

LA ALERGIA

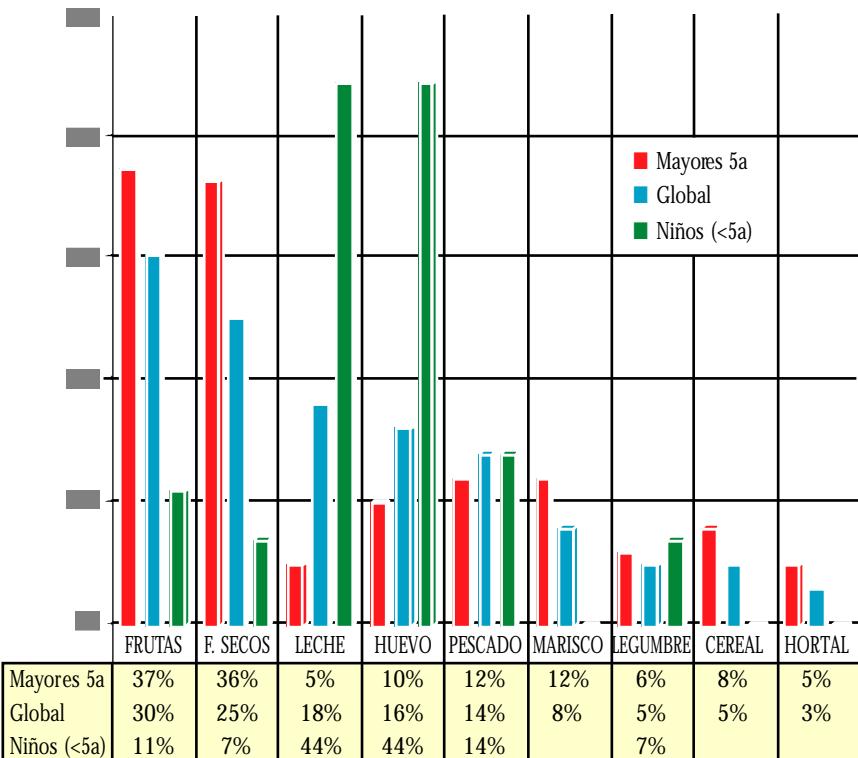
A FONDO

Alergia a los Alimentos

Los alimentos pueden causar diversas reacciones adversas cuando los ingerimos y, al igual que ocurre en la alergia a medicamentos, unas son verdaderamente alérgicas (es decir, están producidas por un mecanismo inmunológico, generalmente debido a la producción excesiva de anticuerpos de la clase IgE específicos frente un determinado tipo de alimento), y otras son reacciones de intolerancia o por idiosincrasia, pero no alérgicas. Quizás se utiliza

estudio se realiza en base al diagnóstico especializado. Pero esto no ocurre sólo en nuestro país, pues en Estados Unidos hasta un 16% de la población cree ser alérgica a los alimentos, siendo las cifras reales más bajas.

En 1992 se realizó un amplio estudio epidemiológico con 4.000 pacientes de todas las edades que consultaban por primera vez con un médico especialista en Alergia, por lo que disponemos de datos reales de todas las



Frecuencia con que cada alimento fue causa de alergia en tres poblaciones: global (adultos y niños), menores de 5 años y adultos (mayores de 5 años).

el término de alergia a alimentos con excesiva frecuencia por los profanos, de manera que si se hacen encuestas preguntando a la población general si son o no alérgicos a los alimentos, la respuesta positiva es más elevada que cuando el

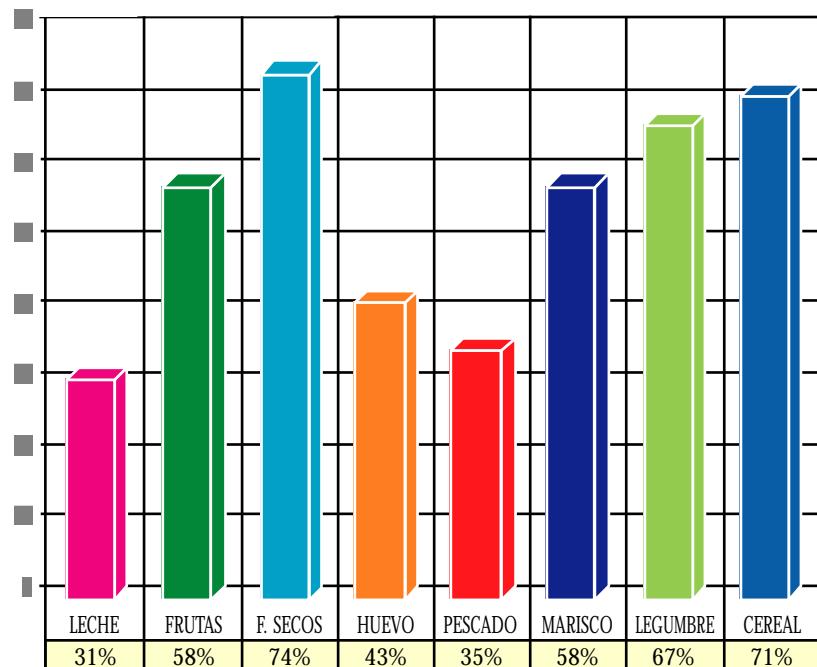
enfermedades alérgicas, entre ellas, la alergia a alimentos. Se encontró que padecían alergia alimentaria 145 pacientes, lo que representa un 3,6% del total, ocupando el quinto lugar, por orden de frecuencia, del global de todas las pato-

logías alérgicas vistas por los alergólogos. La distribución por frecuencia es similar en todas las comunidades españolas. La media de edad para el comienzo de esta afección se ha encontrado de 13,4 años, pero oscilando entre los pocos meses de edad y los 27 años, edades inferiores, en general, a la del resto de pacientes con otras manifestaciones alérgicas. La alergia a alimentos se encuentra por igual en hombres y mujeres.

Al igual que ocurre en otras patologías alérgicas, la alergia a alimentos se acompaña con frecuencia de otras manifestaciones alérgicas, y así, padecen también rinitis el 55% de los pacientes, asma el 28%, dermatitis atópica el 11% y un 12% presenta alergia a medicamentos. Al igual que en otras enfermedades alérgicas, se encuentran cifras similares de antecedentes alérgicos en los familiares directos del paciente. Estos datos nos indican que existe una cierta tendencia constitucional a presentar una alergia a alimentos.

Los pacientes con alergia a alimentos tienen, en general, una menor sensación de estar enfermos que los afectados por otros procesos alérgicos, pero, por el contrario, necesitaron acudir a servicios de urgencias en más ocasiones que los pacientes con otros problemas alérgicos. Estos datos tienen su lógica si consideramos que, en la mayoría de las ocasiones, los pacientes solamente presentan síntomas en forma de episodios más o menos aislados, episodios que coinciden con la ingestión del alimento responsable, encontrándose bien en los períodos en los que no se produce el consumo de dicho alimento.

Los síntomas que manifiestan estos pacientes son mayoritariamente cutáneos (90% de los casos), consistentes en urticaria, angioedema y, en menor proporción, dermatitis atópica. En segundo lugar se encuentran los síntomas digestivos (20% de los casos), manifestados como vómitos, diarreas, dolor abdominal, etc. Asimismo presentaron crisis de asma debida a su alergia alimentaria un 13% y rinitis un 10% de los pacientes.



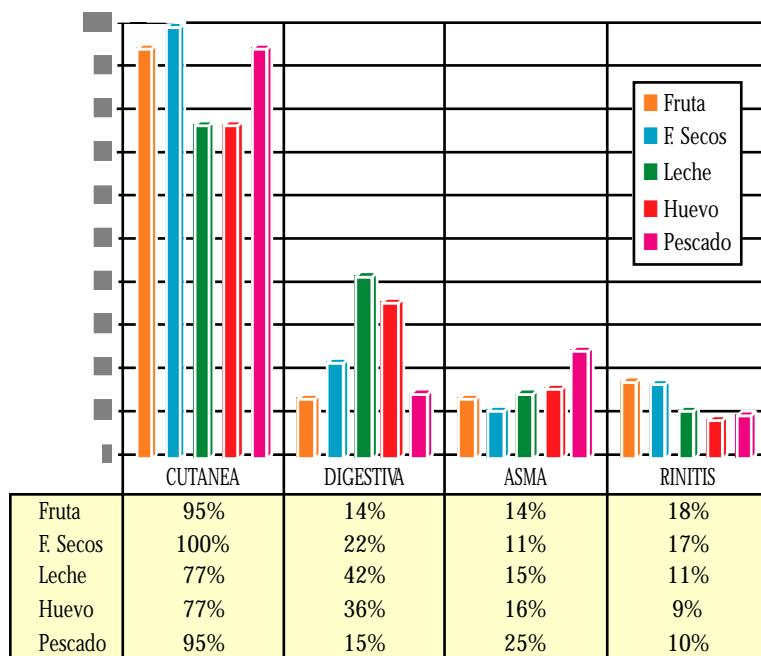
Porcentaje de pacientes que, para cada alimento, habían presentado reacción previa.

La suma de estos porcentajes es mayor de 100 porque algunos pacientes pueden manifestar a la vez dos o más síntomas por esta causa.

Se puede considerar que la alergia a alimentos ocurre con la misma frecuencia en los niños que en los adultos, a la vez que un mismo paciente puede presentar más de una sensibilización. Los

145 pacientes estudiados presentaban un total de 192 sensibilizaciones a alimentos. De éstas, 87 sensibilizaciones (45,3%) ocurrieron en menores de 14 años, y 105 (54,7%) en adultos.

En cambio, si existen diferencias entre niños y adultos respecto al tipo de alimentos a los que se encuentran sensibilizados. En los menores de 14 años las



Manifestaciones de la alergia en relación al tipo de alimentos

Alergia a los Alimentos



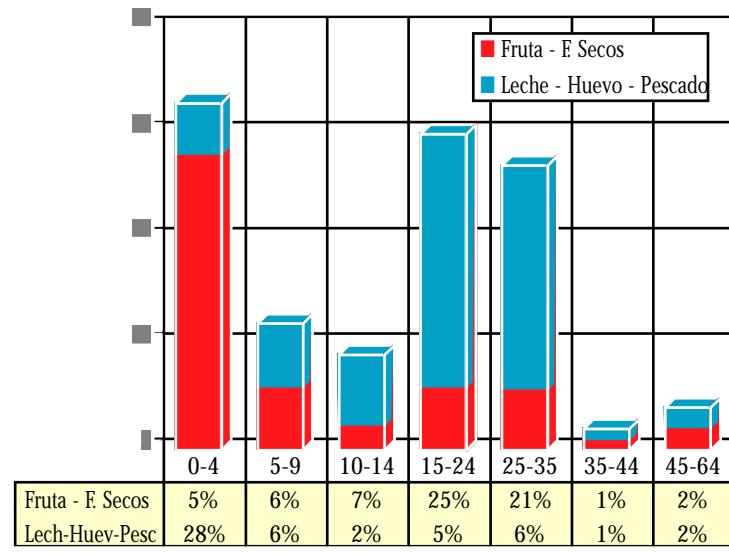
sensibilizaciones se hallan bastante repartidas entre la leche (20%), los frutos secos (20%) y el huevo (20%) seguidos de cerca por las frutas (18%) y el pescado (14%).

Si subdividimos a estos pacientes por quinquenios de edad, se encuentra que la mitad de las sensibilizaciones de los niños ocurre en menores de 5 años (49%), un 32% entre los 5 y 10 años y sólo el 18% entre los 10 y 14 años. Si se analizan las sensibilizaciones que ocurren en cada uno de estos períodos, se encuentra que en los primeros cuatro años de vida predomina claramente la sensibilización a la leche de vaca (33%) y al huevo (30%), seguidos a bastante distancia por el pescado (14%). En este período la sensibilización a frutas, frutos secos y legumbres tiene una baja incidencia, variando entre el 5 y el 7%.

Entre los 5 y los 9 años de edad existe ya un predominio de sensibilización a frutos secos (32%) y a frutas (29%), seguidos de pescados (18%) y ya más alejados se encuentran la leche (11%) y el huevo (7%).

En los adultos se encuentra un claro predominio de sensibilización a frutas (27%) y a frutos secos (19%), seguidos a bastante distancia por la sensibilización a marisco (10%), pescado (8%), cereales (7%), huevo (6%), etc. La distribución por edades en el grupo de adultos muestra un claro predominio de la alergia alimentaria en pacientes con edades comprendidas entre los 14 y 24 años (56%), seguido del grupo de edad comprendido entre los 25 y los 34 años (27%), correspondiendo el restante 17% a pacientes entre 25 y 74 años. Un dato curioso es que ningún paciente tuvo sensibilización a frutos secos después de los 35 años.

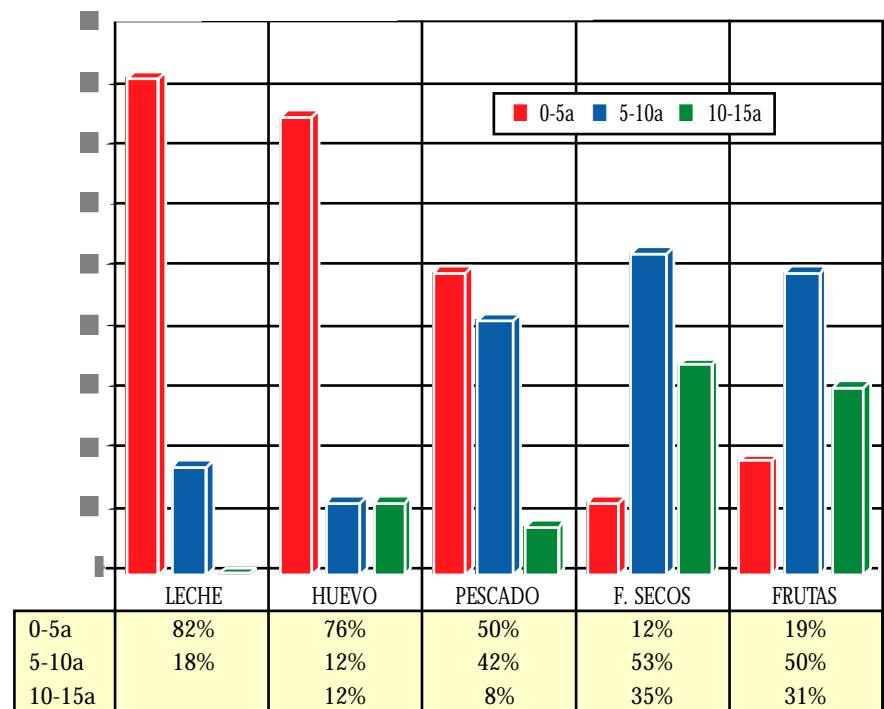
Aunque a cualquier alimento puede producir cualquiera de los síntomas mencionados anteriormente, se observa una cierta tendencia a la asociación de alergia a frutas y frutos secos con manifestaciones de urticaria/angioedema y rinitis; la leche y el huevo son los alimentos que con mayor frecuencia se han encontrado implicados en pacientes con dermatitis atópica y síntomas digestivos, y el pescado ha sido el alimento que con mayor frecuencia ha producido asma.



Frecuencia de sensibilidad a los alimentos por grupos de edad

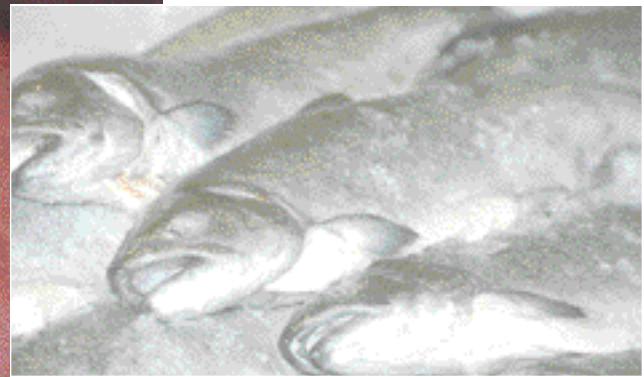
En los casos de alergia a alimentos, la “solución del problema” es relativamente fácil, pues consiste en no volver a comer el o los alimentos a los que el paciente es alérgico. Pero para poder realizar de manera apropiada esta eliminación es necesario realizar, previamente, un diagnóstico correcto. Según los datos obtenidos en el estudio realizado por la SEAIC, la consecución de un diagnóstico definitivo se realizó mediante diversos procedimientos clínicos y de laboratorio, siendo imprescindible una detallada historia clínica del paciente y la correspondiente exploración física del mismo; las pruebas cutáneas se utilizaron en el 92% de los casos y las pruebas de laboratorio (IgE total y específica) en el 70% de los casos. La prueba de la dieta de exclusión (consistente en no comer durante un cierto tiempo el o los alimentos sospechosos y observar si desaparecen los síntomas) fue utilizada en el 42% de los casos, y la prueba de provocación (que consiste en ingerir el o los alimentos sospechosos para ver si reaparecen los síntomas) fue utilizada en el 23% de los pacientes.

En conclusión, podría decirse que la alergia a alimentos puede producir cuadros clínicos muy variables, tanto en la expresión de los síntomas como en la intensidad de los mismos y que, en algu-



Frecuencia de sensibilidad a distintos alimentos en tres grupos de edad menores de 15 años

nos casos, puede comportar situaciones clínicas graves o muy graves. Asimismo, un diagnóstico correcto es imprescindible para diferenciar, en primer lugar, si se trata de una verdadera alergia o de reacciones adversas o de intolerancia a determinados alimentos y, en segundo lugar, para poder evitar eficazmente la ingestión de los alimentos responsables.



MARIA RUBIO SOTES
Miembro del Consejo de Patronato
de la Fundación.
Ex-Presidenta de la SEAIC

Aditivos y Alergia en el Niño

Cada día se habla más de los aditivos alimentarios, pero en realidad ¿qué es un aditivo? Aditivo es una sustancia autorizada para añadir a los alimentos y/o fármacos y que aseguran una función precisa: la conservación y/o coloración. Actualmente existen 4.000 tipos de aditivos diferentes en el mercado, cifra que va en aumento progresivo. En 1987, el mercado internacional de aditivos representaba un valor de 2.300 millones de dólares y a principios de los noventa esta cifra se había incrementado a 3.000 millones de dólares. Los aditivos, según su función, pueden clasificarse en diversas categorías:

- 1.- Colorantes**
- 2.- Conservantes**
- 3.- Antioxidantes**
- 4.- Agentes emulsificantes, estabilizantes, espesantes y gelificantes**
- 5.- Agentes antiaglomerantes**
- 6.- Adyuvantes diversos**
- 7.- Agentes con efecto nutricional particular**
- 8.- Agentes para goma de mascar**

La utilización de aditivos para conservar y mejorar la calidad de los alimentos no es una práctica nueva, ya que antiguamente se utilizaban diversas sales, ácidos y fenoles para la conservación del pescado. Los romanos utilizaban sulfuros y otros antioxidantes para la conservación del vino. Ciertas especias se utilizaban para colorear alimentos y hacerlos más agradables a la vista. Pero todos los conservantes que se utilizaron hasta el siglo XIX eran de origen natural. En realidad, no fué hasta finales del siglo XVIII con Lavoisier, cuando se estudiaron los fenómenos de transformación de los alimentos bajo la acción de la temperatura, la presión atmosférica, la luz, el aire y la humedad. La Física, que se desarrolló también en esta misma época, contribuyó también a explicar todos estos fenómenos.

La Bacteriología, que alcanzó un gran impulso a finales del siglo XIX, aportó una gran ayuda para conocer los mecanismos de conservación de los alimentos. Así, se justificó el empleo de la sal debido a su propiedad de realizar modificaciones químicas que impiden el crecimiento bacteriano. De aquí deriva la utilización posterior de otras sustancias,

tales como los benzoatos y el ácido ascórbico, con esta misma finalidad.

El primer colorante de origen químico, fué un colorante de tonalidades violáceas al que se dió el nombre de mauvina y fué sintetizado por Williams Perkins en 1856. Desde entonces, una larga serie de colorantes sintéticos utilizados en la industria agroalimentaria o en la industria farmacéutica se han añadido a esta lista, siendo los más importantes, por su frecuencia de utilización, los que se exponen en la Tabla I.

Según el Código Alimentario Español (CAE), los aditivos que evitan las alteraciones biológicas de los alimentos, se denominan conservantes y aquellos que impiden las alteraciones químicas, antioxidantes.

El proceso de conservación de los alimentos comprende una serie de medidas destinadas a mantener inalteradas las características propias del alimento. Hoy en día se dispone de dos grandes métodos para conseguir este objetivo: físicos (esterilización, pasteurización, refrigeración, congelación, deshidratación e irradiación) y químicos (productos que impiden el crecimiento de

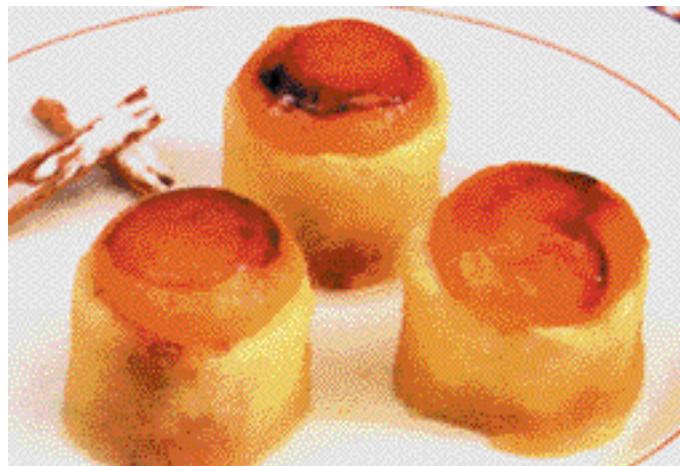


Tabla I.- Colorantes utilizados en la industria alimentaria y/o farmacéutica

Nº CEE	Nombre	Procedencia	Ingesta diaria admitida (mg/kg)	Nº CEE	Nombre	Procedencia	Ingesta diaria admitida (mg/kg)
A.- Colorantes para coloración en la masa y en superficie							
Color amarillo				Tonalidades diversas			
E-100	Curcumina	natural	0,01	E-160	Carotenoides	natural	
E-101	Lactoflavina	natural	0-0,5	a.- , , Carotenoide		0-5	
E-102	Tartrazina	sintético	0-7,5	b.- Bixina, Norbixina (Rocou, Annatto)		0-1,25	
E-104	Amarillo quinoleína	sintético	0-10	c.- Capsantina, Capsorubina		--	
Color naranja				d.- Licopenos		--	
E-110	Amarillo anaranjado	sintético	0-2,5	e.- Ac. -apo-8'-carotenoico		0-5	
Color rojo				f.- Ester etílico del ácido -apo-8-carotenoico		0-5	
E-120	Cochinilla	natural	0-0,25				
E-122	Azorubina	sintético	0-4	E-161	Xantofilas	natural	No asignada
E-123	Amaranto	sintético	0-0,5	a.- Flavoxantina			
E-124	Rojo de cochinilla A	sintético	0-4	b.- Luteína			
E-127	Eritrosina	sintético	0-1,25	c.- Criptoantina			Aplazada
Color azul				d.- Rubixantina			Aplazada
E-131	Azul patente V	sintético	No fijada	e.- Violaxantina			
E-132	Indigotina	sintético	0-5	f.- Rodaxantina			0-5
E-133	Azul brillante FCF	sintético	0-12,5	g.- Cantaxantina			0-25
Color verde				E-162	Rojo de remolacha y betanina	natural	Sin limitación
E-140	Clorofilas	natural	Sin limitación	E-163	Antocianos	natural	Sin limitación
E-141	Complejos cárnicos de clorofilas y clorofilinas	sintético	0-15				
E-142	Verde ácido brillante BS	sintético	Suprimida	B.- Colorantes para coloración en superficie			
Color caramel				E-170	Carbonato cálcico	mineral	Sin limitación
E-150	Caramelo	natural	Sin limitación	E-171	Bióxido de titanio	mineral	Sin limitación
Color negro				E-172	Oxidos e hidróxidos de hierro		
E-151	Negro brillante BN	sintético	0-1	E-173	Aluminio	mineral	0-0,5
E-153	Carbón medicinal vegetal	natural	Según fabricación	E-174	Plata	mineral	--
Color marrón				E-175	Oro	mineral	No asignada
E-155	Pardo HT	sintético	0-1,5	C.- Colorantes para ciertos usos (coloración de las cortezas de los quesos)			
				E-180	Pigmento rubí	mineral	--
				E-181	Tierra quemada	mineral	--

Tabla extraída de la Serie Monográfica: "Aditivos. Patología Alergológica". Realizada por el Comité de Aditivos de la SEAIC (Coordinador Dr. J. Botey) y editado por la Fundación de la SEAIC con el patrocinio del Laboratorio IFIDESA-ARISTEGUI. 1994.

microorganismos en los alimentos y algunos incluso con capacidad para destruirlos). Los conservantes se clasifican en dos grandes grupos: minerales y orgánicos. Entre los primeros destacan los cloruros, los nitratos, los nitritos y los sulfitos, y entre los segundos, los ácidos fórmico, acético y propiónico y los sorbatos y benzoatos.

Los antioxidantes se utilizan para evitar la oxidación de algunas sustancias contenidas en los alimentos (por ejemplo, grasas y algunas vitaminas) al estar éstos expuestos al contacto con el aire, debido a que pueden formarse compuestos con sabor y olor desagradables (enranciamiento) o incluso sustancias nocivas para el hombre (peróxidos). En la Tabla II se exponen los conservantes y antioxidantes más frecuentemente utilizados.

Los emulsificantes se empezaron a utilizar a finales del siglo XIX, al conocerse las propiedades de la lecitina, obtenida en un principio del huevo y actualmente de la harina de soja.

Asimismo, existen una serie de productos conocidos como "auxiliares tecnológicos", los cuales son usados como medio de ayuda en el proceso de fabricación, ejerciendo un efecto pasajero y subsistiendo en los alimentos sólo en pequeñas proporciones.

Sin embargo, aparte de las propiedades físico-químicas y funciones específicas que puedan poseer estos aditivos, nos interesa aquí analizar la capacidad que pueden tener los mismos de producir reacciones adversas o reacciones alérgicas en algunas personas. Así, por ejemplo, los adyuvantes tecnológicos a los que en una primera etapa no se les

concedió una gran importancia como agentes capaces de inducir reacciones alérgicas, hoy en día empiezan a tenerla ya que se ha observado que determinadas harinas que contienen alfa-amilasa, una enzima extraída del *Aspergillus oryzae* y que se encuentra en la levadura utilizada para la panificación, pueden ser las causantes del asma profesional de los panaderos, como también puede serlo el *Sacharomyces minor* incorporado a las pastas de harina, el cual es altamente sensibilizante y que, a diferencia de la alfa-amilasa, conserva su poder alergénico después de la cocción. Asimismo, otros enzimas pueden causar reacciones como es el caso de la papaína contenida en la cerveza y la papaya. Esta enzima induce una sensibilidad latente que puede llegar a producir una reacción alérgica grave, como es el shock anafiláctico, cuando se utiliza un derivado de

Aditivos y alergia en el niño

la misma, la quimopapaína, en forma inyectable en un determinado tratamiento médico, la quimonucleolisis, utilizada para la reparación de cierta patología que afecta a la columna vertebral.



Los aditivos, antes de poder ser incluidos en las listas autorizadas, deben pasar por exámenes exhaustivos, principalmente en cuanto a posibles efectos cancerígenos o capacidad para producir mutaciones genéticas, siendo prohibidos los que muestren algún efecto de este tipo aunque sea utilizando cantidades muy superiores a las que se encuentran habitualmente en los alimentos. No obstante, los que superan estas pruebas y consiguen la autorización correspondiente, pueden producir efectos adversos, ya sean éstos de tipo inmunológico o no inmunológico, sólo en determinadas per-

sonas, pudiéndose clasificar estas reacciones adversas en cuatro grupos según las manifestaciones clínicas que presentan:

1.- Pacientes con urticaria crónica.

Urticaria crónica. Una de las causas de la urticaria crónica es la producida por la ingesta de aditivos. Las pruebas de provocación con aditivos dan un porcentaje de positividad entre el 5 y el 10% en estos pacientes.

2.- Pacientes con asma no debida a una reacción inmunológica

mediada por anticuerpos de la clase IgE. Es lo que se conoce como asma intrínseca del adulto, a diferencia del asma extrínseca o alérgica la cual sí es producida por una reacción mediada por anticuerpos de la clase IgE, siendo los pacientes portadores, además, de poliposis nasal y presentando intolerancia a la aspirina y a los antiinflamatorios no esteroideos. Este grupo de pacientes presenta un 18% de positividad en las pruebas de provocación con aditivos.

3.- Pacientes con alergia alimentaria,

de los cuales un 26% tienen reacciones de tipo inmediato (reacciones IgE mediadas) y son positivos a los aditivos alimentarios.

4.- Pacientes cuya clínica se manifiesta por dermatitis de contacto.

Esta afección está causada, en un 6,3% de los casos de dermatitis de contacto, por aditivos

usados sobre todo en geles, champús, dentríficos y otros productos de dermofarmacia. Entre estos aditivos el más significativo es el Kathon (que aunque se ha recomendado disminuir la concentración para bajar la incidencia alergizante, ésta disminución no se ha llevado a cabo) y los derivados del formaldehído, el ácido sórbico y el bronopol.

Desde el punto de vista alergológico, los aditivos más importantes son los colorantes y dentro de éstos, el grupo de los colorantes azoicos como son la tartrazina, el amarillo naranja y el rojo cochinilla. En 1984 el más utilizado era la tartrazina, pero debido a las campañas publicitarias contra este aditivo hoy ocupa el cuarto lugar, siendo el primero la eritrosina y el segundo el amarillo naranja. Ultimamente se observa que el annatto, que es un colorante natural, está produciendo un aumento de la incidencia de sensibilización. Asimismo, los conservantes y antioxidantes tienen importancia clínica, como generadores de reacciones adversas, debido a su amplia utilización. La incidencia de éstas reacciones está en relación directa con su frecuencia de utilización y es posible que la frecuencia de las mismas, producidas por un determinado aditivo, pueda ser variable en el tiempo, según el grado de utilización del mismo. En este sentido debe tenerse en cuenta que últimamente están apareciendo muchos edulcorantes como la glucosa, la fructosa y el sorbitol, pero también la cereza, el limón y la vainilla.



Tabla II.- Conservantes y antioxidantes más frecuentemente utilizados

Nº CEE	Nombre	Ingesta diaria admitida (mg/kg)	Nº CEE	Nombre	Ingesta diaria admitida (mg/kg)
A.- Conservantes					
E-200	Acido sóblico	0-25	E-307	Alfatocoferol sintético	0-2
E-201	Acido sóblico. Sal sódica	0-25	E-308	Gammatocoferol sintético	--
E-202	Acido sóblico. Sal potásica	0-25	E-309	Deltatocoferol sintético	--
E-203	Acido sóblico. Sal cárlica	0-25	E-310	Galato de propilo	0-2,5
E-210	Acido benzoico	0-5	E-311	Galato de octilo	0-2
E-211	Acido benzoico. Sal sódica	0-5	E-312	Galato de dodecilo	0-2
E-212	Acido benzoico. Sal potásica	0-5	E-320	Butilhidroxianisol (BHA)	0-0,5
E-213	Acido benzoico. Sal cárlica	0-5	E-321	Butilhidroxitoluol (BHT)	0,0-125
E-214	E-Hidroxibenzoato	0-10	E-322	Lecitina	--
E-215	D.S.A. Hidroxibenzoico	0-10	E-325	Lactato sódico	--
E-216	Propil Hidroxibenzoato	0-10	E-326	Lactato potásico	--
E-217	D.S.E.P. Hidroxibenzoico	0-10	E-327	Lactato cárlico	--
E-218	Metilhidroxibenzoato	0-10	E-330	Acido cítrico	--
E-219	D.S. Emp. Hidroxibenzoico	0-10	E-331	Citrato sódico	--
E-234	Nisina	--	E-332	Citrato potásico	--
E-235	Pimaricina	--	E-333	Citrato cárlico	--
E-249	Nitrito potásico	0-0,2	E-334	Acido tartárico	0-30
E-250	Nitrito sódico	0-0,2	E-335	Tartrato sódico	0-30
E-251	Nitrito sódico	0-0,5	E-336	Tartrato potásico	0-30
E-252	Nitrito potásico	0-0,5	E-337	Tartrato sódico-potásico	0-30
E-260	Acido acético	--	E-338	Acido ortofosfórico	0-70
E-261	Acetato potásico	--	E-339	Ortofosfato sódico	0-70
E-262	Diacetato sódico	0-15	E-340	Ortofosfato potásico	0-70
E-263	Acetato cárlico	--	E-341	Ortofosfato cálcico	0-70
E-270	Acido láctico	--	H-3243	Terbutilhidroquinona	0-0,5
E-280	Acido propiónico	--	--	Estearato de ascorbilo	0-1,25
E-281	Acido propiónico. Sal sódica	--	H-3246	EDTA de calcio y sodio	0-2,5
E-282	Acido propiónico. Sal cárlica	--	H-3250	Hexametafosfato sódico	0-70
E-283	Acido propiónico. Sal potásica	--	H-8058	Glucodeltalactona	0-50
E-290	Anhídrido carbónico	--			
905	Parafinas	--	H-8066	Cloruro de estaño	--
B.- Antioxidantes					
E-300	Acido ascórbico	--	E-220	Anhídrido sulfuroso	0-0,7
E-301	Ascorbato sódico	--	E-221	Sulfito sódico	0-0,7
E-302	Ascorbato cárlico	--	E-222	Bisulfito sódico	0-0,7
E-303	D. de ascorbilo	--	E-223	Disulfito sódico (o metabisulfito)	0-0,7
E-304	P. de ascorbilo	0-1,25	E-224	Disulfito potásico (o metabisulfito)	0-0,7
E-306	E.R. en tocoferol	0-2	E-226	Sulfito cálcico	0-0,7
C- Conservantes y Antioxidantes					

Tabla extraída de la Serie Monográfica: "Aditivos. Patología Alergológica". Realizada por el Comité de Aditivos de la SEAIC (Coordinador Dr. J. Botey) y editado por la Fundación de la SEAIC con el patrocinio del Laboratorio IFIDES-Aristegui. 1994.

Otra consideración de interés es que en el momento actual se observa una disminución importante en el consumo de agua mineral sin gas, de tal manera que algunas estadísticas aportan que el 72% de los preescolares y el 50% de los escolares no la beben habitualmente, habiéndose cambiado por el consumo de refrescos gaseosos ("squash-drinkings"). Estas bebidas a base de frutas concentradas o aromatizadas producen fácilmente dolores abdominales, diarreas, pérdidas de apetito, etc., denominándose síndrome de "squash-drinkings", cuya etiología no está todavía bien definida.

Sin embargo, ha pesar del consumo diario de aditivos en nuestra sociedad occidental, la incidencia, en general, de la patología alérgica por aditivos es baja y se sitúa, según la CEE, entre el 0,03 y el 0,05% de la

población general. En nuestro Servicio de Alergia Pediátrica, la encontramos en un 4,5% de los pacientes dirigidos a un centro alergológico.

Desde el punto de vista de la relación entre asma y consumo de aditivos, hace pocos años se publicó un artículo muy interesante, realizado por un grupo de expertos de Nueva Zelanda, sobre la importancia de las dietas de exclusión alimentarias (sobre todo huevo, leche y aditivos) en niños asmáticos y se observó que de 100 cuestionarios enviados a familias de niños asmáticos, el 46% de los mismos y por influencia del ambiente médico-social, hacían restricciones alimentarias en enfermos asmáticos puros sin ninguna problemática dérmica alimentaria. Esto motiva a reflexión. Presumiblemente, no se dispone en el momento actual de argumentos científicos

sólidos para restringir determinados aditivos o alimentos a la mayoría de niños asmáticos que no presentan otras complicaciones diagnósticas y que ya llevan una vida suficientemente compleja con el cumplimiento de unas normas ambientales estrictas y un tratamiento farmacológico y/o etiológico con inmunoterapia, como para que además se impongan unas restricciones alimentarias sin un criterio diagnóstico de certeza.

JAUME BOTYE SALA
Jefe del Servicio de Alergología e
Inmunología Clínica
Hospital Universitario Materno-Infantil
"Vall d'Hebrón". Barcelona
Coordinador del Comité de
Aditivos de la SEAIC