

SINDROME DE ALERGIA ORAL.

Univ. Edgar Arturo Chalar Elías.⁸

A diferencia de las alergias a pólenes u a otros aeroalergenos que producen síntomas en cierta época del año (primavera) esta condición en particular no conoce estaciones y se presenta en cualquier momento.

La hipersensibilidad a alimentos es el resultado de la pérdida o ausencia de tolerancia, cuya etiología puede ser multifactorial.

Etiología.

La respuesta inmunitaria del organismo lo protege contra sustancias nocivas, como bacterias virus y toxinas, en una alergia alimentaria verdadera, el sistema inmunitario produce anticuerpos e histamina en respuesta al alimento específico, cualquier alimento puede causar una reacción alérgica, pero solo unos cuantos son los principales culpables.

La causa de las alergias alimentarias está relacionada con la producción por parte del cuerpo de un tipo de sustancia alergena llamada anticuerpos contra la inmunoglobulina E (IgE).

En los niños las alergias alimentarias más comunes son:

- Leche.
- Huevos.
- Maní.
- Soya (soja).

- Mariscos (camarón, langosta, almejas, cangrejo)
- Trigo.
- Frutas secas.

Frutas frescas. Este tipo de alergia generalmente se inicia en la infancia, pero puede comenzar a cualquier edad.

Muchos niños superan las: alergias a la leche, los huevos y el trigo si evitan el consumo de estos alimentos. Las alergias al maní las nueces y los mariscos son de por vida.

En los niños mayores y los adultos, las alergias más comunes a los alimentos son:

- Pescado.
- Maní.
- Mariscos.
- Nueces.

De acuerdo al Comité de Alergia a Alimentos de la Academia Europea de la Alergia (EAACI) las reacciones adversas pueden clasificarse en:

- Toxicas.- intoxicación por setas (hongos).
- No toxicas.- Que a su vez se subdividen en:

Fisiopatología.

El aparato gastrointestinal cuenta con mecanismos de defensa tanto inmunológicos, como no inmunológicos o barreras mecánicas como la secreción de ácido gástrico y enzimas proteolíticas, éstos últimos digieren proteínas hacia

⁸ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

moléculas menos antigénicas, inclusive disminuyendo su tamaño o alterando su estructura.

Otras barreras físicas incluyen la producción de moco y la peristalsis, estos disminuyen el contacto de alérgenos alimentarios potentes con la mucosa gastrointestinal. El epitelio gastrointestinal cuenta además con barreras para la absorción de macromoléculas. Los factores físicos que incrementan la posibilidad de absorción de macromoléculas son la ingesta de alcohol y la disminución en la producción del ácido gástrico.

La barrera inmunológica con la cual cuenta el aparato gastrointestinal es el tejido linfóide asociado a mucosa gastrointestinal (GALT), y se compone de:

- Folículos linfoides distribuidos a lo largo de toda la mucosa gastrointestinal, inclusive las placas de Peyer y apéndice
- Linfocitos intraepiteliales. Células epiteliales intestinales
- Células M.
- Linfocitos, células plasmáticas, y células cebadas localizadas a lo largo de la lámina propia.
- Nódulos linfáticos mesentéricos.
- La IgA secretora es la inmunoglobulina que se produce en mayor cantidad en el intestino, y que tiene mayor capacidad de unir proteínas formando complejos grandes evitando de esta forma su absorción. Está presente

principalmente en secreciones mucosas. El 2% de las macromoléculas que se absorben en forma intacta generarán tolerancia oral. Tolerancia es una falta de respuesta inmunológica a un antígeno específico, en este caso a proteínas alimentarias. Tanto el sistema inmune local como sistémicos son los responsables de desarrollar tolerancia oral.

Existe mayor incidencia de alergia alimentaria en la población pediátrica, probablemente debida a la inmadurez del aparato gastrointestinal, con una disminución en la producción de IgA secretora, combinado con una disminución relativa de linfocitos CD8+ o macrófagos supresores, sobre todo en individuos genéticamente predispuestos a presentar con mayor frecuencia estas alteraciones.

Para producir sensibilización con determinado alimento alérgico, este debe estar en contacto con los linfocitos presentes en la lámina propia, placas de Peyer, nódulos linfáticos, hígado o circulación. Los pacientes con predisposición genética, desarrollarán la producción de IgE específica al alimento, con la consecuente sintomatología de alergia alimentaria (urticaria, angioedema, anafilaxia) con la reexposición del alimento. A este tipo de mecanismo involucrado se denomina reacción de hipersensibilidad tipo I o inmediata.

Es frecuente encontrar alergia alimentaria en pacientes con deficiencia selectiva de IgA. Además la producción de ácido gástrico en niños es menor que

en la de los adultos, y menos efectiva la secreción mucosa. Por otro lado se ha reportado un incremento de IgM e IgG sistémicas específicas a alimentos en enfermedad celiaca y enfermedad inflamatoria intestinal crónica.

Tipo II o citotoxicidad mediada por anticuerpos, y las manifestaciones principales son anemia, leucopenia y trombocitopenia.

Tipo III o por complejos inmunes, y puede manifestarse con fiebre, linfadenopatía, exantema, vasculitis y proteinuria.

Tipo IV o celular con participación de linfocitos T, mecanismo involucrado en la gastroenteropatía y dermatitis por contacto.

La presentación más frecuente es la reacción tipo I, posteriormente la mixta (uno o más mecanismos involucrados en un solo paciente) seguida en frecuencia por la IV, III y II.

Los antígenos alimentarios están compuestos de proteínas, hidratos de carbono y lípidos. Las glicoproteínas en los alimentos son los componentes mayormente implicados en la alergia alimentaria.

A pesar de que muchos alimentos son potencialmente alergénicos, la mayoría de las alergias alimentarias involucran únicamente algunos alimentos.

Uno de los alimentos que más producen alergia son las proteínas derivadas de la leche de vaca, existen más de 40 proteínas capaces de generar una respuesta alérgica. De estas las más

frecuentes son las siguientes: proteínas termolábiles (albúmina sérica bovina, alfa globulina, alfa lactoalbúmina) y proteínas termorresistentes (betalactoglobulina y caseína).

Síntomas.

El síndrome de alergia oral, es considerado como una forma de urticaria por contacto con alergenitos alimentarios con la mucosa oral. Los síntomas incluyen prurito con o sin angioedema de los labios, lengua, paladar, y orofaringe posterior. Está asociado con la ingesta de frutas frescas y verduras y es el resultado de la reactividad cruzada entre la fruta o las verduras con algún polen. Los síntomas se resuelven rápidamente y raramente involucra otros órganos. El prurito en la boca y labios, es sin embargo el síntoma inicial de alergia alimentaria más grave, especialmente en aquellos alimentos comúnmente implicados en anafilaxia alimentaria.

En el caso de que un paciente presente asma por alergia alimentaria, los alimentos más frecuentemente involucrados son la nuez, leche, huevo, así como diversos conservadores. Puede llegarse a presentar asma con el simple hecho de inhalar algún alimento que se esté cocinando en ese momento.

Por otro lado se ha observado la asociación de Diabetes Mellitus tipo I con alergia a las proteínas de la leche de vaca. El probable mecanismo involucrado es por la producción de anticuerpo tipo IgG contra la albúmina sérica bovina, que presenta reacción cruzada con las células beta del

páncreas, y se presenta principalmente en sujetos genéticamente predispuestos.

Anafilaxia inducida por ejercicio relacionado con alimentos: Es un síndrome caracterizado por aumento en la temperatura corporal, eritema, prurito, con progreso rápidamente a anafilaxia fulminante acompañado de urticaria confluyente, edema laríngeo, broncoespasmo, síntomas gastrointestinales, e inclusive colapso vascular. Un número reducido de pacientes, presenta estos síntomas solamente cuando realizaron ejercicio dos horas antes o después de haber ingerido determinado alimento. No presentan los síntomas sólo con el ejercicio, o sólo con la ingesta de un alimento, sino con la combinación de ambos.

Los síntomas pueden ser intermitentes, y puede prevenirse evitando comer los alimentos en cuestión de 4 horas antes o después de realizar el ejercicio. Se sugiere en estos casos, que el paciente tenga a su alcance epinefrina para su administración subcutánea y realizar ejercicio en compañía de alguien. El mecanismo involucrado probable es por liberación masiva de mediadores químicos por las células cebadas exacerbado por el efecto catabólico.

Pueden existir otras manifestaciones clínicas, en las cuales existe controversia importante de si son en realidad secundarias a alergia alimentaria como: fiebre prolongada, síndrome nefrótico, alteraciones en la conducta, hiperactividad, convulsiones, cefalea, artralgias, artritis, vasculitis, fibromialgias,

plaquetopenia, enuresis, y constipación entre otras.

Otros síntomas que se pueden presentar son:

- Dolor abdominal.
- Diarrea.
- Dificultad para deglutir.
- Picazón de la boca, garganta, ojos, piel.
- Desmayo.
- Congestión nasal.
- Rinorrea.
- Angioedema especialmente de párpados, cara labios lengua.

Diagnóstico.

Existe una gama de técnicas in Vitro e in vivo, pero que van de la mano de una historia clínica, que puede ayudar a confirmar los resultados de los exámenes.

Prueba de reto oral doble ciego controlado: consiste en determinar con exactitud la alimentación cotidiana del individuo con sospecha de reacción alimentaria, en forma posterior se elimina de la dieta y se reintroduce, tratando de determinar con exactitud las manifestaciones clínicas que se presenten.

La prueba de oro para el diagnóstico de alergia alimentaria es la eliminación y reto doble ciego con placebo, sin embargo, esta condición no siempre es fácil de realizar, por lo que se sugiere lo

siguiente en lactantes con sospecha de la enfermedad.

No introducir ningún alimento sólido. Seno materno exclusivo, sugiriendo a la mamá disminuir durante este periodo la ingesta de alimentos altamente alergénicos.

En caso de no ser posible la alimentación al seno materno se sugiere el uso de formulas altamente hidrolizadas. Con esto existe remisión de los síntomas en dos semanas, y reaparición de los síntomas al retar con el alimento en cuestión.

Se repite el procedimiento para la confirmación

Nunca trate de causar una reacción deliberadamente o reintroducir un alimento por cuenta propia. Estas pruebas sólo se deben llevar a cabo bajo la dirección de un médico, especialmente si la reacción inicial fue grave.

Referencias.

Alergia Alimentaria.

http://www.ferato.com/wiki/index.php/Alergia_alimentaria

Accedido en 5 de Noviembre de 2010

Síndrome de Alergia Oral.

<http://www.medgle.es/rw/diagnoses/s%E2%80%90Sndrome+de+alergia+oral>

Accedido en 5 de Noviembre de 2010

Síndrome de Alergia Oral.

<http://www.webmd.com/allergies/tc/food-allergies-cause>

Accedido en 12 de Noviembre de 2010

Infecciones Gastrointestinales.

http://www.medicinenet.com/intestinal_gases_belching_bloating_flatulence/page2.htm

Accedido en 12 de Noviembre de 2010.