

Clasificación de la alergia alimentaria: generalidades

Classification of food allergy: generalities

Jorge Cesar Martínez,¹ Jorge Lavrut,² Pablo Slullitel³

¹ Docente, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, el Salvador; Pediatra, especialista en Alergia e Inmunología; Director Cedieper, Centro de Investigaciones Perinatales.

² Ex jefe del servicio de Alergia, Hospital Pedro Elizalde, Buenos Aires, Argentina.

³ Especialista en Alergia e Inmunología, jefe del servicio de Alergia, Hospital General Pedro de Elizalde, Director de la Especialidad de Alergia e Inmunología.

Recibido: 01-08-2023

Aceptado: 29-10-2023

Publicado: 31-12-2023

Correspondencia

Jorge Cesar Martínez
todoasma@gmail.com

DOI: 10.29262/ram.v70i4.1330

ORCID

Jorge Cesar Martínez

0000-0001-7274-4592

Jorge Lavrut

0000-0001-7116-7295

Pablo Slullitel

0000-0001-7262-4603

Resumen

La prevalencia de alergia alimentaria se ha incrementado en algunas regiones del mundo, y con ello la incidencia, según la variabilidad geográfica, en el fenotipo y manifestaciones clínicas. La alergia alimentaria surge de la respuesta inmune específica inducida por la exposición a las proteínas de cierto alimento. La intolerancia alimentaria se refiere a reacciones no inmunitarias, causadas por características fisiológicas únicas del individuo, que incluyen mecanismos metabólicos, tóxicos, farmacológicos e indefinidos. Las reacciones adversas a los alimentos se clasifican en: mediada por IgE: Hipersensibilidad Tipo I, no mediada por IgE: Hipersensibilidad Tipo IV, mixtas: Hipersensibilidad Tipos I y IV No Alérgicas; tóxicas, farmacológicas, metabólicas, intolerancias. Este tipo de alteraciones son poco frecuentes, pero se ha incrementado en los últimos años; entre estas se encuentra el síndrome de enterocolitis inducida por proteínas, que puede producir emesis, diarrea e hipotensión, y estado de shock, que inicia dos horas después de la ingestión del alérgeno. La proctocolitis alérgica inducida por proteínas es una afectación que incluye la alergia a la proteína de leche de vaca. Las reacciones retardadas suelen afectar el aparato digestivo, son más insidiosas en su inicio y no se controlan inmediatamente, aún con la suspensión del alimento. Existen ocho alimentos responsables del 90% de alergia alimentaria: leche, huevo, soya, trigo, cacahuete, nuez, pescados y mariscos.

Palabras clave: Alergia alimentaria; Intolerancia alimentaria; Reacciones mediadas por IgE; Reacciones no mediadas por IgE; Reacciones mixtas; Proctocolitis alérgica; Reacción alérgica retardada.

Abstract

The prevalence of food allergy has increased in some regions of the world, and with it the incidence, according to geographical variability, in the phenotype and clinical manifestations. Food allergy arises from the specific immune response induced by exposure to the proteins of a certain food. Food intolerance refers to non-immune reactions, caused by unique physiological characteristics of the individual, including metabolic, toxic, pharmacological and undefined mechanisms. Adverse reactions to foods are classified as: IgE-mediated: Type I Hypersensitivity, non-IgE-mediated: Type IV Hypersensitivity, mixed: Types I and IV Hypersensitivity Non-Allergic; toxic, pharmacological, metabolic, intolerances. These types of alterations are rare but have increased in recent years; These include protein-induced enterocolitis syndrome, which can cause emesis, diarrhea and hypotension, and shock, which begins two hours after ingestion of the allergen. Protein-induced allergic proctocolitis is a condition that includes allergy to cow's milk protein. Delayed reactions usually affect the digestive system, are more insidious in their onset and are not immediately controlled, even with the suspension of food. There are eight foods responsible for 90% of food allergies: milk, eggs, soy, wheat, peanuts, walnuts, fish, and shellfish.

Key words: Food allergy; Alimentary intolerance; IgE-mediated reactions; Non-IgE mediated reactions; Mixed reactions; Allergic proctocolitis; Delayed allergic reaction.

La prevalencia de alergia alimentaria se ha incrementado en algunas regiones del mundo,¹ y con ello la incidencia, el fenotipo y las manifestaciones clínicas.^{1,2}

ANTECEDENTES

Reacciones adversas a alimentos

La reacción adversa a alimentos es una respuesta clínica anormal luego de la ingestión, contacto o inhalación de algún alimento, sus derivados o aditivos. La alergia alimentaria surge de la respuesta inmune específica inducida por la exposición a las proteínas de cierto alimento.³ La intolerancia alimentaria se refiere a reacciones no inmunitarias, causadas por características fisiológicas únicas del individuo, que incluyen mecanismos metabólicos, tóxicos, farmacológicos e indefinidos.³

Clasificación de las reacciones adversas a los alimentos

Alérgicas

- *Mediada por IgE*: Hipersensibilidad Tipo I
- *No mediada por IgE*: Hipersensibilidad Tipo IV
- *Mixtas*: Hipersensibilidad Tipos I y IV

No Alérgicas

- Tóxicas
- Farmacológicas
- Metabólicas
- Intolerancias
- Idiosincráticas

Alergia alimentaria

En este tipo existen tres grupos de reacciones inmunológicas: mediadas por IgE, no mediadas por IgE y mixtas.

Las reacciones mediadas por IgE se dividen en reacciones de inicio inmediato (que surgen dos horas después de la ingestión de alimentos) y fases inmediatas tardías (en las que los síntomas de inicio inmediato son seguidos por síntomas prolongados o continuos).

Las reacciones no mediadas por IgE implican la respuesta por células T. Por lo general, se retrasan en el inicio y ocurren de 4 a 28 horas después de la inges-

ción del alimento alérgico.

Las reacciones mixtas se asocian con alergias alimentarias mediadas o no por IgE.^{4,5}

Alergia alimentaria mediada por IgE

Esta alteración se expresa con urticaria aguda, angioedema, anafilaxia, anafilaxia inducida por alimentos asociados con ejercicio, síndrome oral alérgico (síndrome relacionado con pólenes) e hipersensibilidad gastrointestinal inmediata.

Alergia alimentaria mixta

Existen tres enfermedades características en este grupo de alergias alimentarias: dermatitis atópica, esofagitis y gastroenteritis eosinofílicas.

Alergia alimentaria no mediada por IgE (tardía o mediada por células)

Este tipo de alteraciones son poco frecuentes, pero se han incrementado en los últimos años; entre estas se encuentra el síndrome de enterocolitis inducida por proteínas, que puede producir emesis, diarrea e hipotensión, y estado de shock, que inicia dos horas después de la ingestión del alérgeno.⁶ La proctocolitis alérgica inducida por proteínas es una afectación que incluye la alergia a la proteína de leche de vaca. La dermatitis alérgica por contacto suele originarse por el consumo de frutas y vegetales.

Consideraciones en la evaluación y seguimiento

En estos cuadros, la historia clínica es importante para identificar el alérgeno alimentario, sobre todo en las reacciones mediadas por IgE, aunque en algunas ocasiones no resulta suficiente y debe efectuarse la prueba de provocación para confirmar el diagnóstico.

En los cuadros mediado por IgE puede identificarse la IgE frente al alimento sugerido por la historia clínica mediante varios métodos: prick test, IgE total y específica en suero, prueba de parche o la combinación de varios de estos métodos.^{7,8} Las reacciones retardadas suelen afectar el aparato digestivo, son más insidiosas en su inicio y no se controlan inmediatamente, aún con

la suspensión del alimento.⁹

Existen ocho alimentos responsables del 90% de alergia alimentaria: leche, huevo, soya, trigo, cacahuete, nuez, pescados y mariscos.^{10,11} La alergia a la proteína de leche de vaca y de huevo son las más frecuentes en lactantes.

La alergia alimentaria a la proteína de leche de vaca, soya y trigo suelen ser transitorias, mientras que la alergia al cacahuete, nuez, pescados y mariscos son más persistentes.¹²

CONCLUSIÓN

Las reacciones adversas a medicamentos se clasifican, según las manifestaciones clínicas, en alérgicas y no alérgicas. Las reacciones alérgicas se subdividen por la dependencia o no del mecanismo mediado por IgE, por la participación de inmunidad retardada, o por ambas, y debe diferenciarse claramente de las enfermedades no inmunológicas.

REFERENCIAS

1. Sigurdardottir ST, Jonasson K, et al. Prevalence and early-life risk factors of school-age allergic multimorbidity: the EuroPrevall-iFAAM birth cohort. *Allergy* 2021; 76: 2855-65.
2. Matricardi PM, Agache I, et al. The allergy epidemic. editors. *Global Atlas of Allergy*. Zurich: European Academy of Allergy and Clinical Immunology; 2014: 112-4.
3. Boyce JA, Assa'ad A, et al. NIAID-Sponsored Expert Panel. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126: S1-58.
4. Burks AW, Tang M, et al. ICON: Food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2012; 129: 906-20.
5. Comité Nacional de Alergia. Alergia alimentaria en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr* 2018; 116 (Supl 1): S1-S19.
6. Nowak-Węgrzyn A, Jarocka-Cyrta E, et al. Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2017; 27 (1): 1-18. doi: 10.18176/jiaci.0135.
7. Díaz MC, Slullitel P, et al. Utilidad de las pruebas analíticas en el diagnóstico de alergia a las proteínas de la leche de vaca. *Arch Argent Pediatr* 2022; 120 (1): 21-29.
8. Halken S, Muraro, et al; EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). *Pediatr Allergy Immunol* 2021; 00: 1-16.
9. Acker WW, Plasek JM, et al. Prevalence of food allergies and intolerances documented in electronic health records. *J Allergy Clin Immunol* 2017; 140: 1587-1591.e1.
10. Sampson HA, Aceves S, et al. Food allergy: A practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol* 2014; 134 (5): 1016-25.e43.
11. Savage J, Sicherer S. The Natural History of Food Allergy. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2016; 4 (2): 196-203.
12. Wang LJ, Mu SC, et al. Clinical Manifestations of Pediatric Food Allergy: a Contemporary Review *Clin Rev Allergy Immunol* 2021.