Acceda a la grabación completa del simposio escaneando este QR

Blemil® plus

SIMPOSIO

APLV: tres miradas para una solución

XXXI CONGRESO SEGHNP

Valencia

2025

8 al 10 de mayo

ORDESA

APLV: TRES MIRADAS PARA UNA SOLUCIÓN

Valencia, 9 de mayo, 9:30 horas

A nivel asistencial, los niños con alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) están siendo tratados por pediatras de atención primaria, gastroenterólogos pediátricos y alergólogos pediátricos, por lo que el objetivo de este simposio es compartir las diferentes visiones de manejo de la enfermedad desde la perspectiva de cada uno de estos tres grupos de especialistas.

SUMARIO

VARIABILIDAD EN LA ATENCIÓN AL LACTANTE CON APLV EN NUESTRO PAÍS 3

Dr. Juan Jose Díaz Martín

Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. Profesor Titular de Pediatría, Universidad de Oviedo. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias.

DIFICULTADES EN EL MANEJO DE APLV PARA EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA 6

Dra. Gema García Ron

Pediatra de Atención Primaria, Centro de Salud Las Águilas, Madrid. Profesora de la Universidad Alfonso X, Madrid. Vocal Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

APLV: UNA ENFERMEDAD, DOS ENFOQUES 9

Dr. Juan Carlos Juliá Benito

Pediatra Alergólogo, Centro de Salud República Argentina, Valencia. Presidente de la Sociedad Valenciana de Pediatría (SVP)

CONCLUSIONES 15

© 2025 ERGON®. Todos los derechos reservados. ISBN: 978-84-19955-91-3

VARIABILIDAD EN LA ATENCIÓN AL LACTANTE CON APLV EN NUESTRO PAÍS

Dr. Juan Jose Díaz Martín

Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. Profesor Titular de Pediatría, Universidad de Oviedo. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias.

INTRODUCCIÓN

La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) es una enfermedad muy prevalente. No hay disponibles datos recientes de España, pero estudios internacionales destacan el creciente aumento de esta patología en los últimos años[1].

La APLV es una enfermedad muy prevalente con un creciente aumento en los últimos años

Además, la APLV es potencialmente grave, siendo responsable de un número muy significativo de muertes por anafilaxia, sobre todo en niños menores de 16 años.

Es relativamente fácil sospechar la existencia de APLV; aunque el porcentaje de maldiagnóstico es importante, tanto por los casos de infradiagnóstico (casos de APLV que quedan sin diagnosticar) como por los casos, mucho más frecuentes, de sobrediagnóstico (niños no alérgicos diagnosticados de APLV).

Actualmente, por su facilidad de acceso en la era de la información, son de obligada lectura para todos los pediatras, las guías de APLV 2023-2024[2-4].

El porcentaje de maldiagnóstico de APLV es importante, tanto por infradiagnóstico como mucho más frecuentemente por sobrediagnóstico

Uno de los documentos clave es la actualización de las Guías ESPGHAN[4] sobre el diagnóstico, tratamiento y prevención de la APLV, y los otros dos documentos, también de referencia, son las actualizaciones de las Guías DRACMA de la Asociación Mundial de Alergología[2,3], referentes también al diagnóstico y tratamiento de niños con APLV, concretamente a la eliminación y reintroducción de la leche en el proceso diagnóstico, y a las recomendaciones de fórmulas lácteas con o sin suplementos de probióticos en niños.

El papel del pediatra de AP en la APLV (figura 1) consiste inicialmente en establecer la sospecha diagnóstica para, a continuación, valorar la solicitud de las pruebas diagnósticas pertinentes. Este proceso diagnóstico se inicia con la dieta de exclusión, con la selección de la fórmula que proceda, y determinando la realización de pruebas de provocación en casos leves o moderados no mediados por IgE.

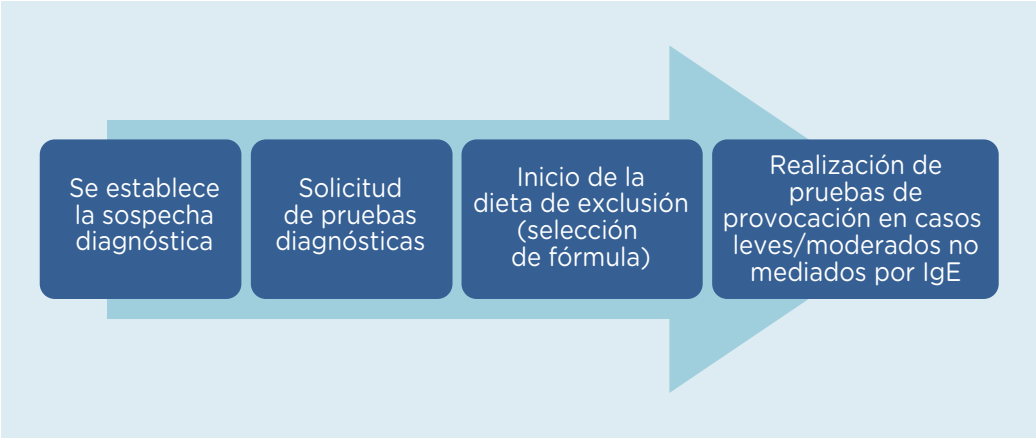

FIGURA 1
Papel del pediatra de AP en la APLV.

El papel del pediatra de AP en la APLV consiste en establecer la sospecha diagnóstica, valorar la solicitud de pruebas diagnósticas y determinar la realización de pruebas de provocación

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE MANEJO DE LA APLV

Para verificar el circuito de atención al paciente de APLV desde atención primaria, se llevo a cabo una encuesta a través de la base de datos de SEPEAP bajo el formato de *Google forms*. Se recibieron 182 respuestas procedentes de 16 comunidades autónomas.

En relación con el diagnóstico, algunos resultados fueron sorprendentes, como que el 82,4% de pediatras de AP no pueden realizar pruebas cutáneas de alergia a leche de vaca en su centro de salud, unas determinaciones sencillas e inmediatas de gran valor práctico (figura 2). Por otra parte, casi el 70% de los centros de AP pueden solicitar determinación de IgE específica en sangre a proteínas de leche de vaca.

En cuanto a las cuestiones relacionadas con el tratamiento, prácticamente la totalidad de los pediatras de AP (97%) pueden indicar el tratamiento con fórmulas hidrolizadas (figura 2), pero solo poco más del 60% pueden indicar el tratamiento con fórmulas elementales.

Cuando se les preguntaba sobre la duración del tratamiento con fórmulas hidrolizadas, las respuestas eran bastante variables. Casi la mitad podían mantener el tratamiento durante un tiempo indefinido sin necesidad de derivar al especialista. Poco más del 40% lo podía mantener durante un tiempo concreto hasta que fuera visto por el especialista, quien determinaba si debía continuar o no el tratamiento. Resultó curioso que algunas comunidades autónomas exigían que el pediatra de AP hiciera un curso de capacitación con especialistas para que se le permitiera indicar tratamientos con fórmulas extensamente hidrolizadas.

Cuando la cuestión se refería a qué tipo de especialista enviaban al niño con APLV en caso de derivación, la mayoría lo elegían en función de cada caso particular, pero los que seleccionaban siempre un tipo de especialista, solían decantarse antes por el gastroenterólogo pediátrico que por el alergólogo pediátrico. También se recogió que, en un porcentaje importante de casos, los pediatras no derivan las formas leves de APLV no mediada por IgE.

Otros decidían en función de la gravedad, enviando los casos graves al alergólogo; y un grupo todavía menor realizaban la elección en función del tiempo de demora para conseguir cita, seleccionando al que tuviera la lista de espera más corta (figura 3).

Más del 60% de pediatras de AP no realizaban ninguna prueba de provocación durante el seguimiento de niños con APLV, lo que evidencia un fallo del sistema en la atención a estos pacientes, pues no se realiza la confirmación del diagnóstico (figura 3).

Más del 60% de pediatras de AP no realizan ninguna prueba de provocación por lo que no llegan a confirmar el diagnóstico de APLV

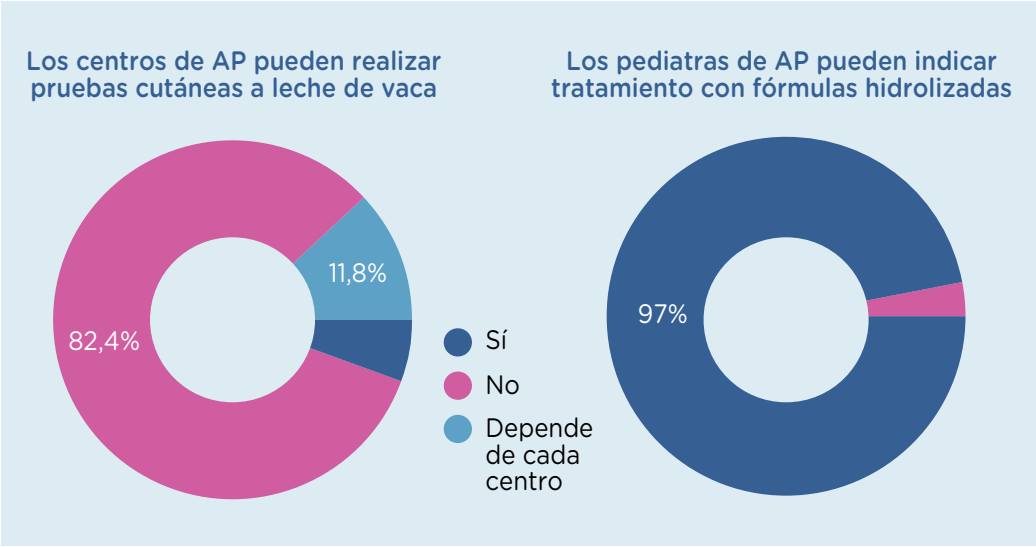

FIGURA 2
Algunos resultados de la encuesta de variabilidad referentes al diagnóstico y tratamiento de APLV.

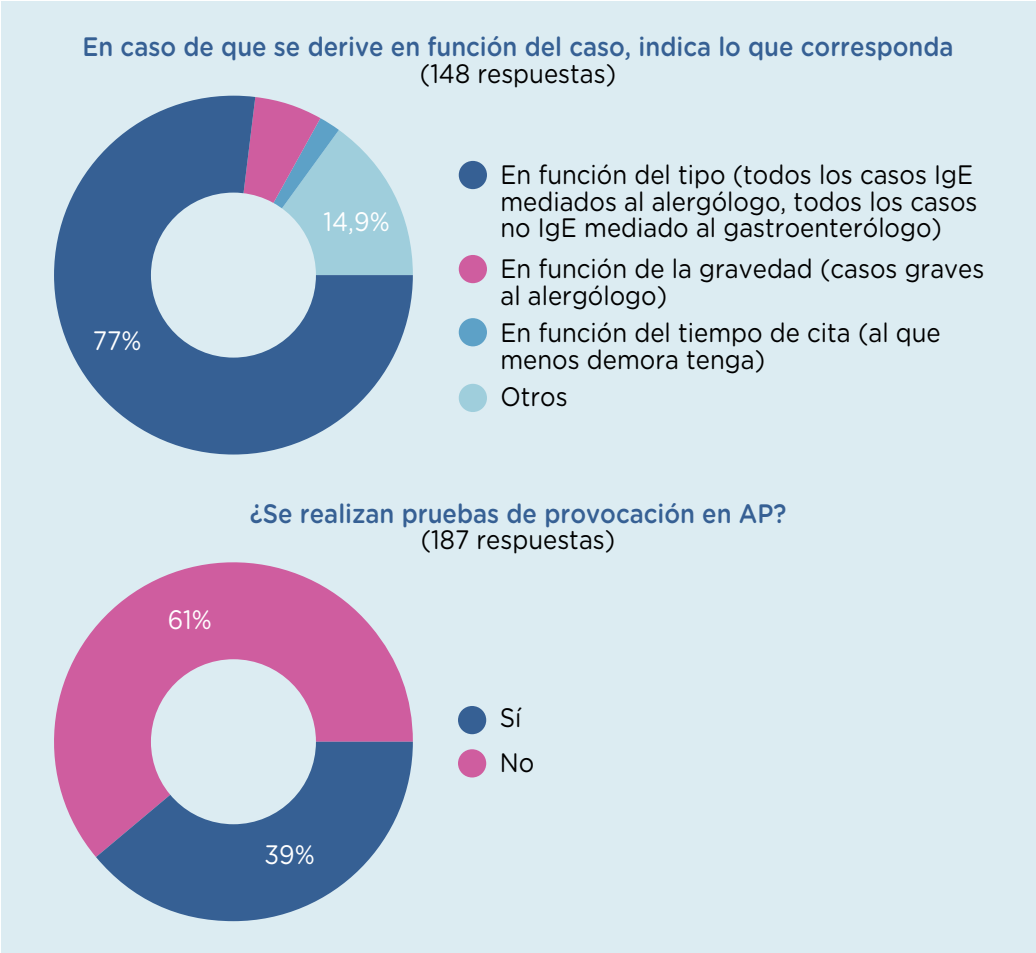

FIGURA 3
Algunos resultados de la encuesta de variabilidad referentes al criterio de derivación y al seguimiento de APLV.

Actualmente sigue existiendo una gran variabilidad en el manejo de niños con APLV

En resumen, actualmente sigue existiendo una gran variabilidad en el manejo de la APLV dentro de la gastroenterología pediátrica, como ya se puso de manifiesto en el estudio publicado hace 9 años[5] en que se presentaron los resultados de una encuesta de 50 preguntas realizadas a miembros de la SEGHNP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mehaudy R, Parisi C, Petriz N, Eymann A, Jauregui M, Orsi M. Prevalencia de alergia a la proteína de la leche de vaca en niños en un hospital universitario de comunidad. Arch Argent Pediatr. 2018; 116(3): 216-23.
2. Meyer R, Venter C, Bognanni A, Szajewska H, Shamir R, Nowak-Wegrzyn A, et al; WAO DRACMA Guideline Group. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guideline update - VII - Milk elimination and reintroduction in the diagnostic process of cow's milk allergy. World Allergy Organ J. 2023; 16(7): 100785.
3. Bognanni A, Fiocchi A, Arasi S, Chu DK, Ansotegui I, Assa'ad AH, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) guideline update - XII - Recommendations on milk formula supplements with and without probiotics for infants and toddlers with CMA. World Allergy Organ J. 2024; 17(4): 100888.
4. Vandenplas Y, Broekaert I, Domellöf M, Indrio F, Lapillonne A, Pienar C, et al. An ESPGHAN position paper on the diagnosis, management, and prevention of cow's milk allergy. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024; 78(2): 386-413.
5. Pascual Pérez AI, Méndez Sánchez A, Segarra Cantón Ó, Espin Jaime B, 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(4): 222-9.

DIFICULTADES EN EL MANEJO DE APLV PARA EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dra. Gema García Ron

Pediatra de Atención Primaria, Centro de Salud Las Águilas, Madrid. Profesora de la Universidad Alfonso X, Madrid. Vocal Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

FACTORES QUE DIFICULTAN EL MANEJO DE LA APLV

TIEMPO EN LAS CONSULTAS

El primer factor que dificulta el manejo de la APLV es el tiempo disponible en las consultas de pediatría de atención primaria (AP). El pediatra de AP es la puerta de entrada del paciente con APLV al sistema sanitario, pero este sistema está muy tensionado debido al elevado número de visitas que tiene que afrontar habitualmente el pediatra en su consulta[1].

> El primer factor que dificulta el manejo de la APLV es el tiempo disponible en las consultas de pediatría de AP

La APLV IgE mediada suele ser fácil de diagnosticar, para cuyo proceso el pediatra de AP suele disponer de entre 5 y 10 minutos como máximo para dictaminar un diagnóstico certero y aplicar el tratamiento más adecuado. El problema es que en la APLV no mediada por IgE los síntomas no son tan claros y pueden confundirse con los que pueden presentar lactantes sanos[1].

Además, no se dispone de una herramienta diagnóstica rápida, sencilla, sensible y específica, lo que complica alcanzar un diagnóstico correcto. Asímismo, como consecuencia de la presión por la falta de tiempo, puede decidirse derivar al paciente directamente al especialista para que pueda confirmar el diagnóstico y realizar un tratamiento adecuado. Pero mientras se lleva a cabo este proceso, el niño está recibiendo una fórmula específica para APLV que no está carente de efectos secundarios, aunque sean escasos, a nivel clínico para el paciente; y se está produciendo un importante gasto sanitario para el sistema nacional de salud y para las propias familias[1].

Se incurre por tanto en el infradiagnóstico, pero sobre todo en el sobrediagnóstico, especialmente en los casos de alergia no mediada por IgE. Los diagnósticos erróneos conllevan riesgos alérgicos y nutricionales, problemas de crecimiento, deficiencias de micronutrientes y una calidad de vida reducida para los lactantes y sus cuidadores. Por ello es importante realizar la prueba de provocación, que es la única prueba diagnóstica disponible en atención primaria[1].

> Es importante realizar la prueba de provocación, única prueba diagnóstica disponible de APLV en atención primaria

FALTA DE FORMACIÓN

El segundo problema deriva de la falta de formación de los pediatras de AP, tal y como se refleja en unas gráficas elaboradas de la Asociación Española de Pediatría de AP (AEPap) donde comparan las plazas de pediatría de AP no cubiertas por especialista entre los años 2018 y 2024 (figuras 1 y 2).

En cada gráfica se muestra el mapa de España donde se indican los porcentajes de plazas de pediatría por comunidad autónoma que no están ocupadas por un especialista en pediatría, sino que la gestiona un medico de familia o es una plaza vacante. A pesar de que se aumentaron las plazas de pediatría MIR a nivel hospitalario, los datos de 2024 indican que se ha producido un aumento de plazas no ocupadas por pediatra frente a 2018, con niveles muy preocupantes en varias comunidades autónomas.

Ya se ha comentado la gran variabilidad que existe en el manejo de la APLV IgE no mediada, demostrado por las últimas guías de la ESPGHAN, cuando la gestiona un pediatra de AP, un gastroenterólogo pediátrico o un alergólogo pediátrico; por lo que no cuesta ima-

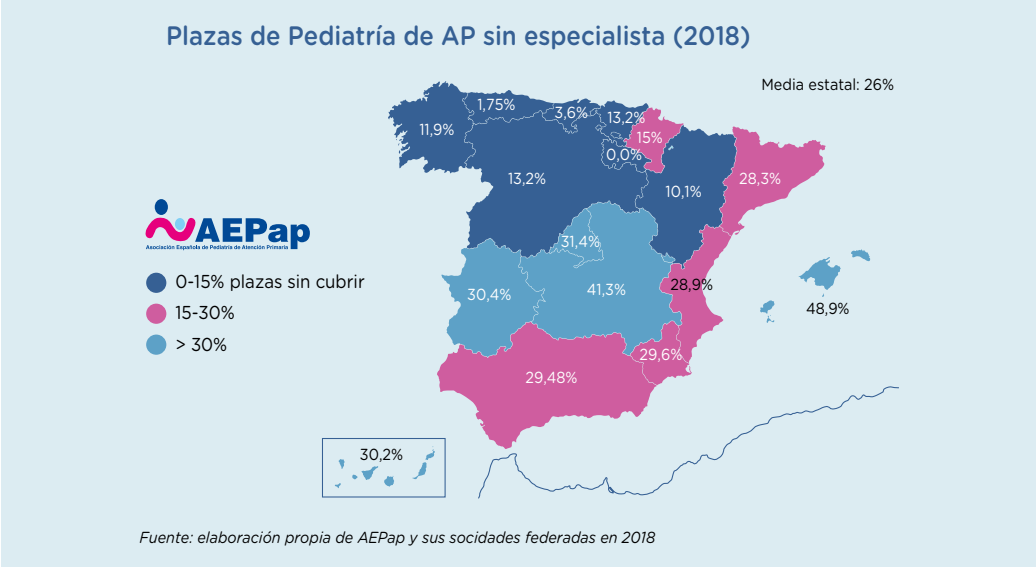

FIGURA 1
Plazas de pediatría de AP no cubiertas por especialista en 2018, según datos de la AEPap.

ginar lo que puede suceder cuando el que trata el problema es un medico de familia o directamente el niño no está siendo tratado.

> El segundo problema para el manejo de la APLV es la falta de formación de pediatras de AP, siendo sustituidos por médicos de familia o dejando las plazas vacantes

La prevalencia de APLV en lactantes con trastornos gastrointestinales (cólico infantil, regurgitación o estreñimiento) es controvertida. No obstante, en lactantes con síntomas gastrointestinales relacionados con el consumo de leche de vaca, la prevalencia estimada es de 20-25%. En cualquier caso, la interpretación de estos síntomas como un trastorno gastrointestinal o como una APLV no mediada por IgE suele depender del enfoque del profesional sanitario consultado (pediatra de AP, gastroenterólogo pediátrico o alergólogo pediátrico) como ya se ha comentado[1].

La falta de formación está relacionada con el problema del tiempo. No hay información práctica sobre cómo llevar a cabo una prueba de provocación oral, ya sea en el domicilio del paciente o en el Centro de Salud. No se conocen los protocolos sobre la cantidad de leche a administrar para iniciar la provocación, cada cuanto tiempo se tiene que aumentar la cantidad de leche, cuánto tiempo debe durar la prueba, etc. Esta falta de información genera miedo e inquietud

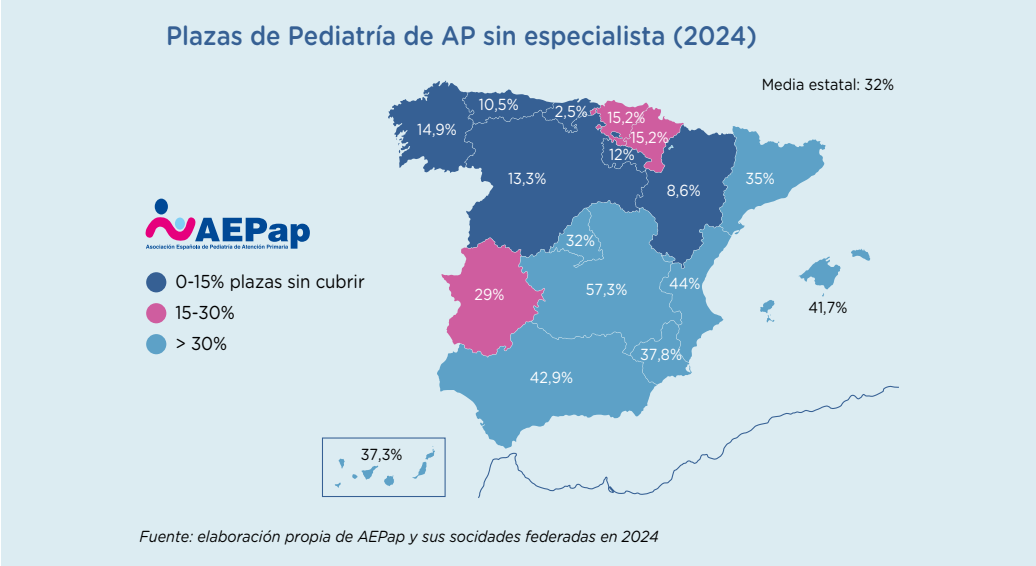

FIGURA 2
Plazas de pediatría de AP no cubiertas por especialista en 2024, según datos de la AEPap.

en los pediatras de AP que, ante la falta añadida de tiempo, inician el tratamiento de la APLV y lo derivan al especialista para que se encargue del paciente[1].

La formación insuficiente también implica la posible falta de actualización sobre las novedades y avances que se van produciendo en este ámbito. Un ejemplo puede ser el caso de un niño con lactancia materna exclusiva que acude por presencia de sangre en heces. La reacción más frecuente ante la sospecha de una proctocolitis alérgica es retirar de forma inmediata las proteínas de leche de vaca de la dieta materna, pero la ESPGHAN ha señalado recientemente que no suele ser necesario aplicar restricciones dietéticas a la madre para manejar la APLV, y que el diagnóstico de APLV en lactantes exclusivamente amamantados con síntomas solo debe considerarse de manera excepcional[1].

La formación insuficiente también implica la posible falta de actualización sobre las novedades y avances que se van produciendo

También surgen dudas ante qué tipo de hidrolizado recomendar, en qué casos deben ser hidrolizados sin lactosa y en qué casos con lactosa. Además, hay cambios en los enfoques. Por ejemplo, en las Guías de 2018 de la ESPGHAN no se aconsejaba hacer el diagnóstico de APLV con un hidrolizado de arroz, mientras que en las últimas Guías se indica que se puede iniciar y continuar el diagnóstico de APLV con proteínas extensamente hidrolizadas de la leche de vaca o fórmulas de arroz.

Todo ello justifica las múltiples dudas de los pediatras de AP en el manejo de la APLV.

FALTA DE CONSENSO

No se ha encontrado un manejo común de los niños con APLV entre las distintas comunidades autónomas de España, ni siquiera dentro de la misma comunidad. Hay zonas en que tanto los casos de APLV IgE mediada como IgE no mediada se envían al gastroenterólogo pediátrico; pero en otras zonas, las IgE no mediadas se envían al gastroenterólogo pediátrico y las IgE mediadas al alergólogo pediátrico.

No se ha llegado a un consenso para el manejo adecuado de los niños con APLV

Tampoco hay ninguna indicación sobre los casos mixtos, por lo que surge la duda de si enviarlo al especialista con menos lista de espera o al especialista que creamos que puede manejar mejor al paciente. Hay que considerar que en determinados hospitales, el alergólogo de derivación es pediatra, pero en otros es un alergólogo que visita mayoritariamente a adultos y que no siempre está preparado para el manejo, muy distinto, de un paciente pediátrico. Todo ello no resuelve las dudas sobre a qué especialista derivar al paciente.

En las Guías se indica que la prueba de provocación debe realizarse entre los 6 y 12 meses, lo que desde la perspectiva de atención primaria se vive como un plazo demasiado largo ante la desesperación de los padres, con la elevada frecuencia de reconsulta a los pediatras de AP. Debería intentar acortarse ese plazo de tiempo y llegar a un consenso sobre el tiempo de espera para volver a llevar a cabo la prueba de provocación.

Otro punto a considerar es el inspector médico. Hasta hace poco, el pediatra de AP prescribía la fórmula específica para APLV y a las 4 semanas de haber realizado la prueba de provocación, cuando se hacía, el inspector dejaba de prescribir en AP la fórmula para APLV y tenía que ser el especialista el que siguiera con la pauta, si finalmente el niño era diagnosticado de APLV.

Este proceso ha cambiado pero no ha mejorado. Dependiendo del inspector, puede autorizar o no la fórmula para APLV, generando unas listas de espera, para que el paciente pueda acceder al hospital, que pueden llegar a ser más prolongadas que el periodo de tiempo permitido por el inspector para que el pediatra de AP pueda prescribir la leche.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vandenplas Y, Broekaert I, Domellöf M, Indrio F, Lapillonne A, Pienar C, et al. An ESPGHAN position paper on the diagnosis, management, and prevention of cow's milk allergy. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024 ;78(2): 386-413.

APLV: UNA ENFERMEDAD, DOS ENFOQUES

Dr. Juan Carlos Juliá Benito

Pediatra Alergólogo, Centro de Salud República Argentina, Valencia.
Presidente de la Sociedad Valenciana de Pediatría (SVP)

INTRODUCCIÓN

La APLV es una enfermedad con enfoque diferente según la trate el gastroenterólogo pediátrico o el alergólogo pediátrico. La APLV es una reacción adversa alimentaria no tóxica que está mediada por el sistema inmune, pudiendo ser IgE mediada o no IgE mediada (figura 1).

El consenso de 2019 en que colaboraron la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP) fue muy bien acogido en su momento, pero necesitaría una revisión y actualización[1].

El consenso de la Organización Mundial de Alergia se actualizó en el 2022[2], transcurridos 10 años del anterior, abarcando todos los aspectos del manejo, diagnóstico, tratamiento y prevención de la APLV. También se extiende bastante sobre la IgE no mediada, cuando hasta ese momento se había centrado principalmente en la IgE mediada.

La ESPGHAN elaboró su propio documento en 2024[3] enfocado en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la APLV; y también en su forma IgE mediada, cuando anteriormente se ocupaba básicamente de la IgE no mediada. De ello se deduce la importancia de que tanto gastroenterólogos pediátricos como alergólogos pediátricos conozcan y sepan tratar ambas formas de APLV.

Es importante que tanto gastroenterólogos pediátricos como alergólogos pediátricos conozcan y sepan tratar ambas formas, IgE mediada y no mediada, de APLV

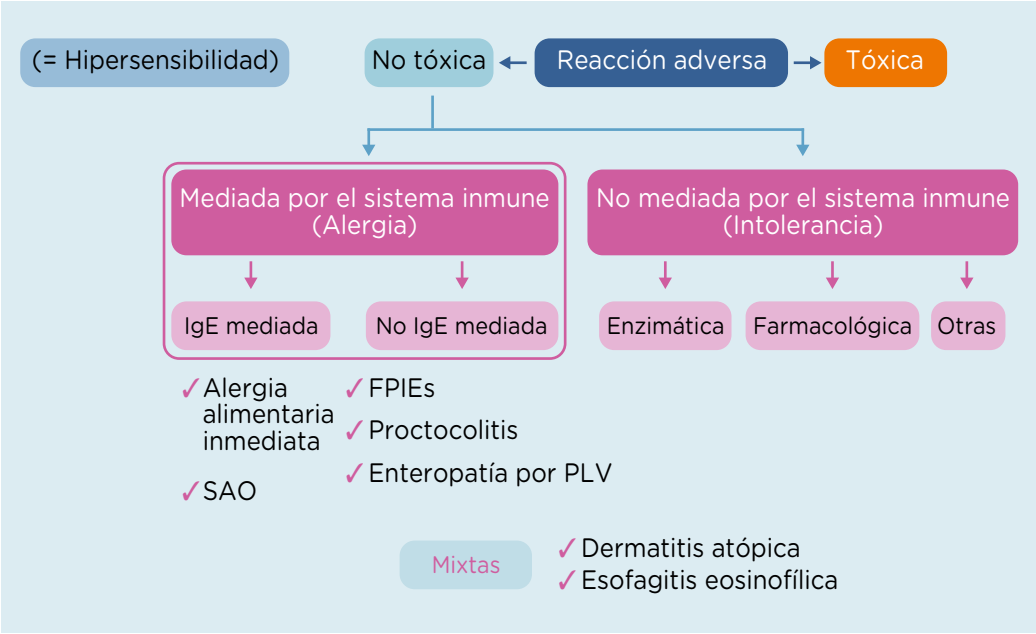

FIGURA 1
Esquema de las reacciones adversas alimentarias.

DIAGNÓSTICO DE APLV

El diagnóstico de la APLV representa un gran desafío siendo frecuente el infradiagnóstico, pero mucho más frecuente todavía el sobrediagnóstico, lo que comporta un gasto innecesario para las familias y para el sistema de salud. Implica además una disminución en la calidad de vida tanto para los lactantes como para sus familias, que se ven sometidas a mucho estrés y preocupación por tener que llevar una dieta exenta de proteínas de leche de vaca (PLV), sobre todo cuando también la tiene que seguir la madre.

El infradiagnóstico conlleva riesgos alérgicos y nutricionales que incluyen reacciones agudas, retraso en el crecimiento y deficiencias de micronutrientes, afectando asimismo a la calidad de vida del paciente y su familia.

El **diagnóstico de la APLV mediada por IgE** suele ser más sencillo porque presenta unas manifestaciones clínicas muy sugestivas en las primeras 2 horas tras la administración del alimento. Pueden ser niños con antecedentes de atopia. Además, se dispone de pruebas para la detección de la IgE específica frente a la leche y sus fracciones, *in vivo* como los test cutáneos *(Skin Prick Test)* o *in vitro* mediante la determinación de IgE específica en suero.

El gold standard para el diagnóstico es la prueba de provocación controlada. El primer paso es la dieta de eliminación, valorando la respuesta a la eliminación de la leche y sus derivados. Una vez realizadas las pruebas biológicas se realizará la prueba confirmatoria que es la provocación oral abierta o ciega controlada; que puede omitirse si la probabilidad de APLV es muy elevada (sintomatología inmediata típica y repetida) o si existe riesgo grave de anafilaxia. Esta prueba debe realizarse siempre en medio hospitalario, por personal preparado y habituado a valorar y tratar reacciones alérgicas, por lo que se desaconseja llevarla a cabo en atención primaria.

El *gold standard* para el diagnóstico de la APLV es la prueba de provocación controlada

El **diagnóstico de la IgE no mediada** presenta más dificultades (figura 2) debido a la falta de síntomas y pruebas diagnósticas específicas. El *gold standard* sigue siendo la respuesta clínica ante la prueba de provocación oral tras una dieta de eliminación.

En cualquier caso, siempre debe efectuarse una historia clínica detallada, incluyendo exploración física, valoración nutricional e historia dietética, que son el elemento clave para establecer la sospecha diagnóstica y poder proceder a la derivación al especialista, que suele ser principalmente el gastroenterólogo pediátrico más que el alergólogo pediátrico porque afortunadamente existe mayor porcentaje de IgE no mediada que mediada[1,3,4].

Los cuadros leves pueden resultar difíciles de diagnosticar pues, en ocasiones, tienen clínica inespecífica en lactantes y niños, por lo que debe procederse a la **prueba de exclusión diagnóstica**. El primer paso es la retirada de la PLV durante 2-4 semanas, observándose mejoría "evidente" de los síntomas.

- En caso de **lactancia materna** (LM), se retirarán las PLV de la dieta materna y se continuará con la LM. Si persiste la sintomatología, a pesar de la correcta cumplimentación de la dieta, y continúa la sospecha de alergia alimentaria, se debe asociar la exclusión de otros alimentos que puedan estar implicados (especialmente soja y huevo). Se recomienda suplementar a la madre con **calcio (500-1.000 mg/día)** y **vitamina D (400-1.000 UI/día)**.

- En caso de **lactancia artificial**, se pasará a una fórmula extensamente hidrolizada (FEH), prefe-

FIGURA 2
Dificultades en el manejo de la APLV no IgE mediada.

rentemente de PLV (seroproteínas y/o caseína) o a una fórmula hidrolizada de arroz como alternativa. No es preciso asociar la retirada de lactosa si no existen datos de enteropatía.

- En caso de **lactancia mixta**, cuando la sintomatología coincida con la introducción de tomas de fórmula, debe mantenerse la LM y la mayoría de las veces no es necesario que la madre siga una dieta de exclusión.

Si no se observa mejoría de los síntomas, se descarta el diagnóstico de APLV y se reintroducirán las PLV.

La dieta de exclusión se mantendrá hasta la total normalización clínica, no debiendo prolongarse más de 6 semanas sin efectuar una confirmación diagnóstica mediante una **prueba de provocación** que puede realizarse en la casa del paciente siguiendo el siguiente procedimiento:

- En caso de **lactancia materna** exclusiva, se reintroducirá la leche de vaca y derivados en la dieta materna, comenzando por una toma al día la primera semana. Se irá aumentando después si no presenta síntomas.

- En caso de **lactancia artificial**, se sustituirá cada día una medida de la fórmula especial por una de fórmula de lactantes, en al menos dos de las tomas. Si no hay síntomas, una vez completadas estas dos tomas, se podrá sustituir cada día un biberón de fórmula especial por uno de fórmula de lactantes, hasta que todos los biberones sean de fórmula de lactantes.

El periodo de observación tras la reintroducción de las PLV en la dieta, en caso de que no aparezcan síntomas, debe durar al menos 2 semanas y puede prolongarse hasta 4 semanas, especialmente en casos de estreñimiento y enteropatía. La aparición de síntomas más allá de dicho periodo es poco probable que sea debido a APLV.

De acuerdo con el último documento de la ESPGHAN[3], en el seguimiento de estos pacientes hay que eliminar todas las fuentes de leche de vaca, consultar con un nutricionista, y posteriormente considerar su reintroducción, según tolerancia, a los 6 meses de la retirada o a los 9-12 meses de edad (lo que ocurra antes). Hay que monitorear el desarrollo de la tolerancia.

Para confirmar el diagnóstico de APLV y evitar el sobrediagnóstico, es fundamental realizar una prueba de provocación oral tras una dieta de eliminación diagnóstica corta. Esto lo recomiendan todas las Guías en general.

Para confirmar el diagnóstico de APLV y evitar el sobrediagnóstico, es fundamental la prueba de provocación oral tras una dieta de eliminación diagnóstica corta

TRATAMIENTO DE APLV

Se debe suprimir completamente la ingesta de PLV (leche de vaca, fórmulas con proteína insuficientemente hidrolizada derivadas de la misma y derivados lácteos). Es importante cuando sea IgE mediada cuidar ciertos detalles como evitar la inhalación (p. ej., el vapor que se produce al hervir la leche) y el contacto directo (p. ej. si la madre bebe leche y luego le da un beso a su hijo). También se debe tener en cuenta la posibilidad de sensibilización cruzada con leche de otros rumiantes (cabra, oveja, búfala) y tener cuidado con los ingredientes alimentarios.

Si toma lactancia materna, la dieta materna debe estar exenta de PLV, y si recibe alimentación con fórmula infantil derivada de leche de vaca, se debe sustituir por un producto válido de similar valor nutricional.

Las alternativas nutricionales se basan en:

- **Fórmulas extensamente hidrolizadas (FEH).** Suelen ser la primera opción terapéutica, como recomendaba el Protocolo de 2019[1]. Pueden ser de caseína, seroproteínas, o mezcla de caseína y seroproteínas.

- **Fórmulas de arroz hidrolizado (HRF).** Las últimas Guías ESPGHAN[3] la equiparan como primera opción con las FEH.

- **Fórmulas de soja.** Evitar su administración antes de los 6 meses y en la IgE no mediada.

- **Fórmulas de aminoácidos (elementales) (AAF).** Deben reservarse para casos graves o cuando hay respuesta insuficiente a las FEH.

La primera opción terapéutica en la APLV se basa en las fórmulas extensamente hidrolizadas o en las fórmulas de arroz hidrolizado

FIGURA 3
Impacto psicosocial de la APLV.

La APLV puede afectar significativamente la calidad de vida de los niños y sus familias, debido a las restricciones dietéticas y al estrés asociado con el manejo de la alergia, que genera una importante sobrecarga emocional que se manifiesta en forma de estrés y ansiedad. Esto se refleja en un gran impacto psicosocial (figura 3) porque son niños muy vigilados, por el miedo de los padres a una potencial reacción adversa grave cuando vayan a la guardería, a campamentos, a casa de los abuelos, etc. Por eso es muy importante realizar un correcto diagnóstico.

La APLV puede afectar significativamente la calidad de vida de los niños y sus familias, generando un gran impacto psicosocial

En la **evolución** de estos pacientes se observa que prácticamente todos los casos de APLV no IgE mediada han desarrollado tolerancia a los 2 años y más del 80% de los mediados por IgE a los 3 años.

Pero hay **factores de mal pronóstico** que dificultan la tolerancia, como el inicio precoz, la presencia de síntomas intensos, la sensibilización a la caseína u otros alimentos, la evidencia de atopia o sensibilización a neumoalérgenos, cuando el resultado del Prick test es de gran tamaño (> 10 mm), o cuando hay manifestación de síntomas tras la ingesta de pequeñas cantidades de leche (< 10 ml).

En estos casos, se puede recurrir a un tratamiento novedoso, aunque con más de 2 décadas de experiencia: la **inmunoterapia oral** (ITO). En la Guía ITEMS de 2017[5,6], española, ya se estableció el procedimiento a seguir, que consiste en la ingestión diaria de dosis crecientes del alérgeno durante una fase de aumento progresivo (3-12 meses), seguida por una fase de mantenimiento con una dosis constante, según protocolos individualizados. Representa una alternativa a la dieta de evitación en los casos de APLV IgE mediada cuando la inducción de tolerancia a un alimento no se ha conseguido de modo espontáneo y el niño ya ha alcanzado cierta edad (3-4 años).

Con este procedimiento se consigue alcanzar una tolerancia de 200-250 ml de leche, lo que permite al niño hacer una vida prácticamente normal. En algunos casos, la tolerancia solo es de 50 ml, o incluso de 20 ml, pero compensa porque incluso estas cantidades tan mínimas son suficientes para proteger al niño de una ingesta accidental.

La inmunoterapia oral representa una alternativa a la dieta de evitación en la APLV IgE mediada para conseguir la tolerancia cuando no se ha logrado de forma espontánea

La ITO está recomendada en pacientes con APLV mediada por IgE y se considera una estrategia para prevenir la aparición de anafilaxia y reacciones severas ante exposiciones accidentales. Su indicación en lactantes y niños con APLV sigue siendo objeto de debate porque no está exenta de riesgos, aunque ciertas escuelas recomiendan su aplicación tras el diagnóstico de APLV cuando el niño tiene solo 3-4 meses. Algunos profesionales han demostrado buenos resultados en estos casos, señalando que es más fácil su seguimiento en niños muy pequeños que cuando ya tienen 3-4 años.

No hay que olvidar la importancia de determinados cofactores, como cuadros infecciosos, el estrés, el ejercicio, administrar la ITO con el estómago vacío;

FIGURA 4
Tres miradas para una solución.

que pueden provocar la aparición de reacciones adversas.

En cuanto a la seguridad y efectos adversos de la ITO, los reportes son variables. Algunos estudios informan de la casi ausencia de efectos adversos, mientras que otros mencionan efectos frecuentes como rechazo al alérgeno y síntomas alérgicos sistémicos, que obligan a retroceder en el procedimiento. Por ello la ITO debe considerarse en casos severos o persistentes de APLV, pero solo para pacientes seleccionados y debiendo ser aplicada únicamente en centros especializados.

Tras el diagnóstico de APLV, se debe mantener el tratamiento con dieta exenta de PLV durante un período de tiempo variable que puede ir desde los 3-6 meses en las formas leves-moderadas hasta los 12 meses en las formas más graves. Se realizará entonces una prueba de tolerancia oral con el objetivo de evitar una dieta restrictiva durante un tiempo innecesario.

En casos de reintroducción de la PLV con resultado desfavorable, la valoración sobre si se ha desarrollado tolerancia debe repetirse periódicamente cada 3-6 meses bajo supervisión médica, excepto en formas graves en que puede ser necesario esperar más tiempo.

PREVENCIÓN DE LA APLV

La lactancia materna sigue siendo la opción ideal desde el punto de vista preventivo.

No hay evidencia suficiente para recomendar estrategias preventivas específicas que incluyan probióticos, prebióticos, simbióticos, fórmulas especiales o aceites de pescado, en un niño de riesgo.

El tratamiento de los niños afectos de APLV puede ser gestionado por pediatras de AP, gastroenterólogos pediátricos y alergólogos pediátricos, lo que supone tres perspectivas diferentes para una solución (figura 4) y una gran variabilidad al no haber una buena coordinación entre estos grupos de especialistas.

La lactancia materna es la opción ideal desde el punto de vista preventivo de la APLV

Sería clave disponer de un consenso con pautas claras y recomendaciones prácticas que permitiera el tratamiento de estos pacientes con criterios objetivos de aplicación general, por el bien de los pacientes y sus familias.

Sería clave disponer de un consenso con pautas claras y recomendaciones prácticas para el manejo de la APLV

BIBLIOGRAFÍA

1. Espín Jaime B, Díaz Martín JJ, Blesa Baviera LC, Claver Monzón Á, Hernández Hernández A, García Burriel JI, et al. Alergia a las proteínas de leche de vaca no mediada por IgE: documento de consenso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP). An Pediatr (Barc). 2019; 90(3): 193.e1-e11.
2. Fiocchi A, Bognanni A, Brożek J, Ebisawa M, Schünemann H; WAO DRACMA guideline group. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) guidelines update - I - Plan and definitions. World Allergy Organ J. 2022; 15(1): 100609.

3. Vandenplas Y, Broekaert I, Domellöf M, Indrio F, Lapillonne A, Pienar C, et al. An ESPGHAN position paper on the diagnosis, management, and prevention of cow's milk allergy. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024; 78(2): 386-413.
4. Vandenplas Y, Steenhout P, Järvi A, Garreau AS, Mukherjee R. Pooled analysis of the Cow's Milk-related-Symptom-Score (CoMiSS™) as a predictor for cow's milk related symptoms. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2017; 20(1): 22-6.
5. Martorell A, Alonso E, Echeverría L, Escudero C, García-Rodríguez R, Blasco C, et al. Oral immunotherapy for food allergy: A Spanish guideline. Immunotherapy egg and milk Spanish guide (ITEMS guide). Part I: Cow milk and egg oral immunotherapy: Introduction, methodology, rationale, current state, indications contraindications and oral immunotherapy build-up phase. Allergol Immunopathol (Madr). 2017; 45: 393-404.
6. Martorell A, Alonso E, Echeverría L, Escudero C, García-Rodríguez R, Blasco C, et al. Oral immunotherapy for food allergy: A Spanish guideline. Egg and milk immunotherapy Spanish guide (ITEMS guide). Part 2: Maintenance phase of cow milk (CM) and egg oral immunotherapy (OIT), special treatment dosing schedules. Models of dosing schedules of OIT with CM and EGG. Allergol Immunopathol (Madr). 2017; 45: 508-18.

CONCLUSIONES

- Existe una **importante variabilidad** en el manejo de la APLV por parte de los pediatras de AP en España por lo que se debe intentar **mejorar el consenso de acción** en este campo en el futuro.
- Es reseñable la **escasa disponibilidad de pruebas cutáneas** y la **escasa realización de pruebas de provocación** en los centros de salud.
- Los pediatras de AP, aunque **en general derivan en función del tipo de alergia**, tienden a preferir al gastroenterólogo pediátrico frente al alergólogo pediátrico para el seguimiento de pacientes con APLV.
- Las dificultades en el manejo de la APLV por parte del pediatra de AP se deben principalmente a la **falta de tiempo**, **falta de formación** y **falta de consenso**, provocando un colapso de las consultas del especialista, para un tema que podría manejarse perfectamente desde AP.
- Es necesario **desarrollar un protocolo** sencillo, práctico y actualizado sobre el manejo adecuado de la APLV.
- Hay que elaborar una **pauta para realizar una prueba de provocación oral** correcta, tanto en atención primaria como especializada, para evitar el colapso de las consultas de los especialistas.
- El **diagnóstico preciso de APLV** es esencial para evitar tanto el infra como el sobrediagnóstico. Se debe tener presente que, salvo casos graves o muy típicos, es necesaria la **prueba de provocación** oral diagnóstica.
- La elección de la fórmula de sustitución debe considerar su coste y disponibilidad. Actualmente se acepta como de primera elección tanto las **fórmulas extensamente hidrolizadas de PLV como las fórmulas de arroz hidrolizado.**
- El objetivo final es **conseguir la tolerancia** de manera natural o con ayuda de la ITO. Para evitar prolongar innecesariamente una dieta restrictiva, se deben realizar pruebas periódicas de tolerancia de manera segura y progresiva.
- **La prevención de la APLV** sería lo ideal pero actualmente no se dispone de estrategias basadas en la evidencia.

Blemil® plus arroz hidrolizado

Dale una semana
a la alternativa vegetal con mayor evidencia científica[1]

La 1ª gama de fórmulas a base de proteínas de arroz del mercado español y la que cuenta con la mayor evidencia científica a nivel nacional e internacional[2,3,4]

FINANCIABLES POR EL SNS

1 LATA DE 400g
6 LATAS DE 400g

- Reducida capacidad alergénica[5]
- Efecto simbiótico
- Bien tolerada y de fácil digestión
- Mantiene un estado nutricional óptimo
- Sin aceite de palma y libre de fitoestrógenos

+15 años experiencia

+100.000 lactantes

+10 países

Blemil® plus 1 arroz hidrolizado
1 lata de 400g / CI: 504008
6 latas de 400g / CI: 505352

Blemil® plus 2 arroz hidrolizado
1 lata de 400g / CI: 504010
6 latas de 400g / CI: 505353

ORDESA

Blemil®
SIEMPRE MÁS
www.blemil.com

BIBLIOGRAFÍA: **1.** Estudio Alergylac sobre la actitud terapéutica del pediatra en las consultas sobre alergia a las proteínas de la leche de vaca. 2021. https://www.ordesaacademyofpediatrics.com/actitud-terapeutica-pediatra-consultas-alergia-proteinas-leche-vaca-estudio-alergylac **2.** Nieto-Garcia A, Navas-López V, Espin B, Mazon A, Salhi H, Salamoura D, Kalach N, de Castellar-Sansó R, Lemoine A. Hydrolyzed rice protein versus extensively hydrolyzed protein formulas in growth and tolerance acquisition of infants with cow's milk protein allergy: THE GRITO STUDY. JPGN 2023; 76 (Sup 1): 961. **3.** Reche M, Pascual C, Fiandor A, Polanco I, Rivero-Urgell M, Chifre R, Johnston S, Martín-Esteban M. The effect of a partially hydrolysed formula based on rice protein in the treatment of infants with cow's milk protein allergy. Pediatr Allergy Immunol. 2010;21(4 Pt 1):577-85. **4.** Girardet JP, Rivero M, Orbegozo J, David T, Boulanger S, Moisson de Vaux A, Johnston S. Marin V. Efficacité sur la croissance et tolérance d'une préparation pour nourrissons à base de protéines de riz hydrolysées. Archives de Pédiatrie 20(3):323–28. **5.** Abordaje integral del paciente pediátrico con alergia a las proteínas de la leche de vaca. Estudio CAPPA. 2019. https://www.ordesaacademyofpediatrics.com/paciente-pediatrico-alergia-prote%C3%ADnas-vaca-estudio-cappa

AVISO IMPORTANTE: La leche materna es el mejor alimento para el lactante. Información destinada al profesional de la salud.