

Determinação da IgE específica em crianças com alergia às proteínas do leite de vaca

Determination of specific IgE in children with allergy to cow's milk proteins

Data de receção / Received in: 29/08/2013

Data de aceitação / Accepted for publication in: 02/09/2013

Rev Port Imunoalergologia 2013; 21 (4): 283-284

Teresa Moscoso¹, João Gaspar Marques^{2,3}, Virgínia Loureiro⁴, Pedro Martins^{2,3}, Paula Leiria Pinto^{2,5}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

² Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

³ CEDOC, Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

⁴ Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar de Lisboa Central

⁵ CEDOC, Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

Para o Editor,

Alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) é uma das alergias mais comuns em idade pediátrica, afectando 1 a 3% das crianças¹. O diagnóstico baseia-se numa história clínica detalhada, e no caso de suspeita de um mecanismo mediado por IgE, na realização de testes cutâneos por picada (TCP) e doseamentos de IgE específica sérica (sIgE) seguidos de prova de provocação oral (PPO)². Como alternativa à PPO têm sido propostos diversos valores de IgE específica ao leite de vaca (LV) como preditivos de uma PPO positiva.

A fim de avaliar o valor limiar de sIgE para LV que melhor se associou com tolerância clínica, analisámos retrospectivamente todas as crianças que realizaram PPO com LV de Junho de 2009 a Julho de 2011 e que tinham efectuado doseamento de IgE específica nos 6 meses anteriores à prova.

Foram incluídas 80 crianças (44 do género masculino e 36 do género feminino) com diagnóstico de APLV IgE-mediada. A mediana de idades para aparecimento dos primeiros sintomas foi de 4 meses (P25-P75: 4-6 meses). Na data da primeira consulta, os pais referiram que a principal forma de apresentação era de carácter mucocutâneo isolado (em 63%).

A maioria das PPO realizadas (62 provas, 77,5%) foi negativa. Nas PPO positivas (em 18 crianças), as reacções apresentadas foram de carácter mucocutâneo (em 5), vómitos (em 4) e sintomas respiratórios (em um). Oito crianças apresentaram anafilaxia durante a PPO.

O melhor limiar de decisão para a sIgE para LV (método ImmunoCAP®, Phadia – Thermo Fisher Scientific), calculado através de curva de ROC, foi de 2,15 kU/L (sensibilidade de 77,8%, especificidade de 83,9%, valor preditivo positivo de 58,4% e valor preditivo negativo de 92,7%).

Têm sido propostos diversos limiares de decisão de valores de sIgE para o LV^{3,4}. As diferenças existentes entre os diferentes valores publicados representarão particularidades das populações estudadas, relacionadas com a idade, a dieta, a gravidade da doença e os protocolos utilizados durante a PPO, tendo outros trabalhos a nível nacional apresentado resultados semelhantes⁵.

No presente estudo decidimos calcular, para esta amostra, o limiar de decisão mais equilibrado para uma PPO ao leite, em termos de sensibilidade e especificidade. Estamos cientes de que à semelhança de outros trabalhos publicados, os nossos resultados não podem ser extrapolados para outras populações.

É importante salientar que níveis inferiores a este limiar se associaram com PPO positivas em 4 crianças (de um total de 56 crianças com valores inferiores a 2,15 kU/L), em nenhum dos casos com anafilaxia. De referir que, nesta amostra, o limiar de decisão associado com

um valor preditivo positivo de 100% foi de 25 kU/L, sugerindo que as crianças com valores de sIgE acima deste limiar apresentem um risco elevado de PPO positivas.

Apesar de a PPO continuar a ser o método *gold-standard* para a confirmação do diagnóstico de APLV, a história clínica associada a TCP e a doseamento de sIgE pode ser suficiente para estabelecer o diagnóstico, especialmente em crianças mais novas⁶ e na presença de valores de sIgE elevados.

REFERÊNCIAS

1. Branum AM, Lukacs SL. Food allergy among children in the United States. *Pediatrics* 2009; 124:1549-55.
2. Niggemann B, Rolinck-Werninghaus C, Mehl A, Binder C, Ziegert M, Beyer K. Controlled oral food challenges in children-when indicated, when superfluous? *Allergy* 2005; 60:865-70.
3. Sampson HA, Ho DG. Relationship between food-specific IgE concentrations and the risk of positive food challenges in children and adolescents. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 100:444-51.
4. Garcia-Ara MC, Boyano-Martinez MT, Diaz-Pena JM, Martin-Munoz MF, Martin-Esteban M. Cow's milk-specific immunoglobulin E levels as predictors of clinical reactivity in the follow-up of the cow's milk allergy infants. *Clin Exp Allergy* 2004;34:866-70.
5. Prates S, Morais-Almeida M, Matos V, Loureiro V, Rosado-Pinto J. In vitro methods for specific IgE detection in cow's milk allergy. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2006; 34:27-31.
6. Marseglia GL, Caimmi D, Caimmi S, Castellazzi AM. Cow's milk allergy: how to deal with it. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2008; 36:313-4.