

XXVII REUNIÓN SEUP

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA | 18 AL 20 DE MAYO DE 2023



SEUP

SOCIETAT ESPANOLA DE
GASTROENTEROLOGIA Y
NUTRICION PEDIATRICAS

Enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES). Patología a tener en cuenta en Urgencias

Moderadora:

Mercedes de la Torre Espí.

H.I.U. Niño Jesús. Madrid.

Ponente:

Luis Peña Quintana.

C.H.U. Insular Materno-Infantil de Canarias.

Las Palmas de Gran Canaria.

Nutribén™

Capas de leche en alimentación infantil

CASO CLÍNICO

- **Lactante de 10 meses de edad, con lactancia materna y alimentación complementaria desde el 6º mes de vida. Tomó 2 biberones de fórmula de inicio en el primer día de vida.**
- **A los 9 meses inicia yogur presentando a las 2 horas y media vómitos y posteriormente diarreas.**
- **El lactante se queda letárgico e hipotenso por lo que acuden a Urgencias.**

CASO CLÍNICO

- **A su ingreso en Urgencias se encuentra pálido e hipotenso, por lo que se canaliza vía iv y se expande con suero fisiológico, mejorando a las pocas horas.**
- **En analítica se detecta leucocitosis con desviación a la izquierda y acidosis metabólica.**
- **Se toman hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico, que se suspende a las 48 horas ante su negatividad, por lo que es dado de alta.**

CASO CLÍNICO

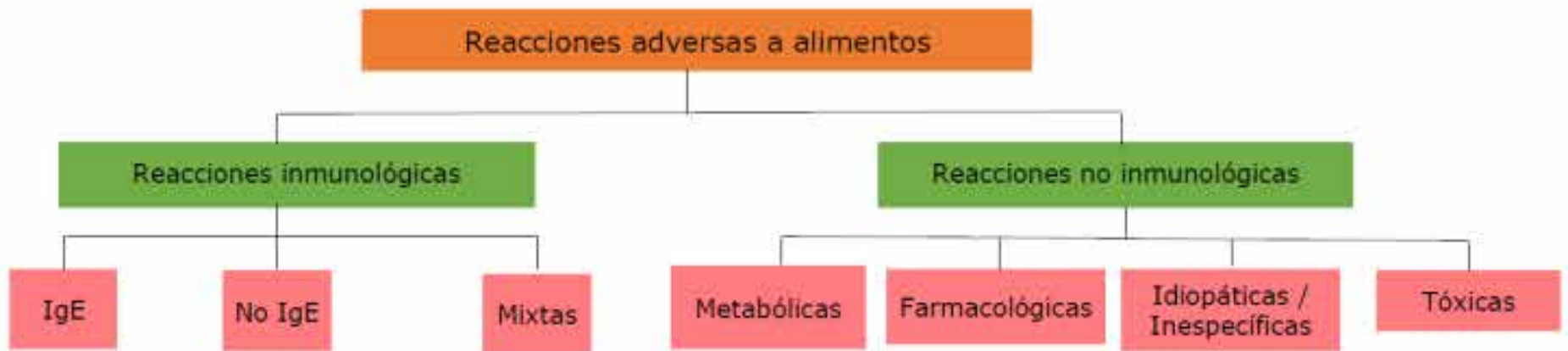
- **A los 11 meses introduce de nuevo yogur presentando un cuadro similar, acudiendo de nuevo a Urgencias.**
- **El PRICK test y las IgE a leche de vaca y fracciones fueron negativas.**

CASO CLÍNICO

- **¿ Qué cuadro clínico le sugiere que tenga este niño?**
 1. Alergia alimentaria mediada por IgE
 2. Proctocolitis alérgica
 3. Enteropatía alérgica
 4. Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIEs agudo)

CASO CLÍNICO

- ¿ Qué cuadro clínico le sugiere que tenga este niño?
 1. Alergia alimentaria mediada por IgE
 2. Proctocolitis alérgica
 3. Enteropatía alérgica
 - 4. Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIEs agudo)**



HIPERSENSIBILIDAD ALIMENTARIA

Alergia IgE-mediada



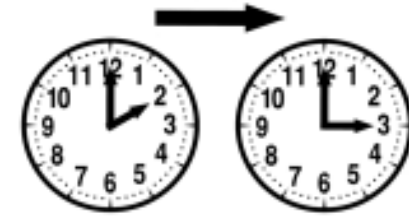
Cuadro clínico más reconocible
Relación ingesta alimentaria inmediata (<1 hora)
Test diagnósticos de sensibilización
IgE específica sérica (CAP/RAST,...)
Test cutáneos (PRICK)

Habones
Edemas
Enrojecimiento
Vómitos



Dificultad respiratoria
Alteración conciencia
Hipotensión





Alergia No IgE-mediada

Relación con ingesta alimentaria tardía (> 1-4 horas o días) o crónica

Mecanismos inmunológicos no siempre precisos o mixtos

Variabilidad inter-individual

Predominan manifestaciones gastrointestinales (AGI)

> Proteínas alto peso molecular

> Riesgo alergia otras proteínas alto peso molecular

Test diagnósticos validados no disponibles (PATCH test)

Descripción por síndromes clínicos



Proctocolitis alérgica (PA) inducida por proteínas alimentarias

Enteropatía alérgica (EA) inducida por proteínas alimentarias

Síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias (FPIES)

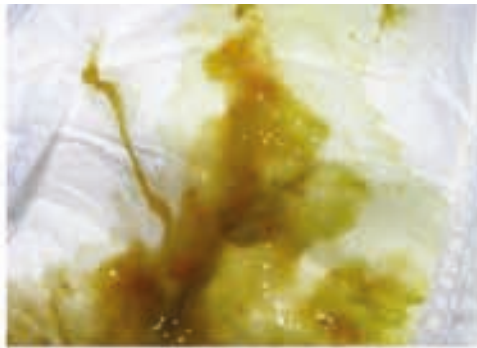
Proctocolitis alérgica (PA) inducida por proteínas alimentarias

Suele ser con **lactancia materna exclusiva (60%)**



Leche de vaca
Soja
Huevo
Maíz

< 3 meses edad



AGI > frecuente
> benigna
Inflamación eosinofílica distal

Heces con sangre y moco
Conformadas o no
No otros síntomas
Buen estado general y nutricional



Ocasional: Irritabilidad, diarrea, dolor defecación, vómitos intermitentes
Casos graves: anemia y/o hipoalbuminemia

Enteropatía alérgica (EA) inducida por proteínas alimentarias

- Síndrome de Malabsorción
- Vómitos
- Diarrea crónica
- Malnutrición
- Distensión abdominal
- Sangre en heces
- Íleo paralítico
- Edemas

< Prevalencia

Leche vaca
Soja
Huevo
Trigo



Anatomía patológica

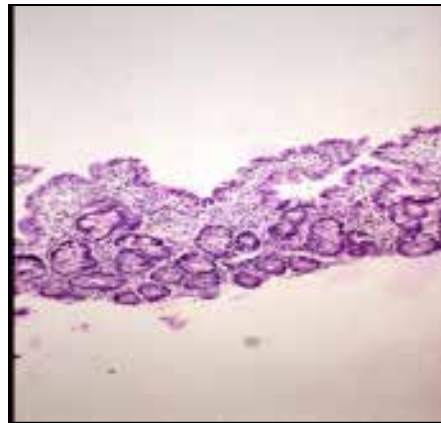


Lesión mucosa intestinal:

- Parcheada
- Normal o atrofia en diferentes grados
- Inflamación intraepitelial y microvilli

Lesión colon y recto:

- Cambios inflamatorios



CASO CLÍNICO

Lactante de sexo masculino de 47 días de vida que acude a Urgencias por presentar 24 horas previas empeoramiento de un cuadro consistente en vómitos (7), deposiciones diarreicas (>7) con mucosidad e irritabilidad. Realiza lactancia artificial desde el nacimiento

Antecedentes: Embarazo y parto sin incidencias con antropometría normal [peso: 3570 g (p67, 0.45 DE), talla: 51 cm (p72, 0.59 DE), PC: 36 cm (p88, 1.21 DE) (OMS)].

A los 29 días de vida presentó cuadro de diarreas, vómitos, fiebre, irritabilidad y rechazo parcial de la ingesta que precisó ingreso hospitalario, siendo dado de alta con el diagnóstico de gastroenteritis aguda y manteniéndose fórmula de inicio. Desde este ingreso ha continuado con deposiciones diarreicas

CASO CLÍNICO

Exploración: Regular estado general, hipoactivo, hipotónico, pálido, mucosas con escasa saliva. Piel seca con descamación, costra láctea en cuero cabelludo, turgencia cutánea disminuida, nulo panículo adiposo. Taquipneico. Abdomen globuloso. Fontanela 2x2 cm hundida.

Antropometría: [Peso: 3.6 Kg (p1, -2.28 DE); talla 55 cm (p28, -0.56 DE), relación peso/longitud-talla: 0,07 (<p1, -3 z-score) (OMS)], temperatura: 36.7°C; frecuencia cardíaca: 155 lpm; frecuencia respiratoria: 70 rpm, SatO₂: 99%; tensión arterial: 90/47 mmHg, glucemia: 88 mg/dl; cetonemia: 0.4 mmol/L.

Exploraciones complementarias: Leucocitosis con desviación a la izquierda, eosinofilia, trombocitosis, acidosis metabólica y metahemoglobinemia. Bioquímica con glucemia, función renal, lactato, iones y reactantes de fase aguda normales

CASO CLÍNICO

- Precisa expansión de volumen con SSF, seguido de sueroterapia y antibioterapia empírica con ampicilina y cefotaxima.
- Tras 48 horas de dieta absoluta, desaparecen las diarreas, iniciándose fórmula de inicio en la que reaparecen, por lo que se sustituye por dieta elemental.
- **Exámenes complementarios:** Estudio metabólico, inmunoglobulinas, IgE total, IgE ALA, BLG, caseína, TIR, coprocultivo, ecografía abdominal normales.

CASO CLÍNICO

Evolución

- Mejoría progresiva del cuadro tras iniciar la dieta elemental, remitiendo las diarreas, así como la letargia y la palidez cutánea, con ganancia ponderal y normalización de sus alteraciones analíticas, por lo que fue dado de alta.
- En domicilio desarrolló cuadro agudo de vómitos y diarreas tras transgresión dietética con PLV.
- En la actualidad el paciente, con dos años y medio, ha logrado buena tolerancia tras la introducción de otros alimentos, con ganancia pondo-estatural y desarrollo psicomotor adecuados.

CASO CLÍNICO

- **¿ Qué cuadro clínico le sugiere que tenga este niño?**
 1. Alergia alimentaria mediada por IgE
 2. Proctocolitis alérgica
 3. Enteropatía alérgica
 4. Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIEs crónico)

CASO CLÍNICO

- ¿ Qué cuadro clínico le sugiere que tenga este niño?
 1. Alergia alimentaria mediada por IgE
 2. Proctocolitis alérgica
 3. Enteropatía alérgica
 - 4. Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIEs crónico)**

SÍNDROME DE ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARIAS (FPIES) (SEIPA)

AGI más grave

J ALLERGY CLIN IMMUNOL
JANUARY 2019

- ❖ Descrito en 1940 (Rubin MI¹)
- ❖ Prevalencia: 0.35%² En aumento
- ❖ Incidencia anual Australia³: 15.4/100.000 (< 2 años) (2012-2014)
- ❖ Estudio PREVALE⁴ (Leganés-España) (2015-2016) (cohorte 1.142 RN seguidos hasta los 12 meses): 8 pacientes; incidencia: 0.7%
- ❖ Subdiagnosticada
- ❖ Todas edades
- ❖ > Lactantes (< 6 meses)-preescolares

Food protein-induced enterocolitis syndrome: Increased prevalence of this great unknown—results of the PREVALE study



*Sara Bellón Alonso,
Jorge García Ezquiaga,
Patricia Torija Berzal,
Sara Díaz Tardón,
María Muñoz San José,
Patricia Alonso López,
Teresa Bracamonte Bermejo,
Sergio Quevedo Teruel, MD,
Luis Ángel Echeverría Zudaire,*

1. Rubin MI. *Med Sci.* 1940;200:385–390
2. Katz Y et al. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;127:647–653
3. Mehr S et al. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;140:1323-30
4. Bellón Alonso S et al. *J Allergy Clin Immunol.* 2019;143:430-433

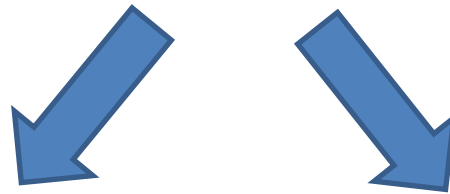
Position paper

International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein–induced enterocolitis syndrome: Executive summary—Workgroup Report of the Adverse Reactions to Foods Committee, American Academy of Allergy, Asthma & Immunology



Anna Nowak-Węgrzyn, MD, Mirna Chehade, MD, Marion E. Groetch, MS, RDN, Jonathan M. Spergel, MD, PhD, Robert A. Wood, MD, Katrina Allen, MD, PhD, Dan Atkins, MD, Sami Bahna, MD, PhD, Ashis V. Barad, MD, Cecilia Berin, PhD, Terri Brown Whitehorn, MD, A. Wesley Burks, MD, Jean-Christoph Caubet, MD, Antonella Cianferoni, MD, PhD, Marisa Conte, MLIS, Carla Davis, MD, Alessandro Fiocchi, MD, Kate Grimshaw, PhD, RD, RNutr, Ruchi Gupta, MD, Brittany Hofmeister, RD, J. B. Hwang, MD, Yitzhak Katz, MD, George N. Konstantinou, MD, PhD, MSc, Stephanie A. Leonard, MD, Jennifer Lightdale, MD, Sean McGhee, MD, Sami Mehr, MD, FRACP, Stefano Miceli Sopo, MD, Giovanni Monti, MD, PhD, Antonella Muraro, MD, PhD,

SÍNDROME DE ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARIAS (FPIES)



AGUDO

CRÓNICO

FPIES AGUDO

MÁS FRECUENTE

- ❖ Vómitos repetidos 1-4 horas tras ingesta
- ❖ No síntomas alergia IgE-mediada
- ❖ Letargia y palidez
- ❖ 24 horas (5-10 horas) posteriores → diarrea acuosa, ocasionalmente con sangre, mucosidad.
- ❖ Casos graves: Deshidratación, hipotonía, acidosis metabólica, hipotensión, shock

Similar sepsis

Resolución síntomas:
24 h eliminación (4-12 horas)

Ocurre con ingestas intermitentes
o tras un periodo de evitación del alimento

Normalidad clínica entre los episodios

FPIES CRÓNICO

Peor caracterizado

Presentación inespecífica y heterogénea

Cuadro insidioso
> progresivamente tras contacto alérgeno causante



PLV, soja
< 4 meses



- Vómitos intermitentes
- Diarrea crónica
- Retraso ponderal y/o estatural
- Palidez
- Casos severos: deshidratación con hipotensión y shock

Los síntomas pueden no correlacionarse con la ingesta

Tras exclusión alimento desencadenante
si reintroducción



FPIES agudo

SÍNDROME DE ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARIAS (FPIES)

ATÍPICO

Desarrollo de sensibilización y positivización
IgE específica y/o prick test alimentos

ADULTO

Prevalencia desconocida
FPIES agudo: pescado y marisco
FPIES crónico: LV y huevo

DESENCADENANTES

Variable según geografía y hábitos alimentarios



Raro lactancia materna (< 5%)



Leche de vaca



Soja



Cereales (arroz, avena, cebada , maíz, trigo)



Huevo



Pescado
(España)

Raro: Papas, carne, pollo, setas, frutas, vegetales, legumbres, mariscos



Único alimento: 65-80%
> 3 alimentos: 5-10% (cereales, soja)

Distribution of offending food for FPIES in different countries

Year	Country	Total no of cases	Cow milk	Soy	Grains	Fish	Poultry	Vegetables	Fruits	Other	Comment
1998	USA	16	11	11	0	0	1				7 patients to both
2003	USA	14	5	8	9 O, 10 R, 2 B	0	1			3	11 (78%) > 1 food 9 (64%) also soy + CM
2003	Israel	6	3	2	0	0	4			2	
2005	Spain	14				14					1 patient with IgE
2009	Korea	23	11	12	1 R	1	0			1	
2009	Australia	31	7	10	14 R, 1 O	1	1			1	36% avec R-FPIES reaction to other foods
2011	Israel	44	44								
2012	Italy	66	44	3	3 R 1 C	8	2			5	56 (85%) react to only 1 food
2013	USA	462	309	189	88 R, 74 O, 46 W, 18 B, 37 C	4	21	50	45	81	70% react to 1–2 foods
2013	Australia	4			Egg	None					

Abbreviations: B, barley; C, corn; CM, cow milk; FPIES, food protein-induced enterocolitis syndrome; O, oat; R, rice; W, wheat.

Food Protein-induced Enterocolitis Syndrome: Data From a Multicenter Retrospective Study in Spain

**Juan J. Díaz, †Beatriz Espín, ‡Oscar Segarra, §Gloria Domínguez-Ortega, ¶Javier Blasco-Alonso, ||Beatriz Cano, **Ana Rayo, and ††Ana Moreno, on behalf of the Gastrointestinal Allergy Working Group of the Spanish Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (SEGHP)*

TABLE 2. Clinical Presentation and Acute Management of Food Protein-induced Enterocolitis Syndrome Reactions Among 120 Patients in Spain in 2017

	Acute FPIES N = 111	Chronic FPIES N = 9
Age at diagnosis (months) mean (SE)	15 (1.7)	19 (9.4)
Symptoms		
Vomiting	111 (100%)	9 (100%)
Pallor	99 (89.2%)	6 (66%)
Lethargy	98 (88.3%)	5 (55%)
Diarrhea	60 (54.1%)	7 (78%)
Hypotension	22 (19.8%)	1 (11%)
Hypothermia	7 (6.3%)	—
Abdominal distention	10 (9%)	3 (33%)
Dehydration	35 (31.5%)	4 (44%)
Blood in stools	11 (9.9%)	4 (44%)
Acute treatment		
IV fluids	51 (45.9%)	5 (55.6%)
Antibiotics	6 (5.4%)	1 (11.1%)
Ondansetron	40 (36%)	1 (11.1%)
Ranitidine	12 (10.8%)	1 (11.1%)
Steroids	5 (4.5%)	1 (11.1%)
Antihistamines	5 (4.5%)	—
Epinephrine	6 (5.4%)	—
ORS	7 (6.3%)	—

Characteristic	Overall N (%)
Number of cases (male/female)	120 (64/56)
Median age (IQR)	11.2 months (9.3)
Severity	
Mild	48 (40%)
Moderate	44 (36.7%)
Severe	28 (23.3%)
Food involved	
Cow's milk	44 (36.7%)
Fish	39 (32.5%)
Hen's egg	13 (10.8%)
Rice	12 (10%)
Lentils	3 (2.5%)
Squid	2 (1.7%)
Poultry	2 (1.7%)
Soy	1 (0.8%)
Potato	1 (0.8%)
Beef	1 (0.8%)
Gluten cereals	1 (0.8%)
Banana	1 (0.8%)
Number of foods involved	
One	101 (84.2%)
More than 1	19 (15.8%)



ORIGINAL

Nuestra experiencia en enterocolitis inducida por proteínas de la dieta en la consulta de alergología pediátrica ☆



Rasha Isabel Pérez Ajami^{a,*}, Silvia Karina Carrión Sari^b, Yolanda Aliaga Mazas^a, Javier Boné Calvo^a y María Isabel Guallar Abadía^a

Tabla 1 Alimentos que produjeron síntomas de FPIES en nuestra muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Pescado blanco	56	41,4
Leche	34	25,1
Huevo	21	15,5
Pescado azul	7	5,1
Lentejas	6	4,5
Pollo	5	3,7
Arroz	2	1,4
Avena	2	1,4
Plátano	2	1,4
Garbanzos	2	1,4
Marisco	1	0,7
Melón	1	0,7
Pera	1	0,7
Carne de vaca	1	0,7
Maíz	1	0,7
Gluten	1	0,7

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, realizado mediante revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados con FPIES en la Unidad de Alergología Pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet desde 2007 a 2017.

Resultados: Desde enero de 2007 hasta diciembre de 2017 fueron diagnosticados 135 pacientes: 45% hombres y 55% mujeres. La edad media al diagnóstico fue de $11 \pm 1,5$ meses y la edad media de superación 2 años y 6 meses $\pm 2,5$ años ($n = 83$). Un 31,9% presentó antecedentes personales de atopia. Los principales alimentos desencadenantes fueron: pescado blanco (41,4%), leche de vaca (25,1%) y huevo (15,5%). Un 4,4% presentó conversión a alergia IgE mediada.

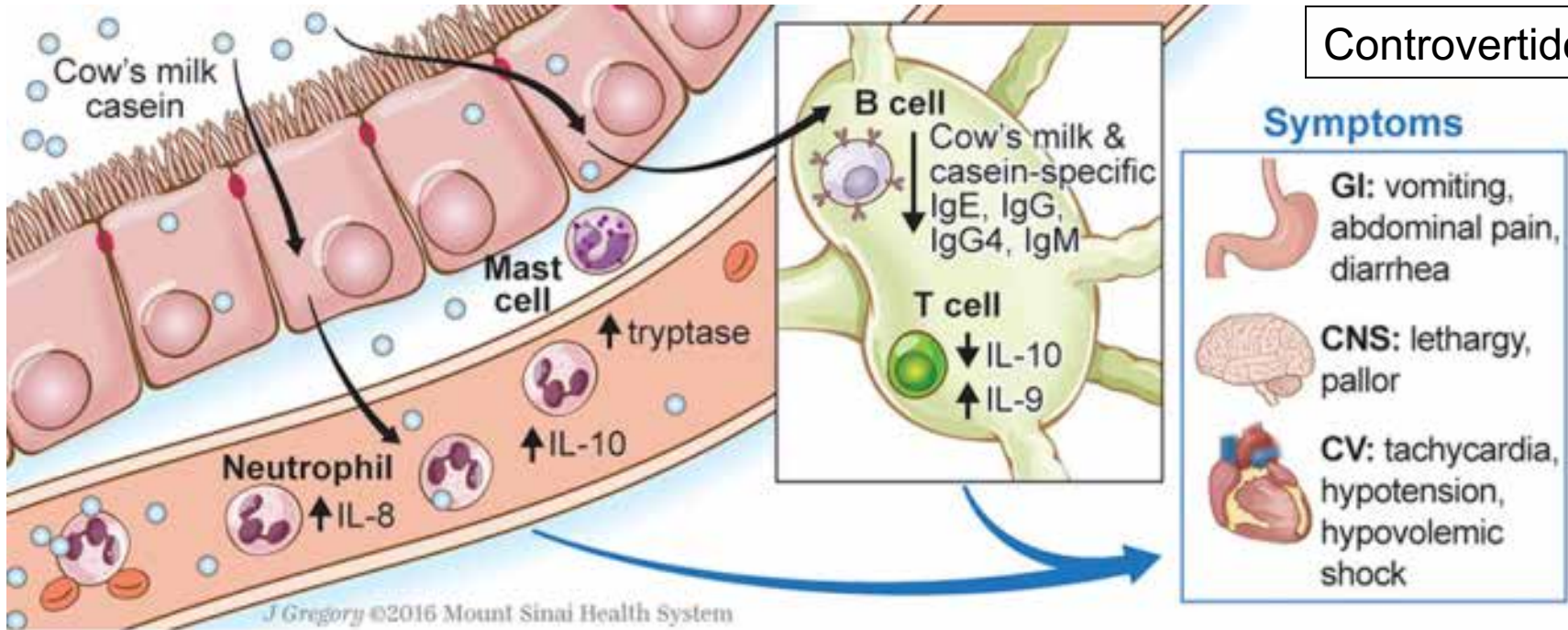
El 81,5% de los casos presentó vómitos, con una media de $1,75 \pm 1,1$ horas de latencia; diarreas en un 41,5%, con una media de $7,86 \pm 15,16$ horas de latencia; decaimiento en el 30,4% con una media de $3,81 \pm 11,57$ horas de latencia.

Discusión: En nuestra serie el desencadenante más frecuente fue el pescado. Se manifestó principalmente por vómitos tardíos, y alcanzó una tolerancia en su mayoría hacia los 2 años 6 meses.

FISIOPATOLOGÍA

No bien definido

Controvertido



- Proteínas alimentarias → Activación linfocitos T → citoquinas proinflamatorias →
→ permeabilidad intestinal → paso fluidos luz intestinal
- Neutrófilos y mastocitos (> IL-8 y triptasa)
- Inflamación inespecífica

ASOCIACIÓN FPIES

Dermatitis atópica (57%)



- No factores riesgo pre o postnatal conocidos
- No asociación antecedentes familiares FPIES

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

No existen biomarcadores diagnósticos específicos

No necesario exploraciones complementarias

- ❖ Heces: leucocitos, sangre, eosinófilos
- ❖ IgE y prick al alimento suelen ser negativas

Leucocitosis (desviación izquierda)

Eosinofilia

Trombocitosis

Acidosis metabólica

Metahemoglobinemia

> PCR

Anemia

Hipoalbuminemia

Hipoproteïnemia

**FPIES
crónico**

Position paper

International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein–induced enterocolitis syndrome: Executive summary—Workgroup Report of the Adverse Reactions to Foods Committee, American Academy of Allergy, Asthma & Immunology



Anna Nowak-Węgrzyn, MD, Mirna Chehade, MD, Marion E. Groetch, MS, RDN, Jonathan M. Spergel, MD, PhD, Robert A. Wood, MD, Katrina Allen, MD, PhD, Dan Atkins, MD, Sami Bahna, MD, PhD, Ashis V. Barad, MD, Cecilia Berin, PhD, Terri Brown Whitehorn, MD, A. Wesley Burks, MD, Jean-Christoph Caubet, MD, Antonella Cianferoni, MD, PhD, Marisa Conte, MLIS, Carla Davis, MD, Alessandro Fiocchi, MD, Kate Grimshaw, PhD, RD, RNutr, Ruchi Gupta, MD, Brittany Hofmeister, RD, J. B. Hwang, MD, Yitzhak Katz, MD, George N. Konstantinou, MD, PhD, MSc, Stephanie A. Leonard, MD, Jennifer Lightdale, MD, Sean McGhee, MD, Sami Mehr, MD, FRACP, Stefano Miceli Sopo, MD, Giovanni Monti, MD, PhD, Antonella Muraro, MD, PhD,

SÍNDROME DE ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARIAS (FPIES)

APLV no mediada por IgE. FPIES.
Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada 2019.

ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA NO MEDIADA POR IGE. SÍNDROME DE ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARIAS (FPIES)

ATENCIÓN PRIMARIA:

Elba Adrada Trujillo, Julia Álvarez Gómez, M^a Laura Casado Sánchez, María Ángeles de Pando Bravo, Basilia Pérez López.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

Josefa Barrio Torres, Iván Carabaño Aguado, Miguel Ángel Carro Rodríguez, Raquel Checa Rodríguez, María Luz Cilleruelo Pascual, Sonia Fernández Fernández, María Rosa del Fresno Valencia, Jenny Gómez Salazar, Luís Grande Herrero, Carolina Gutiérrez Junquera, Myriam Herrero Álvarez, Encarna Lancho Monreal, Carmen Miranda Cid, Cristina Pérez Fernández, Ana Isabel Rayo Fernández, Gloria Rodrigo García, Enriqueta Román Riechmann, Ana Isabel Ruiz Díaz, Enrique Salcedo Lobato, Rafael Sánchez-Nebreda Arias, Pedro Urruzuno Tellería, Germán Valero Pérez.



SPANISH ASSOCIATION OF PAEDIATRICS

Non-IgE-mediated cow's milk allergy: Consensus document of the Spanish Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (SEGHN), the Spanish Association of Paediatric Primary Care (AEPAP), the Spanish Society of Extra-hospital Paediatrics and Primary Health Care (SEPEAP), and the Spanish Society of Paediatric Clinical Immunology, Allergy, and Asthma (SEICAP)^{☆,☆☆}



Beatriz Espín Jaime^{a,*}, Juan J. Díaz Martín^b, Luis Carlos Blesa Baviera^c,
Ángela Claver Monzón^d, Anselmo Hernández Hernández^e,
José Ignacio García Burriel^f, María José García Mérida^g, Celia Pinto Fernández^h,
Cristóbal Coronel Rodríguezⁱ, Enriqueta Román Riechmann^j, Carmen Ribes Koninckx^k

CRITERIOS CLÍNICOS DIAGNÓSTICOS FPIES AGUDO

Criterio mayor

Vómitos repetidos 1- 4h siguientes ingesta alimento sospechoso sin clínica cutánea ni respiratoria (que haga pensar anafilaxia)

**Diagnóstico:
1 criterio mayor y ≥ 3 menores**

Criterios menores

- 2 o más episodios vómitos recurrentes tras ingerir el mismo alimento
- Vómitos 1-4h siguientes a la ingesta de otro alimento diferente al sospechoso
- Letargia extrema con las reacciones sospechosas
- Palidez marcada con las reacciones sospechosas
- Necesidad acudir urgencias con las reacciones sospechosas
- Necesidad soporte líquidos intravenosos con las reacciones sospechosas
- Diarrea en las siguientes 24h ingesta alimento sospechoso (5-10 h siguientes)
- Hipotensión
- Hipotermia

CRITERIOS CLÍNICOS DIAGNÓSTICOS FPIES CRÓNICO

Requiere alto nivel de sospecha

Criterio más importante

Resolución síntomas en días (3-10), tras eliminación alimento sospechoso y recurrencia aguda de los síntomas cuando se introduce

Presentación leve

Tras ingesta pequeña cantidad del alimento:
Vómitos intermitentes y/o diarrea crónica, estancamiento ponderoestatural sin deshidratación ni acidosis metabólica

Presentación grave

Tras ingesta alimento sospechoso de forma regular:
Vómitos intermitentes y progresivos, diarrea crónica (puede con sangre) y a veces deshidratación y acidosis metabólica

PRUEBA DE PROVOCACIÓN CONTROLADA

Gold standard

**NO SI CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
O REACCIÓN GRAVE**

- En medio hospitalario
- Duda diagnóstica
- Alimento desencadenante no identificado
- Historia clínica no concluyente
- Persistencia de la clínica al retirar el alimento de sospecha

TRATAMIENTO

- Exclusión alimento causante
- Mantener alimentos con trazas si los tolera
- Tratar las reacciones tras la ingesta
- Programar introducción nuevos alimentos

LV:

- Leves: Fórmulas extensamente hidrolizadas
- Graves: Dieta elemental

Tolerancia al menos 12 -18 meses tras cuadro

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

LEVE (1-2 vómitos sin síntomas)

- Rehidratación oral (LM o suero oral)
- Valorar Ondansetrón IM en $\geq 6m$ (0.15 mg/kg/dosis; máximo 16 mg/dosis)

MODERADO (≥ 3 vómitos + letargia)

- Valorar Ondansetrón IM en $\geq 6m$
- Valorar vía periférica e iniciar sueroterapia con SSF 20 ml/kg en bolo (repetir las veces que fueran necesarias)

GRAVE (≥ 3 vómitos + letargia grave, hipotonía o cianosis)

- Vía periférica y bolo SSF 20 ml/kg (repetir las veces que fueran necesarias)
- Valorar Ondansetrón IV en $\geq 6m$ (0.15 mg/kg/dosis; máximo 16 mg/dosis)
- Valorar Metilprednisolona 1mg/kg (máximo 80mg)
- Adrenalina no indicada. Sólo si alergia IgE-mediada
- Corregir acidosis y alteraciones electrolitos y metahemoglobinemia (si presente)
- Monitorización continua signos vitales

Observación mínima 4 - 6 horas

Reposo digestivo 6 ó más horas

PRUEBA DE PROVOCACIÓN CONTROLADA

- ❖ Medio hospitalario
- ❖ 12-18 meses de la última reacción
- ❖ Aconsejable realizar IgE y/o prick test previo provocación (riesgo síntomas IgE-mediados inmediatos)

- Dosis: 0,15-0,3 g/kg (máximo 10 g) repartida en tres tomas separadas por intervalos de 30-45 minutos
- Acceso venoso previo
- Observación posterior (4 - 6 horas)
- Si prick test y/o IgE específica positiva: introducción más gradual
- Se puede repetir cada 12-18 meses y en casos graves 24 meses

Dosis no bien establecidas

PROVOCACIÓN POSITIVA: 1 criterio mayor y ≥ 2 menores

-**Criterio mayor:** Vómitos 1-4 h siguientes ingesta alimento sospechoso, sin sintomatología cutánea ni respiratoria

-**Criterios menores:** Diarrea (5-10 h), palidez, letargia, hipotensión, hipotermia, ≥ 1500 neutrófilos sobre la cifra basal

PRONÓSTICO

- Buen pronóstico
- Resolución varía según alimento y región geográfica
- Tolerancia más precoz: leche de vaca (1-2 años), arroz (3 años), soja
- Tolerancia tardía: pescado, huevo (5 años)
- Peor pronóstico:
 - Presencia de IgE específica al alimento desencadenante
 - Mayor edad al diagnóstico

Anexo 9: Hoja de información sobre pacientes con enterocolitis mediada por proteínas de la dieta (FPIES)

.....está diagnosticado/a de Síndrome de Enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (Food Protein-Induced Enterocolitis, FPIES).

¿Qué es?

Se trata de una alergia alimentaria no mediada por IgE. Aunque existen formas de presentación leves, se considera que el cuadro clínico puede ser potencialmente grave. Se caracteriza por la aparición de vómitos repetidos que comienzan aproximadamente entre 1 y 4 horas después de la ingesta del alimento implicado. A menudo asocian palidez y decaimiento, y pueden acompañarse de diarrea (en ocasiones sanguinolenta). En las formas más graves puede existir letargia, deshidratación, hipotensión e incluso shock.

¿Cuál es su manejo?

En caso de ingesta accidental del alimento implicado en el síndrome de enterocolitis, el paciente deberá **acudir inmediatamente al servicio de urgencias pediátricas** más cercano, aunque no haya presentado sintomatología.

- Se mantendrá al paciente adecuadamente monitorizado en observación permaneciendo en reposo digestivo al menos durante 6 horas
- Se canalizará vía venosa periférica incluso aunque no haya aparecido clínica.
- Si el paciente presenta hipotensión, la prioridad será la administración de restablecer la estabilidad hemodinámica a través de la infusión de bolos de líquidos isotónicos (10-20 ml/kg de SSF) repitiendo la expansión tantas veces como sea necesario.
- Se administrará ondansetrón intravenoso (15mg/kg/dosis) en 10-15 minutos no solo en los pacientes que presentan vómitos incoercibles, sino también con otro tipo de síntomas como puede ser la letargia/somnolencia.
- En casos graves, se podrá considerar tratamiento antiinflamatorio coadyuvante con metilprednisolona intravenosa (1mg/kg, máximo 60-80mg/dosis)
- El tratamiento con adrenalina se efectuará, si fuera necesario, en los casos atípicos de FPIES en los que aparezcan manifestaciones clínicas propias de la alergia mediada por IgE.

Muchas gracias

