

Introducción en alergia alimentaria

Introduction to food allergy

Ignacio Javier Ansotegui-Zubeldia,¹ Alessandro-Fiocchi²

¹ Director Médico Ejecutivo, Expresidente de la Organización Mundial de Alergia (WAO). Jefe del Departamento de Alergia e Inmunología, Hospital Quironsalud, Bizkaia, Bilbao, España.

² Director responsable de la S.C. de Pediatría, Hospital Materno Infantil Macedonio Melloni, Milán, Italia. Director del Departamento Materno Infantil, Hospital Fatebenefratelli-Ophthalmic de Milán, Italia. Profesor adjunto de la Escuela de Especialización en Pediatría III, Universidad de Milán y Consejero de la Sociedad Italiana de Pediatría, Sección Lombarda. Pediatric Hospital Bambino Gesù IRCCS Allergy division, Roma, Italia.

Correspondencia

Ignacio Javier Ansotegui Zubeldia
todoasma@gmail.com

Recibido: 01-08-2023

Aceptado: 29-10-2023

Publicado: 31-12-2023

DOI: 10.29262/ram.v70i4.1308

ORCID

Ignacio Javier Ansotegui Zubeldia

0000-0002-6942-1511

Alessandro Fiocchi

0000-0002-2549-0523

Resumen

La alergia alimentaria es un trastorno crónico frecuente que afecta a lactantes, niños, adolescentes y adultos. La prevalencia de alergia alimentaria se ha incrementado en las últimas décadas en todo el mundo, sin limitarse a los países occidentales. Puesto que no existe ningún tratamiento, éste se centra en evitar los alérgenos, además de la educación de pacientes y cuidadores en el tratamiento de urgencia de las reacciones agudas, por ejemplo: aplicación de epinefrina. Los estudios sugieren que las reacciones accidentales ocurren en alrededor del 45% de los niños con alergia alimentaria cada año, aunque la mayor parte de las reacciones son de gravedad leve o moderada. Los ingresos hospitalarios por anafilaxia alimentaria varían de 4 a 20 por cada 100,000 habitantes; las muertes son raras, con una incidencia estimada de 0.03 a 0.3 por cada millón de personas con alergia alimentaria. La muerte por anafilaxia alimentaria es rara y parece haberse mantenido estable, posiblemente por el aumento en el etiquetado de alérgenos alimentarios, los servicios de diagnóstico, las tasas de prescripción de epinefrina intramuscular y la concienciación acerca de alergias alimentarias. Omalizumab es un fármaco aprobado para varias alteraciones (urticaria crónica o asma difícil) y puede ayudar a reducir los síntomas asociados con la alergia alimentaria. La importancia relativa de las tecnologías alternativas, las estrategias de gestión y las políticas para la alergia alimentaria varía de una región a otra, debido a las diferencias en la epidemiología, educación, bienestar socioeconómico y preferencias culturales de la población.

Palabras clave: Alergia alimentaria; alérgenos; Anafilaxia; Epinefrina; Omalizumab.

Abstract

Food allergy is a common chronic disorder that affects infants, children, adolescents, and adults. The prevalence of food allergy has increased in recent decades throughout the world, not limited to Western countries. Since there is no treatment, this focuses on avoiding allergens, in addition to educating patients and caregivers in the emergency treatment of acute reactions, for example: application of epinephrine. Studies suggest that accidental reactions occur in about 45% of children with food allergies each year, although most reactions are mild or moderate in severity. Hospital admissions for food anaphylaxis vary from 4 to 20 per 100,000 inhabitants; Deaths are rare, with an estimated incidence of 0.03 to 0.3 per million people with food allergy. Death from food anaphylaxis is rare and appears to have remained stable, possibly due to increases in food allergen labeling, diagnostic services, rates of intramuscular epinephrine prescription, and awareness of food allergies. Omalizumab is a drug approved for several disorders (chronic hives or difficult asthma) and may help reduce symptoms associated with food allergy. The relative importance of alternative technologies, management strategies and policies for food allergy varies from one region to another, due to differences in the epidemiology, education, socioeconomic well-being, and cultural preferences of the population.

Key words: Food allergy; Allergens; Anaphylaxis; Epinephrine; Omalizumab.

La alergia alimentaria es un trastorno crónico frecuente que afecta a lactantes, niños, adolescentes y adultos. La prevalencia de alergia alimentaria se ha incrementado en las últimas décadas en todo el mundo, sin limitarse a los países occidentales.¹

¿Qué hace que esta alteración aumente? La respuesta a esta pregunta es importante para establecer una estrategia de prevención adecuada. La alergia alimentaria se relaciona con diversos factores socioeconómicos.² La prevención de algunos aspectos ha mejorado en los últimos años. Los esfuerzos se han concentrado en la manipulación de alérgenos alimentarios y, en menor medida, en la prescripción de probióticos y prebióticos; sin embargo, las observaciones epidemiológicas no limitan la aparición de alergia alimentaria a factores dietéticos, sino que generan una mezcla de hipótesis acerca de su patogenia. **Cuadro 1**

Puesto que no existe ningún tratamiento, éste se centra en evitar los alérgenos, además de la educación de pacientes y cuidadores en el tratamiento de urgencia de las reacciones agudas, por ejemplo: la inyección con epinefrina.³ Los estudios sugieren que las reacciones accidentales ocurren en alrededor del 45% de los niños con alergia alimentaria cada año, aunque la mayor parte de las reacciones son de gravedad leve o moderada. Los ingresos hospitalarios por anafilaxia alimentaria varían de 4 a 20 por cada 100,000 habitantes; las muertes son raras, con una incidencia estimada de 0.03 a 0.3 por cada millón de personas con alergia alimentaria.⁴ No obstante, es comprensible que

los pacientes y las familias afectados por alergia alimentaria temen una reacción grave o mortal inesperada, lo que genera altos grados de ansiedad y angustia psicológica en la mayoría de los casos. Las restricciones de estilo de vida, además de evitar los alérgenos y la imprevisibilidad de las reacciones debido a la ingestión accidental pueden reducir de forma significativa la calidad de vida de los pacientes.

Se espera que el enfoque en el tratamiento de la alergia alimentaria varíe de una región a otra, en parte dictado por la prevalencia de la enfermedad en la población, el acceso a la atención diagnóstica y especializada, la disponibilidad de guías y recursos nacionales o regionales para apoyar a los médicos, modelos de servicios de salud y actitudes culturales hacia la alimentación y la salud. Hasta hace poco, las recomendaciones de gestión se han centrado, principalmente, en mitigar el riesgo de mortalidad evitando los alérgenos e implementando el tratamiento temprano de las reacciones. La muerte por anafilaxia alimentaria es rara y parece haberse mantenido estable, posiblemente por el aumento en el etiquetado de alérgenos alimentarios, los servicios de diagnóstico, las tasas de prescripción de epinefrina intramuscular y la concienciación acerca de alergias alimentarias.⁵ El desarrollo reciente ha demostrado que la inmunoterapia por vía oral para la alergia alimentaria (al cacahuete o maní) ha sido aprobada para uso comercial en el Reino Unido, Estados Unidos y Europa.^{6,7,8} La inmunoterapia por vía oral no registrada que utiliza productos alimenticios disponibles comercialmente (harina de maní desgrasada,

Cuadro 1. Factores que contribuyen con la alergia alimentaria

Familias educadas	Sociedades desiguales	Poblaciones inmunizadas
Clases altas	Usuarios de agua limpia	Antibióticos de amplio espectro
Pequeñas hermandades	Usuarías de alimentos limpios	Animales de granja bajos
Nacidos de madres mayores	Poblaciones libres de helmitos	Alta tenencia de mascotas
Pimogénitos	Nacidos por cesárea	Bajo nivel de bacterias en el suelo
Entornos urbanos	Lactancia materna más corta	Exposición a alérgenos
Dieta baja en antioxidantes	Dieta alta en vitamina D	Diversidad de alimentos baja al destete
Dieta alta en antioxidantes	Baja ingesta de vitamina D	Poca actividad física
Altos niveles de n-3-PUFA en la dieta	Baja síntesis de vitamina D	Poblaciones obesas
Alto contenido de n-6	PUFA en la dieta	Baja ingesta de fibra en la dieta

proteína de clara de huevo en polvo) se encuentra disponible con financiación privada en la mayor parte de los países industrializados, aunque los protocolos, la aceptación y el costo varían ampliamente. Las pautas clínicas formales que recomiendan la inmunoterapia por vía oral solo existen en Canadá y la Unión Europea.^{9,10} (118,119), y la Organización Mundial de Alergia (WAO) recomienda inmunoterapia por vía oral en casos de alergia a la leche para las pacientes que cumplen los criterios de elegibilidad y preferencias específicas.¹¹ Omalizumab es un fármaco aprobado para varias alteraciones (urticaria crónica o asma difícil) y puede ayudar a reducir los síntomas asociados con la alergia alimentaria en estos pacientes.^{12,13} Existen pocos datos acerca de Omalizumab en el tratamiento de los síntomas relacionados con la alergia alimentaria en la práctica clínica habitual.^{14,15}

La importancia relativa de las tecnologías alternativas, las estrategias de gestión y las políticas para la alergia alimentaria varía de una región a otra, debido a las diferencias en la epidemiología, educación, bienestar socioeconómico y preferencias culturales de la población. En países occidentales la alergia al huevo, la leche y la nuez tiende a tener prioridad, mientras que en Asia la alergia a los mariscos exige mayor atención.

La alergia alimentaria tiene repercusión significativa en la calidad de vida a largo plazo. Cuando las medidas para reducir el riesgo de reacción grave (prescripción de epinefrina, PAL y restricción dietética estricta) se implementan de forma rutinaria sin ningún cuidado, aun con las precauciones justificadas individualmente, las implicaciones negativas para el bienestar del paciente pueden exceder el beneficio. El creciente reconocimiento de esta alteración está impulsando un movimiento global que se aleja de los consejos para evitar excesivamente la restricción hacia un enfoque individualizado en el que la toma de decisiones clínicas se adapta a las preferencias del paciente en cuanto a la gestión de riesgos y la restricción del estilo de vida.

REFERENCIAS

1. Warren CM, Jiang J, et al. Epidemiology and burden of food allergy. *Current Allergy and Asthma Rep* 2020; 20 (2): 1-9.
2. Fiocchi A, Dahdah L, et al. Food allergy trends at the crossing among socio- economics, history and geography. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2018; 18: 271-276.
3. McWilliam VL, Koplin JJ, et al. Self-reported adverse food reactions and anaphylaxis in the SchoolNuts study: a population-based study of adolescents. *J Allergy Clin Immunol* 2018; 141 (3): 982-990.
4. Wang Y, Peters RL, et al. Community-based adverse food reactions and anaphylaxis in children with IgE-mediated food allergy at age 6 years: a population-based study. *J Allergy Clin Immunol* 2020; 8 (10): 3515-3524.
5. Mullins RJ, Dear KB, et al Changes in Australian food anaphylaxis admission rates following introduction of updated allergy prevention guidelines. *J Allergy Clin Immunol* 2022; 150: 140-145.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Palforzia for treating peanut allergy in children and young people (TA 769). Published 2022
7. Institute for Clinical and Economic Review. Oral Immunotherapy and Viaskin Peanut for Peanut Allergy: Effectiveness and Value. 2019. California Technology Assessment Forum; United States of America.
8. European Medicines Agency. Palforzia - EPAR Medicines Overview. www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/palforzia. Published 2020. Accessed 19th December 2022.
9. Bégin P, Chan E, et al. CSACI guidelines for the ethical, evidence-based and patient-oriented clinical practice of oral immunotherapy in IgE-mediated food allergy. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2020; 16 (1): 1-45.
10. Pajno GB, Fernandez, et al. EAACI Guidelines on allergen immunotherapy: IgE-mediated food allergy. *Allergy* 2018; 73 (4): 799-815.
11. Brozek JL, Firmino RT, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guideline update—XIV—Recommendations on CMA immunotherapy. *World Allergy Org J* 2022; 15 (4): 100646.
12. Fiocchi A, Vickery BP, et al The use of biologics in food allergy. *Clin Exp Allergy* 2021; 51 (8): 1006-1018.
13. Brandström J, Vetander M, et al. Individually dosed omalizumab facilitates peanut oral immunotherapy in peanut allergic adolescents. *Clin Exp Allergy* 2019; 49 (10): 1328-1341.
14. Arasi S, Mennini M, et al. Omalizumab as monotherapy for food allergy. *Current Opin Allergy Clin Immunol* 2021; 21 (3): 286-291.
15. Ayats-Vidal R, Riera-Rubió S, et al. Long-term outcome of omalizumab-assisted desensitisation to cow's milk and eggs in patients refractory to conventional oral immunotherapy: real-life study. *Allergol Immunopathol* 2022; 50 (3): 1-10.

