

## Colitis eosinofílica y lactancia materna

*Sr. Editor:*

Sierra Salinas et al<sup>1</sup> describen 13 lactantes exclusivamente amamantados, con una buena curva ponderal, que debutaron con hematoquecia recurrente sin otra sintomatología. Se confirmó el diagnóstico de colitis eosinofílica por biopsia en todos ellos. Los antecedentes de alergias en familiares están bien recogidos, pero no figura el volumen de leche y derivados que tomaban las madres. En 4 de los lactantes se registraron biberones de leche los primeros días (no sabemos si siempre se registran, porque en caso contrario sólo podemos afirmar que al menos 4 de los 13 recibieron biberones de leche artificial [LA] los primeros días). Con buen criterio, se retiró de la dieta materna las proteínas de la leche de vaca (PLV). Sin embargo, si a los 3-5 días persistían los síntomas (heces con sangre), retiraban definitivamente la leche materna y les daban hidrolizados de proteínas, y eso ocurrió en 10 de los 13 casos (en 3 de éstos se per-

mitió lactancia mixta, aunque no se explica en el artículo con qué criterio).

Creemos que, como ningún bebé es alérgico a las proteínas de la leche de su madre, suspender definitivamente la lactancia materna no debería ser, en ningún caso, la dieta de evitación adecuada. Ya que se trataba de lactantes que crecían bien y no mostraban otras alteraciones, se podría haber esperado más días con una dieta materna estricta sin PLV y, si fuera necesario, sin otros posibles alérgenos (proteínas del huevo, del pescado, soja, frutos secos, etc.). Se ha descrito la presencia de proteínas extrañas en la leche materna hasta 10 días después de retiradas de la dieta materna<sup>2</sup> por lo que algunos autores esperan hasta 15 días que mejore la sintomatología<sup>3</sup>.

Aunque pocos profesionales sanitarios se atreverían a negar, hoy en día, que la leche materna (LM) es superior a la leche artificial (LA), muchos aún consideran que alimentar a un lactante de nuestro medio con LA no tiene repercusiones sobre su salud o la de su madre. Sin embargo, hoy, a la luz de la evidencia acumulada, es posible afirmar que la retirada definitiva de la lactancia materna predispone a riesgos de salud importantes e innecesarios: disminución del vínculo afectivo (apego) madre-bebé; mayor incidencia y gravedad de infecciones de vías respiratorias bajas, de otitis media, de gastroenteritis aguda, de infecciones de orina y de bacteriemias (algunos autores llaman al pecho el órgano inmunitario del bebé<sup>4</sup>); además de retraso en la maduración intestinal; desarrollo de flora intestinal patógena; mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como alergias, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad, leucemia infantil y linfoma, hipertensión arterial e hipercolesterolemia; aumento de incidencia de anemia en las madres que no amamantan, de artritis reumatoide, de cáncer de ovario, de cáncer de mama, de osteoporosis y de fracturas de cadera<sup>5,6</sup>.

Seguramente, si se hubiera tenido en cuenta que existen evidencias científicas de que la alimentación con LA tiene importantes repercusiones sobre el bienestar y la salud del bebé y de la madre, que el efecto beneficioso de la lactancia materna aumenta cuanto más prolongada es su duración y que por ello la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y complementada con otros alimentos durante al menos 2 años, los autores no hubieran considerado una evolución favorable a una retirada de la lactancia materna en lactantes con colitis eosinofílica.

#### A. Gómez Papí

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII.  
Comité de Lactancia Materna de la Asociación  
Española de Pediatría. Tarragona. España.

**Correspondencia:** Dr. A. Gómez Papí.  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII.  
Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española  
de Pediatría. Tarragona. España.  
Correo electrónico: gomezpapi@yahoo.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sierra Salinas C, Blasco Alonso J, Olivares Sánchez L, Barco Gálvez A, Del Río Mapelli L. Colitis alérgica en lactantes exclusivamente amamantados al pecho. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:158-61.

2. Jakobsson I, Lindberg T, Benediktsson B, Hansson BG. Dietary bovine  $\beta$ -lactoglobulin is transferred to human milk. *Acta Paediatr Scand*. 1985;74:342-5.
3. Martín Esteban M, Bone Calvo J, Martorell Aragonés A, Nevot Falcó S, Plaza Marín AM. Adverse reactions to cow's milk proteins. *Allergol Immunopathol*. 1998;26:171-94.
4. Goldman AS. The immune system of human milk: Antimicrobial, antiinflammatory and immunomodulating properties. *Pediatr Infect Dis J*. 1993;12:664-71.
5. Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48:125-41.
6. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna: cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:340-56.