



Prevención, diagnóstico y tratamiento de la alergia a las proteínas de la leche de vaca: documento de posicionamiento ESPGHAN

Vandenplas Y, Broekaert I, Domellöf M, Indrio F, Lapillonne A, Pienar C, *et al.* An ESPGHAN position paper on the diagnosis, management and prevention of cow's milk allergy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2023. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003897>

Artículo de posicionamiento de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV), con un enfoque prioritario hacia las manifestaciones gastrointestinales. Es una actualización de las recomendaciones previas de esta sociedad científica, que fueron publicadas en el año 2012.

A lo largo de un extenso documento se van enunciando 73 declaraciones de consenso y aportando las evidencias disponibles en las que se sustentan. Como novedades, se analizan el impacto de la APLV en la nutrición, crecimiento, costes y calidad de vida, y el papel que juegan las fórmulas hidrolizadas de arroz, recientemente comercializadas, y las fórmulas infantiles de soja, más clásicas, pero frecuentemente cuestionadas, en la exclusión/provocación diagnóstica inicial y en el tratamiento a más largo plazo de la APLV.

Se hace una llamada de atención respecto a que actualmente hay un sobrediagnóstico de APLV, sobre todo en niños alimentados con lactancia materna exclusiva. Esta patología, aunque posible, es muy poco frecuente en niños alimentados solo con pecho. Y, además, hasta un 20% de los casos tienen resolución espontánea de los síntomas sin hacer cambios en la dieta materna, como sucede con el sangrado rectal de la proctocolitis. Por eso se recomienda que en la proctocolitis leve, en ausencia de síntomas atópicos, en un lactante que toma lactancia materna exclusiva, el manejo se debe limitar a la observación de los síntomas, sin intervención dietética durante el primer mes de hematoquecia. Si se prolongara más, o en procesos graves, sí que se hará la exclusión de los alimentos lácteos a la madre.

Otra causa de sobrediagnóstico es que, además de en los cuadros clásicos de alergia a las proteínas de la leche de vaca (PLV) no mediada por IgE (proctocolitis, enterocolitis y enteropatía), se hacen con frecuencia, en los últimos años, dietas de exclusión de PLV a un gran número de lactantes con síntomas de trastornos digestivos funcionales, como la regurgitación, el cólico o el estreñimiento. Algunos de ellos mejoran con la exclusión, no siempre debido a fenómenos inmunes, sino a efectos de los cambios en la dieta en el vaciamiento gástrico, evolución natural o efecto placebo. Se observa en los estudios que, con cierta frecuencia, no se hace provocación a las 2-4 semanas, aunque sería obligatorio para el diagnóstico. Y se mantiene una dieta sin PLV a la madre o al niño durante tiempo prolongado, ante una sospecha no confirmada con provocación. La retirada de las PLV no justificada de la alimentación de la madre o el niño no es inocua. Cuando se excluyen los lácteos a la madre aumenta el porcentaje de abandonos de la lactancia materna, por desconfianza de la madre en la lactancia, que la ve como posiblemente perjudicial para el niño, o temor de posibles consecuencias para ella al suspender los lácteos.

En la sospecha de APLV mediada por IgE también puede haber sobrediagnóstico porque en muchas ocasiones se diagnostica basándose exclusivamente en el prick-test o en la determinación de IgE específica, que son pruebas con baja especificidad, sin hacer provocación diagnóstica.

Se resalta en el texto que el diagnóstico de APLV mediada o no mediada por IgE se debe basar, salvo excepciones muy justificadas, en una prueba de exclusión de las PLV durante 2-4 semanas, seguida de una provocación para evitar el sobrediagnóstico existente. Las excepciones en las que se podría omitir la provocación diagnóstica inicial son: la

sospecha de enterocolitis inducida por PLV con mucha afectación y la sospecha de alergia mediada por IgE con síntomas anafilácticos graves, ya que en estos casos la provocación podría desencadenar síntomas graves.

Es necesario monitorizar estrechamente el crecimiento de los niños con APLV, ya que habitualmente crecen menos.

Cuando el niño toma lactancia artificial, la fórmula de elección para la exclusión diagnóstica es una fórmula extensamente hidrolizada, obtenida a partir de leche de vaca y, en ocasiones, una fórmula con aminoácidos. Para el tratamiento a largo plazo, una vez hecho el diagnóstico, además de las anteriores se podrían utilizar fórmulas de arroz hidrolizado y, en casos seleccionados de alergias mediadas por IgE, en niños mayores de 6 meses, también las fórmulas infantiles de soja.

No hay evidencias de que se obtenga una mejora terapéutica añadiendo a las fórmulas probióticos, prebióticos o simbióticos.

No hay evidencias suficientes para afirmar que la lactancia materna prevenga la APLV. No hay evidencias de que restringir los lácteos a la madre durante la gestación prevenga la APLV en el lactante.

Estos son solo algunos apuntes de un extenso texto de muy recomendada lectura para el pediatra de Atención Primaria.

Ángel José Carbajo Ferreira