

Alergia alimentaria

S. Jarlot, M. Hosotte, D. Dano, G. Kanny

La alergia alimentaria provoca síntomas polimorfos, específicos y reproducibles tras la ingesta de un alimento, relacionados con la detección de uno o varios alérgenos mediante inmunoglobulinas E (IgE) específicas, incluso mediante células del sistema inmunitario. Un alérgeno alimentario casi siempre es de naturaleza proteica, en ocasiones glucídica, como el alfa-Gal. Las proteínas alergénicas pueden ser modificadas por los procesos de preparación (por ejemplo, cocción) y de conservación de los alimentos, lo que origina modificaciones de alergenidad. Algunos alimentos son más frecuentemente responsables de alergia alimentaria: leche, huevo, cacahuete, pescados, trigo en el niño, frutas y verduras con reacción cruzada con los pólenes en el adulto. La prevalencia de las alergias alimentarias varía en función de la edad y de los hábitos alimentarios. La expresión clínica varía también con la edad: la dermatitis atópica es el cuadro clínico más frecuente en el primer año de vida, mientras que el asma y las reacciones anafilácticas se observan más en el adolescente o adulto. El diagnóstico de una alergia alimentaria se basa en una anamnesis y en una investigación sobre la alimentación del paciente. La sensibilización al alérgeno se explora mediante las pruebas cutáneas de lectura inmediata (pruebas de punción cutánea) o retardada (pruebas de parche cutáneo). El diagnóstico se confirma mediante la curación con una dieta de evitación o la positividad de la prueba de reintroducción por vía oral en medio especializado. El tratamiento se basa en una dieta de evitación del alimento involucrado y un protocolo de cuidados y de urgencia en los pacientes con riesgo de reacciones anafilácticas agudas. Se controlará al paciente para valorar la evolución de la alergia alimentaria y del umbral reactógeno por vía oral al alimento. La aplicación de un protocolo de inmunoterapia sublingual, oral y epicutánea tiene como objetivo restablecer la tolerancia al alimento en un futuro.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave : Alergia alimentaria; Dietética terapéutica; Alérgeno alimentario; Protocolo de tolerancia; Desensibilización

■ Introducción	1
■ Cuadros clínicos	1
■ Factores favorecedores o agravantes	2
■ Alérgenos alimentarios	2
Naturaleza	2
Frecuencia	2
Influencia de las tecnologías agroalimentarias sobre la alergenidad	3
Identificación de los alérgenos	3
Reactividad cruzada	3
■ Elementos del diagnóstico	3
■ Diagnóstico diferencial: falsas alergias alimentarias	4
■ Tratamiento	4
■ Conclusión	5

■ Introducción

La alergia alimentaria corresponde al conjunto de las manifestaciones clínicas ligadas a una respuesta inmunológica frente a un alérgeno alimentario. Se define como una respuesta inmunitaria específica nefasta que aparece de forma reproducible durante la exposición al alimento involucrado. Casi siempre es dependiente de IgE, aunque es posible observar otros mecanismos inmunológicos. La alergia alimentaria es la expresión clínica más precoz de la enfermedad atópica. La frecuencia de la alergia alimentaria aumenta constantemente; por ejemplo en Francia, su prevalencia está estimada en un 3,2% en el adulto y en un 4,7% en el niño^[1].

■ Cuadros clínicos

Las manifestaciones clínicas de la alergia alimentaria son variadas. Pueden ser generalizadas (shock anafiláctico) o presentarse en órganos como la piel (urticaria, angioedema, dermatitis

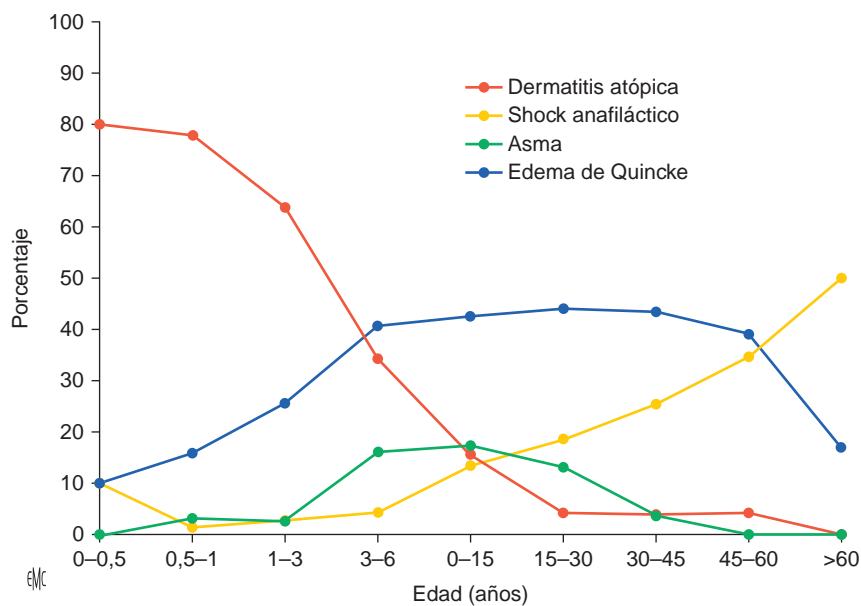


Figura 1. Cuadros clínicos observados en la alergia alimentaria en función de la edad en un grupo de 703 pacientes.

Cuadro 1.

¿Cuándo sugerir una alergia alimentaria?

¿Cuándo sugerir una alergia alimentaria?

Síndrome oral, molestia faríngea o laríngea tras la ingesta de alimentos

Dermatitis atópica

Eritema, urticaria en relación con la ingesta de alimentos

Edema palpebral, labial, facial, edema laríngeo que se traduce en disnea laríngea y/o disfonía

Anafilaxia: urticaria, vómitos, malestar, astenia, hipotensión, dolor abdominal y diarreas agudas, shock anafiláctico

Rinoconjuntivitis, quemosis en relación con la ingesta de alimentos

Asma

Retraso o interrupción de la curva ponderal

Estreñimiento pertinaz

Diarrea, malabsorción

Rectorragias

Disfagia, obstrucción del paso de alimentos, dispepsia, regurgitaciones, cólicos

Dolor abdominal agudo o crónico

Letargia, hipotonía, irritabilidad en el lactante

atópica), las mucosas (edema, conjuntivitis), el aparato respiratorio (asma, rinitis), el tubo digestivo (regurgitaciones, vómitos, estreñimiento, diarrea, malabsorción, esofagitis por eosinófilos), el sistema neurológico (astenia, letargia, hipotonía) o en varios órganos de forma simultánea (Cuadro 1). La dermatitis atópica es el síntoma más precoz de alergia alimentaria y representa el 80% de los cuadros clínicos en el lactante. Los cuadros clínicos cambian con la edad (Fig. 1). El asma es más frecuente en los adolescentes y adultos jóvenes. El shock anafiláctico, raro en la primera infancia, representa el 30% de los síntomas a partir de los 30 años.

■ Factores favorecedores o agravantes

La alergia alimentaria depende por una parte de la alergenidad de las proteínas alimentarias y de su paso a la circulación. En el lactante, la inmadurez de la mucosa digestiva y del sistema inmunitario intestinal (tejido linfoide asociado al intestino [GALT]) participa en la patogenia. El aumento de la permeabilidad intestinal puede favorecer el paso de los alérgenos. Dicho aumento se incrementa por el consumo de alcohol, de aspirina o de antiinflamatorios no esteroideos y por infecciones virales,

parasitarias y micóticas intestinales. El esfuerzo puede poner de manifiesto una alergia alimentaria y originar una anafilaxia que sólo aparece cuando el esfuerzo físico se asocia a la toma del alimento alergizante, contexto en el cual el trigo es el alimento más frecuentemente involucrado^[2].

Con el tiempo, la alergia alimentaria puede tener curación. La alergia a las proteínas de la leche de vaca desaparece antes de los 10 años en el 90% de los niños.

■ Alérgenos alimentarios

Naturaleza

Los alérgenos alimentarios o trofalérgenos son generalmente glucoproteínas de 10-70 kilodaltons (kD) de peso molecular; 10 kD es el límite inferior para ser inmunógeno (es decir, inducir una respuesta inmunitaria) y 70 kD, el límite superior para ser absorbido a nivel digestivo. Un alimento contiene varias proteínas alergénicas, de las cuales se denominan alérgenos mayores aquellas reconocidas por más del 50% de los pacientes sensibilizados. En casos excepcionales, el alérgeno puede ser un azúcar, como el alfa-Gal implicado en las alergias a las carnes^[3].

Frecuencia

Se han descrito reacciones alérgicas dependientes de IgE con más de 170 alimentos. En la mayoría de las reacciones alérgicas están implicados alérgenos de identificación obligatoria: cacahuete, frutos secos, huevo, leche, pescados, crustáceos, trigo, soja. El apio, la mostaza, el sésamo, el altramuz y los moluscos son alérgenos específicos de los países europeos. El trigo sarraceno es frecuente en Japón^[4]. Los alérgenos implicados cambian con la edad del paciente, y su número aumenta con la diversificación alimentaria. La prevalencia de la alergia al huevo y a la leche disminuye con la edad, mientras que la alergia al cacahuete parece persistir (Fig. 2). El riesgo de anafilaxia o de asma aguda grave por alergia al cacahuete es elevado.

Las alergias alimentarias por alérgenos vegetales (frutas y verduras: rosáceas, apiáceas, frutas exóticas) son más frecuentes en el adulto (70% de los casos). Su frecuencia aumenta con la edad, paralelamente a la adquisición de la sensibilización a los pólenes debido a fenómenos de alergia cruzada pólenes-frutas y verduras. Los alérgenos emergentes son la harina de altramuz, la nuez de anacardo, el trigo sarraceno, las leches de cabra y de oveja, derivados del trigo, la judía blanca.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465413>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465413>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)