

Tratamiento y prevención de alergias alimentarias

Dra. Erika Arruda-Chaves
Unidad de Alergia e Inmunología Clínica
Clínica Anglo-Americana

RESUMEN

Una vez realizado el diagnóstico preciso, el fundamento principal del tratamiento y prevención de la alergia alimentaria es evitar el alérgeno alimentario de forma específica, para impedir restricciones alimentarias innecesarias y exacerbaciones del cuadro clínico.

En ese aspecto, la familia y el propio paciente deben ser concientes del contenido exacto del producto a ser ingerido, saber leer las etiquetas y conocer nombres técnicos de derivados del alérgeno prohibido, para evitar reacciones cruzadas o ingesta del "alérgeno oculto".

Actualmente, la prevención secundaria se puede obtener también con el uso de la Anti-IgE, que confiere una cierta protección en casos de ingesta accidental de pequeñas cantidades del alérgeno alimentario en cuestión. La prevención primaria de alergia a algún alimento todavía no se ha logrado, aunque existan varios estudios con terapia génica (ej. inmunoterapia con DNA) en animales y obtención de productos genéticamente modificados.

Está claro que la lactación materna prolongada, el uso de hidrolizado proteico (caso ésta no sea suficiente) y la introducción tardía de alimentos sólidos previene la sensibilización a algunos alimentos.

En casos de exacerbaciones clínicas es necesario iniciar el tratamiento medicamentoso inmediatamente, según la gravedad de cada caso, con adrenalina, antihistamínicos y corticoide sistémicos.

Palabras clave: Tratamiento - prevención - alergia alimentaria

1. INTRODUCCIÓN

Las estadísticas de las alergias alimentarias son variables de país a país, considerando que hay sub-notificación de la enfermedad en algunos y sobre-notificación en otros, lo que dificulta saber con precisión su prevalencia. Igualmente son variables los alimentos que son considerados más alergénicos según el local y el grupo etario. Por ejemplo, en España, el huevo, la leche de vaca y el pescado son considerados en ese orden los más alergénicos, en la población infantil⁽¹⁾.

Considerando los individuos mayores de 15 años, en el orden de mayor a menor prevalencia, como desencadenante del cuadro alérgico tenemos el huevo, maní, leche, mostaza y pescado. En adultos, manzana, avellana y apio pasan a tener mayor relevancia clínica⁽²⁾.

El diagnóstico de alergia alimentaria se basa en una buena evaluación clínica, con minuciosa anamnesis que busca correlacionar los síntomas presentados por el paciente y la ingesta del alimento sospechoso. Pero es a través de las pruebas diagnósticas que se puede determinar o descartar el alérgeno alimentario.

Para tanto, se podrán utilizar exámenes auxiliares diagnósticos como: pruebas cutáneas de lectura inmediata y pruebas séricas de RAST ("radiosorbent test") para la determinación de IgE específica, y pruebas de provocación oral controlada (PPO) que demuestran un mecanismo de "causa y efecto" cuando se ingiere el alimento sospechoso⁽³⁾.

Una vez determinado el alérgeno alimentario, es necesario instituir un tratamiento integral, basado fundamentalmente en la prevención específica, que será discutido a continuación.

2. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Los objetivos principales del tratamiento en alergia alimentaria son: evitar el alérgeno desencadenante, evitar restricciones alimentarias innecesarias y prevenir reacciones alérgicas graves por ingestas accidentales

3. MÉTODOS DE PREVENCIÓN

3.1. Prevención secundaria

Para hacer prevención secundaria, es decir, evitar exacerbaciones en un individuo previamente sensibilizado, es necesario obtener un diagnóstico precoz y preciso para identificar el alérgeno desencadenante y poder instituir una dieta de restricción específica. No se deben hacer restricciones de alimentos no relacionados con el alérgeno, evitando así la desnutrición o carencias alimentarias.

En este sentido es necesaria la participación y concientización de toda la familia, además del propio paciente, cuando sea posible. La educación de los involucrados en el tema es imprescindible, de tal forma que aprendan a leer las etiquetas de los productos alimentarios, sepan los nombres técnicos de derivados de determinado alimento, eviten consumir alimentos artesanales que no contengan buena descripción de ingredientes y jamás consuman un producto cuando no hay seguridad de conocer su contenido al 100%.

Lamentablemente las normativas de etiquetado no son muy exigentes ni favorables a los pacientes con alguna alergia alimentaria, porque permiten vacíos en la comprensión de los ingredientes presentes en determinados productos. Ejemplo de eso, son los alimentos que no describen la presencia de derivado de leche de vaca cuando usan en realidad determinados espesantes en su composición que sí lo son. Esto implica que los pacientes están sujetos a ingestas accidentales del alérgeno (alérgeno oculto), lo que aún en cantidades pequeñas desencadenaría reacciones alérgicas graves^(4, 5, 6).

Hay que considerar dentro de la prevención secundaria, evitar alimentos o sustancias que promueven reacciones cruzadas con el alérgeno alimentario, es decir, evitar productos que presentan estructuras químicas o conformacionales similares o que tienen epítopes comunes al alérgeno al cual el individuo es sensible.

Ejemplo de eso, es el conocido Síndrome látex-fruta, donde pacientes alérgicos al látex pueden presentar reacciones alérgicas al ingerir alimentos como palta, kiwi, plátano, melón, maracuyá, nueces o espinaca.

A pesar de todos los cuidados, aún así son observados casos de reacciones alérgicas en situaciones tan inusuales, como es el caso de paciente con alergia a un alérgeno inhalado (Ej. Polen) que presenta sintomatología después de comer miel (alérgeno escondido)⁽⁷⁾.

Por lo tanto, la máxima atención debe ser dada en la educación de familiares y pacientes para evitar exacerbaciones clínicas.

3.2. Anticuerpo monoclonal humanizado anti-IgE

En la búsqueda de prevenir reacciones alérgicas graves por ingesta accidental, el estudio de Leung y colaboradores ha demostrado eficacia clínica en el uso del anticuerpo monoclonal anti-IgE contra placebo en pacientes alérgicos a maní. Pacientes de 12 a 60 años (n = 84) fueron randomizados y recibieron dosis de anti-IgE a cada 4 semanas durante 20 semanas o placebo. Posteriormente, dentro de las 2 semanas posteriores a la última dosis del tratamiento, fueron sometidos a la prueba de provocación oral controlada (PPO) con maní. Con la dosis de 450 mg de anti-IgE se observó un aumento significativo en el limiar de sensibilidad al maní, durante la PPO, lo que permitió concluir que la anti-IgE ofrece suficiente protección a ingestas menores del alérgeno alimentario⁽⁸⁾.

3.3. Prevención primaria

En los últimos años se han buscado fórmulas de prevención de las enfermedades alérgicas, considerándose métodos que pudiesen evitar que el individuo se sensibilizara a un determinado alérgeno (prevención primaria)⁽³⁾.

Estudios fueron realizados en el sentido de buscar demostrar si la prevención primaria era posible a través de restricciones alimentarias a las gestantes o al lactante, antes que desarrollara sensibilidad. Ningún estudio consiguió demostrar eficacia en ese sentido, cuando se hizo restricción a la gestante de determinados productos. Lo único que se logró con el estudio fue inducir baja ganancia de peso gestacional y mayor incidencia de prematuridad, pero no hubo alteración en la marcha Alérgica alimentaria en la población estudiada⁽⁹⁾.

Por otro lado, estudios han demostrado que la lactancia materna exclusiva prolongada ejerce importante papel en la prevención primaria de alergia a la leche de vaca, siendo el efecto protector directamente proporcional al tiempo de lactancia. Según este estudio, en casos donde la leche materna es insuficiente, la complementación alimentaria debe ser realizada con hidrolizado proteico completo, que incluso previene cuadros de dermatitis atópica en los lactantes. No se deben utilizar hidrolizados proteicos parciales en pacientes de riesgo ⁽¹⁰⁾.

Todavía no hay métodos que permitan una intervención más precoz en lo que atañe a la prevención primaria, como la manipulación genética.

4. INMUNOTERAPIA

Muchos estudios experimentales están siendo realizados con la llamada terapia génica, considerada un tipo de inmunoterapia no convencional. Estudios con fragmentos peptídicos que buscan inducir un desvío de la respuesta inmune hacia un mecanismo TH1; uso de DNA, secuencia inmunomoduladoras o modificación genética de alimentos son otros que siguen la lista. Algunos han presentado resultados alentadores, aunque todavía en modelos experimentales.

Pero ningún estudio con inmunoterapia convencional (alérgeno específico) demostró eficacia y seguridad en la prevención y tratamiento de enfermedad alérgica alimentaria. Aunque en algunos estudios anteriores se observó aumento de tolerancia frente al alimento alérgico en pacientes en proceso de desensibilización, el número elevado de reacciones adversas sistémicas fue inaceptable. Lo que significa que no se recomiendan inyecciones de inmunoterapia con alérgenos alimentarios en pacientes sensibilizados a los mismos, pues están sujetos a desarrollar graves reacciones alérgicas ^(11, 12).

5. TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Considerando que es imposible evitar al 100% las manifestaciones clínicas en pacientes con alergia alimentaria, sea por ingesta accidental, por ingesta del alérgeno oculto o por reacción cruzada entre productos inhalados y/o ingeridos, hace parte del proceso educativo del paciente y familiares el saber manejar adecuadamente la situación de una crisis, cuando y como usar las medicaciones para tratar el cuadro clínico.

Los medicamentos tradicionalmente usados en cuadros

de reacciones alérgicas son la adrenalina, los anti-histamínicos y los corticoides sistémicos, según la gravedad de cada caso. En casos leves, muchas veces es suficiente un antihistamínico oral.

En casos más graves, como en el choque anafiláctico, además de toda la medicación ya mencionada, son necesarias medidas de soporte y reanimación; por lo tanto, la atención médica debe ser realizada en un servicio de emergencia con personal entrenado.

Pacientes con historia de reacciones graves a la ingesta de algún alimento, deben ser educados para el uso adecuado de adrenalina, debiendo siempre portar la adrenalina auto-inyectable en sus pertenencias y manejarla según la necesidad ⁽³⁾.

6. CONCLUSIONES

En el ámbito mundial, hasta el momento, el único método eficaz y seguro utilizado en el tratamiento de alergias alimentarias es "evitar el alérgeno alimentario que desencadena los síntomas".

En ese sentido es necesaria la participación activa del paciente y sus familiares y de personas de su entorno, que lo apoyan en la prevención de exacerbaciones clínicas, y en el tratamiento rápidamente instituido en casos de ingestas accidentales.

La prevención primaria en el caso de alergia a la leche de vaca es posible con el uso de lactancia materna prolongada, mayor de 4 meses y la introducción tardía de alimentos sólidos en la dieta del lactante.

La inmunoterapia convencional está contraindicada en casos de alergia alimentaria, por el riesgo aumentado de inducir reacciones alérgicas graves. El único tipo de inmunoterapia recomendada para los alérgicos a alimentos es el anticuerpo anti-IgE, que ofrece seguridad contra pequeñas ingestas del alérgeno, actuando como una forma de prevención secundaria. A pesar de todas las medidas de prevención, es recomendable que los pacientes sean preparados para manejar casos de emergencia y carguen siempre consigo un aparato de adrenalina autoinyectable y lo sepa usar cuando sea necesario.

Nuevos métodos terapéuticos están siendo estudiados y se espera que en un futuro no muy distante sea posible la prevención primaria de la alergia alimentaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boyano MT, Martín Esteban M, Díaz Pena JM, Ojeda JA. Food allergy in children. I. Clinical aspects and diagnosis. *An Esp Pediatr.* 1987; 26 (4): 235 - 40.
2. Rance F, Kanny G, Dutau G, Moneret-Vautrin DA. Food hypersensitivity in children: clinical aspects and distribution of allergens. *Pediatr Allergy Immunol.* 1999; 10 (1):33-8.
3. Sicherer SH. Food Allergy. *Lancet* 2002; 360 (9334): 701 – 10.
4. Taylor SL, Hefle SL. Ingredients and labeling issues associated with allergenic foods. *Allergy* 2001; 56 (suppl 67): 64-9.
5. Becker AB, Chan-Yeung M. Primary prevention of asthma. *Curr Opin Pulm Med* 2002; 8 (1): 16-24.
6. Joshi P, Mofidi S, Sicherer SH. Interpretation of commercial food ingredients labels by parents of food-allergic children. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109 (6): 1019-21.
7. Molkhou P. in: Food allergies. Present and future problems. The UCB Institute of Allergy. Brussels, Belgium. 2002.
8. Leung DY, Sampson HA, Yunginger JW et al. Effect of Anti-IgE therapy in patients with peanut allergy. *N Engl J Med* 2003; 348 (11): 986-993.
9. Maternal antigen avoidance during pregnancy for preventing atopic diseases in infants of women at high risk. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
10. Van Odijk J, Kull I, Borres MP et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy* 2003; 58 (9): 833 - 43.
11. Nowak-Wegrzyn A. Future approaches to food allergy. *Pediatrics* 2003; 111(suppl6): 1672-80.
12. Wild LG, Lehrer SB. Immunotherapy for food allergy. *Curr Allergy Rep* 2001; 1 (1): 48-53.