

La leche de cabra no es una alternativa válida en pacientes con alergia a las proteínas de la leche de vaca

Sr. Editor:

La leche de vaca, junto al huevo y el pescado, son los alimentos que con mayor frecuencia son responsables de reacciones alérgicas en los niños¹. La alergia a la leche de vaca afecta a los más pequeños, iniciándose durante los primeros meses de vida, por lo que es necesario disponer de un sustituto adecuado para la alimentación de estos niños durante la lactancia y los primeros años. En la alergia a la leche de vaca mediada por IgE, los sustitutos que se utilizan en la actualidad son las fórmulas de soja y los hidrolizados extensivos de caseína o de suero lácticos². Estos últimos, previa comprobación de su tolerancia³.

En el artículo publicado por Infante et al⁴ puede plantearse la duda acerca de la posibilidad de utilizar como sustituto la leche de cabra. El Comité de Alergia Alimentaria de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica considera esta alternativa contraria a la realidad clínica. Puede prestarse a confusión y poner en riesgo de reacción grave a los niños con alergia a la leche de vaca.

Se ha demostrado, desde el punto de vista inmunológico, la existencia de reactividad cruzada entre las proteínas de la leche de vaca, principalmente a nivel de las fracciones α de las caseínas, con la leche de otros mamíferos, sobre todo de cabra, oveja y búfala^{5,6}. En el plano experimental se ha observado un 100 % de reactividad clínica a la leche de cabra en ratones lactantes sensibilizados a leche de vaca⁷ y, en el plano clínico, en un estudio recientemente publicado el 92% de niños con alergia a la leche de vaca, comprobada mediante prueba de provocación a doble ciego, no toleraron la leche de cabra⁸.

Infante et al⁴ refieren en su estudio que el 25 % de 12 niños diagnosticados de alergia a la leche de vaca toleraron la leche de cabra. Los tolerantes eran 3 niños de 2 a 5 años de edad, con niveles de IgE específica de 0,35 KU/l para caseína y negativos para betalactoglobulina y alfa lactoalbúmina. Lo indicado, a partir de los 2 años de edad, en la práctica habitual del alergólogo³, hubiera sido llevar a cabo una prueba de provocación con leche de vaca y en los 3 casos reseñados, a tenor de los bajos niveles de IgE que presentaban, casi con toda seguridad se hubiera comprobado su tolerancia evitando al niño y a los padres la carga de una dieta de exclusión cuya realización estricta se hace más complicada a medida que avanza la edad.

En la evolución natural de la alergia alimentaria al período de sensibilización clínica le sigue otro de sensibilización asintomática, en el que el paciente tolera el alimento, aunque pueden persistir los anticuerpos IgE específicos. Éste es un proceso en el

tiempo que depende, entre otros factores, del alimento implicado y para comprobar la instauración de tolerancia el alergólogo programa periódicamente pruebas de provocación con el alimento, aunque persistan positivas las pruebas cutáneas y los niveles séricos de IgE específica. La mayoría de niños alérgicos a la leche de vaca, aunque no todos, acaban tolerando el alimento. Al año de edad esto sólo ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes⁹ y no en el 90% que indican Infante et al⁴ en su artículo. Estos autores seguramente deben referirse a los casos de enteropatía sensible a proteínas de leche de vaca, que no tiene un mecanismo inmunológico mediado por IgE.

No nos parece correcta la puntualización de Infante et al al afirmar que “el prick puede presentar poca sensibilidad, por lo cual debe recurrirse siempre a la determinación bioquímica de IgE específica”. Las pruebas cutáneas utilizando extractos cutáneos adecuados y correctamente interpretadas por el alergólogo poseen una sensibilidad y valor predictivo negativo superiores al 90% para el diagnóstico de la alergia a leche de vaca mediada por IgE en el lactante¹⁰ y, por supuesto, carecen de valor para el diagnóstico de otras reacciones adversas a la leche de vaca como las enteropatías. La sensibilidad de la determinación de la IgE sérica específica no es superior a la de las pruebas cutáneas¹⁰.

Como conclusión el Comité de Alergia Alimentaria de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica recomienda que:

1. Nunca debe utilizarse la leche de cabra como sustituto en niños con alergia a leche de vaca mediada por IgE.
2. La falta de seguridad de la leche de cabra en los niños con alergia a leche de vaca debería constar en la etiqueta de los preparados comerciales de leche de cabra con el fin de prevenir el riesgo de reacción grave, incluso vital.

**A. Martorell Aragonés^a, J. Boné Calvo^b,
M.ªC. García Ara^c, S. Nevot Falcó^d,
A.M.ª Plaza Martín^e y Comité de Alergia
Alimentaria de la Sociedad Española
de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica**

^aConsortio Hospital General Universitario, Valencia.

^bHospital Miguel Servet, Zaragoza.

^cHospital Infantil La Paz, Madrid.

^dAlthaia. Hospital Sant Joan de Déu, Manresa.

^eUnidad integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic, Barcelona. España.

Correspondencia: Dr. A. Martorell Aragonés.
Sección de Alergia Infantil.
Consortio Hospital General Universitario.
Avda. Tres Cruces, s/n. 46014 Valencia. España.
Correo electrónico: martorell_ant@gva.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Crespo JF, Pascual C, Burks AW, Helm RM, Esteban MM. Frequency of food allergy in a pediatric population from Spain. *Pediatr Allergy Immunol* 1995;6:39-43.
2. Ballabriga A, Moya M, Martín Esteban M, Dalmau J, Doménech E, Bueno M, et al. Recomendaciones sobre el uso de fórmulas para el tratamiento y prevención de las reacciones adversas a proteínas de leche de vaca. *An Esp Pediatr* 2001;54:372-9.
3. Martín M, Bone J, Martorell A, Nevot S, Plaza AM. Adverse reactions to cow's milk proteins. *Allergol Immunopathol* 1998;26:171-94.
4. Infante D, Tormo R, Conde M. Empleo de la leche de cabra en pacientes con alergia a las proteínas de la leche de vaca. *An Pediatr (Barc)* 2003;59:138-42.
5. Spuergerin P, Walter M, Schiltz E, Deichmann K, Forster J, Mueller H. Allergenicity of α -caseins from cow, sheep and goat. *Allergy* 1997;52:293-8.
6. Restani P, Gaiaschi A, Plebani B, Beretta B, Cavagni G, Fiocchi A, et al. Cross-reactivity between milk proteins from different animal species. *Clin Exp Allergy* 1999;29:997-1004.
7. Hoffman KM, Ho D, Sampson HA. *In vivo* allergenic cross-reactivity of cow's milk and goat's milk. *J Allergy Clin Immunol* 1995;95:S759.
8. Bellioni-Businco B, Paganelli R, Lucenti P, Giampietro PG, Perrborn H, Businco L. Allergenicity of goat's milk in children with cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1999;103:1191-4.
9. García-Ara C, Boyano T, Martín M, Martín E, Díaz JM, Ojeda JA. Actitud terapéutica y pronóstico en la alergia a alimentos. *Allergol Immunopathol* 1996;24(Suppl 1):31-5.
10. García-Ara C, Boyano T, Díaz Pena JM, Martín F, Reche 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.