



CARTAS AL EDITOR

Urticaria por proteína de leche de vaca en lactantes, serie de 3 casos



Urticaria in infants due to cow's milk protein: A series of three cases

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés su artículo original titulado «Manejo de la alergia a proteína de leche de vaca por los gastroenterólogos españoles»¹.

En función del mismo queríamos resumir nuestra experiencia como dermatólogos ante los casos de urticaria a proteínas de leche de vaca (PLV) en pacientes lactantes diagnosticados en el último año. Presentamos 3 casos cuyas características quedan resumidas en la [tabla 1](#).

Todos ellos varones menores de un mes de vida (11, 30 y 17 días). Alimentados con fórmula de lactancia artificial desde los primeros días, el primer caso desde el nacimiento, el segundo desde los 20 días de vida y el tercero desde los 7 días. La sospecha diagnóstica de todos ellos se inició tras acudir a urgencias con lesiones generalizadas eritematoedematosas, anulares y evanescentes, diagnosticadas de urticaria, sin clínica sistémica, respiratoria ni digestiva asociada. En la anamnesis todas las madres referían haber comenzado en los 10 días previos al inicio de la clínica cutánea lactancia artificial. Para realizar el diagnóstico

definitivo se solicitaron valores de IgE totales y específicos a PLV, siendo positivo solo en el primero de nuestros casos (IgE total 12 kU/l, específica 1,06 kU/l y beta-lactoglobulina 1,52 kU/l). Las pruebas de provocación oral fueron realizadas por el servicio de alergología y se llevaron a cabo en los pacientes 2 y 3 en los cuales la determinación de IgE específica fue negativa; en ambos se realizó con la toma oral de su fórmula de alimentación habitual, apareciendo lesiones urticariformes a los 10 y 24 min, respectivamente, tras la misma. En todos ellos se sustituyó la lactancia con fórmula a base de PLV por una fórmula obtenida de hidrolizado proteico consiguiéndose la remisión rápida y mantenida de las lesiones.

La alergia a PLV es una enfermedad prevalente en la edad pediátrica¹⁻⁴, siendo las PLV la principal causa de alergia alimentaria en lactantes. Es una enfermedad que los gastroenterólogos pediátricos llevan años tratando¹, pero en ocasiones la sospecha diagnóstica puede venir de otros especialistas, como el dermatólogo, sobre todo en los casos con clínica exclusivamente cutánea. La clínica en las formas mediadas por IgE es variada desde el prurito o la urticaria hasta reacciones adversas graves como el angioedema; en las no mediadas hasta un 64% de los pacientes se presentan con clínica cutánea aislada². En todos los casos una vez establecida la sospecha los pacientes deberán ser remitidos al alergólogo quien confirmará el diagnóstico³.

Es de destacar que todos nuestros pacientes se trataban de lactantes de un mes o menos que comenzaron con clínica de urticaria, siendo esta una enfermedad rara para este

Tabla 1 Características clínicas de los pacientes estudiados donde se incluyen datos demográficos, forma clínica de presentación, edad de inicio de la lactancia artificial, tiempo transcurrido entre el inicio de la clínica cutánea y el comienzo de la lactancia artificial con leche a base de PLV, resultado de pruebas complementarias, respuesta tras la evitación de PLV y fórmula de sustitución utilizada

| N.º de caso | Edad | Forma clínica | Edad de inicio de la lactancia artificial | Tiempo entre la introducción de la lactancia y el comienzo de la clínica | IgE | Provocación oral | Tras evitación | Fórmula de sustitución |
|-------------|---------|---------------|---|--|---|------------------|----------------|------------------------|
| 1 | 11 días | Urticaria | Nacimiento | 10 días | Total 12 kU/l Específica 1,0 kU/l Beta-lactoglobulina 1,52 kU/l | No realizada | Asintomático | Hidrolizado proteico |
| 2 | 30 días | Urticaria | 20 días | 10 días | — | 10 min | Asintomático | Hidrolizado proteico |
| 3 | 17 días | Urticaria | 7 días | 10 días | — | 24 min | Asintomático | Hidrolizado proteico |

grupo etario, en la que el origen más frecuente es el viral. Esto podría explicarse por el inicio tan precoz de la lactancia artificial⁴.

Por todo lo anterior, consideramos que en el consenso de manejo diagnóstico de esta enfermedad deberían tenerse en cuenta otros especialistas como el dermatólogo, que puede ser de ayuda en el diagnóstico de casos con presentación atípica como en lactantes.

Bibliografía

1. Pascual Pérez AI, Méndez Sánchez A, Segarra Cantón O, Espin Jaime B, Santiago Jiménez Treviño S, Bousoño García C, et al. Manejo de la alergia a proteína de leche de vaca por los gastroenterólogos españoles. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89:222–9.
2. Husain Z, Schwartz RA. Food allergy update: More than a peanut of a problem. *Int J Dermatol*. 2013;52:286–94.
3. Martorell-Aragónés A, Echeverría-Zudaire L, Alonso-Lebrero E, Boné-Calvo J, Martín-Muñoz MF, Nevot-Falcó S, et al., Food allergy committee of SEICAP (Spanish Society of Pediatric

Allergy, Asthma and Clinical Immunology). Position document: IgE-mediated cow's milk allergy. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2015;43:507–26.

4. Longo G, Berti I, Burks AW, Krauss B, Barbi E. IgE-mediated food allergy in children. *Lancet*. 2013;382:1656–64.

Elena Remedios Martínez Lorenzo*,
Álvaro González Cantero, Ana Isabel Sánchez Moya
y Cristina Pérez Hortet

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Toledo, Hospital Virgen del Valle, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elenamartinezlorenzo@hotmail.com
(E.R. Martínez Lorenzo).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.006>
1695-4033/

© 2018 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Alergia a proteínas de leche de vaca con afectación cutánea, ¿es necesaria la derivación al dermatólogo?



Cow's milk protein allergy with skin lesions. Is it always necessary to refer to a dermatologist?

Sr. Editor:

Hemos leído con interés la carta al editor «Urticaria por proteína de leche de vaca en lactantes, serie de 3 casos»¹ publicada recientemente en su revista, y nos gustaría hacer una serie de consideraciones al respecto. En ella, los autores sugieren que los dermatólogos tengan una participación más activa en el manejo de la alergia a proteína de leche de vaca (APLV) cuando esta afecta exclusivamente a la piel.

Las manifestaciones de la APLV son muy variables en su forma de presentación y gravedad, aunque ciertamente la APLV mediada por IgE puede afectar a la piel hasta en un 75% de los casos². Es bien conocido que las reacciones alérgicas mediadas por IgE se asocian a urticaria aguda, así como a angioedema, eritema, prurito o erupción morbiliforme entre otras. Por otro lado, la APLV también puede afectar a la piel en forma de dermatitis atópica, debiendo ser estudiada la posible implicación de un alimento en los lactantes que presentan una dermatitis atópica de moderada a grave a pesar de tratamiento habitual³. Característicamente, en la APLV, la retirada de las PLV mejorará la sintomatología que presente el paciente.

La evaluación de niños con posible APLV es muy frecuente en las consultas de pediatría, siendo los pediatras de atención primaria y urgencias quienes, habitualmente, atienden en primer lugar a estos pacientes. Mayoritariamente, estos especialistas mantienen un alto grado de sospecha sobre la

implicación de alérgenos alimentarios en aquellos casos con lesiones cutáneas de cualquier tipo y una historia clínica compatible (relación temporal con la ingesta del alimento, antecedentes de atopia...).

Para el diagnóstico de la APLV mediada por IgE en estos pacientes con historia compatible, estaría indicada la realización de pruebas cutáneas (*prick test*) o la determinación de IgE específica a proteínas de leche de vaca. Si estas pruebas son negativas, debería realizarse una prueba de provocación.

Estas pruebas deben ser llevadas a cabo por personal entrenado en su realización e interpretación y en localizaciones preparadas para poder atender un posible evento adverso. Si bien existe gran variabilidad en el manejo de la APLV⁴, una vez sospechada, el seguimiento posterior debería ser realizado por el especialista hospitalario, bien el gastroenterólogo o el alergólogo pediátrico.

La APLV es una enfermedad potencialmente grave, tanto aquellas formas de presentación inmediata en las que existe riesgo vital, como aquellas formas retardadas en las que hay grave riesgo de desnutrición y desmedro. Por ello, no creemos necesario que estos pacientes con historia clínica compatible (relación temporal estrecha con la ingesta de leche de vaca) y afectación cutánea sean derivados en todos los casos al dermatólogo. Pensamos que ello podría alargar el proceso diagnóstico y retrasar el tratamiento. Sin embargo, sí creemos que el apoyo del dermatólogo puede ser importante en aquellos casos de dermatitis grave en los que la retirada de la leche de la dieta no consiga eliminar por completo los síntomas.

Bibliografía