

Alergia alimentaria a piña. ¿Existe?

Rodrigo Rosas-Fernández,* Amyra Ali Azamar-Jácome,**
 Miguel García-Domínguez,** David Alejandro Mendoza-Hernández***

RESUMEN

El síndrome de alergia oral (SAO) y el síndrome de polen-frutas (SPF) son formas de alergia alimentaria que se cree que son poco frecuentes en pediatría. La más estudiada de éstas es la que asocia la sensibilización entre abedul y síntomas orales con el consumo de manzana. Sin embargo, estudios recientes reportan de manera cada vez más frecuente el papel de frutas exóticas, como la piña, como causantes de alergia alimentaria y SAO. A continuación presentamos el caso de un paciente pediátrico con alergia alimentaria a piña y sintomatología de SAO, además de rinitis, asma y dermatitis atópica.

Palabras clave: Síndrome de alergia oral, síndrome de polen-frutas, alergia alimentaria, alergia a piña.

ABSTRACT

Oral allergy syndrome (OAS) and pollen-fruit syndrome (PFS) are food allergy entities believed to be rare in pediatric population. The most studied of these, is the one that associates birch sensitization to oral symptoms after apple consumption. However, recent studies report the role of exotic fruits, such as pineapple, as the causative of food allergies and OAS. Here, we present the case of a children with food allergy to pineapple and OAS symptoms, plus rhinitis, asthma and atopic dermatitis.

Key words: Oral allergy syndrome, pollen-fruit syndrome, food allergy, pineapple allergy.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de cinco años de edad referido por asma a nuestro servicio. Inicia a los tres años de edad con cuadro de dermatitis atópica. A los cuatro años comienza con cuadro clínico compatible con rinitis alérgica. A los cinco años presenta primer episodio de crisis asmática. Refiere que la piña exacerba sus síntomas cutáneos, con aparición de lesiones eritematosas y prurito generalizado, así como nasales, rinorrea y comezón. En la exploración física se encuentra ojerozo y con presencia de pliegue de Dennie-Morgan, narinas

con mucosa pálida y cornetes hipertróficos, con obstrucción bilateral de 50-70%, piel xerótica, con lesiones de liquenificación en pliegues antecubitales y poplíteos, así como eritema en cuello y codos, manos con eritema leve (SCORAD 26.5). Al interrogatorio dirigido refiere síntomas orofaríngeos leves, principalmente prurito, con el consumo de otras frutas como: fresa, melón, sandía, durazno, pera, manzana, plátano, jícama, zanahoria, piña, guayaba, kiwi, naranja, ciruela y mango; los cuales se presentan al morder y masticar los alimentos, únicamente en su forma cruda y desaparecen en menos de 30 minutos. Niega sintomatología con la

* Residente de Pediatría de 3er año.

** Residente de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica.

*** Médico adscrito del Servicio de Alergia.

exposición al látex. Dentro de su abordaje alergológico cuenta con IgE total en 276 kUA/L. Se realizan pruebas cutáneas a aeroalérgenos, con resultado positivo a *Fraxinus excelsior* (6 mm), *Betula verrucosa* (5 mm), *Alnus glutinosa* (7 mm), *Dermatophagoides pteronyssinus* (4 mm), *Dermatophagoides farinae* (5 mm), epitelio de gato (5 mm) y *Hevea brasiliensis* (4 mm). En prueba de *prick-by-prick* a frutas se documenta resultado positivo a fresa (5 mm), melón (4 mm), sandía (4 mm), durazno (10 mm), manzana (10 mm), plátano (5 mm), jícama (4 mm), zanahoria (4 mm), mango (6 mm) y ciruela (4 mm); negativo a pera, piña, guayaba, kiwi y naranja. Se realiza prueba de reto oral abierto con resultado positivo a piña por desarrollo de prurito oral y aparición de rash eritematoso. Se inicia tratamiento sintomático para rinitis alérgica, asma y dermatitis atópica con esteroide nasal, inhalado y tópico, además de antihistamínico; asimismo inmunoterapia específica (ITE) sublingual a aliso, gato y ácaros del polvo y dieta de restricción a los alimentos implicados. Con adecuado control de los síntomas respiratorios y remisión del cuadro cutáneo, además de mejoría en la tolerancia a frutas posterior a seis meses de ITE.

DISCUSIÓN

Es poco lo que se sabe sobre el SAO y el SPF, de este último la relación más estudiada es la que existe entre abedul y manzana. Tradicionalmente, se han considerado como entidades poco frecuentes en pediatría, siendo más común su presentación en adolescentes y adultos jóvenes. Su prevalencia mediante determinación de IgE específica se reporta en 14.7%, mientras que con historia clínica es un poco menor, de 13.6%. Encontrándose antecedentes de rinitis alérgica en 68%, dermatitis atópica 41.1% y otro tipo de alergia alimentaria 49.7%.¹ En el caso del SPF asociado a frutas tropicales, se ha reportado una prevalencia del 4.9%, afectando al grupo de siete a 15 años principalmente, con una relación similar entre hombres y mujeres. En México, existen dos estudios realizados en población pediátrica,^{2,3} uno de ellos realizado por nuestro grupo de trabajo, donde reportamos una prevalencia del 5.3%, mientras que el otro estudio realizado en el occidente del país representa el 8.9% de las formas de presentación de alergia alimentaria. Estos resultados difieren de lo reportado a nivel internacional (EUA 5% en pediatría, Australia 17%, Europa 20%). En el estudio del occidente de México,² la piña se presenta como la más frecuente (62.5%), seguida de durazno y plátano, lo cual contrasta con nuestra población,³ donde los tres primeros lugares los ocuparon: manzana, durazno y plátano, siendo la piña muy poco frecuente. Cabe mencionar que los autores del primer estudio consideraron como limitación del estudio el hecho de no haber realizado pruebas de provocación.

Actualmente, el diagnóstico de SAO/SPF se basa en una historia clínica sugestiva asociada a la posibilidad en pruebas cutáneas a aeroalérgenos y pruebas de *prick-by-prick* a frutas frescas. Desde 2002,⁴ debido a la falta de información, se han realizado estudios de proteómica para determinar la reactividad cruzada entre pólenes y frutas exóticas, incluida la piña. Dichos autores encontraron una secuencia de 131 aminoácidos con identidad homóloga del 71-84% polen-alimento, con unión de IgE específica en el 42% de los pacientes con historia de síntomas polen-fruta-látex; de igual forma encontraron que dicha reactividad se perdía por la presencia de proteasas, en específico la bromelina de la piña, por lo que no se puede excluir por completo que los síntomas se deban a la irritación de la cavidad oral producida por éstas. De ahí que la correlación con pruebas de provocación siga siendo considerada el estándar de oro para el diagnóstico de SAO y/o SPF. El tratamiento, hoy por hoy, se basa en una dieta de exclusión a los alimentos responsables de la sintomatología. Estudios recientes han propuesto el uso de la inmunoterapia específica a pólenes como una alternativa viable; sin embargo, los resultados aún son controversiales.

El presente caso clínico resalta la importancia de considerar a las frutas exóticas, como la piña, como causa de alergia alimentaria que se puede presentar clínicamente como SAO, además de síntomas sistémicos como rinitis alérgica, asma y dermatitis atópica. Nuestro paciente presentó pruebas cutáneas positivas a pólenes de abedul y *Alnus*, pero las pruebas de *prick-by-prick* a piña resultaron negativas. Esto pudiera considerarse como un falso negativo debido a la degradación enzimática proteolítica de los epítopes antigénicos de las profilinas, lo cual ha sido previamente descrito en los casos de alergia a piña. La prueba de provocación que se realizó en nuestro paciente, si bien fue abierta, se consideró positiva al presentarse datos objetivos (exantema) al poco tiempo de su consumo, además de prurito.

En conclusión, la alergia alimentaria a piña existe y esfuerzos loables se han llevado a cabo para determinar su prevalencia. Debemos dirigir las investigaciones al campo de la alergia molecular, de tal forma que podamos identificar los epítopes antigénicos específicos en estos pacientes y ser más objetivos en el diagnóstico de estas entidades, para poder implementar una conducta terapéutica adecuada y, en un futuro, identificar a la población con factores de riesgo para anafilaxia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown CE, Katelaris CH. The prevalence of the oral allergy syndrome and pollen-food syndrome in an atopic paediatric population in south-west Sydney. *J Paediatr Child Health*. 2014; 50 (10): 795-800.

2. Bedolla-Barajas M, Kestler-Gramajo A, Alcalá-Padilla G, Morales-Romero J. Prevalence of oral allergy syndrome in children with allergic diseases. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2017; 45 (2): 127-133.
3. Azamar-Jácome AA, Azamar-Jácome MA, Borjas-Aguilar KL, Mendoza-Hernández DA, Huerta-López JG. Clinical-epidemiological profile of oral allergy syndrome in the population aged 6 to 18 years. *Rev Alerg Mex*. 2017; 64 (2): 142-152.
4. Reindl J, Rihs HP, Scheurer S, Wangorsch A, Haustein D, Vieths S. IgE reactivity to profilin in pollen-sensitized subjects with adverse reactions to banana and pineapple. *Int Arch Allergy Immunol*. 2002; 128 (2): 105-114.

Dirección para correspondencia:
Rodrigo Rosas-Fernández
E-mail: rrf_88@hotmail.com