estornudos • Asma • Tos • Sibilancia • Trastornos respiratorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación de labios, boca, lengua, cara y o garganta (angioedema) • Urticaria • Erupciones o enrojecimiento • Picazón (prurito) • eczema 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal • Diarrea • Nauseas • Vómitos • Cólicos • Hinchazón 	<ul style="list-style-type: none"> • Shock anafiláctico

10. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de un alergia alimentaria es sumamente sencillo como ocurre cuando se da una reacción aguda inmediata a la ingesta de un alimento concreto, cuando el alimento implicado no se ingiere con frecuencia o si una persona presenta siempre los mismos síntomas tras la ingestión de un determinado alimento. Si bien la elaboración adecuada de la historia clínica es importante, el diagnóstico de alergia alimentaria puede ser confirmado en menos del 50% de casos en base a ésta solamente (Henostroza et al., 2006).

Existe una gama de técnicas in vitro e in vivo que van de la mano de una historia clínica por demás acorde que pueden llegar a orientar ó bien confirmar el diagnóstico de alergia alimentaria; cabe resaltar que son las técnicas más confiables y comunes que resultan de utilidad (Henostroza, et al., 2006).

Otra manera para diagnosticar la alergia a los alimentos se basa en los siguientes pasos:

10.1. Historia clínica y registro dietético:

El primer paso ante el diagnóstico de la hipersensibilidad alimentaria es realizar una historia clínica en la que se incluye un diario dietético para la identificación del alimento sospechoso. El registro dietético se utiliza como un complemento importante ya que los pacientes o los padres del paciente registran de manera cronológica todos los alimentos ingeridos en un periodo de tiempo y anotan cualquier síntoma que aparezca durante el mismo (Quiros, D. J. (2003).

10.2. Demostración del mecanismo inmune: pruebas cutáneas y determinación de IgE específica:

No existen pruebas inmunológicas totalmente fidedignas para el diagnóstico de alergia alimentaria, sin embargo los métodos empleados son bastante útiles para apoyar una sospecha clínica, teniendo en cuenta que los resultados siempre deben ser evaluados en relación con la respuesta clínica (Quiros, D. J. (2003).

10.3. Pruebas cutáneas:

Se emplean para valorar la reacción de la piel al contacto con el alérgeno. Para ello se deposita una gota de extracto diluido del alimento sospechoso en la piel del antebrazo y se punciona cuidadosamente con una lanceta. La prueba es positiva si en el lugar puncionado aparece una pápula, induración que se acompaña de enrojecimiento, calor local y picor y cuyo tamaño suele depender de la intensidad de la sensibilización (Quiros, D. J. (2003).

10.4. Detección de anticuerpos específicos:

Las técnicas utilizadas para la determinación de anticuerpos específicos IgE se encuentran las técnicas de radioinmunoensayo y las de enzimoimmunoensayo (Mataix 2009). Este tipo de pruebas tienen la ventaja de que permiten una valoración cuantitativa del alérgeno y se relaciona bien con las pruebas cutáneas.

10.5. Identificación del alérgeno, eliminación de la dieta y posterior reintroducción para evaluar las respuestas clínicas:

Si las pruebas realizadas dan positivo o se tiene sospecha de que un determinado alimento es el responsable de los síntomas, se realiza una dieta de exclusión la cual consiste en eliminar el alimento temporalmente de la alimentación del paciente para posteriormente reintroducirlo para observar la respuesta clínica. Sin embargo si con una dieta de exclusión no se controlan los síntomas se realiza una dieta oligoantigenica la cual está constituida por una reducida cantidad de alimentos que prácticamente se consideran carentes de poder alergénico; pero en casos muy extremos se realiza una dieta elemental que contenga solo las necesidades nutricionales básicas. Si después de dos semanas no se ven mejorías es muy probable que los alimentos eliminados sean los responsables, si por el contrario existe una mejoría es posible que exista una hipersensibilidad alimentaria y se tendrán que reintroducir los alimentos gradualmente, uno a uno, y dejando que transcurran una o dos semanas tras su inclusión (Orsi, Rodota y Vilallonga, 2011).

10.6. Pruebas de provocación oral controladas

Esta prueba es el único procedimiento que confirma el diagnostico de reacción alérgica a alimentos. Está indicada antes de instaurar una dieta de exclusión prolongada. No está indicada en el caso de reacciones anafilácticas con alimentos ni en situaciones en las que el tratamiento con adrenalina este contraindicado.

Con esta prueba se trata de reproducir los síntomas una vez que se ingiere el alimento (Mataix, 2009)

11. PREVENCIÓN

El primer paso para prevenir la alergia alimentaria consiste en la identificación de los recién nacidos que puedan tener alto riesgo de padecer una enfermedad alérgica al comienzo de la vida, debe insistirse en la introducción de la alimentación complementaria debe hacerse tardíamente e introducir los distintos alimentos poco a

poco, teniendo la precaución de no dar un alimento nuevo sin tener la certeza de que el alimento anterior se ha tolerado sin problemas. Es importante combatir las infecciones del aparato respiratorio y las del tubo digestivo ya que una gastroenteritis puede ocasionar una lesión de las vellosidades intestinales y una alteración de los mecanismos de absorción, facilitando el paso de macromoléculas y la aparición de sensibilizaciones a diversos antígenos alimentarios (Mataix, 2009).

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda postergar la introducción de la leche de vaca en la dieta del niño hasta los 12 meses de edad, la introducción del huevo hasta los 2 años y la introducción del pescado, maní y frutos secos hasta los 3 años, al igual la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN), recomendando no antes de los 10-12 meses de edad la integración tanto de la leche de vaca como del huevo (Coronel y cols 2009). Ambas organizaciones no concuerdan en cuanto a la dieta ideal de la madre lactante, según la AAP no debe incluir alimentos ale génicos (por ejemplo, maní) y según la ESPGHAN debe ser normal. En lo que si concuerdan ambos es en el uso de fórmulas hidrolizadas en lactantes de riesgo (aquellos con un familiar de primer gradoportador de alguna enfermedad alérgica como asma bronquial, rinoconjuntivitis, dermatitis atópica, alergia alimentaria) en el caso de que no puedan recibir lactancia materna exclusiva por algún motivo (Henostroza y otros, 2006).

Se recomienda seguir las siguientes medidas preventivas sobre todo en aquellos lactantes con tendencia a presentar enfermedades alérgicas (Branum and Lukacs, 2008):

1. Alimentación al seno materno exclusivo durante los primeros 4 a 6 meses de vida.
2. En caso extremo de no poder alimentar al niño con seno materno, optar por fórmulas lo más altamente hidrolizadas.

Otras maneras de prevención:

11.1 Alimentación durante el embarazo:

Se han realizado diversos estudios para determinar si es necesaria una dieta específica durante la etapa del embarazo, sin llegar a una conclusión. Sin embargo hubo algunos puntos que si hicieron notar un cambio, como lo es la ingesta de omega 3 y 6 durante el embarazo, el cual ayudo a disminuir la rinitis y el eccema atópico en los primeros años de vida. También el consumo con mayor frecuencia de manzanas, y algunas verduras asi como el consumo de vitamina E y carotenos, disminuyen el riesgo de eccema atópico y sibilancias en los primeros años (Can Pediatr, 2010).

11.2 Lactancia materna:

Como ya se sabe las propiedades inmunológicas de la lactancia materna son muchas, es por esto que se cree que la lactancia materna ayuda a prevenir la dermatitis y disminuye las alergias respiratorias. El efecto protector de la lactancia materna a aquellos que son amamantados de los 6-9 meses de vida está a discusión, ya que han observado un aumento en dermatitis atópica en aquellos niños que son amamantados en esta edad.

“Los bebes que siguen siendo amantados entre los 6 y 9 meses son 6 veces más propensos a desarrollar un eczema a los 2 años que los otros niños que no reciben leche materna” (The Journal of Allergy and Clinical Immunology, marzo 2010).

12. TRATAMIENTO

El tratamiento de la alergia alimentaria se basa principalmente en las medidas dietéticas, puesto que la terapia farmacológica tiene poca efectividad.

12.1 Tratamiento nutricional

Una de las características de la hipersensibilidad alimentaria es que tiende a regresar progresivamente. Los niños pequeños con hipersensibilidad comprobada a la leche, huevos, y a otros alimentos tienen una probabilidad mayor que desaparezca el

problema conforme el crecimiento del menor. Si el trastorno se ha manifestado antes del año de vida la tolerancia se presenta antes de los 2 años. En algunos casos la tolerancia a la leche se demora hasta los 4 o 5 años y tan solo en algunos casos la hipersensibilidad será permanente (Garibay, E. M. V., Velarde, E. R., Haro, A. L., & Domínguez, A. M., 2012).

En los lactantes con alergia a las proteínas de la leche de vaca el tratamiento consiste en la utilización de fórmulas hidrolizadas especiales. Algunos alimentos como la leche y el huevo deben ser excluidos como mínimo durante 18 meses mientras que otros alimentos como la soya, frutos secos y el pescado se deben excluir durante 2 años. Sin embargo la leches hidrolizadas han dado mucho de qué hablar, ya que la Asociación Española de Pediatría (AEP), European Society of Pediatric Allergy and Clinical Immunology (ESPACI), European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology And Nutrition (ESPGHAN), recomiendan este tipo de fórmulas, mientras que la revista Allergy, octubre 2009 y la revisión de Cochrane 2007, aseguran que no existen pruebas que sustenten que la alimentación con fórmulas hidrolizadas exclusivas disminuyan las alergias. Pero si estas son comparadas con la leche de vaca, si reducen las alergias en la niñez (Revisión de la Cochrocane 2007).

Las dietas de exclusión en los niños pequeños de alimentos tan importantes pueden ocasionar carencias nutricionales. Es importante señalar que cuando el niño haya superado la alergia alimentaria y tolere el alimento que ocasionaba el problema, es posible que permanezca la sensibilización subclínica. Cuando el niño presenta obesidad es un 26 % más propenso a padecer algún tipo de alergia alimentaria (Garibay, E. M. V., Velarde, E. R., Haro, A. L., & Domínguez, A. M. (2012).

En el caso de los adultos es distinto pues para ellos la alergia a los alimentos tiende a ser permanente, lo cual conlleva a la costumbre de vivir con el problema e intentar minimizar el riesgo de sufrir reacciones graves. Una vez que se establece una dieta de eliminación en el adulto es necesario evaluar los efectos. Tras una exclusión de los alimentos responsables debe notarse la mejoría en unos 10 días (L.N Lorena Castillo

Romeo, Dr. Jose A. Chávez B., Dr. Felipe Ortiz B., Dra. María L. Peralta P. IMSS, 2011).

Otro problema que tienen los pacientes con alergia mediada por la IgE es que su grado de sensibilidad puede verse incrementado por algunos factores como lo son, el alcohol, el tabaco, el ejercicio o las infecciones (L.N Lorena Castillo Romeo, Dr. Jose A. Chávez B., Dr. Felipe Ortiz B., Dra. María L. Peralta P. IMSS, 2011).

12.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es puramentesintomático, en caso de reacción adversa por ingestión inadvertida. Se utilizan fundamentalmente antihistamínicos, beta adrenérgicos y corticosteroides, en dependencia de la clínica que presente, generalmente por ingestión inadvertida del alimento sensibilizante (Javier Boné Calvo, 2002).

13. COMPRA

Los fabricantes de productos alimenticios están obligados a declarar los siguientes ingredientes claramente en la etiqueta de los alimentos envasados, de acuerdo a la legislación vigente (SEAIC, 2007).

ALÉRGENOS QUE DEBEN APARECER EN LA LISTA DE INGREDIENTES DE LAS ETIQUETAS DE LOS ALIMENTOS
Cereales que contengan gluten (trigo, centeno, cebada, avena, espelta, kamut o sus variedades híbridas)
Leche y sus derivados (incluyendo lactosa)
Huevos y productos a base de huevo
Crustáceos y productos a base de crustáceos
Moluscos y productos derivados
Pescados y productos derivados

Frutos de cáscara : almendras, avellanas, nueces, anacardos, pistachos, castañas, pacanas, nueces y productos derivados
Cacahuetes y productos a base de cacahuetes
Soja y productos a base de soja
Apio y productos derivados
Granos de sésamo y productos a base de granos de sésamo
Mostaza y productos derivados
Dióxido de azufre y sulfitos

Por ello, es muy importante leer siempre los ingredientes de los alimentos que se vayan a comprar, teniendo cerca el listado de alimentos a las que se es alérgico o intolerante para evitar su compra.

14. CONCLUSIÓN

La inmadurez del tracto gastrointestinal, de la coordinación neuromuscular y de la función inmunológica limitan los alimentos que el lactante es capaz de consumir y si lo hace, lo exponen a un riesgo mayor de infecciones transmitidas a través de los alimentos, así como a alergias alimentarias. Por estas y muchas otras razones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que «todo lactante debe ser alimentado exclusivamente por el pecho materno durante los primeros seis meses de edad». Posteriormente, los lactantes deben recibir alimentos complementarios adecuados y seguros mientras continúa la alimentación por el pecho materno hasta los dos años de edad

Es importante preguntar sobre los ingredientes y métodos culinarios empleados cuando se come fuera de casa, para evitar así los alimentos que causan problemas. Deben especificarse en las etiquetas con claridad los ingredientes que contienen los productos alimenticios para evitar cualquier tipo de reacción alérgica.

El estrés, la contaminación del medio ambiente, la introducción precoz de alimentos sólidos a los bebés (especialmente los alimentos sólidos ya preparados) así como el abuso de los lácteos, las bebidas envasadas y los alimentos pre cocidos o con mucha manipulación industrial pueden generar reacciones alérgicas en las personas.

Aunque los aditivos alimentarios son producen ningún problema para la mayoría de las personas, un reducido número de personas con determinadas alergias pueden ser sensibles a estos.

En general todas las personas estamos expuestas a contraer una alergia alimentaria, es por eso que es importante distinguir la diferencia existente de una intolerancia y una alergia para llevar el tratamiento adecuado.

15. BIBLIOGRAFÍA

Alergia, U. De. (2003). Editorial Alergia a alimentos: *patrones de respuesta clínica a los alérgenos alimentarios*, 119–120.

Belinchón, J. P., Martínez, Y. M., & Repetto, H. P. (2013). *Pediatría, III*.

Branum, A. M., & Lukacs, S. L. (2008). *Food allergy among U.S. children: trends in prevalence and hospitalizations. NCHS data brief*, (10), 1–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19389315>.

C. Coronel R. B. Espin J. M. C. Guisado R., 2009. Alergia a alimentos. Alergia a proteína de leche de vaca. XIII(8):721-734

David M. Fleischer, Tamara T. Perry, Dan Atkins, Robert A. Wood, A. Wesley Burks, Stacie M. Jones, Alice K. Henning, Donald Stablein, Hugh A. Sampson and Scott H. Sicherer. *Allergic Reactions to Foods in Preschool-Aged Children in a Prospective Observational Food Allergy Study. Pediatrics* 2012;130:e25; originally published online June 25, 2012;

Dean D. Metcalfe, Hugh A. Sampson, Ronald A. Simon, Gideon Lack John Wiley & Sons. *Food Allergy: Adverse Reaction to Foods and Food Additives*, Oct 21, 2013

DesRoches, a, Infante-Rivard, C., Paradis, L., Paradis, J., & Haddad, E. (2010). *Peanut allergy: is maternal transmission of antigens during pregnancy and breastfeeding a risk factor? Journal of investigational allergology & clinical immunology*, 20(4), 289–94. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20815306>

En, G., Infancia, L. A., & Sensibilidad, T. Y. (2010). *Actualización de conceptos en la prevención de la alergia infantil.*, 87–91.

Garibay, E. M. V., Velarde, E. R., Haro, A. L., & Domínguez, A. M. (2012). *Recomendaciones para la alimentación del niño durante los primeros 23 meses de vida.*

González Galán, I., García Menaya, J. M., Jiménez Ferrera, G., & González Mateos, G. (n.d.). *Anaphylactic shock to oysters and white fish with generalized urticaria to prawns and white fish. Allergologia et immunopathologia*, 30(5), 300–3. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12396966>

Hidalgo-castro, E. M., Río-navarro, B. E., & Sienna-monge, J. J. L. (2009). *Artículo de revisión Factores de riesgo de alergia alimentaria*, 56(5), 158–164.

L.N Lorena Castillo Romeo, Dr. Jose A. Chávez B., Dr. Felipe Ortiz B., Dra. María L. Peralta P. (2011), *Diagnóstico y tratamiento de la alergia alimentaria en niños. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo de maestro de Guías de práctica clínica: IMSS-495-11.*

Murillo, A. N. A. Z., Nutrición, U. De, & Hospital, D. (2009). *Intolerancia alimentaria*, 56(5), 241–250.

MD, Bonita M. D. Stanton, MD, Joseph St. Geme, Nina Schor and Richard E. Behrman, MD Nelson (2007). *Textbook of Pediatrics*, 19th Edition By Robert M. Kliegman,

Osborn DA, S. J. (2008). *Probióticos para la prevención de la enfermedad alérgica*. WILEY, 1-54

Pediatrics 2012;130:e25; originally published online June 25, 2012;

Quiros, D. J. (2003). *Diagnostico de alergias utilizando IgE alergeno-especifico*. *Revista Medica del Hospital Nacional de Niños Dr Carlos Saenz Herrera* , 1-4.

REIA ANÁLISIS ESPECIALES, S. (2005). *Intolerancia alimentaria*. REIA ANÁLISIS ESPECIALES, S.A , 1-9

SEAIC, (2007). *Resumen del libro de las enfermedades alérgicas 2012 y del tratado de alergología 2007*.

Verdu, J. M. (2009). *Tratado De Nutricion Y Alimentacion* . En J. M. Verdu, *Tratado De Nutricion Y Alimentacion* (Págs. 1813-1828). Barcelona, España: Oceano/Ergon.