

Epidemiología de la alergia alimentaria

Epidemiology of food allergy

Sandra Nora González-Díaz

Alergia e Inmunología Clínica, Jefe del Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica, Hospital Universitario, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, México; Secretaria de Relaciones Internacionales.

Recibido: 01-08-2023

Aceptado: 29-10-2023

Publicado: 31-12-2023

Correspondencia

Sandra Nora González Díaz
 todoasma@gmail.com

DOI: 10.29262/ram.v70i4.1328

ORCID

Sandra Nora González Díaz

0002-3612-0042

Resumen

La alergia alimentaria es muy común en todo el mundo y se ha convertido en un importante problema de salud pública, pues 220 millones de personas la padecen. La alergia alimentaria se ha observado de manera desproporcionada en personas de países industrializados u occidentales, y se considera previamente con predominio en la población pediátrica versus adultos. Sin embargo, el crecimiento exponencial actual de la población adulta y adultos mayores, especialmente en los países occidentales, y los cambios ambientales y de estilo de vida, han cambiado profundamente la epidemiología de la alergia alimentaria, con un aumento creciente incluso en edades avanzadas. Los alimentos que representan mayor gravedad y repercusión clínica son: cacahuete, nuez, pescado, mariscos, huevo, proteína de leche de vaca, trigo, soya y semillas. Aunque algunos tipos de alergia alimentaria (leche de vaca y huevo) pueden desaparecer, la alergia al cacahuete y la nuez de árbol pueden persistir hasta la edad adulta. El control o curación de la alergia a la proteína de leche de vaca es gradual a lo largo de la niñez y la adolescencia. A pesar del predominio de la alergia al pescado, mariscos, cacahuates y nueces de árbol en la mayoría de las reacciones en adultos, la forma más común de alergia alimentaria mediada por IgE es en el síndrome de alergia oral o síndrome de alergia al polen-alimento.

Palabras clave: Alergia alimentaria; países industrializados; Estilo de vida; Proteína de leche de vaca; Alergia alimentaria mediada por IgE; Síndrome de alergia al polen-alimento.

Abstract

Food allergy is very common throughout the world and has become a major public health problem, with 220 million people suffering from it. Food allergy has been disproportionately observed in people from industrialized or Western countries and was previously considered to predominate in the pediatric versus adult population. However, the current exponential growth of the adult population and older adults, especially in Western countries, and environmental and lifestyle changes, have profoundly changed the epidemiology of food allergy, with a growing increase even at advanced ages. The foods that represent the greatest severity and clinical impact are peanuts, walnuts, fish, shellfish, eggs, cow's milk protein, wheat, soy and seeds. Although some types of food allergies (cow's milk and egg) may disappear, peanut and tree nut allergies may persist into adulthood. The control or cure of cow's milk protein allergy is gradual throughout childhood and adolescence. Despite the predominance of allergy to fish, shellfish, peanuts, and tree nuts in most reactions in adults, the most common form of IgE-mediated food allergy is oral allergy syndrome or pollen allergy syndrome. food.

Key words: Food allergy; industrialized countries; Lifestyle; cow's milk protein; IgE-mediated food allergy; Pollen-food allergy syndrome.

La alergia alimentaria es común en todo el mundo y se ha convertido en un importante problema de salud pública, pues 220 millones de personas la padecen.¹ Afecta, incluso, un 10% de la población y la prevalencia se ha incrementado en las últimas dos a tres décadas. La prevalencia exacta de la alergia alimentaria es difícil de determinar, porque la prueba diagnóstica de referen-

cia consiste en la provocación alimentaria doble ciego controlada con placebo (DBPCFC), que no está exenta de riesgos para el paciente, y solo puede realizarse en centros especializados. Por esta razón, la mayor parte de los estudios se basan en evidencia autoinformada o informes de los padres. Esto ha llevado a una sobreestimación de la prevalencia de la alergia alimenta-

ria.² La alergia alimentaria se ha observado de manera desproporcionada en personas de países industrializados u occidentales, y se considera previamente con predominio en la población pediátrica *versus* adultos.³ Sin embargo, el crecimiento exponencial actual de la población adulta y adultos mayores, especialmente en los países occidentales, además de los cambios ambientales y de estilo de vida, han cambiado profundamente la epidemiología de la alergia alimentaria, con un aumento creciente incluso en edades avanzadas.⁴ El aumento aparente en la prevalencia de alergia alimentaria en adolescentes y adultos jóvenes es particularmente preocupante, puesto que estos grupos de edad parecen afectarse de manera desproporcionada por la anafilaxia inducida por alimentos, incluidas las reacciones mortales.⁵ No obstante, las reacciones anafilácticas mortales inducidas por alimentos son extremadamente raras, particularmente en neonatos y niños pequeños.⁵ Los alimentos que representan mayor gravedad y repercusión clínica son: cacahuate, nuez, pescado, mariscos, huevo, proteína de leche de vaca, trigo, soya y semillas.³ Aguilar-Jasso y colaboradores informaron, en una población del noroeste de México de 95 pacientes con alergia alimentaria, que la leche de vaca, soya, trigo y huevo fueron los alimentos con mayor respuesta. La alergia alimentaria fue más alta en mujeres, con un tiempo de inicio de los síntomas al momento del diagnóstico definitivo de 3.2 años. Los síntomas respiratorios y gastrointestinales se asociaron frecuentemente con el consumo de leche y soya, mientras que el huevo fue el causante de síntomas gastrointestinales y cutáneos, y el trigo provocó manifestaciones del sistema digestivo.⁶ En los países de la zona del trópico de América Latina, los alimentos reportados con mayor frecuencia en las reacciones de hipersensibilidad incluyen: frutas y verduras, pescado y mariscos, huevo, proteína de leche de vaca, maíz y cacahuate.⁷

Sánchez y su grupo analizaron los estudios epidemiológicos de América Latina respecto a la alergia alimentaria.⁸ **Cuadro 1**

Petriz y su equipo de trabajo⁹ reportaron, en una población Argentina de 321 pacientes menores de 18 años, una frecuencia de alergia alimentaria del 64%. Observaron un mecanismo mediado por IgE en el 53%, alergia a la proteína de la leche de vaca en el 68% y alergia al huevo en el 20%. La manifestación clínica más frecuente fue la anafilaxia en el 12%.⁹

Se han identificado diversos factores de riesgo para alergia alimentaria. El factor de riesgo conocido más importante es el eccema, sobre todo el de inicio temprano en la vida y de mayor gravedad. Se ha planteado la hipótesis de que la barrera cutánea dañada, como resultado del eccema, permite la absorción de alérgenos alimentarios a través de la piel, lo que resulta en sensibilización y alergia a los alimentos, en ausencia de tolerancia oral preexistente a esos alimentos. Las explicaciones alternativas incluyen factores de riesgo genéticos o ambientales compartidos, que conducen a un mayor riesgo de eccema y alergia alimentaria.¹⁰ Al igual que en otras enfermedades atópicas, el antecedente familiar de atopia supone un factor de riesgo importante. En un estudio poblacional de neonatos con alergia alimentaria de 1 año de edad, diagnosticados mediante prueba de reto oral (principalmente huevo o cacahuate), el riesgo de alergia alimentaria aumentó en un 40% en pacientes con un familiar inmediato con cualquier enfermedad alérgica y en un 80% en pacientes con dos familiares inmediatos con cualquier enfermedad alérgica *versus* pacientes sin antecedentes familiares de alergia. La raza-etnicidad y otras características demográficas también se asocian con alergia alimentaria, por ejemplo: etnia de raza negra no hispana, sujetos asiáticos y sexo masculino. En general, estos hallazgos sugieren una predisposición genética; sin embargo, los determinantes genéticos de alergia alimentaria son, en gran parte, indefinidos.¹¹ Los factores ambientales también se asocian con riesgo de alergia alimentaria.³ Los pacientes pediátricos con hermanos mayores¹² y que mantienen mascotas en el hogar tienen menor riesgo de alergia al huevo a los 12 meses, lo que respalda la hipótesis de que una mayor estimulación microbiana en la infancia puede tener un efecto protector para padecer alergia.

Historia natural de la alergia alimentaria

Aunque algunos tipos de alergia alimentaria (leche de vaca y huevo) pueden desaparecer, la alergia al cacahuate y la nuez de árbol pueden persistir hasta la edad adulta.¹³ El control o curación de la alergia a la proteína de leche de vaca es gradual a lo largo de la niñez y la adolescencia, y ocurre en el 19, 42, 64 y 79% de los niños de entre 4, 8, 12 y 16 años, respectivamente. Las características clínicas asociadas con la alergia persistente a la leche de vaca incluyen: rinitis alérgica concomitante, asma o dermatitis atópica moderada-grave, e

Cuadro 1. Características de la alergia alimentaria en países de América Latina

Países	México	Costa Rica	Colombia	Venezuela	Brasil	Chile
Frecuencia de sensibilización a alimentos	30-70% de casos y 20% controles	0-70% de casos y 2-40% cotroles	15-23%	80% casos y 20% controles	40-80% casos y 20-40% controles	15%
Alimentos con respuesta IgE	Pescado, leche de vaca, frutas, chile y tomate	Pescado, verduras, cacahuete, cereales	Futas, verduras y pescado	Leche de vaca	Leche de vaca	Varía con la edad: leche, huevo, carne de res, soya y naranja
Sistemas afectados	Vía aérea	Vía aérea	Piel gastrointestinal	Piel y vía aérea	Piel y vía aérea	N/D

inicio de la alergia en el primer mes de vida. En general, cuanto mayor sea la concentración de IgE específica contra la leche de vaca (sIgE) es menos probable que el niño se vuelva tolerante con el tiempo.¹³ La alergia al huevo es una de las más comunes en la infancia y, al igual que la alergia a la leche de vaca, con frecuencia se supera durante la niñez o la adolescencia. La alergia al huevo es un marcador de sensibilización posterior a aeroalérgenos, así como de la posterior evolución a asma. La tolerancia al huevo en productos horneados es común y generalmente ocurre a una edad más temprana que la tolerancia al huevo ligeramente cocido o crudo.¹³ La alergia al trigo también es una alergia alimentaria común que suele superarse en la adolescencia. Se ha informado que la alergia al trigo mediada por IgE afecta del 0.4 al 1% de los niños. La alergia al trigo durante la infancia se controla o cura en el 80% de los pacientes a los 5 años de edad.

A pesar del predominio de la alergia del pescado, los mariscos, cacahuates y nueces de árbol en la mayoría de las reacciones en adultos, la forma más común de alergia alimentaria mediada por IgE en es el síndrome de alergia oral (SAO) o síndrome de alergia al polen-alimento.¹³

La alergia alimentaria es muy común en todo el mundo y representa un problema de salud pública; suele aparecer en la infancia y depende de la identificación de factores de riesgo, pero que en general tienen un patrón de manifestación que puede o no persistir hasta la edad adulta.

REFERENCIAS

- De Martinis M, Sirufo MM, Suppa M, Ginaldi L. New Perspectives in Food Allergy. *Int J Mol Sci* 2020; 21: 1474.
- Barni S, Liccioli G, Sarti L, Giovannini M, et al. Immunoglobulin E (IgE)-Mediated Food Allergy in Children: Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, Prevention, and Management. *Medicina* 2020; 56: 111. doi: 10.3390/medicina56030111
- Sicherer S, Sampson H. Food allergy: A review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and management. *J Allergy Clin Immunol* 2018; 141: 41-58.
- De Martinis M, Sirufo MM, Suppa M, Ginaldi L. New Perspectives in Food Allergy. *Int J Mol Sci* 2020; 21: 1474.
- Warren C, Jiang J, Gupta R. Epidemiology and Burden of Food Allergy. *Curr Allergy Asthma Rep* 2020; (2): 6.
- Aguilar-Jasso D, Valdez-López F, Valle-Leal JG, Aguilar-Jasso J, et al. Perfil clínico de pacientes pediátricos con diagnóstico de alergia alimentaria en el noroeste de México. *Rev Alerg Mex* 2018; 65 (3): 233-241.
- Sánchez A, Sánchez J, Cardona R. Resultados y limitaciones de los estudios epidemiológicos sobre alergia alimentaria. *Enfoques en ciudades del trópico. Rev Alerg Mex* 2019; 66 (1): 9-17.
- Sánchez J, Sánchez A. Epidemiology of food allergy in Latin America. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2013.07.001>
- Petritz NA, Antonietti C, Parente C, Mehaudy R, et al. Epidemiological study of food allergy in a population of Argentine children. *Arch Argent Pediatr* 2020; 118 (6): 418-422.
- Peters R, Krawiec M, Koplin J, Santos A. Update on Food Allergy *Pediatr Allergy Immunol* 2021; 32: 647-657.
- Savage J, Johns CB. Food Allergy: Epidemiology and Natural History. *Immunol Allergy Clin North Am* 2015; 35 (1): 45-59.
- Kusunoki T, Mukaida K, Morimoto T, et al. Birth order effect on childhood food allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 2012; 23 (3): 250-254.
- Iweala O, Choudhary S, Commins S. Food Allergy. *Curr Gastroenterol Rep* 2018; 20 (5): 17. doi: 10.1007/s11894-018-0624-y.

