

Referencias bibliográficas:

1. Dennis R. Caraballo L. García E et al. Asthma an other allergic conditions in Colombia: o study in 6 cities. Ann Allergy Asthma Immunol 2004; 93 (6): 568-574
2. Sampson H. Anderson J. Summary and recommendations: Classification of gastrointestinal manifestations due to immunologic reactions to foods in infants and young children. J. Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 30: S87-S94
3. Lake A. Food-induced eosinophilic proctocolitis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000, 30: S58-S60
4. Mochida HM. Smith AGC. Gall DG. ET AL. Allergy colitis in infancy: clinical and pathologic aspects. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1994; 19: 22-26
5. Dupont C. Badoual J. Lehuyer B. et al. Rectosigmoidoscopic findings during isolated rectal bleeding in the neonate. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1987; 6: 257-264
6. Sorea S. Dabadie A. Bridoux-Henna L et al. Hemarrogic colitis in exclusively breast-feed infants. Arch Pediatr 2003; 10(9): 772 -775
7. Sicherer S. Clinical aspects of gastrointestinal food allergy in childhood. Pediatrics 2003; 111 (6): 1609-1616
8. Wood R. The natural history of food allergy. Pediatrics 2003. 111(6): 1631-1637
9. Pediatric Nutrition Handbook, AAP 2004
10. Zeiger R. Food allergen avoidance in the prevention of food allergy in infants and children. Pediatrics 2003; 111(6): 1662-1671

Wilson Daza Carreño MD, Msc

Gastroenterólogo y Nutriólogo Pediatra

Profesor Asistente - Postgrado de Pediatría Universidad El Bosque

Jefe Unidad de Gastroenterología y Nutrición - Clínica Pediátrica PREVIANDES

Director de Postgrado de Gastroenterología Pediátrica - Universidad El Bosque

Bogotá, D.C.

dazawilson@unbosque.edu

gastronutriped@gmail.com



# Proctocolitis, como reacción adversa a las proteínas de leche de vaca

Gastroenterología y  
Nutrición Pediátrica

# Proctocolitis como reacción adversa a las proteínas de la leche de vaca

La prevalencia de las alergias en la infancia se ha incrementado en las últimas 2 décadas, especialmente en países desarrollados. Colombia, no es la excepción, así lo demuestra un estudio en 5 ciudades donde las tasas de prevalencia de asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica son superiores a las informadas previamente<sup>(1)</sup>.

La sensibilización alérgica se hace, principalmente, en los primeros meses de vida cuando el sistema inmune responde a las proteínas de los alimentos. Incluso, esta sensibilización puede presentarse in útero tal cual lo postulan desde hace un par de años científicos dedicados al estudio de las alergias alimentarias.

Las primeras manifestaciones de la sensibilización afectan al tracto gastrointestinal y posteriormente, de acuerdo al maratón alérgico pueden presentarse síntomas en otros sistemas (piel, tracto respiratorio superior e inferior).

La proctocolitis acontece en el primer año de vida, debuta con hemorragia digestiva baja la cual puede interpretarse erróneamente como enterocolitis.

Esta entidad está clasificada desde el año 2000 como un desorden no mediado por Ig E<sup>(2)</sup> y se han encontrado diferentes proteínas asociadas con la misma tales como: proteína de leche de vaca, huevo, pescado, frutos secos, soya y trigo. Frecuentemente, las proteínas de la leche de vaca son antígenos desencadenantes de los síntomas en los proctocolitis.

En la Clínica del Niño PREVIANDES se han presentado 42 casos (Agosto 1996 – Diciembre 2006); pacientes que consultaron por deposiciones con sangre fresca sin rechazo a la vía oral. El examen físico fue normal. La edad al momento del diagnóstico fue en promedio de 40 días. Dentro de los antecedentes, se encontró una edad gestacional promedio de 35 semanas y un peso promedio de nacimiento de 2458 gramos. Los valores del hemograma en promedio mostraron: leucocitos de 8820/mm<sup>3</sup>, eosinófilos de 14%, hemoglobina de 9,8 g/dl y hematocrito de 28,8%.

## Características Clínicas

Generalmente, estos niños presentan deposiciones de consistencia normal o blanda con escasa sangre fresca o con un franco sangrado que alarma a los padres y a los médicos. Aparece en el primer año de vida, más frecuentemente en los primeros 6 meses de edad.

En algunos casos, la prematurez se relata como un factor de riesgo asociado.

Los síntomas son desencadenados entre las 6 y 72 horas de exposición al antígeno (proteínas de leche de vaca).

El recién nacido o el lactante tiene deposiciones con sangre fresca mezcladas con moco. El inicio de este sangrado intestinal es gradual, inicialmente es escaso y sólo en algunas deposiciones, posteriormente, se presenta una mayor continuidad de sangre y generalmente en

todas las deposiciones del día. Es raro que el lactante curse con anemia. No se asocia con vómitos ni distensión abdominal<sup>(3)</sup>. El lactante tiene buen aspecto a diferencia del niño con enterocolitis que aparte del sangrado intestinal luce enfermo, la ganancia de peso y estatura es normal. Además, el examen del abdomen es completamente normal.

## Ayudas diagnósticas

En el hemograma, se puede observar anemia con recuento normal de leucocitos. La mayoría de los pacientes presentan una eosinofilia periférica mayor del 5%. Ocasionalmente, puede haber hipoalbuminemia leve<sup>(4)</sup>.

El coproscópico revela hematíes y leucocitos que al realizar una tinción de Wright mostrará mayor predominio de eosinófilos. El coprocultivo es negativo para bacterias patógenas.

Las radiografías de abdomen por lo general son normales o pueden reflejar un leve edema de asas y/o alteración del patrón gaseoso.

En la colonoscopia es factible apreciar las lesiones, que en términos generales, se localizan en el recto – sigmoideo, las cuales pueden variar dependiendo de cada caso. Se puede observar un eritema focal separado de áreas de mucosa de aspecto normal. En algunos casos, suelen encontrarse erosiones lineares, ulceraciones, equimosis e hiperplasia nodular<sup>(5)</sup>.

La histopatología determina una moderada inflamación aguda con infiltración eosinofílica en el epitelio colónico, lámina propia y algunas veces en la muscularis (foto 1). Son frecuentes las erosiones del epitelio y los nódulos linfoides.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con fisuras anales, diarrea infecciosa, enterocolitis, entre otros. La ausencia de síntomas sistémicos, fiebre, vómitos, diarrea y falla en el crecimiento ayuda a la orientación del diagnóstico clínico.



## Tratamiento

Se debe eliminar las proteínas de leche de vaca de la alimentación del niño. En el caso que el niño esté recibiendo lactancia materna, es necesario que la mamá realice una dieta restrictiva de proteínas lácteas para continuar lactando al bebé<sup>(6)</sup>. Por ningún motivo debe indicarse la suspensión de la lactancia materna. Este manejo nutricional requiere de educación a la madre

para orientarla sobre los alimentos fuente de proteínas de leche de vaca incluyendo aquellos que en forma oculta pudieran contener estas proteínas. Parte importante de este tratamiento es el profesional de nutrición (nutricionista), como orientador de este aspecto.

Una vez establecido el diagnóstico, puede recomendarse una fórmula extensamente hidrolizada para usarla durante los primeros 3 ó 4 días, mientras se liberan los antígenos de la leche materna.

La mejoría del sangrado intestinal se observa a los 3 ó 4 días de iniciada la restricción de proteínas. Si a pesar de la eliminación de las proteínas lácteas, el bebé continúa con síntomas se debe ampliar la restricción materna a otras fuentes de proteínas como: huevo, pescado, soya y frutos secos (principalmente maní).

Para el caso de los niños alimentados con una fórmula infantil, se debe suspender la fórmula a base de leche de vaca e iniciar una fórmula con proteína extensamente hidrolizada (péptidos con un peso molecular menor de 1500 KDA) o una fórmula a base de L-aminoácidos.

Generalmente, este desorden se resuelve hacia el primer o segundo año de vida<sup>(7)</sup>. La susceptibilidad al impacto provocado por la ingesta de la leche de vaca está relacionada con la edad: se presenta en más del 40% en menores de 4 meses de edad, 30% a los 8 meses de edad y tienden a desaparecer hacia los 12 meses de edad. Por tal motivo, los niños deben cumplir las recomendaciones anteriores hasta los 12 meses de edad o más.

Es importante que las proteínas de leche de vaca sean introducidas gradualmente en la alimentación del niño y al mismo tiempo, se debe monitorizar el sangrado macroscópico en las deposiciones para determinar la tolerancia a las mismas.

## PREVENCIÓN

Las manifestaciones gastrointestinales frecuentemente constituyen la primera manifestación de alergia en los niños<sup>(8)</sup>. Por lo tanto, las medidas que pueden ayudar a prevenir el desarrollo de alergias a otros alimentos y/o con compromiso de otros sistemas (por ejemplo el tracto respiratorio), se deben considerar desde el momento del diagnóstico inicial.

La Academia Americana de Pediatría establece las siguientes recomendaciones para los NIÑOS con antecedentes familiares de alergia<sup>(9, 10)</sup>:

- Iniciar la alimentación complementaria después de los 6 meses de edad.
- Iniciar una fórmula infantil hipoalérgica como alternativa de alimentación para los bebés que no son amamantados.
- NO recomendar el uso de una fórmula de soya para prevención de una alergia alimentaria.