



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ALERGIA A PROTEÍNA DE LECHE DE VACA NO Ig-E MEDIADA

- Dra. Graciela Ortega Evangelio
Pediatra CS Alaquàs
- Dra. Ester Largo Blanco
Pediatra CHGUV



CONSORCIO
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO
DE VALENCIA

Abril 2025

Introducción

¿QUÉ ES UNA REACCIÓN ALÉRGICA ALIMENTARIA?

La alergia alimentaria se define como el efecto adverso debido a una **respuesta inmunológica específica** (IgE, no IgE, mixta) que se reproduce tras la exposición a un alimento.

ENTONCES.... que es la APLV no Ig E??

La APLV no-IgE mediada, es la reacción adversa que aparece tras el consumo de leche de vaca, caracterizado por ser reproducible e implicar presuntamente en su desarrollo **mecanismos inmunológicos no mediados por anticuerpos de clase IgE.**



La APLV es la alergia alimentaria mas frecuente en menores de 1 año y globalmente la 3^a causa de alergia alimentaria tras el huevo y el pescado

ESPGHAN
MEDICAL POSITION PAPER

Diagnostic Approach and Management of Cow's-Milk Protein Allergy in Infants and Children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines
Koletzko S. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;55:221-9

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA
Alergia a las proteínas de leche de vaca no mediada por IgE: documento de consenso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHN), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP)

Espín B. *An Pediatr (Barc).* 2019;90:193.e1-11

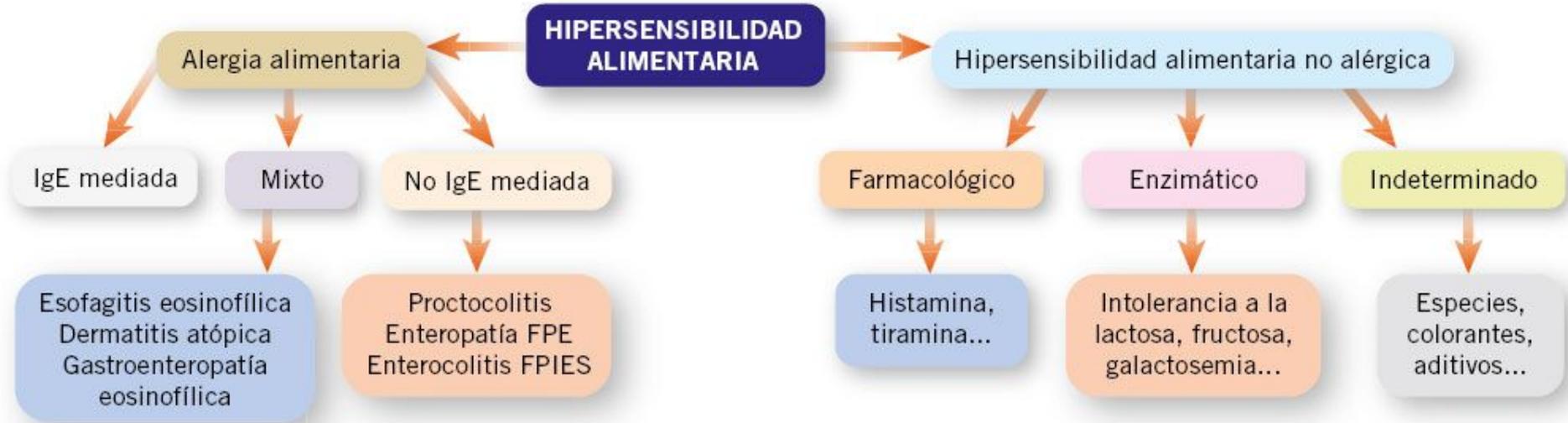
Alergia a la Proteína de Leche de Vaca no IgE Mediada

La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) no IgE mediada constituye un **desafío diagnóstico y terapéutico**.

A diferencia de las IgE mediadas, las no IgE mediadas presentan síntomas predominantemente **digestivos**, de aparición **tardía**, y **carecen de pruebas** complementarias específicas, lo que requiere un enfoque sistemático basado en la **exclusión-provocación**.

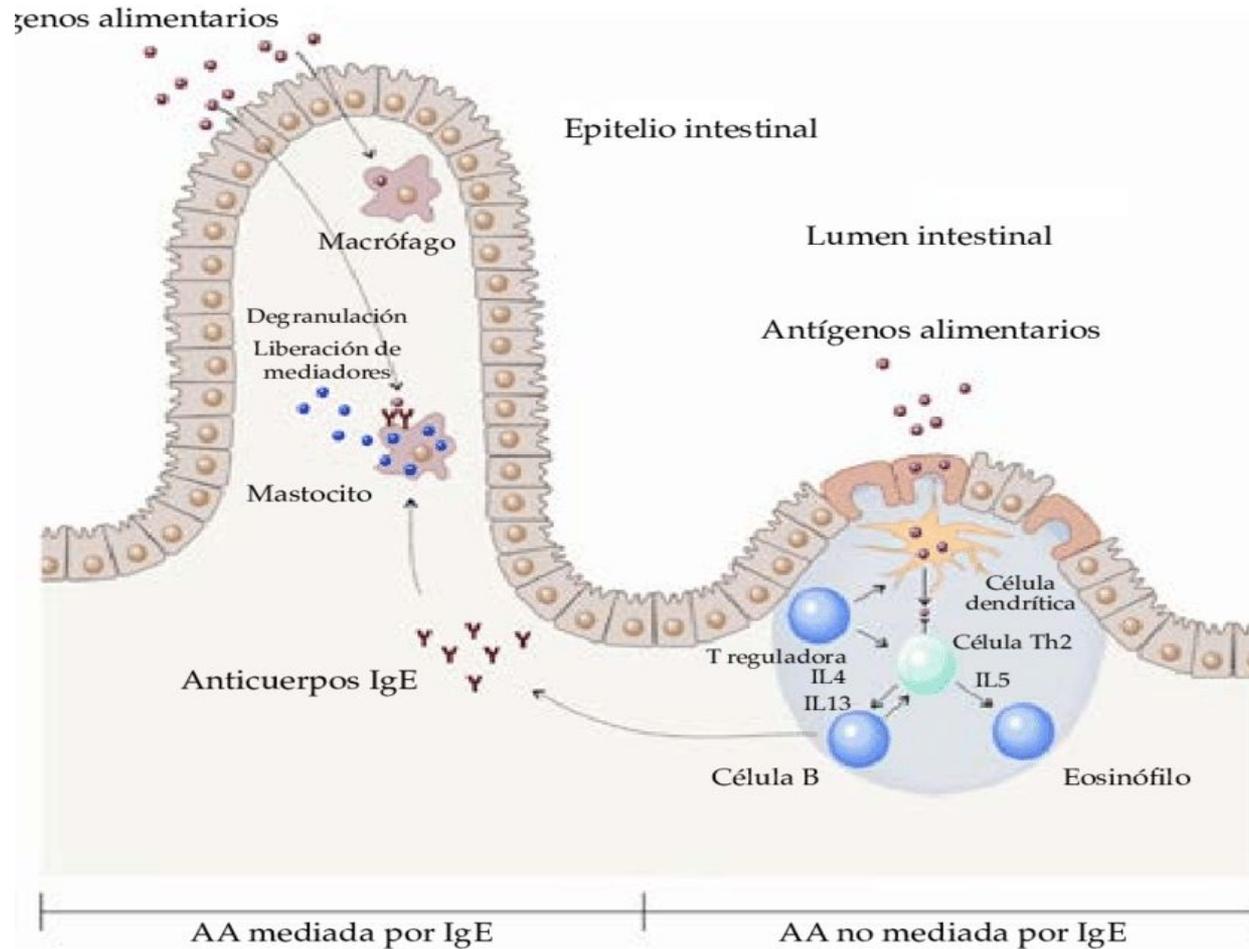


Reacciones adversas a alimentos



Clasificación de las reacciones adversas a alimentos (RAA) de la Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica (EAACI). Tomada de: clasificación de las RAA de la Comisión de Nomenclatura de la EAACI refrendada por la Organización Mundial de la Alergia (WAO). FPE: Enteropatía por proteínas. FPIES: Enterocolitis inducida por proteínas.

Fisiopatología



Etiopatología

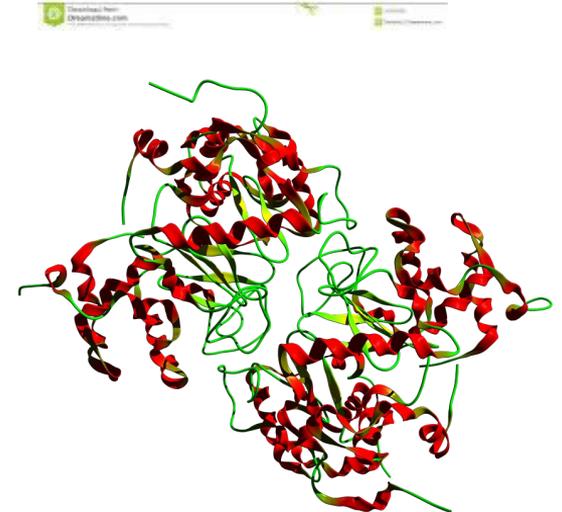
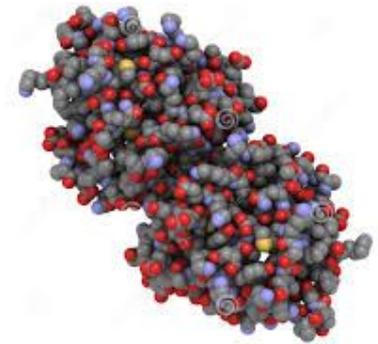
La leche de vaca contiene múltiples proteínas y todas ellas pueden actuar como antígenos.

Las más frecuentemente implicadas son:

- **Caseínas (+ frecuente)**
- **Seroproteínas (B-lacto-globulina y A-lactoalbúmina)**

NO ESTÁN PRESENTES EN LA CARNE DE VACUNO (*SEROALBÚMINA BOVINA)

La B-Lactoglobulina no está presente de manera natural en la leche materna



REACCIONES ADVERSAS A ALIMENTOS

Intolerancia alimentaria (Mediada por mecanismos no inmunológicos)

Tóxicas
Enzimáticas
Farmacológicas
Otras

Alergia alimentaria

No mediada por IgE

Proctocolitis
Enteropatía
FPIES¹
RGE² y trastornos digestivos leves
Eccema
Síndrome de Heiner

*Aparición tardía (horas/días después)
*Sintomatología predominantemente digestiva
*NO se puede confirmar mecanismo inmunológico mediante pruebas complementarias

Mixtas

Dermatitis atópica
Trastornos eosinofílicos primarios

Mediada por IgE

Urticaria
Angioedema
Anafilaxia
Síndrome de alergia oral
Síndrome de hipersensibilidad gastrointestinal inmediata
Rinitis
E

*Aparición inmediata
*Sintomatología predominante cutánea y respiratoria
*Se puede determinar la existencia de anticuerpos IgE específicos

Diagnóstico

- Historia clínica detallada

- Anamnesis
- Exploración
- Valoración nutricional
- Historia dietética
- Latencia de aparición de síntomas

- Prueba de exclusión-**provocación**

Diagnóstico de sospecha



Diagnóstico de certeza



Manifestaciones Clínicas

Proctocolitis Alérgica

Más frecuente en lactantes

menores de 6 meses. El síntoma principal es la aparición de **sangre y moco** en heces, sin afectación del estado general ni fallo de medro. Puede presentarse incluso en bebés con lactancia materna exclusiva.

Enteropatía Sensible a PLV

Se caracteriza por **diarrea crónica, vómitos**, distensión abdominal, anorexia y **afectación nutricional** en diversos grados. A veces difícil de distinguir de un síndrome postenteritis. Requiere exclusión prolongada para resolución completa.

FPIES (síndrome de enterocolitis por proteínas de la dieta)

Puede ser **agudo** (vómitos abundantes 1-4 horas tras ingesta, con posible **afectación sistémica**) o crónico (vómitos intermitentes, diarrea y afectación nutricional en lactantes menores de 4 meses con ingesta repetida).

Además, debe considerarse APLV en lactantes con síntomas gastrointestinales leves pero persistentes (meteorismo, irritabilidad, reflujo gastroesofágico o alteraciones en las deposiciones) que no responden a medidas terapéuticas habituales.

TABLA 1. Manifestaciones clínicas de los tres síndromes principales de APLV no mediada por IgE (modificado de Nowak-Węgrzyn et al²²).

	Proctocolitis	FPIES	Enteropatía
Edad de aparición más frecuente	<u>< 6 meses</u>	Dependiendo de la edad de introducción del alimento	Dependiendo de la edad de introducción del alimento
Otros alimentos que lo pueden ocasionar además de la LV	Soja, huevo, trigo	Pescado, arroz, huevo, soja, avena, pollo.	Soja, huevo, trigo
≥ 2 alimentos implicados	≤ 20% (lo más frecuente LV + soja)	≤ 35-40% (lo más frecuente LV +soja)	Raro
Antecedentes de atopia			
Familiars	≤ 25%	40-70%	Desconocido
Personales	≤ 20%	≤ 30%	≤ 22%
Transición a mecanismo IgE	Raro	25%	Raro
Clínica con LM exclusiva	60%	Raro	Desconocido
Sintomatología			
Vómitos	No	Abundantes	<u>Intermitentes</u>
Diarrea	Leve	Profusa (FPIESc)	<u>Moderada</u>
Sangre en heces	<u>Sí</u>	Sí (FPIESc)	Rara
Fallo de medro	<u>Ausente</u>	Moderado-grave (FPIESc)	<u>Moderado</u>
Shock	Ausente	15%	Ausente
Hipotermia	Ausente	Presente ≤ 25%	Ausente
Lesión histológica*	Afectación de colon parcheada con HNL e infiltrado de eosinófilos (>60 eos/cga) formando abscesos en criptas	FPIESc: afectación parcheada de tramos altos y colon muy variable (incluyendo úlceras, atrofia vellositaria e infiltrado de eosinofilos)	Afectación de tramos altos parcheada, muy variable (desde lesiones mínimas a HNL y atrofia vellositaria)
Desarrollo de tolerancia a PLV	La mayoría antes de los 12 meses	La mayoría entre los 3-5 años	La mayoría entre los 12 y 36 meses

Puede simular postenteritis

Además pueden aparecer con estos síntomas, otros de carácter leve pero persistente como meteorismo, irritabilidad, RGE, aumento de deposiciones... que no responden a medidas habituales

FPIESc: FPIES crónico, LM: lactancia materna, LV: leche de vaca, eos/cga: eosinófilos/campo de gran aumento, HNL: hiperplasia nodular linfoide.

**No se recomienda la realización sistemática de una endoscopia digestiva. Su indicación queda a criterio del gastroenterólogo en casos de dudas en el diagnóstico o mala respuesta a la dieta de exclusión.*

Manifestaciones clínicas

TABLA 3. Características clínicas de la enteropatía y la proctocolitis inducidas por proteínas de leche de vaca (PLV).

Proctocolitis inducida por PLV:

Para el diagnóstico es imprescindible hacer prueba de provocación a las 2-4 semanas de la retirada de las PLV, siempre que hayan desaparecido los síntomas.

- Presencia de sangre roja fresca en las heces de un lactante por lo demás sano alimentado con LM (madre con dieta que incluye lácteos) o fórmula con PLV.
- Ausencia de fallo de medro
- Ausencia de afectación del estado general
- Coprocultivos negativos
- Desaparición del sangrado en las siguientes 4 semanas a la retirada de las PLV de la dieta (en la madre en casos de LM)
- Reparación de los síntomas tras la prueba de provocación

Enteropatía inducida por PLV:

Para el diagnóstico es imprescindible hacer prueba de provocación a las 4-6 semanas de la retirada de las PLV, una vez que hayan desaparecido los síntomas.

- Anorexia y rechazo de las tomas
- Inicialmente la afectación puede expresarse con vómitos intermitentes y estreñimiento
- Diarrea de más de 15 días de duración con o sin fallo de medro asociado que desaparece en las siguientes 4 semanas tras la retirada de las PLV de la dieta del lactante
- El cuadro diarreico reaparece de forma insidiosa y progresiva tras la reintroducción de las proteínas de leche de vaca en la dieta

LM: lactancia materna; PLV: proteínas de leche de vaca.

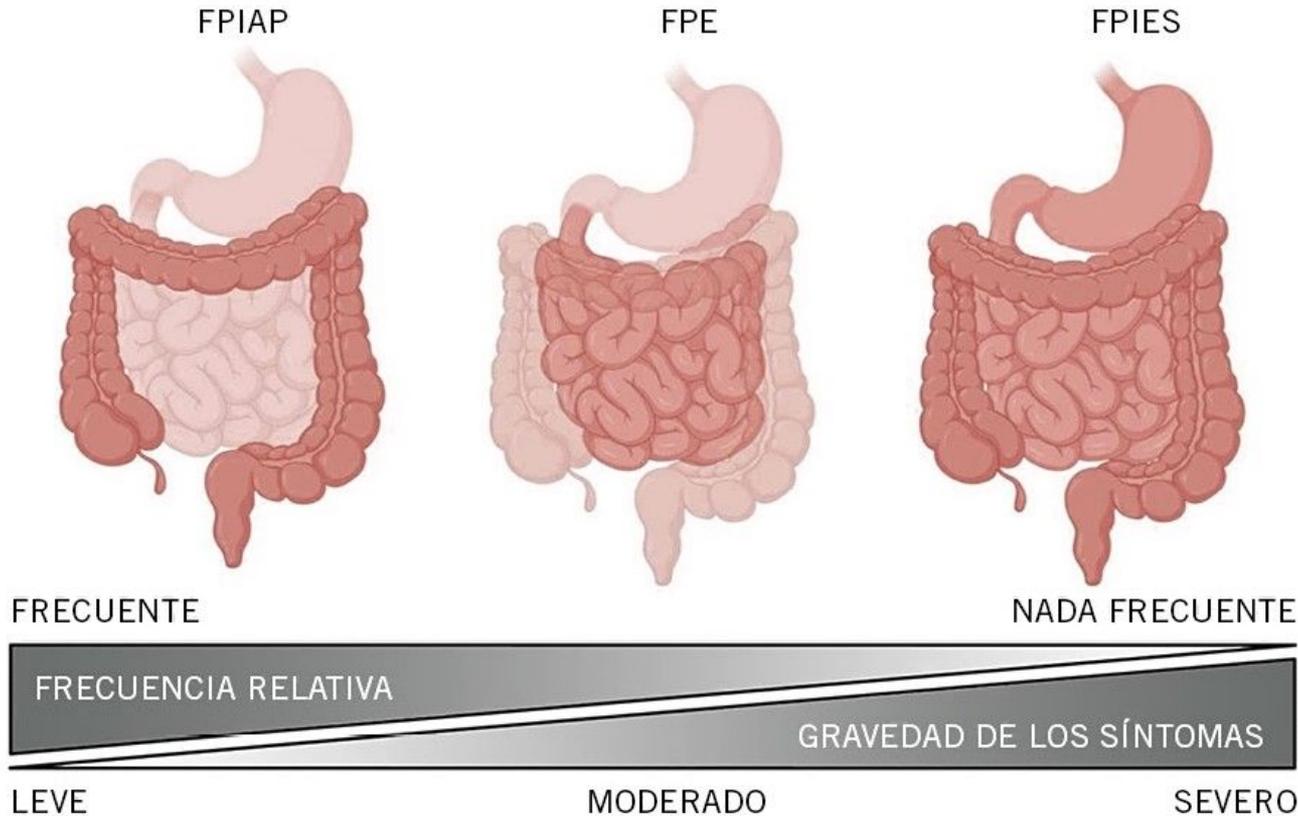
1-2 semanas
en sangrado
digestivo



2-4 semanas en
estreñimiento,
diarrea y afectación
nutricional.



Manifestaciones clínicas



- Reconocemos un alérgeno alimentario
- Según la afectación del tracto intestinal se describen 3 entidades:
 - Proctocolitis alérgica (FPIAP)
 - Enteropatía por proteínas (FPE)
 - Enterocolitis inducida por proteínas (FPIES)
- Dicha afectación es la responsable de la expresión de síntomas y signos y de la gravedad

Edad de aparición más frecuente

Otros alimentos que lo pueden ocasionar además de la LV

≥ 2 alimentos implicados

Antecedentes de atopia
Familiares
Personales

Transición a mecanismo IgE

Clínica con LM exclusiva

Sintomatología

Vómitos
Diarrea
Sangre en heces
Fallo de medro
Shock
Hipotermia

Lesión histológica*

Desarrollo de tolerancia a PLV

FPIES

Dependiendo de la edad de introducción del alimento

Pescado, arroz, huevo, soja, avena, pollo.

≤ 35-40% (lo más frecuente LV +soja)

40-70%
≤ 30%

25%

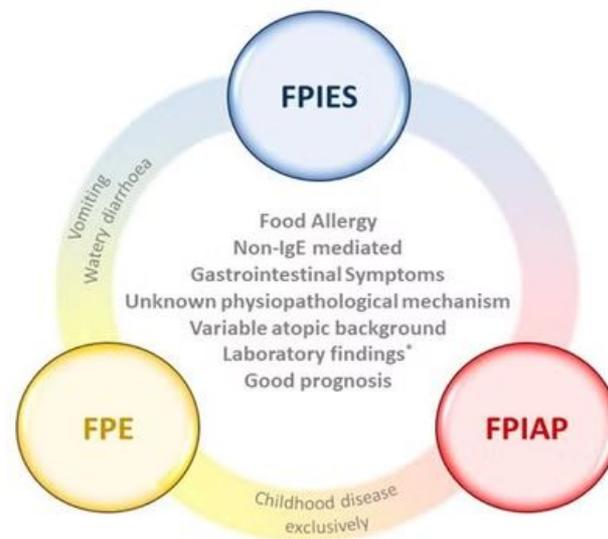
Raro

Abundantes
Profusa (FPIESc)
Sí (FPIESc)
Moderado-grave (FPIESc)
15%
Presente ≤ 25%

FPIESc: afectación parcheada de tramos altos y colon muy variable (incluyendo úlceras, atrofia vellositaria e infiltrado de eosinófilos)

La mayoría entre los 3-5 años

FPIES enterocolitis inducida por proteínas alimentarias



FPIES



TABLA 2. Criterios diagnósticos de FPIES a proteínas de leche de vaca (PLV) (modificado de Nowak-Wegrzyn et al⁹).

FPIES agudo a PLV:

Se requiere la presencia del criterio mayor y al menos 3 criterios menores relacionados con la ingesta de PLV

Criterio mayor:

Vómitos en el período de 1 a 4 horas después de la ingestión de PLV y ausencia de síntomas clásicos cutáneos o respiratorios mediados por IgE

Criterios menores:

1. Un segundo (o más) episodio de vómitos después de ingerir PLV
2. Vómitos repetidos 1-4 horas después de la ingesta de otro alimento
3. Letargia
4. Palidez marcada
5. Necesidad de acudir al servicio de urgencias para controlar la reacción adversa
6. Necesidad de soporte de líquidos intravenoso para controlar la reacción adversa
7. Diarrea en las 24 horas (normalmente 5-10 horas) siguientes a la ingesta de PLV
8. Hipotensión
9. Hipotermia (Temperatura $\leq 35^{\circ}\text{C}$)

FPIES crónico a PLV:

Se requiere una prueba de provocación en la que se cumplan los criterios diagnósticos de la forma aguda

- Presentación grave (cuando las PLV se ingieren de forma regular): vómitos intermitentes pero progresivos y diarrea (ocasionalmente con sangre), a veces con deshidratación y acidosis metabólica.
- Presentación moderada (cuando las PLV se ingieren en menores cantidades): vómitos intermitentes y/o diarrea generalmente con escasa ganancia ponderal/fallo de medro pero sin deshidratación ni acidosis metabólica.

Pruebas complementarias

- No hay pruebas complementarias de laboratorio ni de imagen que nos confirme o descarte APLV no IgE.
- No se recomienda realizar prick test y/o determinación de IgE específica salvo si existen dudas sobre la implicación de un mecanismo IgE y en los casos de FPIES ya que hay un porcentaje hasta de un 25% de presentar IgE específicas positivas al inicio o durante el seguimiento.
- En lactantes con FPIES pueden aparecer alteraciones analíticas como neutrofilia, trombocitosis, elevación de PCR, anemia, hipoalbuminemia, acidosis metabólica y eosinofilia



Prueba de exclusión-provocación

- **Excluir** la PLV de la dieta durante **4-6 semanas**
- Comprobar la **resolución** de síntomas
- Volver a **reintroducir** las PLV de forma **controlada** (prueba de provocación)



Si mientras estaba con LME estaba asintomático pero desarrolla síntomas al empezar la alimentación con fórmula, continuar con LM y no es necesario dieta de exclusión a la madre

Si el desarrollo de la clínica fue mientras estaba con la LME, sí se recomienda la dieta de exclusión a la madre

La mejoría ocurre en un período variable de tiempo que puede llegar a ser semanas

Prueba de exclusión-provocación

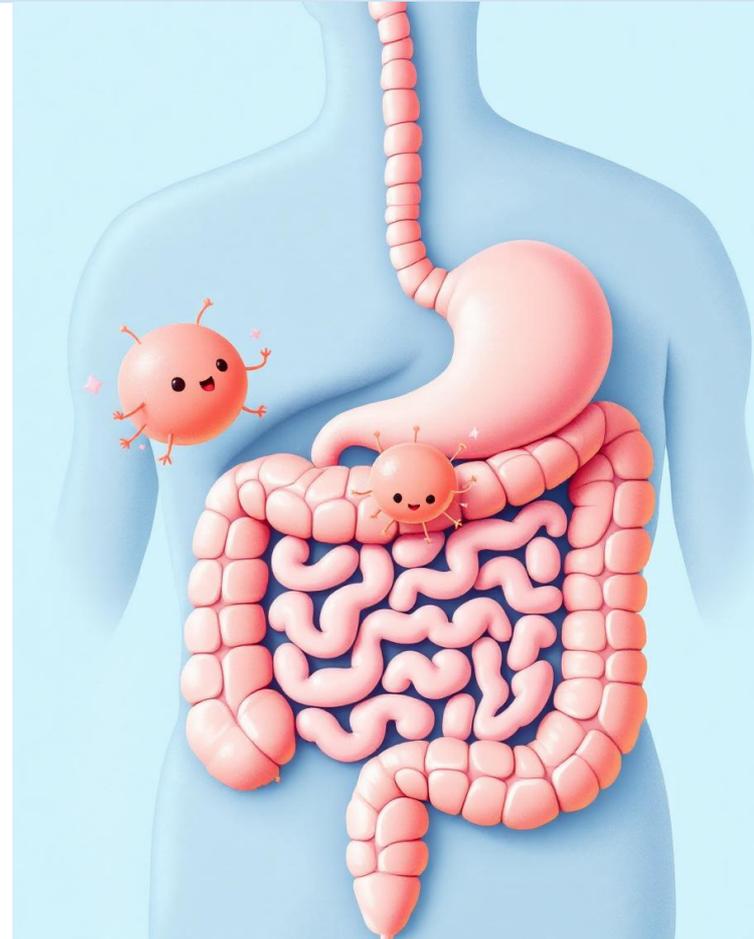
La prueba de provocación dependerá del tipo de alimentación (materna/artificial)

El ámbito de realización se decidirá según la sintomatología inicial:

-**ATENCIÓN PRIMARIA** en domicilio bajo supervisión del pediatra: sintomatología **leve** (Proctocolitis, RGE, cólicos, estreñimiento, enteropatías leves...)

*Vigilar aparición de clínica hasta 4 semanas después la provocación.

-**HOSPITAL**: sintomatología **grave** (FPIES, enteropatías moderadas/severas, sospecha de mecanismo IgE mediado)



Prueba de exclusión-provocación

TABLA 4. Prueba de provocación en domicilio.

Requisitos

- Resolución completa de las manifestaciones clínicas tras la dieta de exclusión de PLV
- En caso de presentar un proceso intercurrente, especialmente respiratorio o infeccioso, deberá posponerse hasta la resolución de los síntomas y hasta una semana después de la finalización del tratamiento indicado para controlar el mismo

No debe realizarse prueba de provocación en domicilio en: formas clínicas graves, FPIES, sospecha clínica de un mecanismo mediado por IgE, pruebas IgE específica/*prick test* positivas a las PLV.

Metodología

- En niños alimentados con lactancia artificial: sustituir cada día una medida de fórmula especial por una de fórmula de lactantes* en al menos dos de las tomas. Si no hay síntomas, una vez completado el cambio en esas dos tomas, se podrá sustituir cada día un biberón de fórmula especial por uno de fórmula de lactantes* hasta completar totalmente la reintroducción.

**En casos de sospecha de intolerancia a la lactosa asociada se deberá emplear una fórmula sin lactosa*

- En niños alimentados con LM: reintroducir leche de vaca y derivados en la dieta materna (comenzar con 1 toma de leche o derivado lácteo al día la primera semana y, en caso de no presentar síntomas, aumentar progresivamente la cantidad de lácteos en la dieta).

Observar la posible aparición de síntomas hasta 4 semanas tras la reintroducción.

En caso de reaparecer la sintomatología sospechosa de APLV durante la prueba, se deberá suspender la administración de PLV.

No debe introducirse otro alimento nuevo en la dieta mientras se está efectuando la prueba de provocación

Tratamiento APLV no Ig E mediada

Objetivos

1. Resolución clínica
2. Aportar los nutrientes necesarios para un correcto desarrollo.

El **tratamiento** es la **exclusión** de PLV en la dieta.

La dieta exenta de PLV debe mantenerse de **3-6 meses en formas leves y hasta 12 meses en formas graves**.



Tratamiento

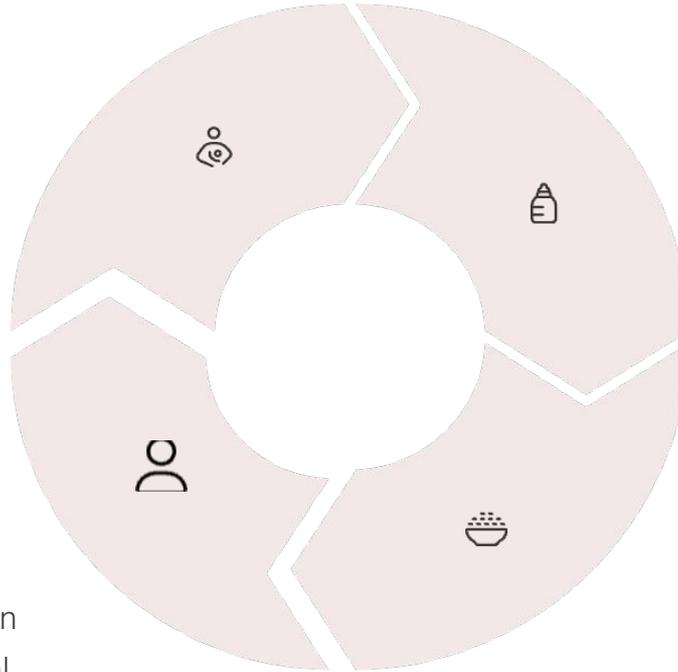
Lactancia Materna

Mantener siempre que sea posible. Si la clínica aparece cuando se realiza LME, la madre deberá eliminar PLV y lácteos de otros mamíferos de su dieta.

*valorar soja, huevo....si no mejoría

Fórmulas Elementales L-Aa

*Primera opción en formas graves o con afectación nutricional.



Fórmula Extensamente Hidrolizada <3000 Daltons!

Primera opción en lactancia artificial.

Hidrolizados de Arroz

Alternativa en caso de no respuesta o mala aceptación y veganos.

NO ES NECESARIO OBLIGATORIAMENTE EXCLUIR CARNE VACUNA, NI TRAZAS DE PLV si se toleran.

**** Según la Instrucción 4/2024/GAS de la Comunitat Valenciana en la indicación para la intolerancia o alergia a la proteína de la leche de vaca en lactantes (hasta 2 años, si existe compromiso nutricional), la prescripción de estas fórmulas podrá realizarla el pediatra de atención primaria para el período de seis meses, pudiendo prolongarlo si es necesario.**



La ESPGHAN recomienda evitar FÓRMULAS DE SOJA en menores de 6 meses, prematuros y pacientes con patología renal.

Consideraciones Especiales



Lactancia materna

Si los síntomas aparecen en primeras tomas de fórmula, recomendar LM sin exclusión de PLV en la madre.



NO son aptas las fórmulas parcialmente hidrolizadas

Péptidos >5000D

Las **madres lactantes** que restringen lácteos deben recibir suplementación de **1g/día de calcio y 600 UI/día de vitamina D.**



Alergias Concomitantes

Valorar exclusión de soja y huevo en caso de sospecha.



Seguimiento Clínico



Monitorización Regular

Evaluación clínica periódica para valorar evolución clínica y crecimiento.



Introducción Alimentación Complementaria

Seguir pautas habituales evitando PLV



Reevaluación de Tolerancia

A los 3-6-12 meses según gravedad inicial

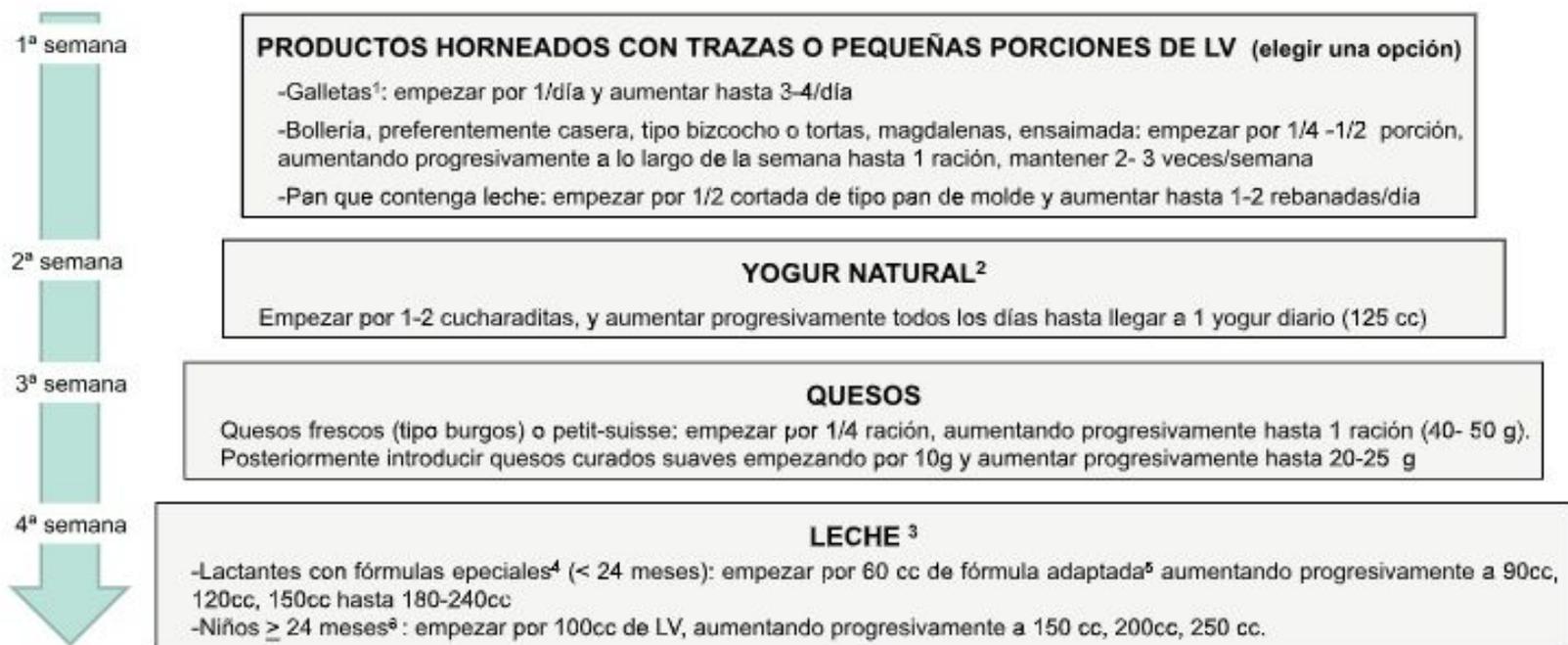
-No se recomienda la realización sistemática de **pruebas complementarias** durante el seguimiento.

-No se recomienda modificación de calendario vacunal.

-Las formas leves o moderadas pueden reevaluarse en domicilio, mientras que las formas graves requieren reevaluación hospitalaria y descartar Ig E mediación.

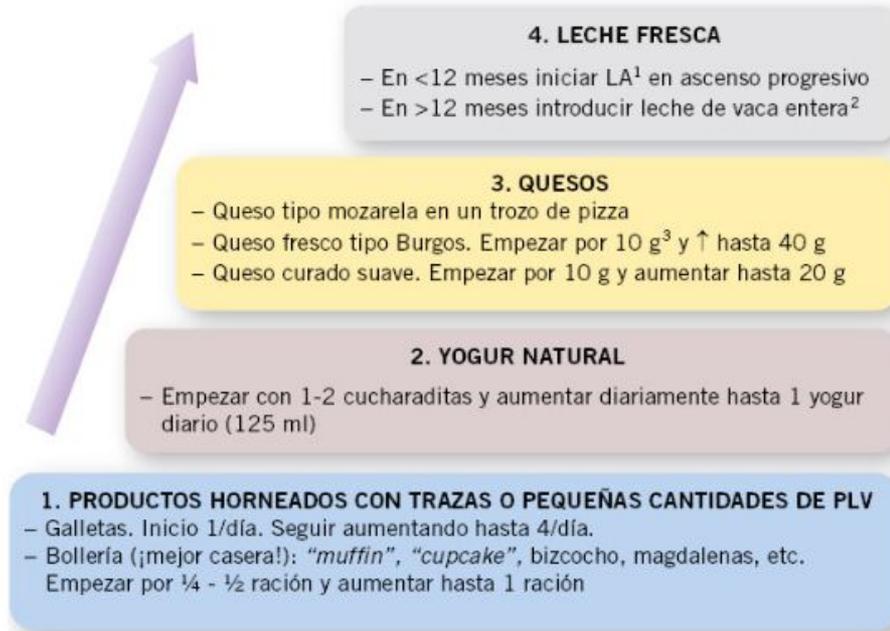
Ante recaída en la prueba de tolerancia o alta sospecha de intolerancia asociada a la lactosa, valorar excluir lactosa al realizar la siguiente reintroducción.

Escalera de la leche



Si tolera el producto introducido una semana, lo debe seguir tomando en las semanas sucesivas.
Si no ha tolerado un producto debe regresar al nivel anterior.

Prueba de tolerancia-Escalera de la leche



Flujo de Atención al Paciente



Derivación a CCEE Hospital



Falta de Mejoría**

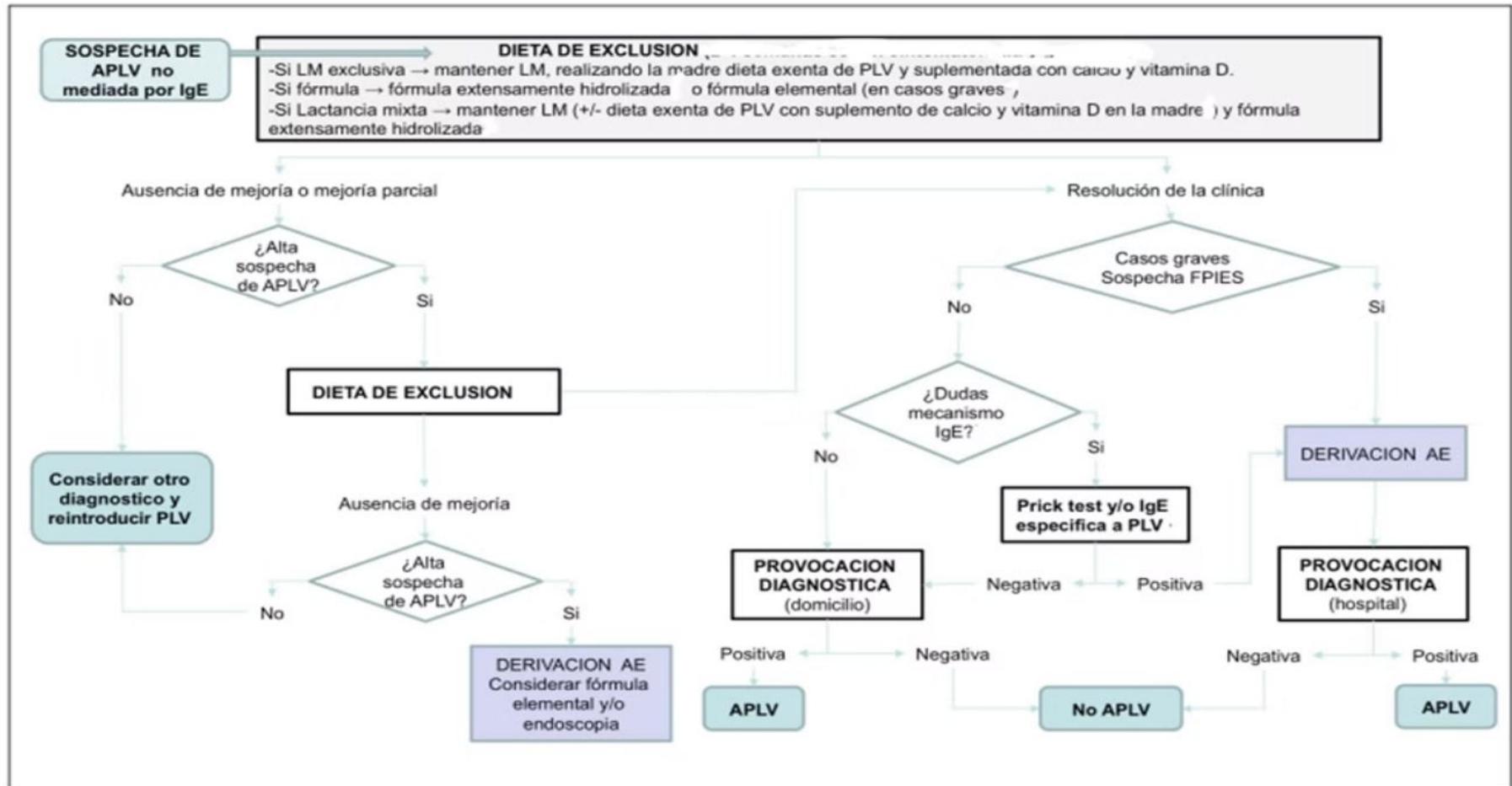
Si no hay respuesta a las intervenciones iniciales y la clínica es moderada/grave o no típica, considerar derivación.

**Se precise excluir Ig E
mediación**

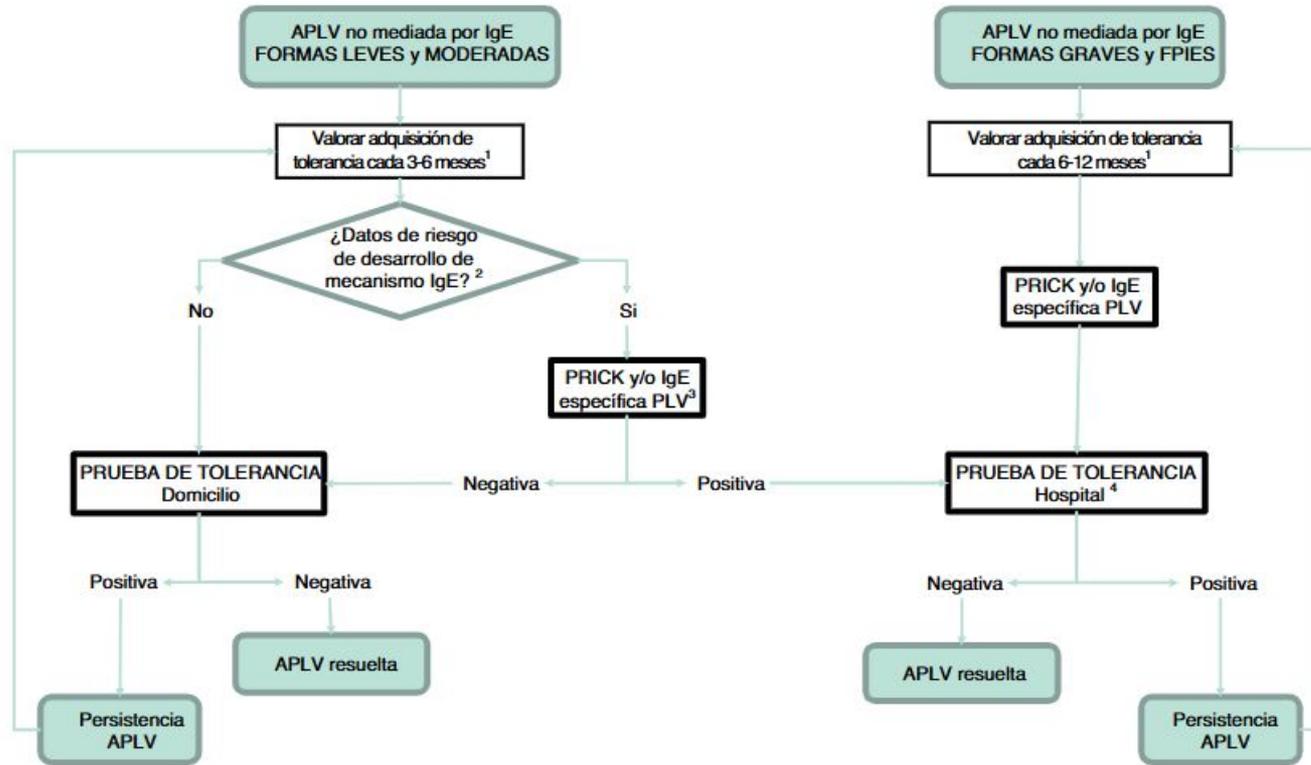
Casos Complejos

Sospecha de múltiples alergias, clínica grave o manifestaciones atípicas.

Flujo de Atención al paciente



Algoritmo de seguimiento



Algoritmo de seguimiento.

FPIES

TABLA 2. Criterios diagnósticos de FPIES a proteínas de leche de vaca (PLV) (modificado de Nowak-Wegrzyn et al⁹).

FPIES agudo a PLV:

Se requiere la presencia del criterio mayor y al menos 3 criterios menores relacionados con la ingesta de PLV

Criterio mayor:

Vómitos en el período de 1 a 4 horas después de la ingestión de PLV y ausencia de síntomas clásicos cutáneos o respiratorios mediados por IgE

Criterios menores:

1. Un segundo (o más) episodio de vómitos después de ingerir PLV
2. Vómitos repetidos 1-4 horas después de la ingesta de otro alimento
3. Letargia
4. Palidez marcada
5. Necesidad de acudir al servicio de urgencias para controlar la reacción adversa
6. Necesidad de soporte de líquidos intravenoso para controlar la reacción adversa
7. Diarrea en las 24 horas (normalmente 5-10 horas) siguientes a la ingesta de PLV
8. Hipotensión
9. Hipotermia (Temperatura $\leq 35^{\circ}\text{C}$)

FPIES crónico a PLV:

Se requiere una prueba de provocación en la que se cumplan los criterios diagnósticos de la forma aguda

- Presentación grave (cuando las PLV se ingieren de forma regular): vómitos intermitentes pero progresivos y diarrea (ocasionalmente con sangre), a veces con deshidratación y acidosis metabólica.
- Presentación moderada (cuando las PLV se ingieren en menores cantidades): vómitos intermitentes y/o diarrea generalmente con escasa ganancia ponderal/fallo de medro pero sin deshidratación ni acidosis metabólica.

Temporalidad

Aparición de síntomas típicamente 1-4 horas después de la ingesta.

Síntomas Principales

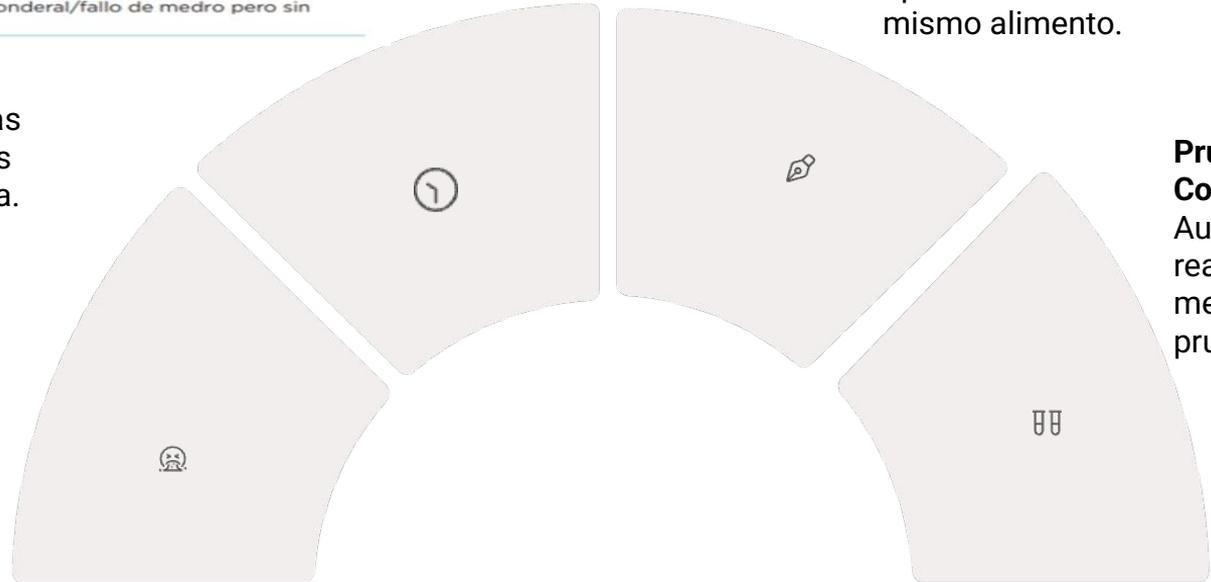
Vómitos repetitivos, palidez, letargia tras ingesta del alimento.

Historia Clínica

Episodios recurrentes con el mismo alimento.

Pruebas Complementarias

Ausencia de reacciones IgE mediadas en pruebas cutáneas.



Protocolo de provocación hospitalaria



Tabla 4 Prueba de provocación en medio hospitalario

Metodología

1. Obtener el peso actual del paciente
2. Asegurarse de que hay una determinación reciente de IgE específica y/o *prick test* a PLV negativa*
3. Asegurar acceso venoso**
4. Calcular la cantidad de fórmula en g de proteína y administrarla vía oral, repartida en 3 dosis separadas por intervalos de 30-45 min***

La dosis total será entre 0,06-0,6 g por kg de peso corporal (generalmente 0,15-0,3 g por kg de peso corporal), hasta un máximo de 10 g

5. Observar al paciente durante 4 h después de la última dosis
6. En caso de tolerancia, continuar en domicilio con una toma al día de 150-200 ml de fórmula o leche de vaca durante 2 semanas. Posteriormente, si no aparece sintomatología adversa relacionada, liberar progresivamente la dieta

Modificado de Nowak-Wegrzyn et al. ⁹.

* En caso de IgE específica positiva frente a PLV, se aplicará el protocolo de alergia mediada por IgE

** En casos de enteropatías y FPIES graves

*** Ejemplo: peso = 10 kg.

Dosis total de proteína a administrar: $0,3 \text{ g} \times 10 \text{ kg} = 3 \text{ g}$ de PLV

Cada 100 ml de leche aportan 3,3 g de proteína

Para 3 g de PLV: $3 \text{ g} \times 100/3,3 = 90 \text{ ml}$ de leche

Administrar tres dosis de 30 ml con intervalos de 30-45 min entre ellas

Protocolo de provocación hospitalaria

TABLA 6. Interpretación de la prueba de provocación en casos de FPIES (modificado de Nowak-Węgrzyn et al⁹).

Criterios diagnósticos para la interpretación de la prueba de provocación con PLV.

Se requiere la presencia del criterio mayor y al menos 2 criterios menores para considerar la prueba positiva

Criterio mayor:

Vómitos en el período de 1 a 4 horas después de la ingestión de proteínas de leche de vaca y ausencia de síntomas clásicos cutáneos o respiratorios mediados por IgE

Criterios menores:

- Letargia
- Palidez
- Diarrea a las 5-10 horas (< 24 h) después de la ingestión de leche de vaca
- Hipotensión
- Hipotermia (temperatura $\leq 35^{\circ}$)
- Incremento ≥ 1.500 neutrófilos por encima del nivel basal

Fármacos a administrar en casos de prueba de provocación positiva

Es prioritario el mantenimiento de la volemia.

- En casos leves: hidratación oral con LM o con solución de rehidratación oral
- En casos moderados/graves: sueroterapia (suero fisiológico 0,9%: 20 ml/kg)

Metilprednisolona* 1 mg/kg (máximo: 60-80 mg/dosis)

Ondansetron** (en mayores de 6 meses) 0,15 mg/kg/dosis (máximo 8 mg/dosis)

**En casos moderados-graves.*

***Eficacia limitada a series pequeñas.*

LM: lactancia materna; PLV: proteínas de leche de vaca.

Pronóstico

El pronóstico es generalmente favorable

Se suele alcanzar la tolerancia prácticamente en el 100% de los casos antes de los 2 años de vida

Si no se ha conseguido tolerancia antes de los 5 años de vida es poco probable que lo hagan de manera espontánea



NO se conoce ninguna medida de **PREVENCIÓN** eficaz para la APLV.



GRACIAS A TOD@S

Prueba de Exclusión-Provocación



Exclusión

Eliminar PLV durante 4-6 semanas. Si el lactante estaba asintomático con LME y desarrolla síntomas al iniciar fórmula, no es necesaria exclusión en la madre. Si la clínica apareció con LME, sí se recomienda exclusión materna.



Valoración

Comprobar resolución de síntomas. Esta mejoría puede tardar desde días (vómitos) hasta semanas (estreñimiento, diarrea o desnutrición).



Provocación

Reintroducir PLV gradualmente. El ámbito dependerá de la gravedad: domiciliario con supervisión pediátrica para casos leves; hospitalario para FPIES, enteropatías graves o sospecha de mecanismo IgE.

No debe introducirse otro alimento nuevo durante la prueba de provocación ni realizarse durante un cuadro infeccioso. La reaparición de síntomas durante la provocación confirma el diagnóstico de APLV, debiendo suspender inmediatamente la administración de PLV.