



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Exantema en un lactante

Skin rash on an infant

Historia clínica

Presentamos el caso de una niña de 6 meses de edad que fue traída a nuestra consulta por un cuadro de eritema perioral, de unas horas de evolución, que se había extendido al tronco y a los brazos, coincidiendo con la introducción del primer biberón de leche adaptada. No presentó síntomas respiratorios, digestivos, ni afectación del estado general. Había recibido lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Presentaba antecedentes personales de dermatitis atópica (DA) y antecedentes familiares de rinoconjuntivitis alérgica en el padre y DA en la madre. El día anterior a la consulta se le administró la vacuna correspondiente a los 6

meses: difteria-tétanos-pertussis, hepatitis B, *Haemophilus influenzae* B y meningitis meningocócica C.

Exploración física

Presentaba eritema perioral, en el tronco y los brazos (fig. 1), que se extendía a la cara posterior del cuello, al pabellón auricular izquierdo (fig. 2) y a los miembros superiores, respetando las manos.

Pruebas complementarias

Se realizó analítica con determinación de IgE específica frente a leche de vaca (LV) y sus fracciones (LV 6,96 kU/l, lactoalbúmina 5.15 kU/l, lactoglobulina 4.02 kU/l y caseína < 0,35 kU/l). Se realizó prueba cutánea tipo puntura (*prick test*) en la consulta de Alergia Infantil del Servicio de Pediatría: LV negativo, lactoalbúmina 12 × 5 mm, lactoglobulina 15 × 7 mm y caseína 5 × 4 mm.



Figura 1



Figura 2

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Alergia a proteínas de leche de vaca (APLV).

Evolución y tratamiento

La sintomatología remitió unas horas después de administrar una dosis de hidroxicina. Se recomendó dieta exenta de proteínas de leche de vaca (PLV) y leche de soja como sustitutivo. Desde entonces la paciente presenta franca mejoría de su dermatitis atópica y no ha vuelto a presentar episodios similares al descrito.

Comentario

Las reacciones adversas a las PLV se clasifican en hipersensibilidad no alérgica (intolerancia) y alergia mediada por IgE (inmediatas o tardías) y no mediada por IgE¹. Del 5 al 15% de los niños presentan síntomas relacionados con la LV, sin embargo, la prevalencia de APLV se estima entre el 2 y 7,5%². Los principales alérgenos son beta-lactoglobulina, caseína, alfa-lactoalbúmina y seroalbúmina³. Los alérgenos alimentarios de la madre pueden pasar al feto a través de la placenta y por la leche materna, y desencadenar la producción de anticuerpos IgE específicos.

La clínica suele comenzar con el inicio de la lactancia artificial. Los síntomas pueden ser inmediatos (58% en menos de dos horas, usualmente urticaria, angioedema, brote agudo de DA o vómitos) o tardíos (42% tras más de dos horas, típicamente de DA o gastrointestinales)². La morfología y localización de los eritemas varía. Con frecuencia aparecen en el mentón o en zonas de contacto con el alérgeno (como en nuestro caso). Pueden ser síntomas únicos o aparecer acompañados de clínica sistémica (rinoconjuntivitis, sibilancias, estridor, *shock* anafiláctico).

El diagnóstico se basa en la historia clínica y en criterios bien definidos: una reducción significativa de la clínica tras la eliminación de la LV, exacerbación de la misma tras su reintroducción y desaparición tras su nueva eliminación, así como pruebas para detectar la presencia de anticuerpos IgE específicos para PLV (*prick test* y prueba de radioalergoadsorción [RAST] para IgE sérica específica)^{4,5}. Estas pruebas son muy sensibles (>90%) pero poco específicas (50%), pues detectan la presencia de anticuerpos (sensibilización) y esto no indica necesariamente que la ingesta cause reacciones clínicas⁴. Según el *American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, los valores de corte de IgE específicos para niños menores de 2 años son de ≥ 5 kIU/l y de ≥ 15 kIU/l en el resto¹. Para que el *prick test* tenga una sensibilidad aceptable del 75–95% y especificidad de al menos un 30–60%

se recomienda un valor de corte de +++ o una pápula de ≥ 3 mm¹⁻⁴.

La mayoría de los niños suele desarrollar tolerancia antes de los 3 años. Son indicadores de mal pronóstico evolutivo la persistencia de alergia clínica a la leche a partir de los 4 años y el mantenimiento de valores de IgE sérica elevados para caseína⁶. La relación entre la DA y la alergia alimentaria ha sido muy discutida. La DA puede ser provocada o exacerbada por APLV, pero la verdadera prevalencia de alergias alimentarias en los niños con DA sigue todavía en discusión⁴.

Presentamos un caso de APLV, una entidad que debemos conocer y considerar en el diagnóstico diferencial de los exantemas en lactantes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Chapman JA, Bernstein IL, Lee RE, Oppenheimer J, Nicklas RA, Portnoy JM, et al. Food allergy: a practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006;96(3 Suppl 2):S1–68.
2. Vandenplas Y, Koletzko S, Isolauri E, Hill D, Oranje AP, Brueton M, et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Arch Dis Child*. 2007;92:902–8.
3. Martín Esteban M, Boné Calvo J, Martorell Aragonés A, Nevot Falcó S, Plaza Martín AM. Adverse reactions to cow's milk proteins. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 1998;26:171–94.
4. Sinagra JL, Bordignon V, Ferraro C, Cristaudo A, Di Rocco M, Amorosi B, et al. Unnecessary milk elimination diets in children with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2007;24:1–6.
5. Eigenmann PA. The spectrum of cow's milk allergy. *Pediatr Allergy Immunol*. 2007;18:265–71.
6. Host A, Halken S, Jacobsen HP, Christensen AE, Herskind AM, Plesner K. Clinical course of cow's milk protein allergy/intolerance and atopic diseases in childhood. *Pediatr Allergy Immunol*. 2002;13(Suppl 15):23–8.

A. Jaén-Larriue^{a,*}, M.J. Fuentes-Bonmati^b
y C. Torres-Chazarra^b

^a*Servicio de Dermatología, Hospital General de Elda, Alicante, España*

^b*Consulta de Alergia Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital General de Elda, Alicante, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anoukjaen@hotmail.com
(A. Jaén-Larriue).