

CLINICAL PREDICTORS FOR BIPHASIC REACTIONS IN CHILDREN PRESENTING WITH ANAPHYLAXIS

Mehr S, Liew WK, Tey D, Tang MLK.

Clin Exp Allergy 2009; 39: 1390-6.

Introdução – Um dos principais motivos de internamento após resolução de anafilaxia é a monitorização de reacções bifásicas (RB), que, contudo, não são frequentes. O objectivo deste estudo foi determinar factores preditivos para RB em crianças com anafilaxia, identificando aquelas que beneficiam de vigilância médica prolongada.

Métodos – Análise retrospectiva do registo clínico de crianças admitidas, com o diagnóstico de anafilaxia, em hospital central pediátrico, em Melbourne (Austrália), de 1998 a 2003.

Resultados – Num total de 109 episódios de anafilaxia, registaram-se 12 RB. Nestas crianças, no que respeita à reacção inicial e relativamente àquelas com episódios unifásicos, foi mais frequente o uso de várias doses de adrenalina (58% vs 22%; $p=0,01$) e/ou fluidos endovenosos (42% vs 8%; $p=0,01$). Considerando pelo menos um destes factores, o valor preditivo negativo para RB é elevado (99%), ao contrário do valor preditivo positivo (32%). Todas as crianças cuja segunda reacção foi também anafiláctica tinham recebido mais de uma dose de adrenalina e/ou fluidos endovenosos.

Discussão – As crianças que receberam várias doses de adrenalina e/ou fluidos endovenosos para tratamento de reacção primária de anafilaxia tiveram maior risco de RB.

Comentários – Apenas este e o estudo de Lee e Greenes¹ se dedicaram às RB exclusivamente em crianças, reportando a sua ocorrência em 11% e 6% dos episódios de anafilaxia, respectivamente. Tratando-se de estudos retrospectivos, é expectável uma frequência real mais

elevada, pois apesar dos registos clínicos cuidados, há possibilidade dos dados arquivados serem incompletos e de RB após alta hospitalar. Na presente publicação, acresce que foram excluídas crianças cuja permanência hospitalar tenha sido inferior a 6 horas e aquelas sob terapêutica diária com beta-bloqueantes, imunossuppressores ou anti-histamínicos. Outra limitação diz respeito à definição de anafilaxia, que permanece não uniforme, não tendo os autores considerado anafilaxia o envolvimento de pele/mucosas associado a sintomas gastrintestinais persistentes ou a presença de hipotensão isolada após contacto com alérgeno conhecido.

Pesando estas condicionantes, este estudo aponta como factor de risco para RB, à semelhança de outros, a gravidade da reacção anafiláctica inicial, traduzida pelo uso de doses repetidas de adrenalina ou de fluidos endovenosos. O valor preditivo é condicionado pela baixa prevalência de RB. Não se confirmaram outros factores de risco previamente identificados, como a ausência/atraso na administração de adrenalina, a resolução mais lenta da resposta inicial ou a ausência de administração de corticosteróides.

Como noutros estudos, não constituiu risco acrescido a presença de asma ou história prévia de anafilaxia, o tipo de estímulo desencadeante ou qualquer manifestação clínica particular.

Das 12 RB registadas, a segunda reacção foi de maior ou igual gravidade, comparativamente ao episódio inicial, em 1 e 4 casos, respectivamente. As RB descritas ocorreram 1h20 a 20h30 após a reacção inicial, apoiando a vigilância médica durante 24 horas.

A confirmação dos factores de risco para RB é necessária em estudos prospectivos. Porém, a aparente ausência de predisposição não permite a identificação de todos os doentes em risco, devendo ser sempre fornecido esquema terapêutico de emergência, assegurando o uso adequado

de dispositivo para autoadministração de adrenalina, em caso de qualquer reacção subsequente grave.

¹ Lee JM, Greenes DS. Biphasic anaphylactic reactions in pediatrics. *Pediatrics* 2000; 106:762-6.

Helena Pité

UTILITY OF DIAGNOSTIC TESTS IN THE FOLLOW-UP OF EGG-ALLERGIC CHILDREN

Diéguez MC, Cerecedo I, Muriel A, Zamora J, Abraira V, Camacho E, Antón M, de la Hoz B.

Clin Exp Allergy 2009;39:1575-84.

Introdução – Estima-se que a prevalência de alergia ao ovo varie entre 0,8 e 1,3%, em crianças. Na maioria dos casos é uma situação transitória, com aquisição posterior de tolerância, mas que exige visitas médicas regulares e realização de exames complementares diferenciados.

Um melhor conhecimento da acuidade dos testes cutâneos por picada (TCP) e dos níveis de IgE específicas (slgE) aos alérgenos do ovo pode ajudar a identificar crianças com alergia persistente ao ovo, evitando provas de provocação desnecessárias e não isentas de risco.

Objectivos – Foi objectivo deste estudo avaliar a acuidade dos TCP com todos os alérgenos disponíveis (clara de ovo, gema, ovalbumina (OVA), ovomucóide, ovotransferina e lisozima) e das slgE (clara de ovo, gema, OVA, ovomucóide) na previsão de alergia persistente ao ovo em crianças com alergia IgE mediada, em dieta de evicção de ovo.

Métodos – Foram seleccionadas 168 crianças, dos 1 aos 16 anos com alergia às proteínas do ovo (história clínica sugestiva de alergia IgE mediada e TCP positivos a alérgenos do ovo e/ ou níveis positivos de slgE e prova de provocação oral quando necessário), em dieta de evicção há pelo menos 6 meses.

Crianças com comorbilidades graves, com contra-indicação para o uso de adrenalina ou com história de anafilaxia após ingestão de ovo, foram excluídas.

Procedeu-se ao registo da história clínica e realização de TCP, slgE aos alérgenos do ovo e à prova *gold standard* – prova de provocação oral duplamente cega controlada com placebo.

Resultados – Um total de 157 crianças completaram o estudo (61% do sexo masculino, média de idades de 2,5 anos). Cem (63,7%) obtiveram uma prova de provocação oral positiva. Para a clara de ovo, um TCP de 7mm obteve um *likelihood ratio* positivo (LR+) de 6,7 e um valor preditivo positivo (VPP) de 92,3% (IC 95% 85,1 – 99,5). Um nível de slgE de 1,3KU/L para a clara do ovo obteve um LR+ de 5,1 e um VPP de 90,4% (IC 95% 82,4 – 98,4).

Os TCP com ovotransferina e lisozima demonstraram a menor acuidade, seguidos pela gema e OVA.

Discussão – Este estudo foi o primeiro a avaliar ambos os testes (TCP e slgE) e todos os alérgenos de ovo disponíveis na determinação de persistência de alergia IgE mediada ao ovo em crianças. Foi demonstrada a utilidade desta avaliação combinada, em particular com extracto de clara de ovo. Uma prova de provocação oral não deve ser realizada em crianças alérgicas ao ovo com TCP à clara ≥ 7 mm, nem com slgE para a clara $\geq 1,3$ KU/L, dada a probabilidade de permanecerem alérgicas ser superior a 90%.

Comentários – A alergia ao ovo é uma das alergias alimentares mais comuns em idade pediátrica, justificando a necessidade de estudos randomizados e controlados que actualizem os procedimentos mais correctos de abordagem diagnóstica e seguimento. Os TCP e as slgE são métodos fundamentais no estudo da sensibilização alimentar IgE mediada. O cálculo de limiares de decisão com bom valor preditivo pode permitir evitar provas de provocação com elevada probabilidade de serem positivas. Este estudo traz nova informação que pode eventualmente conduzir à uniformização de condutas. No entanto, consideram-se como limitações, na interpretação e generalização destes resultados, a definição dos limites de corte e a sua aplicabilidade apenas em populações similares, com utilização das mesmas técnicas e extractos.

Teresa Vieira