

Alergia Alimentar

Uma abordagem prática

Wellington Borges
Departamento de Alergia e Imunologia
Sociedade Brasileira de Pediatria

Conceito

Alergia alimentar é uma entidade clínica resultante de reações imunológicas após a ingestão de proteínas alimentares, em indivíduos previamente sensibilizados. Ocorre em cerca de 3% das crianças¹.

Causas

Os alimentos mais frequentemente envolvidos são o ovo, leite de vaca, trigo e soja, sendo responsáveis por cerca de 90% dos casos².

A maioria das reações ocorre devido à sensibilidade a apenas um ou dois alimentos. Pacientes portadores de alergia a três ou mais alimentos diferentes são raros². O papel dos aditivos alimentares (incluindo os corantes) nas reações alérgicas é insignificante³.

Alergia envolve a participação de proteínas como alérgenos. A lactose, por ser um carboidrato, não provoca alergia e sim intolerância por deficiência da enzima β -lactase.

Pacientes alérgicos a frutos do mar não apresentam risco aumentado para reações a radio contrastes.

Manifestações Clínicas

Baseando-se na classificação de Gell & Coombs, há três tipos de manifestações¹:

- a- Mediadas por IgE ou imediatas, que ocorrem dentro de minutos até 2 horas após a ingestão do alimento (urticária e angioedema, hipersensibilidade gastrointestinal imediata, síndrome oral alérgica e

anafilaxia) e são as manifestações mais comuns de alergia alimentar¹.

- b- Não-mediadas por IgE ou tardias, que surgem horas após ingerir o alimento (proctocolite, enteropatia induzida por proteína e síndrome de Heiner).
- c- O terceiro grupo tem características de ambas, imediata e tardia (dermatite atópica, esofagite eosinofílica, gastrite e enterocolite eosinofílicas alérgicas).

Descrição das manifestações clínicas

As manifestações cutâneas e gastrointestinais são as mais frequentes manifestações de alergia alimentar⁴.

Urticária é caracterizada por eritema, pápulas e prurido cutâneos. O angioedema é o mesmo fenômeno da urticária, porém mais profundo, levando ao edema de pálpebras, lábios, língua, bolsa escrotal e de mãos e pés. Alergia alimentar não é a causa mais frequente de urticária aguda.

A dermatite atópica é a manifestação alérgica mais pruriginosa, podendo levar a escoriações e assumindo uma distribuição característica em dobras, nos pacientes maiores. A relação com alergia alimentar é possível, principalmente nos pacientes com doença moderada e grave.

A síndrome alérgica oral é de início rápido, com prurido e desconforto nos lábios, língua e orofaringe, podendo haver sensação de aperto em orofaringe e angioedema.

Alguns pacientes apresentam vômitos de início súbito, bem como diarreia e dor abdominal.

A alergia alimentar é responsável por 50% dos casos de anafilaxia, com hipotensão, disritmia cardíaca e comprometimento respiratório.

Anafilaxia associada ao exercício ocorre com a realização de exercício físico 2 a 4 horas após a ingestão do alimento. Durante o repouso, o mesmo alimento não causa sintoma algum⁵.

Asma é extremamente rara como manifestação isolada de alergia alimentar. Geralmente, acompanha sintomas cutâneos e gastrointestinais⁴.

Inúmeras pesquisas já foram publicadas tentando associar otite média recorrente ou sintomas nasais crônicos com a sensibilidade a alimentos. Entretanto, ainda não dispomos de trabalhos de qualidade que deem sustentação para esta associação.

A cólica afeta 40% dos lactentes, mas apenas 5% podem ter sua etiologia determinada. O papel do alimento, como causador de cólicas, é controvertido. O tratamento de bebês com cólica, utilizando fórmulas hipoalergênicas apresentou resultados pobres⁶.

A enteropatia induzida pelo leite de vaca apresenta-se com vômitos, diarreia, mal absorção e falha no ganho ponderal. A perda de proteínas pode ser evidenciada pela excreção fecal aumentada de alfa₁-antitripsina.

A proctocolite alérgica apresenta-se com diarreia leve e sangramento retal, e o paciente não tem aparência de doente. Afeta lactentes exclusivamente com leite materno ou em uso de fórmulas lácteas e pode surgir nos primeiros dias de vida.

Há controvérsias quanto ao papel da alergia alimentar na constipação intestinal.

Diagnóstico

O diagnóstico de alergia alimentar se inicia com a suspeita e se completa somente com os testes de provocação oral.

HISTÓRIA CLÍNICA

A história clínica tem baixo poder de resolução diagnóstica. Há que se questionar:

- a. Qual alimento é suspeito de provocar a reação;
- b. O intervalo entre a ingestão do alimento e o surgimento dos sintomas;
- c. Quais foram os sintomas.

- d. Se os sintomas ocorrem sempre que o alimento é ingerido.
- e. Se os sintomas ocorrem sem que o alimento seja ingerido.

A descrição dos sintomas deve ser compatível com as manifestações de alergia alimentar, descritas anteriormente.

O exame físico é útil para caracterizar as manifestações tipicamente alérgicas.

TESTES CUTÂNEOS

Os testes cutâneos imediatos devem ser realizados por alergista. Sozinhos não confirmam o diagnóstico. Apenas detectam sensibilização para os alimentos testados.

Painéis de testes com inúmeros alimentos não devem ser realizados. Devem ser testados apenas os alimentos suspeitos. A positividade do teste cutâneo pode persistir por muito tempo após o desaparecimento do quadro clínico.

Os testes cutâneos de contato com alimentos parecem testar as reações tardias, mediadas por linfócitos T. São necessários mais estudos para se estabelecer sua aplicabilidade⁷.

DOSAGEM DE IGE ESPECÍFICA

Os testes *in vitro* (Unicap®) servem para dosar a IgE específica para os alimentos suspeitos. Também não tem valor diagnóstico, apenas demonstram se o paciente tem IgE específica para determinado alimento.

Painéis de testes para inúmeros alimentos não devem ser realizados, pois pode haver muitos resultados positivos que não se relacionam às manifestações clínicas. Também não se deve dosar a IgE total.

DIETA DE EXCLUSÃO

De posse de uma história e exame físico sugestivos de alergia alimentar, deve ser realizada uma dieta de exclusão do alimento suspeito. A dieta de exclusão deve ser realizada com

número limitado de alimentos (1 a 3) e de acordo com a história clínica.

Após duas a seis semanas de exclusão, os sintomas devem desaparecer. Se os sintomas desaparecerem, um teste de provocação oral deve ser feito para se confirmar o diagnóstico.

Atenção! Crianças não devem ser submetidas a dietas de exclusão prolongadas, sem provocação oral que confirmem que as manifestações clínicas foram provocadas pelo alimento excluído.

Para crianças exclusivamente alimentadas com leite materno, a mãe deve submeter-se à dieta de exclusão, visto que pode haver passagem de alérgenos através do seu leite.

TESTES DE PROVOCAÇÃO ORAL

Uma vez que os sintomas e sinais desaparecem após a exclusão do alimento suspeito, faz-se a provocação oral administrando o mesmo alimento ao paciente. O teste é considerado positivo se os sintomas ressurgirem, tal como eram antes da exclusão do alimento da dieta.

Os testes de provocação são os únicos meios de comprovação diagnóstica. Também são úteis para se constatar se o paciente já se tornou tolerante ao alimento. São contraindicados quando houver história de anafilaxia e devem ser realizados em ambiente hospitalar.

ENDOSCOPIA E BIÓPSIA

Podem ser úteis para avaliar pacientes com manifestações que não sejam mediadas por IgE.

PROVA TERAPÊUTICA

Recomenda-se a utilização de inibidores de bomba de prótons (omeprazol, por exemplo) por oito semanas antes de se confirmar o diagnóstico de esofagite eosinofílica. O objetivo é excluir a doença do refluxo gastresofágico.

Tratamento

A única forma eficaz de tratamento de alergia alimentar é excluir totalmente da dieta do paciente o alimento identificado. Até o momento, vacinas orais para tratamento de alergia alimentar ainda estão em estudos.

Fórmulas lácteas extensamente hidrolisadas devem substituir o leite de vaca. Casos raros que não se resolvem com estas fórmulas e os casos de anafilaxia devem receber fórmulas de aminoácidos.

As fórmulas hipoalergênicas (HA) não são não-alergênicas, sendo passíveis de provocar reação em indivíduos sensibilizados. Portanto, não devem ser usadas no tratamento de alergia ao leite de vaca.

Fórmulas de soja são frequentemente utilizadas como substitutas de fórmulas do leite de vaca, principalmente em pacientes com fenômenos mediados por IgE.

Noventa por cento dos pacientes alérgicos ao leite de vaca toleram muito bem a carne bovina.

Devido à elevada similaridade de seus componentes proteicos, leites de outros mamíferos (cabra, búfala, etc...) não devem ser utilizados como substitutos de proteínas do leite de vaca.

Pacientes alérgicos ao camarão têm grande chance de alergia aos outros crustáceos (siri, lagosta e caranguejo). Da mesma forma, pacientes alérgicos a alguma castanha, podem reagir a outros tipos deste alimento.

Pacientes com alergia ao látex podem apresentar reação cruzada com banana, abacate, kiwi, pimentão e batata.

A hipersensibilidade alimentar pode desaparecer com o tempo, mesmo nos casos de reações graves¹. Alergia a leite, ovo e soja resolve mais rapidamente que alergia a amendoim, peixes e crustáceos. Deve-se tentar reintroduzir o alimento a cada 6 a 12 meses de dieta de exclusão, para verificar se o paciente já desenvolveu tolerância.

Cuidado! Dietas de exclusão prolongadas e de múltiplos alimentos podem acarretar problemas nutricionais sérios.

Crianças com histórico de anafilaxia por alergia alimentar devem ter epinefrina auto injetável sempre à disposição.

Anti-histamínicos são úteis apenas para diminuir o prurido da urticária. Eles não são capazes de impedir uma reação a um alimento. O mesmo ocorre com os corticosteroides.

Considerar o uso de corticosteroides no tratamento de esofagite eosinofílica.

Aconselhar os pacientes a não se preocuparem com possíveis riscos causados por alimentos geneticamente modificados (transgênicos).

Abordagem prática para lactentes com história de reação adversa a alimentos

1. Dieta de exclusão para eliminar os sintomas.
2. Reintroduzir o alimento para verificar se os sintomas são reproduzidos.
3. Se os sintomas reaparecem, excluir o alimento por três meses.
4. Após este intervalo, re-administrar o alimento novamente, para ver se os sintomas ressurgem.
5. Se os sintomas retornam, suspender o alimento da dieta e encaminhar o paciente para o alergista.

Prevenção

Dietas de exclusão alimentar, durante a gestação e lactação, não se mostraram eficientes na prevenção da doença alérgica do bebê de risco para atopia. Considera-se bebê de risco aquele com parentes de primeiro grau atópicos (pais ou irmãos).

Deve-se encorajar o aleitamento materno exclusivo até os quatro a seis meses. Após este período, todos os alimentos

podem ser introduzidos, de maneira gradativa, como para qualquer outro lactente. Na impossibilidade de aleitamento materno exclusivo, considerar a possibilidade de utilizar fórmulas lácteas parcial ou totalmente hidrolisadas, para bebês de risco para doença alérgica.

O papel dos prebióticos e probióticos, na prevenção da alergia, ainda não está bem definido¹.

Quando encaminhar para o alergista

- a. Quando houver falha ao tratamento instituído.
- b. Quando houver história de anafilaxia ou internação.
- c. Quando houver necessidade de testes alérgicos, para esclarecimento diagnóstico e orientação.

Referências

1. Sampson HA et al. Food allergy: A practice parameter update—2014. *J Allergy Clin Immunol*. 2014 Aug (in press).
2. Sampson HA, Scanlon SM. Natural history of food hypersensitivity in children with atopic dermatitis. *J Pediatr*. 1989 Jul;115(1):23-7.
3. Fuglsang G, Madsen C, Saval P, Osterballe O. Prevalence of intolerance to food additives among Danish school children. *Pediatr Allergy Immunol*. 1993 Aug;4(3):123-9.
4. Bock SA, Atkins FM. Patterns of food hypersensitivity during sixteen years of double-blind, placebo-controlled food challenges. *J Pediatr* 1990;117:561-7.
5. Castells MC, Horan RF, Sheffer AL. Exercise-induced Anaphylaxis. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2003 Jan;3(1):15-21.
6. Castro-Rodríguez JA, Stern DA, Halonen M, Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM, Martinez FD. Relation between infantile colic and asthma/atopy: a prospective study in an unselected population. *Pediatrics*. 2001 Oct;108(4):878-82.
7. Roehr CC, Reibel S, Ziegert M, Sommerfeld C, Wahn U, Niggemann B. Atopy patch tests, together with determination of specific IgE levels, reduce the need for

oral food challenges in children with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2001 Mar;107(3):548-53.

Leitura recomendada

1. Burks W. Current understanding of food allergy. *Ann NY Acad Sci* 2002;964:1-12.
2. Heine RG, Elsayed S, Hosking CS, Hill DJ. Cow's milk allergy in infancy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2002;2:217-25.
3. James JM. Food allergy and the respiratory tract. *Curr Allergy Rep.* 2001;1(1):54-60.
4. Sampson HA. Food allergy. Part 1: immunopathogenesis and clinical disorders. *J Allergy Clin Immunol.* 1999;103(5 Pt 1):717-28.
5. Sampson HA. Food allergy. Part 2: diagnosis and management. *J Allergy Clin Immunol.* 1999;103(6):981-9.
6. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2006 Feb;117(2 Suppl Mini-Primer):S470-5. Review.
7. Burns DAR e Borges WG. Alergia Alimentar do tipo imediato. In: Campos Jr D, Burns DAR e Lopez FA. *Tratado de Pediatria.* 3ª Ed. Seção 10. Capítulo 11, pg 725-733. Barueri, SP: Manole, 2014.