

Edema generalizado de instauración brusca

G. Cabezuelo Huerta, A. Abeledo Gómez,
M.A. Calzado Agrasot y P. Frontera Izquierdo

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

CASO CLÍNICO

Niña de 3 meses de edad que acudió al servicio de urgencias porque, desde 3 h antes, poco después de la toma del último biberón, presentaba eritema e hinchazón en tobillos, rodillas y codos, que se ha generalizado y se ha extendido a casi todo el cuerpo. No tiene fiebre, y ni llora ni se muestra irritable. No había habido vómitos ni tampoco diarrea. No existía cuadro catarral. La diuresis era normal. La niña no había ingerido fármacos ni se le habían cambiado los productos habituales de higiene. La familia no tenía animales domésticos. Movilidad espontánea de extremidades conservada.

Antecedentes personales. Embarazo y parto sin patología. Peso al nacimiento: 3.300 g. Se había alimentado exclusivamente con lactancia materna hasta hacía 4 días en que se introdujo lactancia artificial con fórmula adaptada a normoconcentración, que la niña tomaba bien. El último biberón se le había dado poco antes del comienzo de la sintomatología. Vacunaciones correctas. Desarrollo psicomotor normal. Sin patología hasta la edad actual.

Exploración física. Peso, 5.700 g (P₅₀); talla, 60 cm (P₅₀); perímetro craneal, 40 cm (P₅₀); afebril, frecuencia respiratoria y cardíaca normales, presión arterial normal. Buen estado general. No existían petequias. Presentaba edema generalizado, eritematoso, pruriginoso, que se aclaraba al presionarlo con los dedos, más intenso en extremidades (figs. 1 y 2). No se observaba edema de labios o lengua, conjuntivitis, dolor ni limitación a la movilización de las articulaciones. La auscultación cardiopulmonar fue normal, así como el resto de exploración por aparatos.

Exámenes complementarios. Hemograma normal; proteína C reactiva, 48 mg/l. Bioquímica normal, incluyendo proteínas totales y albúmina. Sedimento urinario normal, sin proteinuria ni glucosuria.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Edema generalizado con lesiones eritematosas en extremidad superior.



Figura 2. Edema generalizado con lesiones eritematosas en extremidad inferior.

Correspondencia: Dr. P. Frontera Izquierdo.
Padre Ferrís, 24, pta. 5. 46009 Valencia. España.
Correo electrónico: frontera_pvi@gva.es

Recibido en octubre de 2004.

Aceptado para su publicación en diciembre de 2004.

ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA MEDIADA POR INMUNOGLOBULINA E

Esta lactante de 3 meses de edad presentaba un intenso angioedema generalizado de aparición brusca, sin ningún otro síntoma. La clave diagnóstica es el dato anamnésico de cambio de lactancia natural exclusiva a lactancia con fórmula adaptada de leche de vaca pocos días antes del episodio, así como el comienzo de la sintomatología inmediatamente después de la última toma de biberón. La historia clínica es compatible con reacción alérgica inmediata a las proteínas de vacuno. La total ausencia de otra sintomatología y la normalidad del resto de exploración clínica y de la analítica básica, prácticamente excluyen otras posibilidades diagnósticas. Es necesaria la demostración de la sensibilización mediante dos exploraciones complementarias específicas: las pruebas cutáneas (*prick test*) y la determinación de la inmunoglobulina E (IgE) sérica específica frente a la leche de vaca y sus fracciones proteicas, caseína, α -lactoalbúmina y β -lactoglobulina. En esta niña el *prick test* fue positivo (4+) para leche entera y lactoglobulinas y la IgE sérica específica (Farmacia CAP system) demostró la elevada sensibilización, con cifras muy elevadas (entre 20 y 40 kUA/l) para leche, α -lactoalbúmina y β -lactoglobulina. Con la supresión de las proteínas vacunas de la dieta, la evolución fue favorable con la práctica desaparición de las lesiones a los 2 días.

La alergia a las proteínas de la leche de vaca tiene una incidencia estimada en el primer año de vida del 0,36% en un estudio en nuestro país y hasta el 3% en otros. El patrón clínico es la aparición de sintomatología brusca pocos días después del cambio de lactancia materna a lactancia artificial. El 100% de los casos presentan un cuadro dermatológico de urticaria-angioedema, y en la mitad

de pacientes se observan vómitos inmediatos a la toma. Este caso no es totalmente típico, ya que no son habituales tanto la intensidad del edema como la ausencia de manifestaciones digestivas. El tratamiento consiste en la estricta y completa supresión de las proteínas de la leche de vaca de la dieta. En los lactantes menores de 6 meses son de elección los hidrolizados ampliamente hidrolizados, mientras que en mayores de 6 meses se pueden usar fórmulas de soja. En los casos muy claros no es necesaria la confirmación con prueba de provocación.

Es importante la distinción de la alergia mediada por IgE, de las intolerancias a la leche de vaca en las que no se comprueba IgE específica y que cursan con un cuadro clínico muy diferente, habitualmente sintomatología gastrointestinal crónica que puede repercutir en el estado nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plaza Martín AM. Alergia a proteínas de la leche de vaca. En: Asociación Española de Pediatría, editores. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Tomo 7. Madrid: AEP; 2003. p. 55-66.
2. Sanz Ortega J, Martorell Aragonés A, Michavila Gómez A, Nieto García A y Grupo de trabajo para el estudio de la alergia alimentaria. Incidencia de la alergia mediada por IgE a proteínas de la leche de vaca en el primer año de vida. *An Esp Pediatr*. 2001;54:536-9.
3. Martín Esteban M, Bone Calvo J, Martorell Aragonés A, Nevot Falcó S, Plaza Martín AM. Adverse reactions to cow's milk proteins. *Allergol Immunopathol*. 1998;26:171-94.
4. García-Ara C, Boyano-Martínez T, Díaz-Pena JM, Martín-Muñoz E, Reche-Frutos M, Martín-Esteban M. Specific IgE levels in the diagnosis of immediate hypersensitivity to cow's milk protein in the infant. *J Allergy Clin Immunol*. 2001;107:185-90.