

Shock y sintomatología digestiva en un neonato: una forma grave de presentación de la alergia a proteínas de leche de vaca

Sr. Editor:

Las alergias alimentarias son un importante problema durante los primeros años de vida destacando por su especial relevancia la alergia a proteínas de leche de vaca (APLV).

Se presenta el caso de un neonato con APLV grave que presentó un cuadro de shock y acidosis metabólica.

Neonato varón de 24 días de vida, fruto de gestación a término controlada sin incidencias. Alimentación con lactancia materna hasta los 15 días de vida, cuando inició lactancia mixta por estancamiento ponderal. Consulta en urgencias por aumento del ritmo deposicional de 48 h de evolución (10-12 deposiciones verdosas diarias) con irritabilidad y rechazo del alimento. A la exploración destaca mal aspecto, coloración grisácea, signos de deshidratación moderada, recapilarización periférica lenta, taquicardia rítmica sin soplos (FC 200 lat./min) y tendencia a la hipotensión arterial. Dado el contexto clínico se decide ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

A su llegada a la UCIP se realiza recogida de cultivos y analítica sanguínea que objetiva hemoconcentración, leucocitosis con desviación a la izquierda y acidosis metabólica, siendo el resto de la analítica, incluidos PCR, amonio y lactato, normal. Clínicamente existe un estado de conciencia oscilante por lo que, ante la sospecha clínico-analítica de sepsis, se decide intubación e inicio de antibioterapia. Durante las primeras 72 h destaca una acidosis metabólica persistente que necesita corrección continua por lo que se extrae muestra para detección de metabolopatías; también precisa inotrópicos por hipotensión. Se realiza ecografía abdominal que visualiza dilatación rectosigmoidea por líquido intraluminal y signos de edema en pared intestinal con motilidad conservada. En las analíticas sucesivas, persiste la leucocitosis sin otros signos de infección y aparece y posteriormente se mantiene una eosinofilia marcada. A las 72 h del ingreso se extuba al paciente y se inicia alimentación enteral con lactancia artificial, hecho que coincide con un aumento franco del número de deposiciones dispépticas. Bajo la sospecha clínica de APLV se recoge muestra para IgE específicas y se cambia la alimentación a leche elemental, con mejoría clínica. Los cultivos resultaron negativos; las IgE específicas a leche de vaca confirmaban el diagnóstico de sospecha. El paciente evolucionó correctamente pudiendo ser dado de alta con la orientación diagnóstica de anafilaxia por APLV indicando alimentación exenta en dichas proteínas.

Las proteínas de la leche de vaca son los primeros antígenos alimentarios con los que entran en contacto los neonatos^{1,2}, por

eso, no extraña que sea la tercera causa de alergia alimentaria en nuestro país y que en el primer año de vida dé lugar a gran número de reacciones adversas, siendo muy raro a partir de los 2 años^{1,2}.

Esta patología se puede manifestar mediante un amplio abanico de síntomas y signos. La clínica más frecuente es la aparición de lesiones cutáneas (eritema, angioedema, urticaria), siendo la sintomatología digestiva la que ocupa el segundo lugar con manifestaciones como diarrea, vómitos, cólicos e incluso reflujo gastroesofágico siendo habitualmente de inicio más insidioso; la sintomatología respiratoria como síntoma aislado es infrecuente en los lactantes¹⁻³. Sin embargo, es importante recordar que una APLV también puede empezar mediante un cuadro de shock anafiláctico que, como en nuestro paciente, puede poner en peligro la vida del niño. En los neonatos, el diagnóstico diferencial de la APLV que se presenta como una anafilaxia con acidosis metabólica, rechazo del alimento y falta de medro suele incluir las inmunodeficiencias, los errores congénitos del metabolismo⁴ y la sepsis, por lo que es importante el diagnóstico precoz dada la disparidad de tratamientos de cada una de estas patologías.

Los síntomas pueden aparecer durante el período de lactancia materna exclusiva, aunque lo más frecuente es que empiecen al iniciar la lactancia artificial^{2,5}. El diagnóstico definitivo de cualquier alergia alimentaria sería para algunos autores^{4,6}, la prueba de provocación (prueba contraindicada si el paciente ha presentado clínica de anafilaxia). En nuestro caso, la reintroducción de la lactancia artificial indujo un aumento del número de deposiciones franco y esto fue clave para el diagnóstico. La detección de las IgE específicas séricas junto con la presencia de una eosinofilia en ascenso confirmó el diagnóstico de presunción de APLV. El título de dichas IgE es, como comentan algunos autores⁷, un importante factor predictor de la reactividad clínica durante el seguimiento de estos pacientes siempre que se tenga en cuenta la edad.

Para concluir, sólo remarcar la importancia de esta entidad en nuestro medio y que se debe incluir en el diagnóstico diferencial de todo neonato con acidosis metabólica y cuadro gastrointestinal, sobre todo si existe eosinofilia periférica.

**A. Pertierra Cortada^a, F.J. Cambra Lasaosa^a,
J. Caritg Bosch^a, A. Palomeque Rico^a
y A. María Plaza Martín^b**

Servicios de ^aPediatría y ^bInmunoalergia.
Hospital Universitario Sant Joan de Déu.
Esplugues de Llobregat. Barcelona. España.

Correspondencia: Dra. A. Pertierra Cortada.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Sant Joan de Déu.
Pº Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat.
Barcelona. España.
Correo electrónico: apertierra@hsjdbcn.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Ortega J, Martorell Aragonés A, Michavila Gómez A, Nieto García A, y Grupo de Trabajo para el Estudio de la Alergia Alimentaria. Estudio de la incidencia de alergia mediada por IgE frente a la proteína de la leche de vaca en el primer año de vida. *An Esp Pediatr.* 2001;54:536-9.
2. Plaza Martín AM. Protocolos de la AEP. Alergia a las proteínas de leche de vaca. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/alergia/index.htm>
3. Siu LY, Tse K, Lui YS. Severe cow's milk protein allergy in Chinese neonate. *Hong Kong Med J.* 2001;7:442-4.
4. Host A. Frequency of cow's milk allergy in childhood. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2002;89(6 Suppl 1):33-7.
5. Host A. Cow's milk protein allergy and intolerance in infancy. Some clinical, epidemiologic and immunological aspects. *Pediatr Allergy Immunol.* 1994;5 Suppl 5:1-36.
6. Goldman As, Anderson DW Jr, Sellers WA, Saperstein S, Kniker WT, Halpen SR. Milk allergy I. Oral challenge with milk and isolated milk proteins in allergic children. *Pediatrics.* 1963;32:425-43.
7. García-Ara MC, Boyano-Martínez MT, Díaz-Pena JM, Martín-Muñoz MF, Martín-Esteban M. Cow's milk-specific immunoglobulin E levels as predictors of clinical reactivity in the follow-up of the cow's milk allergy infants. *Clin Exp Allergy.* 2004;34:866-70.