

Anafilaxia a la proteína de la leche de vaca en el período neonatal

Díaz Hernández, L.I.¹; Perera Hernández, C.¹; Díaz de Bethencourt Pardo, R.¹; McLaughlin García, R.S.²; Fernández Ureña, S.³

1. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

2. Servicio de Neonatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

3. Servicio de Urgencias Pediátricas. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

INTRODUCCIÓN

La alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) es frecuente en niños, suponiendo una prevalencia del 2% en menores de 4 años. La clínica habitualmente aparece en los primeros meses de vida, días o semanas después de iniciar la leche de fórmula, pudiendo aparecer también en pacientes con lactancia materna exclusiva si la madre ingiere cantidad de leche suficiente. Están implicadas reacciones de hipersensibilidad, mediadas o no por IgE. La clínica mediada por IgE aparece de forma inmediata (de minutos a 2 horas) tras la ingesta, en forma de lesiones cutáneas, orofaríngeas, sintomatología respiratoria, gastrointestinal y/o cardiovascular, desde leves a reacciones anafilácticas. La clínica no mediada por IgE suele tener un inicio más allá de las 2 horas post-ingesta, manifestándose en forma de FPIES, proctocolitis, enteropatía... El diagnóstico se basa en la historia clínica compatible, mejoría tras la supresión dietética, y presencia de sensibilización mediante pruebas cutáneas y/o de laboratorio. El tratamiento se fundamenta en la supresión de la leche y derivados, y/o fórmula láctea hidrolizada.

RESUMEN DEL CASO

Neonato de 27 días de vida, con antecedente de sospecha de APLV por la que tomaba fórmula hidrolizada, que acude al Servicio de Urgencias por presentar, 15 minutos antes, un exantema generalizado asociado a vómitos, hipoactividad y cianosis peribucal, inmediatamente tras la toma de fórmula de inicio que administraron por error. A su llegada presenta regular estado general, hipoactividad, exantema habonoso (Figura 1) y cianosis peribucal, sin dificultad respiratoria. Ante la sospecha de anafilaxia se administra adrenalina intramuscular a 0.01mg/kg, con resolución de la sintomatología al minuto. Permanece en observación durante horas con evolución favorable.

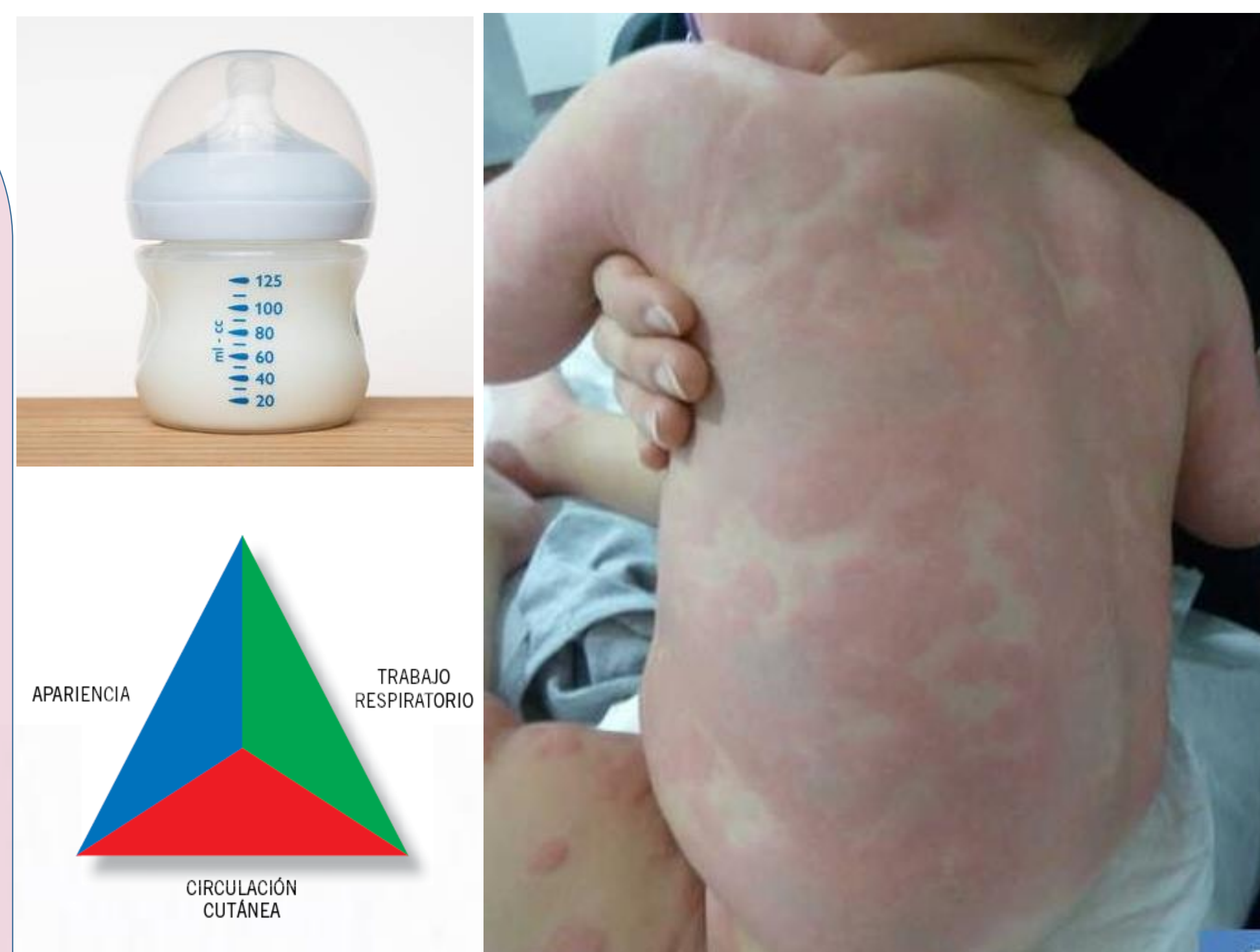


Figura 1. Ejemplo de exantema habonoso similar al que presentaba nuestro paciente.

Referencia: *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:e1-5

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

La anafilaxia es una reacción sistémica súbita, que clínicamente se caracteriza por afectación multiorgánica, poniendo en peligro la vida del paciente. Afecta a la piel, aparato respiratorio, gastrointestinal y/o manifestaciones cardiovasculares, siendo necesaria la afectación de, al menos, dos órganos. Los desencadenantes más importantes en niños son alimentos, picaduras de insectos, y fármacos. La prevalencia probablemente esté subestimada, debido a los casos leves-moderados que no se diagnostican. El diagnóstico es clínico; y el tratamiento la adrenalina intramuscular, además del tratamiento sintomático. El interés de este caso radica en la precocidad de la edad del paciente; en la necesidad de una educación a las familias sobre la necesidad de excluir estrictamente el desencadenante sospechoso, así como la necesidad de acudir al servicio de urgencias ante la sospecha de reacción anafiláctica; y en el entrenamiento en el uso de la adrenalina intramuscular.