



14 DE MARZO DE 2021

INMUNOALERGIAS

Monografía de ALERGIA ALIMENTARIA MEDIADA POR IgE

ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU

8VO SEMESTRE DE MEDICINA HUMANA

Catedrático: DR. SAUL PERAZA MARIN



Tabla de contenido

Introducción.....	2
Definiciones.....	3
Clasificación.....	3
ALERGIA ALIMENTARIA MEDIADA POR IgE	4
PREVALENCIA DE LA ALERGIA ALIMENTARIA	5
DOSIS UMBRAL.....	7
REACTIVIDAD CRUZADA	8
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	8
DIAGNÓSTICO	11
EXPLORACIÓN FÍSICA	11
PRUEBAS CUTÁNEAS	12
DETERMINACIÓN DE IgE ESPECÍFICA (sIgE)	12
PRUEBA DE PROVOCACIÓN DOBLE CIEGO CONTROLADA FRENTE A PLACEBO	13
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA	13
TRATAMIENTO	14
INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL.....	15
TRATAMIENTO DEL CUADRO AGUDO	15
TRATAMIENTO INICIAL:.....	16
ADRENALINA	17

INTRODUCCIÓN

Las alergias se conocen desde tiempos remotos, incluso hay descripciones de ellas en Egipto, en Grecia y en algunas otras culturas milenarias. Actualmente la alergia, rama de la inmunología, ha avanzado enormemente en conocer las causas que participan en la gran prevalencia en la población infantil y que son consideradas como epidemias de los tiempos contemporáneos. Es así como conocemos los mecanismos genéticos, las sustancias que producen las alergias y los factores de riesgo. Los avances en el conocimiento de las enfermedades inmunoalérgicas y la constante actualización permiten proporcionar a los pacientes pruebas de diagnóstico para conocer el origen y causa de su problema. De esta manera, podemos ofrecer las opciones para su curación y control de su enfermedad. En la actualidad las vacunas contra las alergias son el único tratamiento reconocido por la Organización Mundial de la Salud. Éstas son capaces de modificar la evolución de las enfermedades alérgicas y deben ser aplicadas e indicadas por médicos expertos y preparados.

DEFINICIONES

El término alergia alimentaria se usa para describir una respuesta adversa mediada inmunológicamente hacia una proteína encontrada en algún alimento. Existe un incremento progresivo de este padecimiento en las últimas décadas, generando una pobre calidad de vida tanto en niños y adultos como en sus familiares. Es por ello de vital importancia que el médico de primer contacto tenga conocimiento de este padecimiento para su diagnóstico temprano y envío oportuno a un ser .

CLASIFICACIÓN

Las reacciones adversas relacionadas con la ingesta de un alimento pueden clasificarse en

1. La Alergia a alimentos o hipersensibilidad alérgica a alimentos, incluye aquellos cuadros clínicos con mecanismo inmunológico comprobado, tanto las reacciones mediadas por Ig E, como las producidas por otro mecanismo inmunológico (reacciones no mediadas por IgE). Todos los alimentos contienen varias proteínas con capacidad antigénica. No son características de un alimento en particular y pueden ser compartidas por especies de la misma familia o familias taxonómicamente cercanas. Otras pueden estar presentes incluso en familias alejadas filogenéticamente pero que comparten pequeños antígenos; ésta sería la base de la reactividad cruzada entre alimentos o entre alimentos y alergenitos inhalados.
2. • En la alergia alimentaria mediada por IgE se encuentran anticuerpos específicos de la clase IgE. La reacción tiende a ser inmediata y suele existir una relación directa entre la exposición al alergenito y la aparición de síntomas.
3. • En la alergia alimentaria no mediada por IgE no se comprueba la existencia de IgE frente al antígeno. La inflamación puede ser mediada por inmunidad celular específica, inmunocomplejos o bien por otras inmunoglobulinas distintas de la IgE. Son reacciones retardadas.
4. • Existen formas mixtas mediadas por anticuerpos IgE e inmunidad celular en las que juega un papel fundamental la actividad eosinofílica.

5. La hipersensibilidad no alérgica a los alimentos se da en aquellos casos en los que hay relación causal entre alimento y clínica pero no se puede demostrar ningún mecanismo inmunológico. Pueden deberse a defectos enzimáticos (intolerancia a la lactosa), efectos farmacológicos de sustancias añadidas a los alimentos o presentes en ellos (cafeína, histamina, tiramina) o a reacciones no definidas (intolerancia a aditivos).
6. Intoxicación. Reacción adversa a alimentos que ocurre cuando se ingieren sustancias tóxicas que se incorporan al alimento durante su procesamiento o por contaminación (toxinas y bacterias de los alimentos).

ALERGIA ALIMENTARIA MEDIADA POR IgE

ALERGIA ALIMENTARIA MEDIADA POR IgE o (HIPERSENSIBILIDAD TIPO I) La alergia alimentaria comienza con un proceso de sensibilización del organismo, durante el cual se produce el contacto con un alérgeno alimentario de manera repetitiva. La primera etapa de la enfermedad, denominada fase de inducción o de sensibilización, transcurre sin sintomatología, y en ella los linfocitos B producen IgE específicas que se distribuyen por todo el organismo a través del torrente sanguíneo. La exposición del individuo sensible al alérgeno resulta en la unión de las IgE a los mastocitos tisulares y a los granulocitos basófilos circulantes. La posterior exposición a ese mismo alérgeno (en la denominada fase de provocación) activa la liberación de mediadores pro-inflamatorios por parte de los mastocitos y los basófilos sensibilizados, lo que se traduce en el desencadenamiento del cuadro clínico de la alergia. Por lo tanto, para que tenga lugar una reacción alérgica de tipo I, es necesaria la aparición de IgE específicas de antígeno producidas por linfocitos B8. La alergia alimentaria mediada por IgE es la que tiene mayor repercusión desde el punto de vista clínico, ya que puede conllevar la aparición fulminante de reacciones graves o fatales. Este tipo de reacción presenta manifestaciones clínicas bien definidas, y cursa con síntomas que implican a los sistemas respiratorio, digestivo, cardiovascular o la piel.

La severidad de los síntomas puede variar desde moderada (erupción, urticaria, picor, lagrimeo, enrojecimiento ocular, irritación labial y ocular, náuseas, vómitos, diarreas, etc.) a severa (dificultad respiratoria, hipotensión, choque anafiláctico, etc.), y su gravedad dependerá de la edad, la sensibilidad individual, el nivel de exposición (i.e. cantidad de alimento consumido) y la existencia de otros factores concomitantes, como el asma o el uso de determinados medicamentos, como esteroides o antihistamínicos. Existen estudios clínicos que muestran que el nivel de sensibilidad dentro de una población alérgica puede variar en órdenes de magnitud. Esto significa que una misma exposición a un alérgeno puede tener diferentes consecuencias en función del individuo.

PREVALENCIA DE LA ALERGIA ALIMENTARIA

La alergia alimentaria es un problema de salud pública que afecta a la calidad de vida de los consumidores, y cuya prevalencia se ha visto incrementada de manera significativa en los últimos años, observándose un aumento en la demanda de prestaciones sanitarias¹³⁻¹⁶. De hecho, en Europa se ha observado un incremento de los casos de alergias alimentarias en niños de aproximadamente el 50 % entre los años 1997 y 2011, mientras que las hospitalizaciones debidas a reacciones alérgicas severas han aumentado siete veces durante la pasada década. Diversos estudios sobre la prevalencia de la alergia alimentaria estiman que afecta en torno al 2-4 % de la población, observándose un repunte del 6-8 % en niños de 1 año de edad, y disminuyendo de manera gradual hasta el 2-4 % en niños de mayor edad y adultos. Esta disminución es un reflejo del hecho de que muchas de las alergias que aparecen en edades tempranas se resuelven. El porcentaje, así como la probabilidad de resolución varían significativamente entre alimentos. **Normalmente las alergias al huevo, leche, trigo y soja se resuelven en la infancia, mientras que la alergia a los cacahuetes, frutos de cáscara, sésamo, pescado, crustáceos y marisco tienden a persistir** . El motivo de por qué ciertos individuos terminan desarrollando una tolerancia natural todavía no se conoce. Existen estudios que indican que el 75 % de las reacciones alérgicas que se desencadenan

en niños lo hacen frente a un número limitado de alimentos, entre los que se incluyen el huevo, cacahuete, leche, pescados y ciertos frutos de cáscara, mientras que en adultos, frutas del grupo del látex frutas de la familia Rosaceae (v.g. manzanas, peras, ciruelas), vegetales de la familia Apiaceae (v.g. zanahoria, apio), el cacahuete y varios frutos de cáscara, son responsables del 50 % de las reacciones alérgicas.

También existen variaciones geográficas en la prevalencia de las alergias, puesto que estas son reflejo de la variación de la dieta entre diferentes culturas. Por otra parte, ciertas diferencias observadas pueden explicarse por la variación genética de la población, o por la exposición a determinados factores ambientales, como la luz solar (que se relaciona con los niveles de vitamina D), o con elementos relacionados con la denominada “hipótesis de la higiene”. No obstante, todavía se desconoce la causa responsable del aumento observado en el número de casos de alergia. El hecho de que este aumento se haya producido en un corto espacio de tiempo sugiere que no solo están implicados factores genéticos, si no que los ambientales han jugado también un papel importante. Además, la alergia alimentaria presenta mayor prevalencia en países desarrollados, observándose que personas que migran de un país en vías de desarrollo a otro desarrollado adquieren el mismo riesgo de padecer alergia que posee el país de adopción. Esto induce a pensar que la causa del aumento de los casos de alergia puede estar relacionada con el estilo de vida moderno. Si bien los factores medioambientales parecen estar asociados con el desarrollo de atopías y eccemas, se desconoce si estos mismos están implicados en el desarrollo de alergias alimentarias. También parece ser que existen otros factores involucrados, como son la modificación de los métodos de procesado de alimentos, el uso indiscriminado de antiácidos e inhibidores de la bomba de protones, el empleo de ungüentos que contienen alérgenos alimentarios, o la introducción de forma tardía de ingredientes alérgicos en la dieta de los niños. El reciente incremento en casos de alergia infantil se atribuye a modificaciones ambientales, como variaciones en la dieta y reducción de las exposiciones a enfermedades durante la infancia temprana. Una de las hipótesis barajadas es que la reducción de infecciones y la menor exposición a microorganismos puede impedir

que se desarrollen respuestas inmunorreguladoras tempranas, lo que hace que el sistema inmune sea más susceptible a reacciones inadecuadas frente a antígenos en principio inocuos, resultando en el desencadenamiento de reacciones alérgicas. Hay que señalar que los estudios sobre prevalencia de alergias alimentarias basados en cuestionarios personales son imprecisos, ya que existen múltiples razones que hacen pensar que el número de casos de alergia puede estar sobrestimado, como la dificultad por parte de los individuos estudiados de diferenciar entre intolerancia alimentaria y alergia.

El método idóneo para la realización de un estudio de prevalencia de alergias alimentarias mediadas por IgE es la provocación oral a doble ciego controlada con placebo. No obstante, este tipo de estudio también se encuentra limitado por diferencias metodológicas existentes entre distintos estudios, como la elección de alérgenos alimentarios, y el criterio que define una reacción positiva. Además, los estudios a gran escala no son siempre posibles por problemas de conformidad, riesgo para los pacientes y elevado coste. En estos casos se suele emplear la detección de IgE específicas como marcador indirecto de la alergia, en ocasiones en combinación con los síntomas que aparecen tras la ingestión del alimento

DOSIS UMBRAL

La concentración mínima de alérgeno que es capaz de desencadenar una reacción alérgica se conoce como dosis umbral. A pesar de la dificultad de determinar dicho valor, existe cierto consenso científico en establecer los límites de detección para diferentes ingredientes alérgicos entre 1 y 100 mg kg, dependiendo del alimento. Sin embargo, otros estudios evidencian la existencia de grandes diferencias en los valores umbral existentes entre individuos. Es muy difícil proponer un valor de concentración máxima de alimento que no sea capaz de causar ningún efecto adverso, puesto que incluso cantidades traza del alérgeno son capaces de inducir reacciones anafilácticas severas en individuos sensibles. En este sentido, se ha comprobado que 30 µg de avellana, 0.07 µg de leche, 0.003 µg de huevo, o de 0.5 µg de cacahuete son cantidades capaces de provocar reacciones alérgicas en individuos sensibles. La excepción la podemos observar en el caso del gluten

(ingrediente responsable de la enfermedad celiaca), cuya ausencia sí se puede declarar, según lo establecido por el Reglamento (UE) 828/2014, en aquellos alimentos que lo contengan en concentraciones inferiores a 20 mg kg.

REACTIVIDAD CRUZADA

Puede ocurrir cuando un anticuerpo específico reacciona no sólo al alérgeno original sino a alérgenos similares. En la alergia alimentaria ocurre cuando un alérgeno comparte la estructura o secuencia similar a otro u otros alérgenos o aeroalérgenos, los cuales pueden provocar una reacción similar a la producida por el alérgeno original. Algunos ejemplos son la leche de diferentes especies (vaca o cabra), nueces (anacardo, pistache, nuez pecanera, nuez de nogal), peces y moluscos, por lo que los pacientes con alguna de estas alergias deben evitar dichos alimentos. En contraste, la mayoría de los pacientes con alergia al cacahuete pueden comer sin preocuparse otras leguminosas (soya y frijoles), a pesar de que son del mismo grupo de alimentos. De igual forma, pacientes con alergia a trigo u otro cereal pueden comer diferentes tipos de cereales sin presentar síntomas. Algunos pacientes con alergia al polen no pueden consumir frutas frescas o vegetales crudos, pero una vez que se cocinan pueden ser consumidos en forma segura. Pacientes con alergia al látex a menudo presentan reactividad cruzada a alimentos como plátano, aguacate y castañas

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas dependen del mecanismo implicado en la alergia. Los síntomas que se desarrollan mediados por IgE aparecen de una a dos horas después de la ingestión del alérgeno, en contraste la alergia alimentaria no mediada por IgE y mixta presenta síntomas varias horas después de la ingestión del alimento desencadenante. La severidad de las reacciones alérgicas varía basado en la cantidad de alimento ingerido, ingestión con otros alimentos y preparación del alimento (cocinado, crudo o procesado). La severidad también puede ser influida por la edad del paciente así como la rapidez de la absorción. A continuación se mencionan las manifestaciones clínicas más frecuentes: Urticaria aguda/angioedema: es mediada por IgE, es la forma clínica más frecuente en la

edad pediátrica, se presenta hasta en 63.5% de los pacientes; es además el síntoma más común en los pacientes que presentan anafilaxia inducida por alimentos.^{1,5,6,10,24} Las lesiones se desarrollan rápidamente después de ingerir el alimento problema y aparecen como ronchas polimórficas, redondas o de forma irregular, con un tamaño que varía de unos milímetros a varios centímetros.



El angioedema envuelve tejidos subcutáneos (por ejemplo cara, manos, nalgas y genitales), órganos abdominales y vía respiratoria superior.

Dermatitis atópica/eczema atópico: está ligado a una compleja interacción entre la disfunción de la barrera dérmica y factores ambientales como irritantes, microbios y alérgenos. En algunos pacientes sensibilizados los alérgenos alimentarios pueden ser factores precipitantes importantes de dermatitis o eczema atópicos, especialmente en lactantes y preescolares en quienes se ha estimado ser un factor desencadenante hasta en 30-40% de los pacientes. Dermatitis por contacto: Clínicamente se manifiesta como prurito, eritema, pápulas, vesículas y edema



Urticaria de contacto por alimentos: es causada por una respuesta alérgica mediada por IgE debida a contacto directo con la piel en sujetos sensibilizados. Aunque es común las reacciones generalmente no son severas y están confinadas al sitio de contacto. Síndrome de alergia oral: se caracteriza por prurito oral o faríngeo y eritema peribucal, se presenta en el 33.6% de los pacientes.

Síntomas digestivos: se presentan en 24.7% de los pacientes con alergia alimentaria mediada por IgE, puede manifestarse como náuseas, vómitos, dolor abdominal y/o diarrea.

Anafilaxia inducida por ejercicio: (< 5%) los síntomas de anafilaxia se presentan cuando el paciente consume el alimento alergénico y posteriormente realiza ejercicio (generalmente dos horas después), si el paciente no realiza ejercicio puede consumir el alimento sin presentar síntomas. Broncoespasmo: de modo aislado es poco frecuente (< 10%), y debe alertarnos sobre la posibilidad de que se esté presentado anafilaxia. Otros síntomas respiratorios: tos persistente, voz ronca, estridor, dificultad respiratoria, congestión nasal, rinorrea, prurito nasal, estornudos.

Síntomas oculares: incluyen síntomas de rinoconjuntivitis como prurito ocular, eritema conjuntival, epifora. Es importante señalar que en niños pequeños la alergia alimentaria puede manifestarse como rehusar algunos alimentos ya que el pequeño no puede manifestar los síntomas. En la alergia no mediada por IgE los síntomas son principalmente a nivel gastrointestinal y pueden presentarse ya sea horas e incluso semanas posteriores a la ingestión del alérgeno, cuando el alimento es ingerido en forma regular es cuando los síntomas crónicos se presentan.⁶ Enterocolitis inducida por proteínas de la dieta: cuando el alimento se ingiere en forma intermitente los síntomas inician con emesis repetida en proyectil de 1 a 3 horas después de la ingestión de alimento seguida de letargia, apariencia ceniza e hipotermia, en casos severos puede haber incremento en leucocitos, plaquetosis y metahemoglobinemia e incluso choque.

Proctocolitis alérgica: se manifiesta con evacuaciones con moco y sangre en lactantes aparentemente sanos y con adecuada ganancia de peso, es una condición transitoria, se resuelve entre el primer y segundo año de vida. Esofagitis eosinofílica: puede ser debida a alergia mediada y no mediada por IgE. Se caracteriza por infiltración de las paredes del esófago, estómago o intestino por eosinófilos. Incluye síntomas como reflujo, náusea, disfagia, vómito, epigastralgia, falta de apetito, falla de medro, pérdida de peso. En adultos se presenta como disfagia e impacto de alimento en esófago.

DIAGNÓSTICO

El primer paso siempre será una historia clínica detallada y una exploración física exhaustiva, además serán necesarias pruebas específicas tales como pruebas de parche y/o niveles de IgE específica y en algunos casos serán necesarios retos orales. Dentro de la historia clínica se valorarán:

- Antecedentes familiares y personales de atopia para establecer el riesgo.
- La relación entre los síntomas y la exposición al alimento.
- El tiempo transcurrido entre el contacto a la ingesta del alimento y la aparición de los síntomas.
- La cantidad del alimento ingerido que provocó la reacción.
- Consignar si el alimento puede ser tolerado al ingerirse en diferentes presentaciones (cocinado, calentado, fermentado).
- Las características y gravedad de los síntomas para poder clasificar el cuadro en leve-moderado o grave.
- La edad de comienzo
- Factores asociados o desencadenantes.

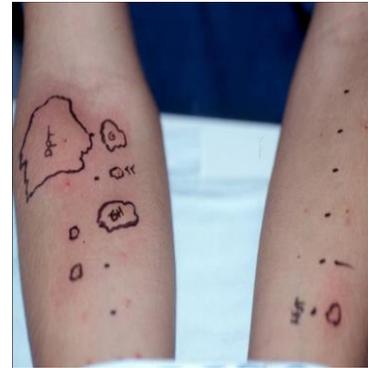
La respuesta del paciente al tratamiento. Góngora y Meléndez mencionan que los diarios de alimentos representan una herramienta útil al elaborar la historia clínica, ya que son un registro cronológico de todos los alimentos ingeridos durante un periodo específico de tiempo, son de gran ayuda porque pueden identificar asociaciones no reconocidas entre el alimento y los síntomas, además de que por ser información prospectiva no dependen de la memoria del paciente o su familiar.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se buscarán en forma intencionada signos de atopia: pliegue infraorbitario de Dennie Morgan, lengua geográfica, surco nasal transversal, etc.; es necesario también determinar el estado nutricional y el crecimiento del infante, ya que como veremos más adelante pueden verse comprometido en niños que padecen alergia alimentaria.

PRUEBAS CUTÁNEAS

Es una forma rápida de detectar sensibilización, tienen la ventaja de que no existe límite de edad para llevarse a cabo. Se realiza con extractos estandarizados de la proteína y sus fracciones proteicas o mediante las técnicas de prick by prick con el alimento fresco. Se considera positiva si la lectura de la pápula a los 15 minutos es igual o superior a 3 mm respecto al control negativo, esto indica la posibilidad de que el paciente tenga reactividad sintomática al alimento probado, una pápula de 8-10 mm indica mayor posibilidad de reactividad clínica; sin embargo, el tamaño de la pápula no se correlaciona con el grado de severidad. Para esta prueba es necesario preparar al paciente previamente, ya que no debe recibir tratamiento con antihistamínicos en las últimas 72 horas previas a la prueba ni estar en tratamiento tópico con corticoides. Tiene una sensibilidad de aproximadamente 90%; sin embargo, su especificidad es de un 50%. Por lo que esta prueba no es suficiente para hacer diagnóstico de alergia a alimentos, el paciente debe tener también una historia clínica que lo sustente.



DETERMINACIÓN DE IgE ESPECÍFICA (sIgE)

Detectan la presencia de anticuerpos IgE específicos, lo cual indica la presencia de sensibilización alérgica. Es de utilidad sobre todo si no pueden ser realizadas pruebas cutáneas o no están disponibles por ejemplo a dermatitis extensa o dermografismo o cuando los antihistamínicos no pueden ser suspendidos. Son seguras pero tienen una pobre especificidad, aunque con algunas técnicas usadas actualmente se puede lograr una sensibilidad del 90%, como el sistema UniCAP, que permite detectar valores de > 0.35 kUA hasta /L, o el inmuno CAP-Phadia, que permite detectar valores de hasta 0.1 kUA/L. Las mediciones cuantitativas han mostrado tener un valor muy importante en la predicción de la alergia alimentaria mediada por IgE.

PRUEBA DE PROVOCACIÓN DOBLE CIEGO CONTROLADA FRENTE A PLACEBO

Si existe sospecha clínica de alergia alimentaria, pero el diagnóstico es incierto basado en los resultados de pruebas cutáneas y/o niveles séricos de IgE, entonces puede ser apropiado realizar un reto oral.^{10,20} A pesar de ser el estándar de oro, menos de la mitad de las reacciones alérgicas a alimentos pueden ser verificadas por este método.

Tiene la capacidad de distinguir sensibilización de la alergia clínica. Aunque idealmente debería ser una prueba doble ciego, debido a cuestiones de tiempo en el entorno clínico se realiza una prueba ciego simple o abierta que puede ser considerada diagnóstica bajo ciertas circunstancias como por ejemplo en niños pequeños cuando hay signos objetivos de reacción alérgica. Se realiza administrando en forma gradual el alérgeno sospechoso para determinar la tolerancia o reactividad. Se suspende la administración del alimento cuando hay signos objetivos o síntomas subjetivos persistentes. Si existe sospecha clínica de alergia alimentaria, pero el diagnóstico es incierto basado en los resultados de pruebas cutáneas y/o niveles séricos de IgE, entonces puede ser apropiado realizar un reto oral. A pesar de ser el estándar de oro, menos de la mitad de las reacciones alérgicas a alimentos pueden ser verificadas por este método. Tiene la capacidad de distinguir sensibilización de la alergia clínica. Aunque idealmente debería ser una prueba doble ciego, debido a cuestiones de tiempo en el entorno clínico se realiza una prueba ciego simple o abierta que puede ser considerada diagnóstica bajo ciertas circunstancias como por ejemplo en niños pequeños cuando hay signos objetivos de reacción alérgica. Se realiza administrando en forma gradual el alérgeno sospechoso para determinar la tolerancia o reactividad. Se suspende la administración del alimento cuando hay signos objetivos o síntomas subjetivos persistentes.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Cuando el paciente con alergia a alimentos presenta detención del crecimiento y desarrolla más síntomas gastrointestinales graves, además de no presentar una

mejoría con la eliminación apropiada de determinado alimento. También cuando el paciente presenta anafilaxia o asma y/o en pacientes con dermatitis atópica grave. Otra razón para enviar al paciente con el especialista es cuando persiste la sospecha de alergia a alimentos por parte de los padres; aún si los resultados de laboratorio realizados previamente son negativos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es evitar comer el o los alimentos causantes, tanto en las alergias mediadas por IgE como en las no mediadas por IgE y mixtas.⁸ Es la estrategia más segura para manejar una alergia alimentaria. Los pacientes deben ser adiestrados para leer las etiquetas de alimentos envasados y así evitar su consumo. Se debe observar una adecuada sustitución de alimentos con el fin de obtener un aporte calórico adecuado y nutrientes para la edad, ya que esta terapia representa riesgo de malnutrición y deficiencia nutricional en niños en crecimiento. Existe evidencia de que los niños con alergia alimentaria presentan una disminución del peso y estatura para la edad comparados con sujetos sanos. Las diferencias en el crecimiento son evidentes a pesar de un adecuado aporte calórico y se correlacionan con el número de alimentos que dejan de consumirse. El mecanismo aún se desconoce. Algunos factores parecen ser el inicio temprano de la enfermedad, alergias alimentarias múltiples, eliminación de alimentos de alto valor nutricional como leche y huevo leer las etiquetas de alimentos envasados y así evitar su consumo. Se debe observar una adecuada sustitución de alimentos con el fin de obtener un aporte calórico adecuado y nutrientes para la edad, ya que esta terapia representa riesgo de malnutrición y deficiencia nutricional en niños en crecimiento. Existe evidencia de que los niños con alergia alimentaria presentan una disminución del peso y estatura para la edad comparados con sujetos sanos. Las diferencias en el crecimiento son evidentes a pesar de un adecuado aporte calórico y se correlacionan con el número de alimentos que dejan de consumirse. El mecanismo aún se desconoce. Algunos factores parecen ser el inicio temprano de la enfermedad, alergias alimentarias múltiples, eliminación de alimentos de alto valor nutricional como leche y huevo.

INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL

En esta modalidad el alérgeno se administra sublingual en forma líquida, se mantiene durante dos minutos y se traga. Se han hecho estudios para comparar resultados entre la terapia oral y sublingual encontrando que la primera es más eficaz pero conlleva más riesgo de efectos adversos y la segunda aunque es más segura pierde eficacia.

TRATAMIENTO DEL CUADRO AGUDO

Se han usado antihistamínicos H1 para reacciones leves aisladas no progresivas para aliviar el prurito, angioedema, conjuntivitis y la urticaria; sin embargo, el uso profiláctico puede enmascarar síntomas tempranos de anafilaxia y llevar a retraso en el tratamiento. La adrenalina intramuscular es la primera línea de tratamiento, esta vía es la de elección ya que ofrece un rápido incremento en las concentraciones en plasma y tejidos comparado con la vía subcutánea. La dosis usada en pacientes con peso menor de 25 kg es 0.15 mg y en mayores de 25 kg y adultos 0.3 mg, ésta puede repetirse si no hay respuesta al tratamiento, en pacientes graves puede ser necesaria la resucitación hídrica y la administración de vasopresores.⁶ Para pacientes con historia de reacciones graves, la adrenalina puede ser administrada desde que inicia con síntomas moderados. En cuanto se reconozca que la paciente presenta anafilaxia, éste debe ser acostado boca arriba con las extremidades inferiores elevadas; no debe levantarse inmediatamente ni moverse porque se ha reportado muerte súbita en casos graves de anafilaxia. Si los síntomas se incrementan o no ceden con la primera dosis de epinefrina, se sugiere aplicar una segunda dosis de los 5 a 15 minutos. Los pacientes que presentan anafilaxia inducida por alimentos deben ser transportados en ambulancia a emergencias ya en el 20% de los casos pueden ocurrir reacciones bifásicas.

Se recomienda el uso de corticosteroides sistémicos para prevenir dichas reacciones bifásicas o reacciones anafilácticas refractarias. Se recomienda vigilancia hospitalaria de 4-6 horas después de la anafilaxia, pero en casos refractarios o más graves, se sugiere vigilancia por más tiempo.

Anafilaxia • Es la forma más severa de presentación presentación de la alergia.

- Es una reacción inmunológica sistémica con potencial riesgo para la vida ante la ingesta, aunque se han descrito con la inhalación durante la cocción cocción, y por administración administración parenteral parenteral.
- Puede tener curso bifásico.

TABLA 5. Criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia

Criterio 1	Comienzo agudo de una enfermedad (de minutos a varias horas) con compromiso de piel y/o mucosas (ejemplo: prurito generalizado o rubicundez, edema de labios, lengua o úvula) y al menos uno de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> Compromiso respiratorio (ejemplo: disnea, sibilancias/broncospasmo, estridor, hipoxemia). Reducción de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción de órganos (ejemplo: hipotonía, colapso, síncope, incontinencia).
Criterio 2	Dos o más de los siguientes síntomas que ocurren rápidamente después de la exposición a un probable alérgeno (de minutos a varias horas). <ol style="list-style-type: none"> Compromiso de piel, y/o mucosas (ejemplo: prurito generalizado, o rubicundez, edema de labios, lengua o úvula). Compromiso respiratorio (ejemplo: disnea, sibilancias/broncospasmo, estridor, hipoxemia). Reducción de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción de órganos (ejemplo: hipotonía, colapso, síncope, incontinencia). Síntomas gastrointestinales (ejemplo: dolor abdominal, vómitos).
Criterio 3	Reducción de la presión arterial después de la exposición a un alérgeno conocido para el paciente (de minutos a varias horas).

Tomado de Mindel E., et ál. *Arch Argent Pediatr* 2010;108 (3):266-272.

Comité Nacional de Alergia. Recomendaciones para el manejo del niño con enfermedades alérgicas en la escuela. *Arch Argent Pediatr* 2015; 115 (3) 276-287

TRATAMIENTO INICIAL:

- rápida evaluación
- Estado de conciencia
- Clooque al pacitente en debitico supino, eleve las extremidades inferiores
- Estado de la vía aérea
- Valoración cardiovascular
- Interrogatorio y rápido examen físico.

Si presenta manifestaciones cutáneas y rinitis y el paciente está consciente administrar antialérgicos y corticoide vía oral.

- Si se agrega dificultad para respirar, disfonía, dificultad para tragar, ansiedad, cianosis o palidez, mareos, desvanecimiento, aplicar Adrenalina inmediatamente.

ADRENALINA

- Vía INTRAMUSCULAR.

- El pico plasmático es mayor y más rápido IM que SC, se logra entre los 6 y 10 minutos a diferencia de la vía SC que se logra entre los 20 y los 48 minutos minutos y tiene acción más prolongada y segura.

- Cara antero lateral del muslo en el músculo vasto lateral.

- Dosis en niños: 0,01 mg/kg de peso corporal= 0,1 ml/10 kg de la ampolla de la adrenalina 1/1000 (1 mg/ l) m. (0,15 mg) para niños de 10 a 30 kg y mayor peso (0,3 mg).

- Puede repetirse si es necesario.

Conclusiones

Las alergias se han presentado desde los inicios de os tipos gracias a estudios e investigaciones podemos de donde indagar. Conforme van pasando los años nos podemos dar cuenta que las alergias son unos de los padecimientos más frecuentes que se presentan en la área de urgencias, ya que como tal esta patología puede desarrollarse en cualquier tipo de paciente sin respetar edades , con sustancias o alimentos muy cotidianos en la vida es por eso que el medico debe estar siempre en vanguardia capacitado para poder atender esto tipos de casos.

BIBLIOGRAFIA

Reunión del Grupo Gastro-Sur Atención especializada Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, Bruijnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T, et al., EAACI (the European Academy of Allergology and Clinical Immunology) nomenclature task force. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. Allergy. 2001; 56: 813-824.