

**¿Alergia o Intolerancia a  
leche? Diagnóstico  
diferencial y tratamiento en  
Atención Primaria.**

**Eva M<sup>a</sup> Lasa Luaces**  
**Unidad de Alergología Infantil**  
**Hospital Universitario Donostia**

# ¿ALERGIA O INTOLERANCIA A LECHE?

- **Introducción:** descripción de cada patología.
- **Diagnóstico diferencial:** aspectos prácticos.
- **Tratamiento.**
- **Casos clínicos.**
- **Conclusiones.**

# **INTRODUCCIÓN**

# REACCIÓN ADVERSA ALIMENTARIA

- **Tóxica:** suceden en **cualquier** persona con dosis suficiente (Escombroidosis).
- **No tóxica:** dependen de la **susceptibilidad individual**.
  - **Intolerancia** (no mediada por mecanismo inmunológico): **Intolerancia lactosa**.
  - **Alergia o hipersensibilidad** (mediada por mecanismo inmunológico):
    - **IgE mediada** (40% de las RAA a leche).
    - **Reacciones parcialmente mediadas por IgE:**
      - » Esofagitis eosinofílica.
      - » Gastritis y gastroenteritis eosinofílica.
    - **Enfermedades exclusivamente mediadas por mecanismo celular:**
      - » Enterocolitis por proteínas.
      - » Enteropatía.
      - » Proctitis-proctocolitis.
      - » Enfermedad celíaca.

**INTOLERANCIA**

# INTOLERANCIA A LACTOSA

- **Definición:** Falta tolerancia al **azúcar lactosa** por déficit de **lactasas intestinales**:
  - **Primaria:** déficit genético.
  - **Secundaria:** daño intestinal (GEA, patología digestiva, AINE'S...)
- **Clínica:**
  - Síntomas TGI exclusivos (dps líquidas, olor ácido, dejan eritema perianal) con leche.
  - Buena tolerancia a lácteos con bajo contenido o **sin lactosa**.
- **Diagnóstico:**
  - Clínico.
  - pH ácido en heces ( pH <6 ) .
  - Cuerpos reductores positivos.
  - Test de sobrecarga (niños > 6 años).
  - Test de hidrógeno espirado.
- **Tratamiento:**
  - Dieta sin lactosa.
- **Pronóstico:**
  - Persistente.
  - Transitoria.

# **ALERGIA IGE MEDIADA**

# ALERGIA IgE MEDIADA

- **Definición:** RAA por mecanismo de HS inmediata (tipo I).
- AF y AP atopia.
- **Clínica:** diferentes **síntomas compatibles** con patología IgE mediada:
  - **Piel:** prurito, eritema perioral, urticaria de contacto o general, angioedema.
  - **Síndrome de alergia oral (SAO).**
  - **TGI agudos:** vómitos, diarrea, dolor abdominal cólico.
  - **Respiratorio:** RC, afonía, estridor, AB.
  - **Anafilaxia o shock anafiláctico.**

Síntomas **inmediatos**/instantáneos tras la exposición al alérgeno (<1h).

**Resolución inmediata** tras ttº o de forma espontánea.



# ALERGIA IgE MEDIADA

- **Diagnóstico:**
  - **Prick:** leche, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina y caseína.
  - **IgE total y específica:** leche, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina y caseína.
  - **Prueba de exposición oral controlada:**
    - En caso de **duda diagnóstica**.
- **Tratamiento:**
  - **Dieta de eliminación.**
  - **Inmunoterapia oral con leche (> 3 años y no superación).**
  - **Tratamiento de rescate:** antiH1, corticosteroides, B2, adrenalina autoinyectable.
- **Seguimiento:**
  - **Prick:** leche, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina y caseína.
  - **IgE total y específica:** leche, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina y caseína.
  - **Prueba de exposición oral controlada:**
    - En caso de necesidad de **valoración de tolerancia** en la evolución.
- **Pronóstico:**
  - 71-87% superan la APLV a los 3 años.

# **ALERGIA PARCIALMENTE MEDIADA POR IGE**

# ESOFAGITIS EOSINÓFILA

- **Definición:** Patología esofágica secundaria a la infiltración de eosinófilos en el esófago (>15 eos./campo) en ausencia de ERGE.
  - **AP de atopia** (50-80%: DA, R, AB). **Varones**.
  - **Etiología:**
    - **Alimentos** (curación hasta en el 98% de los niños con dietas elementales): leche, huevo, frutos secos, legumbres....
    - **Neumoalérgenos** (empeoramiento en época de exposición alérgica).
  - **Clínica:**
    - **Lactantes:** enlentecimiento de la curva ponderal, vómitos, dificultad para la alimentación.
    - **Niños mayores:** vómitos.
    - **Preadolescentes:** dolor abdominal, disfagia.
    - **Adolescentes:** disfagia, impactaciones alimentarias.
- Fallo de respuesta antiácidos y ttº antirreflujo.**  
**Estenosis esofágica (80% sin tratamiento).**

# ESOFAGITIS EOSINÓFILA

- **Diagnóstico:**
  - **Endoscopia con biopsia:** traquealización del esófago, líneas blanquecinas y exudados granulares eosinofílicos (DD con candidiasis)
  - **Phmetría:** normal
  - **Prick-IgE específica-Epicutáneas** (77% curación con dieta de evitación de alimentos +).
- **Tratamiento:**
  - Dieta de eliminación.
  - Corticoides (fluticasona /budesonida deglutidas (sucralosa)).
  - IBP.
  - Omalizumab.
- **Pronóstico:**
  - **Curación con eliminación de alimento/s implicados.**

# GE EOSINÓFILA

- **Definición:** Patología gástrica o gastrointestinal secundaria a la infiltración de eosinófilos:
  - Gastritis
  - Enteritis
  - Colitis
- **Cualquier edad:** más frecuente en niños **mayores** y adultos y en **varones**.
- **AP de atopia** (50% DA, R, AB, AA)
- **Etiología:** ¿alimentos?
- **Clínica:**
  - Depende de la porción del TGI afectada.
  - Dolor abdominal, náuseas, malabsorción y pérdida de peso,..
- **Diagnóstico:**
  - Prick-IgEe: (+) a alimentos o neumoalérgenos en algunos pacientes sin clara correlación.
  - Endoscopia y Bx: infiltración de eosinófilos en ausencia de otras entidades, no uniforme, mayor en antro e intestino proximal
- **TTº:** corticoides orales, cromoglicato sódico, omalizumab,..
- **Pronóstico:** cronicidad.

**ALERGIA  
NO MEDIADA POR IGE**

# ENTEROCOLITIS POR PROTEÍNAS

- Aparición en los **primeros meses de vida** o tras la introducción del alimento.
- Patología GI alérgica **más grave** en esta edad (46% ingreso hospitalario).
- LM protector (no enterocolitis con LM exclusiva).
- **Clínica:**
  - **Gastrointestinal:**
    - **Intestino delgado:**
      - **2-4h** postingesta: **vómitos** intensos, **gran afectación, palidez**, hipotonía con PA conservada.
      - **1 hora después:** pueden aparecer **deposiciones dispépticas**.
      - Puede llegar a **deshidratación**
    - **Intestino delgado distal o colon:** inicio más insidioso, periodos de dispepsia con heces blandas o explosivas y líquidas que puede llegar a afectar EG y aplanamiento de la curva ponderal.
    - **Lactantes:** **irritabilidad** y abdominalgias inespecíficas.
  - **Etiología:** leche y soja y cereales (arroz), carnes, otros ( vegetales y legumbres).

# ENTEROCOLITIS POR PROTEÍNAS

- **Diagnóstico:**

- **Clínico:** mejoría al retirar los antígenos alimentarios y reproducción con la provocación (controvertido por severidad).
- **Prick e IgE específica:** limitado, en el **44% son positivos**. Hipótesis de coexistencia de sensibilización IgE y daño citotóxico directo de la proteína responsables.
- **Endoscopia y bx intestinal:** hallazgos **inespecíficos** en colon, abscesos crípticos con inflamación difusa de la mucosa y atrofia vellositaria leve.

- **Tratamiento:**

- Dieta de eliminación.
- TTº con hidratación con fluidoterapia i.v y corticoesteroides.

- **Pronóstico:**

- Se alcanza tolerancia de leche entre los **2-3 años** de edad.
- **PEOC en hospital** con **vía venosa**.



# ENTEROPATÍA POR PROTEÍNAS

- **Definición:** Patología intestinal secundaria a HS proteínas.
- Aparición entre el mes y los 18 meses de vida.
- **Clínica:**  
Sintomatología gastrointestinal más larvada, de inicio pocas semanas tras la introducción del alimento.
  - Vómitos, diarrea crónica, distensión abdominal, aplanamiento de curvas de peso y talla.
  - Si progresa, puede aparecer cuadro malabsortivo o pierde proteínas.Frecuente aparición tras GEA. Asocia intolerancia a la lactosa.
- **Etiología:**
  - Leche, soja, arroz, trigo, huevo, pollo y pescados.

# ENTEROPATÍA POR PROTEÍNAS

- **Diagnóstico:**

- **Clínico** con mejoría al retirar los antígenos alimentarios
- **Endoscopia y Bx intestinal** con atrofia vellositaria, hiperplasia de criptas, linfocitos intraepiteliales, en algunos casos aumento de eos. Mec. Celular (LTCD4+).
- **Estudio analítico y genético negativo** para celiacía. Hipalbuminemia, aumento de alfa1-antitripsina en heces.

- **Tratamiento:**

- Dieta de eliminación.

- **Pronóstico:**

- Tolerancia a los **12-24 meses** tras la eliminación del alimento.

# PROCTOCOLITIS ALÉRGICA O POR PROTEÍNAS

- **Definición:** Inflamación producida por proteínas que afecta exclusivamente al recto y colon distal.
- **Aparición en neonatos con LM** (a diferencia de la enterocolitis), **en las primeras semanas de vida** (0-3 meses). **Excepcional en lactantes con LA.**
- **Factores predisponentes:** AF, inmadurez intestinal, permeabilidad intestinal alterada.
- **Clínica:**
  - **Rectorragia** escasa o hematoquecia (moco).
  - **BEG**, sin repercusión en el desarrollo. Puede llegar a observarse anemia.
  - Cede tras 2-3 días de dieta estricta de exclusión de PLV (madre).
  - 30% asocian proctocolitis por **soja**.
- **Etiología:**
  - leche y soja,
  - Otras: cereales, huevo o pescado.

# PROCTOCOLITIS ALÉRGICA O POR PROTEÍNAS

- **Diagnóstico:**
  - **Clínico.**
  - **Prick e IgE específicas:** habitualmente **negativas.**
  - **Estudio endoscópico:** **no de rutina:** afectación parcheada de recto sigma con infiltrados eosinófilicos formando criptas y alérgico **sólo si el sangrado no cede.**
  - **Laboratorio:** normales, aunque puede aparecer hipoalbuminemia y/o eosinofilia.
- **Tratamiento:**
  - **Continuar con LM** (**madre con dieta** estricta de PLV)
  - **Si no mejora en 72h:** **fórmula altamente hidrolizada.**
  - **Si no mejora:** **fórmula elemental.**
  - **NO soja.**
- **Pronóstico:**
  - A los **12 meses** casi el 100% de los niños toleran el alimento (6 meses y 2 años).

# **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

# ¿ALERGIA O INTOLERANCIA A LECHE?

## Reacción adversa alimentaria

- Tóxica: suceden en cualquier persona con dosis suficiente (Escombroidosis).
  - No tóxica: dependen de la susceptibilidad individual.
- 
- **Intolerancia** (no mediada por mecanismo inmunológico): Intolerancia lactosa.
  - **Alergia o hipersensibilidad** (mediada por **mecanismo inmunológico**):
    - **IgE mediada** (40% de las RAA a leche).
      - **Reacciones parcialmente mediadas por IgE:**
        - » Esofagitis eosinofílica.
        - » Gastritis y gastroenteritis eosinofílica.
      - **Enfermedades exclusivamente mediadas por mecanismo celular:**
        - » Enterocolitis por proteínas.
        - » Enteropatía.
        - » Proctitis-proctocolitis.
        - » Enfermedad celíaca.

# ¿ALERGIA O INTOLERANCIA A LECHE?

## Reacción adversa alimentaria

- Tóxica: suceden en cualquier persona con dosis suficiente (Escombroidosis).
  - No tóxica: dependen de la susceptibilidad individual.
- **Intolerancia** (no mediada por mecanismo inmunológico): Intolerancia lactosa.
  - **Alergia o hipersensibilidad** (mediada por **mecanismo inmunológico**):
    - **IgE mediada** (40% de las RAA a leche): **IGE**
    - **Reacciones parcialmente mediadas por IgE:**
      - » **Esofagitis eosinofílica: IGE**
      - » **Gastritis y gastroenteritis eosinofílica: IGE**
    - **Enfermedades exclusivamente mediadas por mecanismo celular:**
      - » **Enterocolitis por proteínas: IGE**
      - » Enteropatía.
      - » Proctitis-proctocolitis.
      - » Enfermedad celíaca.

# ¿ALERGIA O INTOLERANCIA A LECHE?

## Reacción adversa alimentaria

- Tóxica: suceden en cualquier persona con dosis suficiente (Escombroidosis).
- No tóxica: dependen de la susceptibilidad individual.
- **Intolerancia** (no mediada por mecanismo inmunológico): Intolerancia lactosa.
- **Alergia o hipersensibilidad** (mediada por **mecanismo inmunológico**):
  - **IgE mediada** (40% de las RAA a leche) **IgE**
  - **Reacción anafiláctica** **mediada por IgE**
    - » **Esot**
  - **Enfermedad celíaca** **mediada por mecanismo celular:**
    - » Enteropatía
    - » Proctitis-proctocolitis
    - » Enfermedad celíaca

**NO ES LA  
IGE**



# **¿ALERGIA O INTOLERANCIA A LECHE?**

**ES LA CLÍNICA**

# Diagnóstico diferencial

ES LA CLÍNICA

SÍNTOMAS DIGESTIVOS



IGE MEDIADA  
PARCIALMENTE IGE  
NO IGE MEDIADA

SÍNTOMAS EXTRADIGESTIVOS



IGE MEDIADA  
OTRA PATOLOGÍA

# Síntomas extradiGESTIVOS

- **No cutáneos** (RC, AB, anafilaxia...): inmediatos.
  - IgE mediada.
- **Cutáneos**: IgE mediado...o no.
  - Urticaria-AE.
  - Dermatitis.
  - Exantema inespecífico.

# Síntomas extradi digestivos

- No cutáneos (RC, AB,...):
  - IgE mediada.
- **Cutáneos:**
  - **Urticaria-AE:** EVANESCENTE.
    - **Inmediata y/o dura horas:** IgE mediada.
    - **No inmediata y/o dura días** (evanescencia): buscar otra causa: dermatografismo, urticaria infecciosa,...



# Síntomas extradiGESTIVOS

- No cutáneos (RC, AB,...):
  - IgE mediada.
- **Cutáneos:**
  - Urticaria-AE: EVANESCENTE.
  - **Dermatitis:**
    - **Demostrar sensibilización IgE mediada.**
    - **Demostrar causa-efecto:** dieta 15 días->mejoría->reintroducción del alimento->em



# Síntomas extradiGESTIVOS

- No cutáneos (RC, AB,...):
  - IgE mediada.
- **Cutáneos:**
  - Urticaria-AE: EVANESCENTE.
  - Dermatitis.
  - **Exantema inespecífico**: no IgE.



# Síntomas digestivos

- Rectorragia con BEG.
- Desmedro.
- Diarrea-vómitos.

# Síntomas digestivos

- **Rectorragia con BEG:**
  - Proctocolitis alérgica.
- **Desmedro.**
- **Diarrea-vómitos.**



# Síntomas digestivos

- **Rectorragia con BEG:**
  - \_ Proctocolitis alérgica.
- **Desmedro:**
  - \_ Enteropatía por proteínas.
  - \_ Esofagitis (lactantes)-gastroenteritis eosinofílicas.
- **Diarrea-vómitos.**

# Síntomas digestivos

- **Rectorragia con BEG:**
  - Proctocolitis alérgica.
- **Desmedro:**
  - Enteropatía por proteínas.
  - Esofagitis (lactantes)-gastroenteritis eosinofílicas.
- **Diarrea-vómitos:**
  - **Cuadro intermitente o crónico**
  - **Cuadro agudo** (relación cronológica con la ingestión)

# Síntomas digestivos

- **Rectorragia con BEG:**

- \_ Proctocolitis alérgica.

- **Desmedro:**

- \_ Enteropatía por proteínas.

- \_ Esofagitis (lactantes)-gastroenteritis eosinofílicas.

- **Diarrea-vómitos:**

- \_ **Cuadro intermitente o crónico:**

- Enteropatía por proteínas.
    - Gastroenteritis eosinofílica.
    - Intolerancia a la lactosa.

- \_ **Cuadro agudo** (relación cronológica con la ingestión):

- Inmediato (30 min): IgE mediado o intolerancia a la lactosa.
    - Tardío (90-120 min): Enterocolitis o intolerancia a la lactosa.

**TRATAMIENTO**

# Tratamiento

- ✓ **DIETA DE ELIMINACIÓN**
- ✓ **TRATAMIENTO DE RESCATE**

## ✓ **FÓRMULAS ALTERNATIVAS**

- **Fórmulas Extensamente hidrolizadas:**

- Proteínas de leche de vaca (<1.500kDa)
  - Caseína
  - Proteínas del suero
  - Proteínas del suero y caseína (60/40).

**F. alto grado de hidrólisis:** <1.500kDa, lactosa, no MCT.

**F. semielementales :** <1.200 kDa, dextrinomaltosa (NO lactosa) y MCT.

- Proteínas de soja y colágeno animal (cerdo):
- Proteínas de arroz.
- **Fórmulas de bajo grado de hidrólisis.**
- **Fórmulas Elementales.**

# Fórmulas alternativas

- **Fórmulas Extensamente hidrolizadas:**

- **Proteínas de leche de vaca**

- **Caseína:** hidrólisis enzimática (peor sabor, menor tamaño de péptidos).
    - **Proteínas del suero:** hidrólisis térmica.
    - **Proteínas del suero y caseína** (60/40).

Tolerados en el **95%** de pacientes con APLV.

Gusto **amargo** y alto **coste**.

**Heces** más pastosas y verdosas (motilina).

**F. alto grado de hidrólisis:** <5.000kDa, lactosa, no MCT.

**Indicaciones:**

- \* APLV **IgE mediada SIN patología digestiva**, ni malabsorción ni malnutrición.
- \* **Prevención primaria.**

**F. semielementales** : <1.200 kDa, dextrinomaltosa, NO lactosa y MCT.

**Indicaciones:**

- \* APLV **IgE mediada**, principalmente menores de 6 meses.
- \* APLV **NO IgE mediada.**
- \* **Enteropatía.**
- \* **Prevención primaria.**

# Fórmulas alternativas

- **Fórmulas Extensamente hidrolizadas:**

- **Proteínas de soja y colágeno animal** (cerdo):

Proteínas con valor biológico alto pero < que la leche, así que hay > cantidad. Déficit en carnitina y metionina.

Contiene **aluminio** (compite con Ca) y **manganeso** (compite con Fe). **Fitatos** (quelante de Ca, Fe, Zn). **Isoflavonas** (efecto estrogénico).

**Mejor sabor y precio** algo menor.

## Indicaciones

- \* Intolerancia comprobada a la **lactosa y galactosemia**.

- \* Lactantes de **familias vegetarianas** que no pueden recibir LM.

- \* **APLV IgE mediada** no sensibilizados a la proteína de soja > **6 meses SIN síntomas digestivos**.

- \* **NO** en < 6 meses, prematuros ni APLV NO IgE mediada.

- **Proteínas de arroz.**

Proteínas de **menor valor biológico** que la soja y leche.

**Suplementada** con todos los aa: lis, Tre, Try, carnitina.

**Buena palatabilidad.**

# Fórmulas alternativas

- **Fórmulas de bajo grado de hidrólisis:**

- Proteínas con **capacidad antigénica y alergénica**.
- Con **lactosa**. No MCT. **Grasas vegetales**.
- **Contraindicadas** en el tratamiento de **APLV IgE** o **NO IgE**.

**Indicación:**

- \* **Prevención primaria** (controvertido).

- **Fórmulas Elementales:**

- Nulo potencial antigénico.
- Dextrinomaltosa o polímeros de glucosa. 40% de las grasas son MCT.
- Alto coste y mal sabor.
- Elevada osmolaridad y alta carga renal de solutos (diarrea osmótica y deshidratación hipernatrémica).

**Indicaciones:**

- \* APLV **IgE** mediada **GRAVE**.
- \* **Fracaso** del tratamiento con las **fórmulas previas**.
- \* **Malnutrición grave**.
- \* Tras **nutrición enteral prolongada**.



# **CASOS CLÍNICOS**

# CASO 1

**Paciente de 2 meses de edad que ha presentado en 3 ocasiones deposiciones con sangre, sin moco. No vómitos ni fiebre. BEG. Buen desarrollo estaturoponderal. Alimentación con lactancia materna exclusiva. Antecedente personal de DA.**

- **EC:**

- **PC: dudosas**
- **IgEe: L: <0.10kU/L, BLG: 1.2kU/L, ALA: 0.12kU/L, C: 0.10kU/L.**
- **Coprocultivo/cultivo rotavirus: negativo.**
- **Sangre oculta en heces: positivo.**

# CASO 1 PREGUNTAS

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

- a) Proctocolitis.
- b) Enteropatía por proteínas.
- c) APLV.
- d) Enterocolitis.

# CASO 1 PREGUNTAS

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

- a) **Proctocolitis.**
- b) Enteropatía por proteínas.
- c) APLV.
- d) Enterocolitis.

# CASO 1 PREGUNTAS

## ¿Qué actitud tomarías?

- a) Ninguna, continuaría con LM ya que es la mejor alimentación para el lactante y es una patología benigna y de buen pronóstico.
- b) Suspendería la LM.
- c) Suspendería los lácteos en la madre, manteniendo la LM y posteriormente introduciría LA normal.
- d) Suspendería los lácteos en la madre, manteniendo la LM y posteriormente introduciría LA con hidrolizados hasta el año de edad.

# CASO 1 PREGUNTAS

## ¿Qué actitud tomarías?

- a) **Ninguna, continuaría con LM** ya que es la **mejor alimentación para el lactante** y es una **patología benigna** y de **buen pronóstico**.
- b) **Suspendería la LM.**
- c) **Suspendería los lácteos en la madre**, manteniendo la **LM** y posteriormente **introduciría LA normal**.
- d) **Suspendería los lácteos en la madre, manteniendo la LM y posteriormente introduciría LA con hidrolizados hasta el año de edad.**

# CASO 2

**Lactante de 5 meses de edad que, coincidiendo con la introducción de leche, presenta 1 vómito en escopetazo, hipotonía y palidez de aparición a las 2,5 horas de la ingesta. El cuadro se resuelve espontáneamente en una hora. No diarrea. Han retirado la leche de la dieta y presenta buen desarrollo estaturoponderal.**

- **EC:**
  - **PC/IgEe: negativas.**

# CASO 2 PREGUNTAS

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

- a) Intolerancia a la lactosa.
- b) Enteropatía por proteínas.
- c) Enterocolitis.
- d) Alergia a leche porque son síntomas inmediatos con resolución rápida, a pesar de la negatividad de las PC e IGEe ya que puede ser un falso negativo por la corta edad del paciente.



# CASO 2 PREGUNTAS

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

a) Intolerancia a la lactosa.

b) Enteropatía por proteínas.

**c) Enterocolitis.**

d) Alergia a leche porque son **síntomas inmediatos** con **resolución rápida**, a pesar de la **negatividad de las PC e IGEe ya que puede ser un falso negativo por la corta edad** del paciente.

# CASO 2 PREGUNTAS

## **¿Qué actitud tomarías?**

- a) Suspender la leche y volver a intentar introducirla dentro de un mes.
- b) Suspender la leche y volver a intentar introducirla dentro de dos años.
- c) Introducir la leche mediante PEOC con vía venosa dentro de 1 año si las pruebas cutáneas persisten negativas.
- d) No introducir la leche mediante PEOC con vía venosa dentro de 1 año independientemente de las pruebas cutáneas.

# CASO 2 PREGUNTAS

## ¿Qué actitud tomarías?

- a) **Suspender la leche** y volver a intentar **introducirla dentro de un mes**.
- b) **Suspender la leche** y volver a intentar **introducirla dentro de dos años**.
- c) Introducir la leche mediante **PEOC con vía venosa dentro de 1 año** si las pruebas cutáneas **persisten negativas**.
- d) No introducir la leche mediante PEOC con vía venosa dentro de 1 año independientemente de las pruebas cutáneas.**

# CASO 3

**Paciente de 2 meses de edad, cardiópata, con LA desde el nacimiento. Ingresa por fiebre sin foco y está en tratamiento con Cefotaxima. A los días del ingreso inicia erupción cutánea consistente en máculas eritematovioláceas, fijas, con inflamación articular.**

- **EC:**

- **IgEe: BLG: 6 kU/L, ALA: 2 kU/L, C: 1.2kU/L, L: 2KU/L.**

# CASO 3

## **¿Cuál es el la afirmación correcta?:**

- a) Dado que la clínica consiste en una erupción cutánea y que la IgEe es positiva, podemos diagnosticar una APLV.
- b) El diagnóstico de APLV IgE mediada es poco probable porque el paciente sigue LA desde hace 2 meses, aunque la sintomatología es compatible.
- c) El momento de aparición diagnóstico de APLV IgE mediada es compatible porque aparece en los primeros meses de vida, pero la sintomatología hace poco probable este diagnóstico.
- d) Ni el momento de aparición ni la clínica son compatibles con APLV.

# CASO 3

**¿Cuál es el la afirmación correcta?:**

- a) Dado que la clínica consiste en una **erupción cutánea** y que la **IgEe es positiva**, **podemos diagnosticar una APLV**.
- b) El diagnóstico de APLV IgE mediada es **poco probable porque el paciente sigue LA desde hace 2 meses**, aunque la **sintomatología es compatible**.
- c) El **momento de aparición** diagnóstico de APLV IgE mediada es **compatible** porque aparece en los primeros meses de vida, pero la **sintomatología hace poco probable** este diagnóstico.
- d) **Ni el momento de aparición ni la clínica son compatibles con APLV**.

# CASO 3

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

- a) Exantema inespecífico.
- b) Hipersensibilidad al antibiótico.
- c) Alergia no IgE mediada frente a PLV.
- d) APLV.

# CASO 3

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

- a) **Exantema inespecífico.**
- b) Hipersensibilidad al **antibiótico.**
- c) Alergia **no IgE** mediada frente a PLV.
- d) **APLV.**



# CASO 4

**Paciente de 2 meses de edad, con LM exclusiva desde el nacimiento. En dos ocasiones ha presentado eritema perioral inmediatamente después a la ingesta de LA. El cuadro clínico ha cedido espontáneamente en unos 20 minutos.**

- **EC:**

- **IgEe: BLG: 0.17 kU/L, ALA: <0.10 kU/L, C: <0.10kU/L, L: <0.10KU/L).**

# CASO 4

## ¿Cuál es la respuesta correcta?

- a) La presencia de erupción cutánea hace que orientemos el diagnóstico a una APLV IgE mediada, pero el resultado de la IgEe lo descarta.
- b) Como la IgE es negativa, pero la relación causa efecto con la leche es clara, se trata de una APLV NO IgE mediada.
- c) La resolución tan rápida hace poco probable el diagnóstico de APLV y probablemente se trate únicamente de un eritema perioral irritativo o inespecífico.
- d) La APLV IgE mediada es el diagnóstico más probable.

# CASO 4

**¿Cuál es la respuesta correcta?**

- a) La presencia de **erupción cutánea** hace que **orientemos el diagnóstico a una APLV IgE mediada**, pero el resultado de la **IgEe lo descarta**.
- b) Como la **IgE es negativa**, pero la relación causa efecto con la leche es clara, se trata de una **APLV NO IgE mediada**.
- c) La **resolución tan rápida** hace poco probable el diagnóstico de APLV y probablemente se trate únicamente de un eritema perioral irritativo o inespecífico.
- d) La APLV IgE mediada es el diagnóstico más probable.**

# CASO 4

**¿Qué medidas recomendaciones harías en primer lugar ?**

- a) Reinicio de LM sin más recomendaciones.
- b) En caso de necesidad de LA, se le indica un hidrolizado extensivo.
- c) No precisa tratamiento de rescate, porque presenta síntomas muy leves que ceden espontáneamente.
- d) Las respuestas a y b son correctas.

# CASO 4

**¿Qué medidas recomendaciones harías en primer lugar ?**

a) Reinicio de **LM** sin más recomendaciones.

**b) En caso de necesidad de LA, se le indica un hidrolizado.**

c) **No precisa tratamiento de rescate**, porque presenta **síntomas muy leves** que ceden espontáneamente.

d) Las respuestas a y b son correctas.

# CONCLUSIONES

- La **historia clínica** es la base del diagnóstico y el resultado de cualquier prueba complementaria se ha de poner en ese contexto.
- En caso de **síntomas extradigestivos**, debemos **descartar una APLV NO IgE mediada**.
- En caso de síntomas extradigestivos , aún con pruebas alérgicas positivas, **NO** podemos **diagnosticar APLV IgE mediada**.
- Una **prueba** (cutánea o IgE específica) **positiva** SIN clínica compatible **no indica APLV IgE mediada**.
- En caso de **síntomas digestivos** debemos hacer **diagnóstico diferencial** entre APLV IgE, mixta o no IgE mediada o intolerancia a la lactosa.
- En caso de **APLV IgE mediada**, el paciente debe llevar SIEMPRE **tratamiento de rescate**.
- Las **dietas de evitación** deben estar **justificadas**.
- Las dietas de evitación deben ser lo **menos restrictivas** posible (calidad de vida, nutrición,...).

**Eskerrik asko!**