



Alergia Alimentaria

El término “Alergia Alimentaria” se refiere a un grupo de enfermedades que afectan tanto a niños como adultos y que muestran un aumento en su frecuencia en diferentes países del mundo, afectando hasta en 8% a la población infantil, y alrededor del 4% de la población adulta.

Como cualquier otra alergia, la presencia de síntomas ante un determinado alérgeno alimentario (que habitualmente es una proteína presente en el alimento que causa la alergia), implica que ese paciente ha tenido contactos previos con ese alimento, y que en esos primeros contactos no se indujeron síntomas pero que el organismo se “sensibilizó” durante ese período.

Esta sensibilización y posterior desarrollo de síntomas de alergia puede ocurrir por la ingestión directa de alimentos como causa más obvia, y también por inhalación de vapores de la cocción de alimentos. Otra vía de sensibilización sería a través de la circulación materno fetal en embarazadas, y la lactancia materna.

Es importante establecer que la lactancia materna es un gran puntal de la prevención de la alergia alimentaria, pero que en algunos casos, como cuando se amamanta a niños que tienen diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca, la madre lactante debe evitar el consumo de lácteos suplementando su propia dieta con calcio. También es importante esta medida como prevención de alergia alimentaria en los nuevos hermanos de niños que han tenido alergia a la leche de vaca.

¿Cuáles son los principales alimentos implicados en alergia alimentaria?

En los niños, incluso en los lactantes, los principales alimentos que pueden asociarse a alergia alimentaria son la leche de vaca, el huevo, la soja y también la harina de trigo. Estas alergias en general son de buen pronóstico y suelen curarse después de un período de algunos meses o algunos años. Algunos alérgenos, como el maní, suelen asociarse a alergias de larga data, que pueden afectar a los pacientes durante toda su vida.

En los adultos en cambio, los alérgenos alimentarios más frecuentes son los pescados y mariscos, maní y frutos secos además de frutas de la familia de las rosáceas (manzana, pera, ciruela, durazno, etc.). Estas alergias suelen presentarse durante toda la vida.



¿Influyen los estilos de vida y alimentación en el desarrollo de estas alergias?

Efectivamente, el mayor consumo de un determinado alimento en una comunidad condiciona una mayor frecuencia de alergia a ese alimento. Como ejemplo se puede mencionar que el alto consumo de mostaza en la población francesa se asocia a un incremento de la alergia a este alimento.

¿Cuáles son los principales presentaciones de este tipo de alergias?

Los síntomas pueden ser muy variados, y pueden ser inmediatos luego de ingerir un alimento (picazón de los labios, paladar y garganta, ronchas urticariales en la piel, ronquera, dificultad respiratoria alta o baja, hinchazón de partes blandas como párpados y labios, palpitaciones, desmayo y pérdida de conocimiento).

También existen cuadros más retardados que pueden presentarse varias horas después de ingerir un alimento, y que originan una inflamación de distintas partes del tracto digestivo, desde su inicio en la boca y esófago, hasta su final a nivel colorectal. Esta inflamación, según el lugar del tubo digestivo donde se presente, tendrá diversas manifestaciones clínicas, como reflujo severo, vómitos, cólicos, diarrea aguda o crónica, baja de peso, presencia de sangre en las deposiciones, estitiquiez).

Las alergias alimentarias también pueden ser o la causa o un factor que empeore las dermatitis atópicas, caracterizadas por enrojecimiento y sequedad de la piel, sobreinfecciones, y compromiso de los pliegues (lesiones en cuello, pliegues de los codos y por detrás de las rodillas). Esto ocurre especialmente en lactantes con dermatitis atópica.

¿Existe relación con otro tipo de alergias?

Efectivamente, los alérgenos alimentarios pueden ser proteínas que también estén presentes en otras fuentes, diferentes a un alimento, propiedad llamada reactividad cruzada.

Un ejemplo de reactividad cruzada que en nuestra especialidad estamos viendo cada vez con mayor frecuencia es el Síndrome látex-fruta. Las proteínas alérgicas son compartidas tanto por el látex como por las frutas del grupo látex y los síntomas alérgicos al comer estas frutas (principalmente palta, kiwi, plátano y castaña entre otras), pueden o no anteceder a la alergia al látex, manifestada a su vez por síntomas alérgicos cuando el paciente está en contacto con elementos que contienen látex o goma (globos de cumpleaños, guantes, preservativos, etc.).



¿Cómo se estudian las alergias alimentarias?

Este tipo de estudio debe ser guiado por un especialista en alergia e inmunología, con la debida participación de otros especialistas, según el cuadro clínico que presente el paciente.

Existe la posibilidad de efectuar exámenes de sangre (IgE específicas para alimentos) y el test cutáneo llamado prick test en los cuadros inmediatos. Las pruebas de parche (otro tipo de test cutáneo) suelen ser útiles en los cuadros más retardados, como por ejemplo, digestivos.

La posibilidad de efectuar otros estudios como endoscopías y biopsias, dependerá del tipo de cuadro clínico, su severidad y su duración.

¿Cómo se tratan las alergias alimentarias?

Evitar el alimento al que se es alérgico es el principio fundamental de la terapia, junto con la búsqueda de las mejores alternativas alimentarias que permitan nutrir adecuadamente al paciente. Un hecho positivo es que muchos niños superan con el tiempo sus alergias a alimentos, y es el especialista quien debe efectuar las pruebas de provocación, en un recinto hospitalario, que permitan asegurar una posterior tolerancia a ese alimento.

En el caso de alergias inmediatas graves a alérgenos que pueden presentarse enmascarados (escondidos) en otros alimentos, existe la posibilidad de que el paciente o su familia sean instruidos en el uso de autoinyectores de adrenalina.

¿Cuáles son las principales medidas de prevención de alergia alimentaria?

Estas medidas se aplican en especial en niños con riesgo de atopia o que ya tienen alergia a un alimento para que no agreguen nuevas alergias a otros alimentos (son niños que suelen tener familiares con patologías atópicas o alérgicas).

El fomento de la lactancia materna al menos durante 6 meses, el evitar fumar antes y después del parto, y la introducción tardía de alimentos como el maní, pescado, y huevos hasta al menos los 2 años en niños con antecedente de alergia a alimentos son consideradas medidas efectivas de prevención, además del uso de leches hidrolizadas (donde el alérgeno es menos riesgoso pues tiene un menor tamaño y una menor capacidad alérgica).

**Dra. María Antonieta Guzmán M.
Directora Comité Científico, Past President.
Sociedad Chilena de Alergia e Inmunología.**