

Alergias e intolerancia a los alimentos

Isabel Guillén y Dolores Silvestre

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU-Cardenal Herrera

¿Qué es una alergia?

Cada uno de nosotros tiene un sistema inmunitario encargado de defendernos de las infecciones. Sin embargo, en algunas circunstancias el sistema inmunitario reacciona de forma equivocada y exagerada frente a una molécula inofensiva, pudiéndose producir desde una leve inflamación hasta incluso la muerte. A este tipo de reacción se la conoce como alergia o reacción de hipersensibilidad de tipo 1.

Las enfermedades alérgicas son muy frecuentes, presentan una prevalencia del 15-20% de la población, y afectan por igual a ambos sexos y a todas las edades. Actualmente, las alergias están aumentando de forma muy rápida en el mundo occidental, con el consiguiente gasto sanitario que esto conlleva.

En una reacción alérgica interviene el alérgeno o elemento inocuo que la origina, la herencia genética del individuo que la padece y las influencias ambientales. La forma más frecuente de entrada de los alérgenos en nuestro organismo es a través de la piel o de las mucosas cuando respiramos

o ingerimos un alimento, al igual que lo haría un microorganismo. Aun así, todavía se desconoce cómo los alérgenos provocan una respuesta alérgica. Estos agentes normalmente tienen un tamaño de pocas micras y son aerodinámicos, lo que facilita su entrada en el organismo a través de la respiración o las mucosas. Suelen estar encapsulados en partículas portadoras (granos de polen, material fecal de los ácaros del polvo doméstico...), lo que los protege cuando entran en nuestro organismo; además, muchos presentan actividad proteasa, lo que facilita su penetración en nuestro cuerpo.

Cuando el alérgeno entra en el organismo, se une a los anticuerpos de tipo inmunoglobulina E (IgE) específicos, que ya están unidos a las células inflamatorias llamadas mastocitos. Estas células liberan rápidamente histamina, que es la sustancia inflamatoria más potente que tenemos en el organismo. Inmediatamente se produce una reacción inflamatoria local, con la aparición de la



módulo 2 Patologías

- 7 Enfermedades más frecuentes en los niños
- 8 Tratamiento de las patologías gastrointestinales: vómitos, diarrea y estreñimiento
- 9 Tratamiento de las enfermedades respiratorias en el niño. Asma, tos y procesos infecciosos
- 10 Formulación magistral en trastornos dermatológicos del niño
- 11 Trastornos psiquiátricos en niños (depresión, TDAH...)
- 12 Alergias e intolerancias a los alimentos

sintomatología alérgica característica, o atopía.

Aunque las alergias producen una respuesta inflamatoria rápida, también se han observado respuestas más lentas, producidas por el reclutamiento de otras células, principalmente los eosinófilos, que contribuyen a aumentar el daño. Las alergias se asocian clínicamente a una eosinofilia o aumento de eosinófilos en sangre, lo que, junto con la elevada concentración de IgE, constituye una prueba clínica de diagnóstico.

La predisposición a padecer atopias es compleja y multifactorial. Cuando los dos progenitores, uno o ninguno de ellos presentan atopias, el riesgo de transmitir este rasgo a sus hijos es del 75, el 50 y el 15%, respectivamente, sin que por ello tengan por qué manifestar síntomas alérgicos. Esto indica que existen factores genéticos que aumentan la susceptibilidad a padecer la patología, aunque para que se desencadene hace falta que se den ciertos factores ambientales, ya que, de entre los individuos con predisposición genética, solo un 20% aproximadamente son alérgicos.

Hoy en día, se considera que la tendencia a padecer alergias aumenta durante el periodo fetal o durante los primeros años de vida, ya que el nivel de IgE en la sangre del cordón umbilical de los lactantes predice el desarrollo futuro de esta patología. Por otro lado, la «teoría higienista» postula que el aumento de la incidencia de alergias en los países desarrollados podría deberse a una atención excesiva a la higiene y a la limpieza y al uso indiscriminado de antibióticos, lo que evita el contacto con patógenos habituales. Esta teoría está respaldada por numerosos estudios epidemiológicos. Otro factor ambiental puede ser el debido al acondicionamiento de las casas con calefacción y doble acristalamiento, lo que favorece el calor y la humedad, un entorno donde prolifera con

TABLA 1

Principales alérgenos	
Inhalantes ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Pólenes de hierbas (gramíneas), malezas, arbustos y árboles • Ácaros del polvo • Esporas de hongos • Epitelios de animales • Insectos
Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Leche de vaca • Huevos • Pescados y mariscos • Frutos secos • Frutas
Venenos	<ul style="list-style-type: none"> • Veneno de avispa • Veneno de abeja
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos (penicilina, estreptomicina) • Antipiréticos (pirazonas)

facilidad el ácaro doméstico causante del asma de tipo alérgico. Aunque no parece ser una causa directa, se ha observado que las alergias pueden potenciarse por el humo del tabaco o los vapores químicos. También parece tener cierta incidencia el estrés: cuando estamos bajo un cuadro de estrés prolongado, el cuerpo segrega histamina (que es la responsable de los síntomas alérgicos) y cortisol (una hormona que deprime el sistema inmunitario), de tal manera que los síntomas de las alergias pueden intensificarse o prolongarse más tiempo. Está comprobado que, a medida que disminuye el estrés, la gravedad de los síntomas alérgicos se reduce. También se sabe que los cambios hormonales producen la aparición o desaparición de las atopias. Por ejemplo, algunos niños con diagnóstico de alergia dejan de serlo cuando entran en la pubertad, o mujeres no alérgicas comienzan a serlo después de un embarazo.

Alérgenos y manifestaciones clínicas

El abanico de posibles alérgenos es muy grande: veneno de ciertos insectos, pólenes, alimentos, fárma-

cos, etcétera (tabla 1). En función de la vía de entrada en el organismo, estos alérgenos producen diferentes atopias o síntomas clínicos.

Rinitis alérgica

Constituye un grupo de atopias muy frecuentes, nada graves, pero que resultan muy incómodas e incapacitantes en algunas ocasiones. La rinitis alérgica comienza normalmente en la niñez o en la adolescencia, y su incidencia aumenta en algunos periodos del año, coincidiendo con los cambios estacionales. Los síntomas más frecuentes son la congestión nasal, estornudos repetitivos, picor y rinorrea, e incluso puede afectar al oído medio. En algunas ocasiones también se asocia a la conjuntivitis alérgica con picores, inflamación y lagrimeo. Los alérgenos más comunes que producen la rinitis son los ácaros del polvo, los pólenes estacionales y el pelo de los animales domésticos.

El asma de tipo alérgico

Se define como un síndrome clínico producido por el aumento de la reactividad bronquial, con la consiguiente disminución del calibre de las vías

respiratorias y la falta de aire; es un síntoma muy frecuente en niños, que desaparece espontáneamente o con ayuda farmacológica. En los adultos, el asma deriva a un tipo intrínseco y no atópico, por lo tanto más grave y de afectación más prolongada porque se combinan los mecanismos inmediatos de la alergia con los tardíos. Los alérgenos más frecuentes son los ácaros del polvo doméstico, el polen de las gramíneas o el pelo de los animales. Otros elementos como las infecciones de las vías respiratorias, el ejercicio, el aire frío o el humo del tabaco pueden potenciar la broncoconstricción.

Ecceema atópico o dermatitis alérgica

Es un trastorno inflamatorio de la piel de origen poco claro, y que tiene como consecuencia la acumulación de líquido edematoso en la epidermis, produciendo placas pigmentadas. Es una patología frecuente en los niños, y en un porcentaje elevado los pacientes que presentan estos síntomas terminan desarrollando asma o rinitis. El síntoma principal es el picor y, en el caso de los lactantes, la aparición de pápulas eritematosas secas con vesículas o costras en la zona del abdomen, mejillas y en los pliegues de la piel. En los niños, las zonas más afectadas son los codos, las rodillas y las muñecas. Normalmente, el trastorno no es permanente, y desaparece en los primeros años de vida. Este tipo de alergia está muy relacionado con las alergias a los alimentos, aunque no tiene una explicación tan clara como en la rinitis o el asma. Cuando evitamos que estos niños ingieran alimentos potencialmente alérgicos (como huevos, cacahuetes y derivados de la leche de vaca) parece que el eczema mejora, aunque pueden ser necesarios los corticoides tópicos.

Urticaria y angioedema

Se trata de un trastorno en el que aparecen pápulas pruriginosas en di-

ferentes zonas del cuerpo producidas por vasodilatación, y edema en la dermis más o menos profunda. Suele presentarse en cuadros agudos y de forma autolimitada en los niños, asociándose a alergias alimentarias (marisco, frutos secos, fresas, huevos, chocolate...). Por lo tanto, en este caso las zonas afectadas inicialmente son los labios y la lengua. También se asocia a picaduras de insectos y a reacciones farmacológicas.

Trastornos gastrointestinales

Los alérgenos alimentarios producen normalmente urticarias y alteraciones de las mucosas intestinales, con aparición de náuseas, vómitos, cólicos, diarreas, etcétera. Por lo general, estas reacciones las producen los alérgenos presentes en los alimentos, aunque otros muchos alérgenos inhalados pueden llegar a producir estos mismos síntomas.

Alergias alimentarias

Se han descrito casos originados por más de un centenar de alimentos.

©THINKSTOCK



Sin embargo, algunos de ellos (como el huevo, el pescado y el marisco, la leche, las legumbres, los cacahuetes y otros frutos secos, las semillas y el trigo, así como el melocotón) están implicados en este tipo de alergias de forma sistemática, y se ha registrado su presencia en el 90% de los casos de alergia en niños. La dosis umbral de los alimentos alérgenos varía según la sensibilidad de cada paciente, por lo que es necesario determinar las recomendaciones dietéticas y la permisividad de forma individual, según las características de cada caso. En según qué pacientes, la reacción puede llegar a ser de riesgo incluso con trazas del alimento. Algunas de las alergias propias de la primera infancia tienden a evolucionar hacia la tolerancia, aunque no siempre es así; sin embargo, estudios epidemiológicos demuestran que los cambios en los hábitos alimentarios conducen a un aumento de la prevalencia de estas reacciones alérgicas.

Por lo general los alérgenos son proteínas solubles en agua, resistentes a la digestión y estables al procesado, por lo que el tratamiento ha-

Asociación de Celiacos de la Comunidad Valenciana

Hablamos con la Asociación de Celiacos de la Comunidad Valenciana (ACECOVA) para conocer mejor los problemas y necesidades de estos pacientes y saber lo que esperan de los profesionales de la salud.

¿Cuáles son los principales objetivos de la asociación? ¿Cuáles son en la actualidad sus necesidades más importantes?

La Asociación de Celiacos de la Comunidad Valenciana (ACECOVA) comienza su andadura en 1986, como Delegación de la Asociación Celiaca Española, y en el año 1997 se constituye como asociación autonómica, pasando a formar parte de la Federación de Asociaciones de Celiacos de España.

El objetivo de esta asociación es cubrir las necesidades del paciente celiaco y sus familiares. Durante todos estos años ha habido grandes avances, y el panorama actual difiere mucho del periodo 1986-1997. Hoy se diagnostica más y mejor, el celiaco dispone de una gran oferta de productos alimentarios específicos (que comienzan a encontrarse en grandes superficies y a precios más asequibles, lo que facilita el seguimiento de la dieta)... En definitiva, la normalización de la vida del celiaco es una realidad (como comer fuera de casa, lo que hace unos años era impensable). Pero nuevas realidades dan lugar a nuevas necesidades, y por ello ACECOVA tiene por delante muchos nuevos retos que cubrir.

¿Qué esperan de los médicos?

La enfermedad celiaca tiene la facultad de esconderse detrás de un gran número de manifestaciones clínicas, lo que complica su diagnóstico. No tiene cura, pero sí un tratamiento tan sencillo como incómodo: eliminar el gluten de la dieta. Sin embargo, no es algo fácil, ya que el gluten está presente en gran número de alimentos: trigo, cebada, centeno, triticale (híbrido de trigo y centeno), espelta, *kamut* y, posiblemente, la avena.

» De cada 10 casos, entre 5 y 7 se encuentran sin diagnosticar. Por ello, es necesario fijar guías estandarizadas que integren todas las estrategias de detección de la enfermedad celiaca. En la población infantil, esto es llevado a cabo a través de la EPSGHAN (Euro-

pean Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition), que se encarga de establecer los criterios diagnósticos en el caso de niños.

» Pero es preciso abordar esta cuestión también en los adultos. En los niños los síntomas son más homogéneos y resultan, por lo tanto, más fáciles de detectar. En los adultos se complica, ya que las señales son más variables.

¿Qué esperan de los farmacéuticos?

Los despachos de farmacia pueden y deben ser centros de educación sanitaria para los enfermos celiacos, en conexión con las asociaciones de celiacos. Al tratarse de una patología que por sí misma no necesita tratamiento farmacológico, parece que el paciente celiaco no necesita tanto del profesional de farmacia, pero la realidad no es esa. El paciente celiaco necesita orientación y asesoramiento sobre medicamentos (por su contenido en gluten, difícil para muchos pacientes de identificar), sin olvidar la necesidad de formación y asesoramiento sobre otras cuestiones como la importancia de la lactancia materna, el seguimiento estricto de la dieta, la diferencia entre los medicamentos y los que no lo son, así como la orientación de estos pacientes hacia las asociaciones de celiacos.

¿Qué esperan de los profesionales de enfermería?

Los enfermeros y enfermeras, junto con el farmacéutico, son los profesionales sanitarios de proximidad del paciente celiaco (y más aún cuando se trata de pacientes mayores o con otras patologías crónicas, y con situaciones socioeconómicas precarias, por lo que necesitan una atención aún más personalizada), y a quienes se les consultan todas aquellas dudas que, en muchas ocasiones, no se atreven a plantear al médico.

» Por ello, el enfermero, el farmacéutico y la asociación de celiacos forman el triángulo básico para la atención integral de estos pacientes.

Asociación de Celiacos de la Comunidad Valenciana

Avenida del Cid, 25, oficina 1. 46018 Valencia. Tel.: 963 857 165.

Correo electrónico:

asociacionceliacos@telefonica.net



bitual del alimento no es efectivo para eliminar su riesgo.

La prevención de la alergia alimentaria se inicia desde el nacimiento y se centra de forma especial en el periodo de lactancia, dado que es en estos meses cuando se produce la mayor sensibilización. Las recomendaciones para ello son: la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4-6 meses; las pautas dietéticas a la madre lactante con la restricción de alimentos alérgenos; el uso de fórmulas infantiles con alto grado de hidrólisis cuando no es posible la lactancia materna; el retraso de la alimentación complementaria hasta los 6 meses, y el cuidado extremo en la introducción de los alimentos, posponiendo los de mayor riesgo (pescado, huevos y leche de vaca) hasta más allá del año.

De las más de cuarenta proteínas presentes en la leche de vaca, las más inmunógenas son la betalactoglobulina, las caseínas, la alfa lactoalbúmina y la seroalbúmina, responsables de las alergias originadas por este producto y sus derivados.

La clara de huevo es la mejor fuente dietética de proteínas para un individuo sano, pero en su composición se incluyen tres glucoproteínas de alto poder alérgico: la ovoalbúmina, la ovomucoide y la ovotransferrina, que permanecen activas tras el tratamiento térmico, lo que impide el consumo de este alimento por el paciente con sensibilidad. El huevo es un ingrediente oculto en muchos alimentos, y ello exige atender de forma cuidadosa a la información indicada en las etiquetas de los alimentos. También lo encontramos como excipiente de fármacos y vacunas.

Las legumbres, como los garbanzos, las lentejas, los guisantes, la soja, el altramuzy y el cacahuete, aportan proteínas que pueden causar reacciones adversas; son resistentes a la desnaturalización térmica, e in-

CASO PRÁCTICO

Pautas alimentarias para establecer una dieta óptima para María, una adolescente con intolerancia al gluten.

El objetivo del desayuno, en general, es reponer la energía consumida en el periodo de sueño y aportar al organismo el combustible preciso para iniciar las actividades diarias; para ello los alimentos farináceos son la mejor opción; sin embargo, para María las limitaciones dietéticas se producen precisamente en este grupo de alimentos.

A la hora de diseñar el desayuno para esta paciente, el recurso de alimentos libres de gluten (elaborados y comercializados de forma específica para las personas con esta alteración metabólica) se complementa con la elección de otros alimentos de propiedades nutricionales similares. Así, un ejemplo para esta ingesta podría ser: un vaso de leche con azúcar, un plátano y un puñado de frutos secos; ello puede completarse con una loncha de queso o de jamón, de las que se haya confirmado la ausencia de gluten en su composición.

©THINKSTOCK



cluso en algunos casos este tratamiento incrementa su potencial alérgico. El uso como espesantes o estabilizantes en la elaboración de otros alimentos hace necesario inspeccionar bien las etiquetas para confirmar su ausencia, incluso en alimentos no sospechosos.

Entre el grupo de frutos secos y semillas, los de mayor consumo en España son la almendra, el pistacho, la castaña y la nuez, los piñones y las pipas. Su aporte en ácidos grasos poliinsaturados ha revalorizado

su reconocimiento nutricional. Sin embargo, presentan un alto potencial alérgico que puede dar lugar a reacciones de importantes consecuencias.

La proteína responsable de las alergias del pescado es la parvalbúmina, presente en los músculos de casi todos los peces, por lo que el paciente alérgico al pescado lo será en mayor o menor grado a todas las especies, aunque el riesgo es mayor con la merluza, la pescadilla y el gallo. El tratamiento obliga a la elimi-

nación de todo tipo de pescado y derivados, como los elaborados a partir de surimi. Sin embargo, no debe confundirse la alergia al pescado con la reacción histaminérgica causada por el consumo de pescado en mal estado, cuyas consecuencias pueden ser fatales. La alergia al marisco viene causada por glucoproteínas termoestables e hidrosolubles, presentes en todas las especies de crustáceos y la mayor parte de moluscos. La eliminación de la dieta incluye tanto al alimento como al agua de cocción. Merece una atención especial la alergia causada por las larvas del parásito *Anisakis*, habitual en más del 40% de las especies de pescado comercializado en nuestro país. Su poder alérgico se manifiesta con el consumo de pescado crudo o poco cocinado, riesgo que disminuye si el pescado se ha congelado previamente a -20 °C durante más de una semana. El paciente sensible debe seguir este hábito y evitar radicalmente el consumo de pescado crudo, como salazones, escabeches, boquerones en vinagre o recetas de la cocina oriental.

Anafilaxia

El caso más grave y afortunadamente poco frecuente de alergia es la anafilaxia, ya que puede llegar a provocar la muerte si no se trata a tiempo. Por lo general, el alérgeno se distribuye de forma sistémica, después de la toma de alimentos o por inoculación de veneno de insectos como las avispas y abejas, de la administración de fármacos como penicilina o de sueros derivados de animales. Los síntomas aparecen rápidamente, con urticaria generalizada, vasodilatación, hipotensión y edema laríngeo, broncoespasmos con obstrucción de las vías respiratorias y colapso cardiovascular. El tratamiento debe de ser inmediato, y se basa en la administración de epinefrina intramuscular (a veces de forma repetida), ya que facilita la

TABLA 2

Alimentos prohibidos y/o de riesgo potencial en pacientes con intolerancia alimentaria

Alergia	Alimentos prohibidos
Proteína de la leche	Leche, flan, yogur, queso, cuajada mantequilla, nata, requesón, turrón Aditivos: H4511, H-4512, H-4513
Proteína del huevo	Albúmina, emulsionante, globulina, lecitina, lisozima, livetina, ovomucina, ovovitelina
Proteína de las legumbres	Lentejas, guisantes, garbanzos, alubias, soja, altramuces, cacahuetes Aditivos: E-414, E-410, E-412, E-417, E-413
Frutos secos	Frutos secos en sus diferentes variedades: cremas, extractos, aceites, harinas, mantequillas, horchatas, mazapán, marrón <i>glacé</i> , turrón, salsas, praliné
Pescado y marisco	gelatinas, palitos de cangrejo, salsas, sopas, surimi, tempura, harinas, aditivos (E-626 y E-635), proteínas animales sin especificar y platos preparados con ellos

broncodilatación y vasodilatación. Es muy importante que los pacientes (y más todavía los niños) tengan una disciplina obsesiva en evitar los alérgenos desencadenantes de este tipo de alergia, y que sepan autoadministrarse epinefrina, que siempre deben llevar consigo en jeringuillas precargadas.

Diagnóstico y tratamiento de las alergias

El diagnóstico de una alergia puede establecerse cuando el alergólogo ha realizado una anamnesis o historia clínica detallada de los antecedentes familiares, la frecuencia de los episodios, la relación con la estación del año o con la exposición frecuente a algún alérgeno común. Esta anamnesis se completa con una prueba de diagnóstico clínico, la «punción cutánea» o «prueba de Coombs», con la cual se inoculan en la piel de la cara interna del antebrazo del paciente cantidades ínfimas de numerosos alérgenos frecuentes. Como el alérgeno produce una reacción rápida y local, en pocos minutos se producen pápulas y eritema



TABLA 3

Recomendaciones dietéticas en la enfermedad celíaca

Alimentos seguros	Alimentos de riesgo	Alimentos prohibidos
<ul style="list-style-type: none"> • Leche y derivados • Carne, pescado y huevos • Arroz, maíz y tapioca • Legumbres • Frutos secos • Aceites y grasas comestibles • Café e infusiones • Vino y bebidas carbónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Embutidos y fiambres • Quesos • Conservas • Golosinas • Turrón y dulces • Café instantáneo 	<p>Todos los derivados del trigo, el centeno y la avena</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pan • Pastas y sémolas • Empanados y rebozados • Galletas y bizcochos • Sopas, flanes, natillas • Alimentos malteados • Chocolates • Cerveza, ginebra y whisky

donde se han situado los alérgenos frente a los cuales presenta reacción de hipersensibilidad. Con esta prueba se conoce a qué se es alérgico y en qué grado. También puede medirse el aumento de IgE específicas y el de eosinófilos en sangre, ya que en un individuo normal las concentraciones de ambos son inapreciables. En el diagnóstico de las dermatitis alérgicas se utiliza la prueba de los «parches» con el alérgeno adherido; se colocan en la espalda durante 48 horas, de forma similar a como se diagnosticaría la hipersensibilidad por contacto no atópica.

Es importante tratar estas enfermedades, ya que se van potenciando y agravando. La primera línea de tratamiento es evitar la exposición al alérgeno en cuestión, eliminando el polvo aspirando en lugar de barrer, y evitando los ejercicios al aire libre y los paseos por los parques en épocas de polinización, los lugares húmedos con hongos y algunos alimentos, e incluso buscando otro hogar para su mascota, etcétera.

En una segunda línea de tratamiento está la administración de fármacos. Por ejemplo, en la rinitis y en la conjuntivitis son muy efectivos

los antihistamínicos específicos de los receptores de histamina H₁, incluso de forma preventiva, antes de que comience la época de polinización. También el cromoglicolato sódico o estabilizador del mastocito, vía nasal o en colirio, y los corticoides tópicos.

En el caso de un asma leve o para el alivio de la disnea y sibilancias agudas se recomienda un relajante del músculo liso bronquial inhalado, agonistas de los receptores beta-2-adrenérgicos (p. ej., salbutamol). En casos de asma grave, se recomiendan los corticoides inhalados, y en el asma aguda los corticoides vía parenteral.

En tercer lugar tenemos la posibilidad de la desensibilización como forma de inmunoterapia con alérgenos según el consejo del alergólogo. Dado que cada paciente es alérgico a alérgenos particulares y con una intensidad diferente, los laboratorios farmacéuticos fabrican una vacuna personalizada según la prescripción del alergólogo. Consiste en una serie de inyecciones subcutáneas con dosis crecientes de extractos de los alérgenos, repartidas en distintos periodos. Una vez alcanzada la do-

sis máxima, se administran inyecciones de mantenimiento durante 2 o 3 años. Siempre y cuando estas dosis se administren en las condiciones adecuadas, en un centro sanitario y preservando el periodo de espera tras su administración, son preparados de bajo riesgo. A este proceso se lo denomina desensibilización porque se produce una disminución de las IgE frente a un aumento de las IgG bloqueantes del alérgeno, con un incremento de la regulación de la respuesta inmunitaria específica.

Intolerancias alimentarias

Las intolerancias alimentarias (tabla 2) son reacciones adversas a ciertos alimentos. Su origen más frecuente es la alteración genética que impide o dificulta la metabolización de ciertos componentes de los alimentos, lo que produce una mala absorción de estos. Las situaciones de mayor prevalencia son la intolerancia a la lactosa y la intolerancia al gluten.

Intolerancia a la lactosa

Una deficiencia en la enzima lactasa impide la hidrólisis de la lactosa, y por tanto su absorción, produciendo problemas de crecimiento, dolor abdominal, flatulencia y diarreas que pueden afectar a la absorción de otros nutrientes y causar desnutrición. Con el paso del tiempo, se produce una intolerancia secundaria como consecuencia de un daño temporal de la mucosa intestinal, que tiende a ser transitoria y remite cuando se soluciona la causa que la origina. La lactosa es el azúcar propio de la leche, y está presente, en mayor o menor concentración, en todos los derivados de esta (flan, queso, nata, mantequilla, etc.). Los individuos afectados deben eliminar o reducir estos alimentos, dependiendo del grado de intolerancia. Ante la intolerancia parcial es posible consumir bajas cantidades de lactosa (equivalentes a un vaso



©THINKSTOCK

de leche) siempre que se tomen en pequeñas dosis a lo largo del día. Otra buena pauta dietética puede ser seleccionar alimentos lácteos que permitan mejor la digestibilidad de la lactosa, como el yogur (dependiendo del método de fabricación), algunos quesos curados y procesados o leches tratadas y adicionadas en lactasa.

Intolerancia al gluten o enfermedad celiaca

El único tratamiento de la enfermedad consiste en suprimir el gluten de la dieta durante toda la vida, lo que supone la eliminación de los

mencionados cereales y cualquier alimento o producto elaborado a partir de ellos, incluso en cantidades mínimas (tabla 3). Esta pauta dietética resulta de difícil seguimiento, ya que las fuentes ocultas de gluten en alimentos aparentemente libres de él solo permiten controlar su ingestión a través de la información incluida en el etiquetado. La normativa que regula el etiquetado de los alimentos no es suficientemente estricta en lo referente a la información que proporciona a los celíacos, más aún teniendo en cuenta que esta es la única vía capaz de asegurar al paciente la idoneidad de su alimentación, y con ello su tratamiento. Hay alimentos claramente de riesgo, como rebozados o pastas, pero el gluten puede estar enmascarado en otros menos sospechosos, como ciertos embutidos o golosinas.

La atención dietética de todos estos pacientes es la única vía de tratamiento desde el inicio de la enfermedad, ya que les proporciona las estrategias necesarias para superar las limitaciones de su enfermedad, asegurando su salud al máximo y adquiriendo hábitos dietéticos lo más normalizados y cómodos posibles.

Bibliografía

Crespo JE, Pascual C, Buks AW, Helm RM, Esteban M. Frequency of food allergy in a pe-

diatric population from Spain. *Pediatr Allergy*. 1995; 6: 39-43.

De Martino M, Novembre E, Galli L, de Marco A, Botarelli P, Marano E, Vierucci A. Allergy to different fish species in cod-allergic-children: in vivo and in vitro studies. *J Allergy Clin Immunol*. 1990; 86: 909-914.

Ferrer B, Nieto A, Nieto A, Dalmau J. Alergia alimentaria. Recomendaciones para su prevención. *Acta pediátrica española*. 1999; 57(8): 431-435.

Gómez G. Reacciones de sensibilidad a los alimentos. Alergias e intolerancias alimentarias. En: *Manual práctico de nutrición y dietoterapia*. Vidal E. Barcelona: Ed. Prayma, 2009.

López-Alonso R. Alergias e intolerancias alimentarias. En: *Alimentación y Nutrición*. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 2006.

Rabinovich GA. *Inmunopatología Molecular. Nuevas fronteras de la Medicina. Un nexo entre la investigación biomédica y la práctica clínica*. Madrid: Ed. Panamericana, 2004.

Páginas web de referencia

www.inmunotek.com

<http://www.aeped.es/documentos/protocolos-inmunologia-clinica-y-alergologia>

<http://www.alergiafbbva.es/alergia-cutanea/18-urticaria-y-angioedema/>

www.immunitasvera.org

<http://www.aepnaa.org/Alimentos/legumbres.html>

http://www.aepnaa.org/Alimentos/alergia_anisakis.htm

¡Acceda a www.aulamayo.com para seguir el curso!