

Alergia a la Leche de Vaca

(Cuadro de Asma Bronquial Severa)

Jorge M. Monge Fallas*

La historia de la alergia a la leche de vaca, sigue muy paralela al desarrollo de la alimentación artificial de los niños lactantes con fórmulas a base de leche de vaca. En las épocas en que no existía un sustituto adecuado para la leche materna que estuviera fácilmente disponible y antes de la época en que se pusieron en práctica los métodos de preservación, esterilización y procesamiento industrial de la leche siguiendo todos los cuidados sanitarios requeridos de los niños a los que se les quitaba el seno materno por alguna razón justificada eran muy pocos los que sobrevivían. Uno de los más grandes avances de la pediatría de fines del siglo XIX, y de los primeros lustros del siglo XX, fue la aplicación y divulgación de los nuevos procedimientos de alimentación infantil recientemente descubiertos y los principios bacteriológicos que debían aplicarse en las técnicas de alimentación infantil. La conjunción de tres líneas de investigación como fueron: la perfección en encontrar sustitutos para la leche materna, la producción en masa de productos lácteos perfectamente seguros y el reconocimiento de las reacciones alérgicas en los seres humanos, resultan en la aparición de una nueva entidad clínica: la alergia a la leche de vaca, un desorden o enfermedad típica del siglo XX. Indudablemente, en todas las épocas deben haber existido personas raras o peculiares que fueron intolerantes o alérgicas a la leche de vaca, pero sus reacciones peculiares no fueron debidamente reportadas en la literatura médica. Pero no ha sido hasta años relativamente recientes, en que un número cada vez mayor de personas consumen una cantidad suficiente de leche de vaca, incluyendo en ellos a los niños lactantes, que se ha producido la oportunidad del contacto necesario para producir alergia a este alimento, en un número ya reconocible de individuos. Esta es una situación similar o comparable con el reconocimiento de alergia, a drogas recientemente introducidas en la terapéutica médica en

donde usualmente hay un período de varios meses o de años, antes de que comiencen a aparecer en la literatura médica casos de hipersensibilidad a esa o a esas drogas. En las épocas en que la gran mayoría de los lactantes eran alimentados al seno materno, eran tan pocos los niños que recibían algún tipo de sustituto a la leche materna y otra serie de riesgos a los que estaban expuestos los lactantes que eran alimentados por nodrizas, que en este grupo de niños que recibían un alimento que no era el materno, cualquier tipo de problema que aparecía se le atribuía a la alimentación artificial o que el niño estaba recibiendo y no a un problema alérgico. En contraposición con lo que sucedía aún a principios del siglo XX, en nuestros días la práctica pediátrica diaria de alimentación infantil, descansa en gran parte en fórmulas a base de leche de vaca, como un alimento fundamental. En los países anglosajones, la alimentación exclusiva al seno materno (fenómeno bien conocido), ha sido disminuido año con año como práctica de alimentación de los lactantes. En dos encuestas que se hicieron en maternidades de hospitales de los Estados Unidos-encuestas que se hicieron en más de 1.000 hospitales, dieron los siguientes resultados: La encuesta realizada en 1946 y 1947, reportó cifras de un 38% de madres alimentando a sus niños al seno materno. La encuesta realizada en 1956, en 1904 hospitales de Estados Unidos., mostró que únicamente el 21% de los recién nacidos eran alimentados exclusivamente al pecho materno, lo cual señalaba una marcada disminución en la práctica de alimentar al recién nacido con su alimento natural. El porcentaje de madres americanas que hoy día amamantan a sus hijos es aún mucho más bajo y fluctúa entre un 10 y un 15%.

HISTORIA:

Es sumamente difícil determinar con seguridad, a que autor se le debe dar el crédito de haber hecho la primera descripción clara de "sensibilidad de la leche de vaca". Sin embargo parece que fue Hamburger en 1901, quien por primera vez describió una reacción que semejava

Médico asistente del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Saénz Herrem.

a la anafilaxis animal. Después de él Schlossmann y Moro describieron el reconocimiento de la especificidad de la lactoalbúmina en la leche de vaca y en la leche humana por los tests de precipitinas. En años posteriores, Finkelstein describió reacciones de postración e incluso un shock anafiláctico y muerte en niños que eran alérgicos a la leche de vaca. En 1916, Talbot escribió un documentado artículo que tituló "Idiosincracia a la Leche de Vaca y su Relación con la Anafilaxia" y llamó la atención sobre este síndrome en la literatura americana. Y posteriormente siguieron apareciendo más reportes en la literatura inglesa, de los cuales, una maravillosa recopilación fue hecha en el *Journal of Diseases of Children* por la Dra. Susan C. Dees-M.D., en 1958.

SINTOMATOLOGIA:

Es bien conocido el fenómeno, que la mayoría de las alergias a los alimentos en niños, aparecen durante el primer año de la vida. Y en este período de la vida, los alimentos más incriminados son: la leche de vaca en primer lugar y seguida por el huevo total, la naranja, el tomate y el trigo. La mayoría de los artículos sobre la alergia a la leche de vaca en años recientes se refieren sobre todo a reacciones moderadas y leves, con discusión sobre los mecanismos de sensibilización, de la revisión de esos artículos se saca la conclusión de que la mayoría de todos los síntomas aparecen durante el primer año de la vida. Los síntomas que producen la alergia a la leche de vaca, pueden referirse a distintos aparatos y para efectos didácticos, los dividiremos en la siguiente forma:

Síntomas referidos al aparato digestivo: El niño rehusa a tomarse la leche. Escupe con frecuencia. Vómitos después de ingerir la leche. Signos obvios de dolor abdominal. Cólicos. Diarrea y a veces deposiciones sanguinolentas. Estreñimiento. Fracaso en aumentar de peso.

Síntomas referidos al aparato respiratorio: Excesivas mucosidades en nariz y garganta. Espasmo laríngeo y croup. Tos y ruidos torácicos audibles a distancia.

Síntomas referidos a la piel: Erupciones de varios tipos-especialmente exema y urticaria. Púrpura ha sido reportada rara vez.

Síntomas generales: Irritabilidad e inquietud. Apetito excesivo. Llanto persistente. Somnolencia e insomnio. Fiebre: muy pocas veces se ha podido achacar a alergia a la leche de vaca.

Revisando toda la gama de síntomas arriba

descritos, se concluye que prácticamente todos los síntomas del organismo humano pueden ser incriminados como órgano reactor y que además todos estos síntomas no son patognomónicos de alergia a la leche de vaca y que por lo tanto, este procedimiento puede confundirse fácilmente y de hecho se confunde con varias otras enfermedades. Con más frecuencia, los niños con alergia a la leche de vaca, es probable que presenten síntomas referidos al aparato digestivo, pero hay otras ocasiones no infrecuentes en que los síntomas principales son referidos al aparato respiratorio y los síntomas digestivos son mínimos y pasan desapercibidos. El objetivo del presente trabajo, es reportar sobre 32 niños que han presentado cuadros muy severos de asma bronquial, debidos a alergia a la leche de vaca. El total de estos niños han sido vistos y estudiados en el Hospital Nacional de Niños: Dr. Carlos Sáenz Herrera y han sido seguidos en la consulta de alergias durante mucho tiempo para asegurarnos del diagnóstico y evitar recaídas. A continuación se resúmen las historias clínicas de cuatro de estos pacientes para objetivizar mejor el problema:

CASO I:

NOMBRE: Ch. J. B. **EDAD:** 1 año. **RESIDENCIA:** San José Tibás Llorente. **EXPEDIENTE:** 10-99-19.

Historia del padecimiento:

Niño producto de parto prematuro de 8 meses, pesó al nacer 4 libras 2 onzas. Por ser prematuro fue dejado en la sala de prematuros del hospital por espacio de aproximadamente 11/2 mes. Por ese motivo no fue alimentado al seno materno. Cuando fue dado de alta del hospital, la madre notó que el niño pasaba todo el tiempo polipneico, y que tenía mucha obstrucción nasal y exceso de flemas tanto en la nariz como en la garganta, por este problema del exceso de mucosidades tenía gran dificultad para alimentarlo, ya que tenía mucha dificultad en deglutir y además vomitaba con facilidad. A los pocos días de estar en su casa, presentó diarrea que fue en aumento y a la edad de un mes 25 días es internado por espacio de 5 días. Los diagnósticos de salida de esta primera hospitalización fueron: diarrea enteral infecciosa con deshidratación del 50/o, y bronquitis sub aguda. En la radiografía de tórax que se le tomó durante esta primera hospitalización, demostró un infiltrado inflamatorio de tipo neumonítico en el lóbulo superior derecho. El niño vuelve a su casa siempre con el problema de gran obstrucción nasal y exceso de mucosidades en vías aéreas

superiores por lo que continuó constituyendo un gran problema el alimentarlo. En su casa seguía presentando ese tipo de molestias hasta la edad de 4 meses, en que comenzó a hacer progresivamente un cuadro de I.R. que fue en progresión por lo que se le interna por segunda vez con el diagnóstico de bronquiolitis y del padecimiento por los cuales estuvo hospitalizado durante 3 semanas. En la radiografía tomada durante esta hospitalización se encontró que persistía el infiltrado neumonítico del lóbulo superior derecho, que se había descrito en la primera hospitalización. Durante esta segunda hospitalización, al niño le comenzó a supurar ambos oídos y un cultivo de la secreción mostró: 1) staphilococcus aureus coagulasa positiva y 2) escherichia coli. El niño es dado de alta y vuelve a su casa, no sólo con el exceso de mucosidades en vías respiratorias altas, y la obstrucción nasal, sino que ahora además, mostraba la otitis supurada bilateral. Entre los 5 meses y un año de edad, el niño seguía presentando exceso de flemas, gran obstrucción nasal, se le oía un ronquido durante la respiración y tosía con mucha frecuencia. Además, de vez en cuando la madre le escuchaba ruidos torácicos silbantes fácilmente audibles a distancia. Entre los 5 meses y el año de edad, el niño tuvo que ser hospitalizado en cuatro ocasiones más, con cuadros unas veces de bronconeumonía unilateral, y otras veces bilateral. Vimos al niño por primera vez, a la edad de un año y además de toda la sintomatología respiratoria antes anotada, el niño mostraba además una desnutrición de grado III, a la cual con seguridad lo habían conducido no solo las neumopatías a repetición sino también la gran dificultad que el niño tenía para alimentarse. Se sospecha alergia a la leche. Se inicia leche de vaca íntegra, hervida durante 25 minutos que era uno de los tratamientos alternativos. A las 2 semanas del tratamiento el niño había mejorado notablemente, en el sentido de que le había desaparecido la tos, las mucosidades de vías respiratorias altas, habían disminuido considerable y el niño podía respirar con más facilidad a través de la nariz. Además, como le había mejorado el apetito, ya había comenzado a ganar peso rápidamente. Sin embargo, seguía mostrando polipnea con 40 a 50 respiraciones por minuto muy superficiales, pero el niño se mantenía muy alegre. El niño continuó progresando en forma bastante satisfactoria, pero a la edad de un año 3 meses, presenta otra bronconeumonía derecha, con gran insuficiencia respiratoria, por lo que tiene que ser hospitalizado por séptima vez. En vista de esta recaída se decide cambiarle el tipo de alimentación y se coloca desde ese momento con fórmula incaparina, que es el alimento que recibe desde entonces. Como

un mes después de estar recibiendo incaparina, toda la sintomatología de vías respiratorias y la polipnea que el niño venía presentando, desaparecieron y además los oídos que tenían un año de supurar en forma continua dejaron de supurar. El niño en la actualidad cuenta con año diez meses de edad. Ya se encuentra en desnutrición grado 1, comienza a dar los primeros pasos con soporte y únicamente presenta algunos síntomas respiratorios cuando adquiere alguna infección viral o bacteriana.

CASO 2:

REGISTRO: 15 90 07. **NOMBRE:** L.A.E. **EDAD:** 4 meses 5 semanas. **SEXO:** Masc. **RESIDENCIA:** Alajuela. San Carlos. Buenos Aires. Arenal.

Historia del padecimiento: Niño que al momento del nacimiento tuvo algún problema para iniciar la respiración, por lo que hubo necesidad de resucitarlo, no se sabe exactamente cual fue la causa que originó esta dificultad para iniciar la respiración. En cuanto a la alimentación que ha recibido, informa su madre que el niño fue amamantado al seno materno en forma exclusiva solo por espacio de una semana, ya que en ese momento le comenzó a la madre un proceso infeccioso que ella no sabe exactamente que tipo de infección fue, lo que obligó a suspender la lactación. Y desde ese momento, el niño comenzó a ser alimentado con leche de vaca adicionada de Vitamaíz, que es una costumbre muy arraigada en nuestros campos y esa era la fórmula que el niño estaba recibiendo cuando se enfermó y fue hospitalizado por la primera vez. Refiere la madre que desde las primeras semanas de la vida y aunque el niño aparentaba estar muy sano y no tenía tos, cada vez que se le dejaba llorar le daba una crisis como de disnea de esfuerzo, con gran dificultad para respirar, problema o dificultad que le duraba por varios minutos. Aproximadamente unas 3 semanas antes de ser admitido al hospital, el niño comenzó con una tos persistente y poco a poco fue presentando un cuadro de insuficiencia respiratoria importante, motivo por el cual fue internado en el Hospital de San Carlos, de Ciudad Quesada. Estuvo internado en ese hospital por un lapso de 8 días de los cuales durante 5 días fue mantenido en cámara de oxígeno, mostrando una respiración muy forzada con marcado tiraje intercostal y supraesternal y se le administraban líquidos por vía intravenosa. Como a los 8 días de estar internado en el hospital, no mostraba una mejoría satisfactoria, el médico pediatra encargado de la atención de este niño

decidió mejor transferirlo al Hospital Nacional de Niños, para su estudio y tratamiento. Cuando ingresó a este último hospital, el niño presentaba apenas una insuficiencia respiratoria leve a moderada y no se consideró como una verdadera emergencia. Pero 3 horas después de su ingreso ya se encontraba con insuficiencia respiratoria grave y requirió tratamiento de emergencia y entró pronto incluso en acidosis respiratoria. El cuarto día de su internamiento en el Hospital Nacional de Niños, la insuficiencia respiratoria era tan grave que durante varias horas se estuvo valorando la posibilidad de practicarle una traqueotomía, la cual finalmente no hubo necesidad de llegar a practicársela. Sin embargo, el niño se mantuvo en cámara de oxígeno con humedad, por espacio de ocho días completos. Fue sacado de la cámara de oxígeno, pero todavía se encontraba con insuficiencia respiratoria leve, con ruidos torácicos audibles a distancia y moderado tiraje intercostal, cuando se le sacó de la cámara de oxígeno el niño se encontraba recibiendo una dosis de meticorten baja, y a ello se atribuía la mejoría que presentaba. En este momento, se pensó en el diagnóstico de alergia a la leche de vaca con cuadro de asma bronquial y se le inició el tratamiento.

CASO 3:

NOMBRE: A.Z.R. **EDAD:** 7 meses. **SEXO:** Masc. **RESIDENCIA:** San José. Central. B. Cristo Rey. **REGISTRO:** 14 39 20.

Historia del Padecimiento: Niño que no fue alimentado al seno materno, ya que a la madre le quedó una hipertensión arterial severa después del parto y quedó hospitalizada por muchos días después del alumbramiento. Así que el niño ha sido alimentado con leche de vaca desde el nacimiento. A una edad aproximada de los 3 meses, el niño comienza a presentar una tos persistente y ruidos torácicos audibles a distancia y el día 9 de setiembre de 1971, hace cuadro de insuficiencia respiratoria moderadamente severa, que obliga a su internamiento. El diagnóstico de ingreso fue de "bronquitis", descartar bronconeumonía. Al ingreso se le coloca en cámara con compresor a 10 litros de presión y la radiografía de torax al ingreso mostró lo que el radiólogo describió como una bronconeumonía intersticial en zonas hiliares y paracardiaca derecha. El diagnóstico de salida fue de asma infecciosa, aunque el cuadro clínico durante los días de hospitalización, cursó prácticamente sin fiebre y los dos leucogramas que se le hicieron no mostraron ni leucocitos ni desviación a la izquierda, estuvo hospitalizado durante 16 días. Fue visto en la consulta de alergia de nuestro

hospital, en donde se hizo el diagnóstico de alergia a la leche de vaca con cuadro de asma bronquial y se le inició el tratamiento.

CASO 4:

REGISTRO: 15 81 03. **NOMBRE:** B.H.A. **SEXO:** Masc. **RESIDENCIA:** San José. Santa Ana.

Historia del Padecimiento: Fuertes antecedentes familiares de asma y padecimientos afines, abuela materna padeció de asma en su juventud, la madre y 5 tíos maternos padecieron de "bronquitis" o de apretazón del pecho en los dos primeros años de vida, y además otro tío materno padeció de asma hasta los 7 años de edad. El paciente toma leche de vaca desde el nacimiento ya que a la madre le practicaron cesárea en este parto y no pudo amamantarlo. A una edad aproximada de los 3 meses, la madre comenzó a notarle al niño exceso de flemas en vías respiratorias altas y a escucharle ruidos torácicos. A la edad de 5 meses, el niño presenta cuadro de franca insuficiencia respiratoria y es internado en el Hospital Nacional de Niños: Dr. Carlos Sáenz Herrera, con el diagnóstico de ingreso de bronquiolitis. El diagnóstico de salida fue también de bronquiolitis, pero después de que fue dado de alta al niño se le continuaron apreciando las flemas y se le oían en forma constante, los ruidos torácicos. Estuvo hospitalizado por 3 días. Se le vio en la consulta de alergias de nuestro hospital, en donde se le hizo el diagnóstico de alergia a la leche de vaca con cuadro de asma bronquial y se le inició el tratamiento correspondiente.

COMENTARIO:

De la revisión de las 4 historias clínicas que anteceden que ilustran muy bien la historia natural de este padecimiento, se pueden sacar las siguientes conclusiones:

A) En la gran mayoría de los casos los síntomas y el cuadro clínico se presentan durante el primer año de la vida. B) Los síntomas se presentan en niños que no han sido amamantados al seno materno o que han sido amamantados por períodos de 6 meses a un año. Los síntomas comienzan a aparecer pocas semanas o meses después de que comienzan a recibir leche de vaca en su alimentación. C) Pocas semanas o meses después de que el niño comienza a ser alimentado con leche de vaca, le aparece alguno de los síntomas siguientes: solos o combinados dos o tres de ellos: gran obstrucción nasal (que incluso interfiere con su alimentación), exceso

de flemas o mucosidades en vías aéreas superiores y/o una tos persistente que se acentúa sobre todo en las horas de la noche, al bajar la temperatura ambiente, y en una etapa más avanzada del padecimiento, ya la madre comenzará a escucharle en forma intermitente, ruidos torácicos audibles con facilidad. Estos síntomas de vías respiratorias se mantienen por semanas o meses, incluso en ocasiones no se les presta mayor atención, hasta que aparece el cuadro típico de insuficiencia respiratoria severa. O sea, que siempre existe un período previo más o menos largo de síntomas de vías aéreas superiores, antes de que se presente el cuadro de insuficiencia respiratoria, lo cual diferencia muy bien de la bronquiolitis (síndrome clínico autolimitado), que es el padecimiento con que con más frecuencia se confunde. Desde luego, por la larga evolución que el padecimiento generalmente ha seguido también deberá hacerse el diagnóstico diferencial con padecimientos crónicos de este grupo de edades, que tienen también sintomatología semejante, como lo son la fibrosis quística del páncreas, la galactosemia y los síndromes asmáticos de otras etiologías. D) Algunos de los niños de nuestra casuística, han tenido varias hospitalizaciones que fluctúan entre 2 y 5 antes de que llegara a hacerse el diagnóstico clínico. Y en algunos casos, las hospitalizaciones fueron tan prolongadas como de 2 y 3 meses, lo que indica el alto costo de la atención médica de estos pequeños pacientes. Una vez hecho el diagnóstico clínico e iniciado el tratamiento, estos pacientes deberán ser seguidos en control en la consulta de alergias por un período no menor de 2 años ya que tenemos la experiencia de que un porcentaje de ellos desarrollarán en el futuro, cuadros de asma infecciosa e incluso síndrome asmático que requerirán otro tratamiento específico. En nuestra casuística, muy pocos pacientes presentaron síntomas referentes al tubo digestivo y estos consistieron en cólicos y dolor abdominal importante, semanas o meses antes de presentar el cuadro de asma bronquial. La diarrea como síntoma, en nuestro grupo de pacientes, no fue más frecuente que en la población general.

CUADRO No1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES:

DEL COMIENZO DE LOS SINTOMAS:

TOTAL: 32 CASOS.

De 0 a 1 mes	6 casos
De 1 a 3 meses	13 casos
De 3 a 6 meses	8 casos
De 6 a 9 meses	2 casos
De 9 meses a 1 año	1 caso
De 1 año a 1 1/2 años	1 caso
De 5 a 6 años	1 caso
TOTAL	32 casos.

Un análisis del Cuadro No1, nos demuestra: que del total 29 casos (o sea el 90.1/20/o), se presentaron en niños de 0 a 9 meses de edad, con lo que se demuestra que este es un padecimiento propio o mucho más frecuente en los niños lactantes. Después de los 2 años de edad, el padecimiento se diagnostica con poca frecuencia. En nuestra casuística, del total observamos 2 casos en la misma familia, en 2 familias diferentes, lo cual demuestra que el padecimiento no es tan raro como podría pensarse a priori. En estos casos las madres nos ayudaron a orientar el diagnóstico basados en la experiencia previa.

CUADRO No2

FEMENINO:	7 casos
MASCULINO:	25 casos
TOTAL:	32 casos

Del total 25casos (el 78.10/o) se observaron en varones, lo cual está de acuerdo con las publicaciones de otros observadores. El diagnóstico de alergia a la leche de vaca, con cuadro de asma bronquial, deberá hacerse caso exclusivamente sobre las bases de una historia clínica bien detallada y los hallazgos del examen físico. La historia clínica deberá tomársele directamente a la madre, quien es la persona que podrá darnos los detalles exactos. Es bien sabido, que las pruebas cutáneas prácticamente no tienen ningún valor diagnóstico en niños menores de 3 años, ya que igualmente dan resultados falsos positivos y falsos negativos, lo cual hace casi imposible su interpretación. Por esa razón no las practicamos de rutina en los lactantes. En cuanto a la investigación del número de eosinófilos en el moco nasal, y en las heces de estos pequeños pacientes, los estamos investigando con esmero en los casos que hemos encontrado más recientemente, para ver si existe alguna correlación y saber si nos pueden ayudar en el

diagnóstico de casos futuros. El total de casos recopilados en este estudio fueron diagnosticados y han sido seguidos en control en la consulta de alergias del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", por un período no menor en ningún caso de 2 años, desde el 1o. de agosto de 1968, hasta el 31 de julio de 1972. En ese mismo período en la clientela privada hemos diagnosticado un número aún mayor de casos ya que el niño es llevado a la consulta a las pocas semanas de iniciados los síntomas. Sin embargo, se han encontrado también casos muy severos.

TRATAMIENTO:

A) El tratamiento ideal como en todo tipo de alergias, consiste en la eliminación total del contacto del alérgeno responsable con el individuo sensibilizado. O, dicho en otras palabras, eliminando por completo la leche de vaca y sus derivados de la alimentación de los niños ya sensibilizados. Para ello contamos con 3 productos que son los alimentos sustitutos de la leche de vaca: 1) La Incaparina: Que es un alimento sustituto preparado a base de proteínas de origen vegetal, diseñado y preparado bajo la supervisión del I.N.C.A.P. La Incaparina, se prepara a la concentración de 1 cucharadita rasa por cada onza de agua bien hervida y se le deberá agregar una cantidad proporcional de azúcar. Viene con sabores a fresa y a vainilla, lo cual en ciertos casos puede ser muy favorable, especialmente en niños con paladar delicado. Este alimento, sustituto tiene la gran ventaja de ser el más barato de todos, incluso mucho más barato que la leche de vaca. 2) Un fórmula que esté preparada a base de frijol de soya. Deberá ser un alimento bien balanceado y con un valor nutritivo semejante al de la leche de vaca. En Costa Rica el único alimento de este tipo disponible en el mercado, es el conocido con el nombre de Sobee. Este alimento se prepara a la concentración de una medida rasa por cada 2 onzas de agua bien hervida. Esa es la concentración normal a que se debe preparar esta fórmula. Sin embargo, en algunos niños tiende a producir una diarrea leve durante la primera y segunda semanas de su uso y para obviar este pequeño problema, recomendamos que se de a una concentración de sólo 2/3 de los normal, durante las primeras dos semanas. Y de ahí en adelante, continuar administrándola a la concentración normal. 3) El tercer alimento sustituto de la leche de vaca, es la leche de cabra, puede utilizarse en su forma líquida natural, (un poco difícil de conseguir), o en forma de leche en polvo. Existen en el mercado varias marcas de leche de cabra en polvo. Para la preparación de la fórmula a la concentración normal, deberán leerse las especificaciones que vienen descritas en la lata, ya que varían con las distintas marcas. Este es el alimento sustituto más caro, de los antes descritos, lo cual es un factor muy importante a la hora de decidir que tipo de alimento sustituto vamos a usar.

B) Sin embargo, contamos con otra alternativa para el tratamiento de esos pacientes: en los casos leves por ejemplo, en aquellos pacientes que no han tenido ninguna crisis severa de asma o que no han sido hospitalizados, acostumbramos a probar por un tiempo prudencial, tratarlos o alimentarlos con leche de vaca íntegra, hervida por un mínimo de 20 minutos, sin tomar en cuenta que la leche haya sido o no previamente pasteurizada. Al poner a hervir la leche de vaca durante un mínimo de 20 minutos se logra romper por el calor algunas de las cadenas de los polipéptidos que forman la lactoalbúmina con lo cual esta pierde gran parte de su poder alérgico. Desde luego, al mismo tiempo que se les da la leche así preparada, deberá mantenerse con una eliminación completa de derivados de la leche de vaca, en su alimentación. En los casos leves esta alternativa funciona bien y los niños aceptan bien la leche así preparada. Los niños en tratamiento, como se mencionó antes, deberán ser controlados periódicamente en la consulta de alergias, por dos razones fundamentales: 1) Porque la madre por consejo inoportuno y presiones de vecinas, y familiares, está tentada a volver a alimentar al niño con leche de vaca corriente, antes de que lo haya autorizado el médico, con lo que el niño en cuestión de días o semanas, vuelve a repetir todo el cuadro clínico, con el riesgo de complicaciones graves, y 2) porque al tiempo, estos niños pueden desarrollar nuevas sensibilidades, y presentar cuadros por ejemplo, de asma infecciosa o síndrome asmático, y estando en control periódico, es más fácil instituirle un tratamiento oportuno.

RESUMEN

La alergia a la leche de vaca es una entidad patológica que se ha detectado desde que las madres han abandonado la lactancia al pecho materno. Se revisa la historia del padecimiento en que aparecen reportes desde principios de este siglo. Las manifestaciones alérgicas no sólo pueden estar referidas al aparato digestivo sino que pueden ser del aparato respiratorio o de la piel con manifestaciones generales de falta de salud. Se describen detalladamente 4 casos de alergia a la leche con asma bronquial severa, que curaron al sustituirse la leche de vaca por Incaparina, Harina de Soya o Leche de Cabra.

BIBLIOGRAFIA

1. Backman, K.D. and Dees, S.C.: Milk Allergy. I. Observations on Incidence and Symptoms in "Well" Babies. *Pediatrics*, 20: 393, 1957.

2. Backman, K. D. and Dees, S. C.: Milk Allergy II Observations on Incidence and Symptoms of Allergy to Milk in Allergic Infants. *Pediatrics*, 20: 400, 1957.
 3. Bleumink, E.: Identification of the Atopic Allergen in Cow's Milk *Arch. of Allergy*, 34: 521 - 43, 1968.
 4. Campbell, S.G.: The Milk Proteins Responsible Form Milk Allergy, an Autoallergy Disease of Cattle. *Journal of Allergy Clinical Immunology*. 48: 230. October, 1971.
 5. Clein, N.W.: Cow's Milk Allergy in Infants. *Ann. of Allergy*, 9: 195, 1951.
 6. Collins-Williams, C.: The Incidence of Milk Allergy in Pediatric Practice. *J. Pediatrics*, 48: 39, 1956.
 7. Collins-Williams, and Salama, Y.: A Laboratory Study on the Diagnosis of Milk Allergy. *Int. Arch. Allerg.* 27: 110, 1965.
 8. Fontanan, Vicent J.: *Alergia en Pediatría*. Barcelona-Madrid. Salvat Editores, S.A. - 1973, Pág. 163 - 184.
 9. Fries, J. H.: Milk Allergy: Diagnostic Aspects and the Role of Milk Substitutes. *J.A.M.A.*, 164: 1542, 1957.
 10. Gerrard, J. W.: Familial Recurrent Rhinorrhea and Bronchitis Due to Cow's Milk. *J.A.M.A.*, 198: 165, 1966.
 11. Gerrard, J. W.: Milk Allergy: Clinical Picture and Familiar Incidence. *Canada Medical Association Journal*, 97: 780, 1967.
 12. Glaser, J. and Johnstone, D.E.: Soy Bean Milk as a Substitute for Mammalian Milk in Early Infancy, With Special Reference to Prevention of Allergy to Cow's Milk. *Ann. of Allergy*, 10: 433, 1952.
 13. Glaser, J.: *Allergy in Childhood*, Springfield III. Charles C. Thomas, 1956. p. 448.
 14. Heiner, D.C.: Sensitivity to Cow's Milk. *J.A.M.A.*, 189: 563, 1964.
 15. Lowell, F. C., and Schiller, I. W.: Correspondence: Substitution of Soy Bean Milk For Cow's Milk in Allergic Infants, *J.A.M.A.*, 154: 262, 1954.
 16. Osvath, P., and Marton, H.: Study of the Frequency of Cow's Milk Sensitivity in the Families of Milk-Allergy and Asthmatic Children. *Acta Allergy*. V. 28 (2): 101 - 107, 1973.
 17. Ratner, B., Dworetzky, M. Oguri, S. and Ascheim, L.: Studies on the Allergenicity of Milk. I. The Allergenic Properties of Alpha-Casein, Beta Lactoglobulin and Alpha-Lactalbumin. *Pediatrics*, 22: 449, 1958.
-