

## EUROPEAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY, AND NUTRITION GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS OF COELIAC DISEASE

Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R, Troncone R, Giersiepen K, Branski D, Catassi C, Lelgeman M, Mäki M, Ribes-Koninckx C, Ventura A, Zimmer KP; ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis; ESPGHAN Gastroenterology Committee; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition

*J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54:136-60

**Introdução:** Este trabalho reflecte as conclusões de um grupo de membros da *European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN) que pretendeu actualizar as *guidelines* do diagnóstico de doença celíaca (DC), na criança e no adolescente, publicados em 1990, partindo da medicina baseada na evidência e com base em literatura publicada entre Janeiro de 2004 e Setembro de 2009.

**Definição:** A DC é uma doença sistémica mediada imunologicamente desencadeada pela ingestão de glúten em indivíduos geneticamente suscetíveis (HLA-DQ2/DQ8), caracterizada pela presença de combinações variáveis de anticorpos específicos e enteropatia.

**Quem testar:** Crianças / adolescentes sintomáticos, sendo as manifestações mais frequentes: diarreia crónica, dor abdominal, distensão abdominal, má progressão estato-ponderal, anemia crónica, osteopenia/osteoporose, elevação das enzimas hepáticas. Crianças / adolescentes com elevado risco de DC: *diabetes mellitus* tipo I, síndromes de Down, Turner e Williams, doença autoimune tiroideia ou hepática, deficiência de IgA, familiares em primeiro grau de doentes com DC.

**Quando efectuar tipagem HLA-DQ2/HLA-DQ8:** a) doentes com diagnóstico incerto; b) crianças com elevada suspeição clínica e anticorpos positivos (reforço diagnóstico); c) rastreio em doentes de risco.

**Anticorpos:** Devem ser doseados quando a criança está sob dieta contendo glúten. Em doentes sintomáticos iniciar o estudo pelo doseamento de IgA anti-transglutaminase 2 (TG2) ou anti-endomísio (EMA) e dosear a IgA sérica. Em caso de défice de IgA, deve ser feito doseamento de anticorpos IgG. Em doentes com forte suspeita clínica mas com os restantes anticorpos negativos podem ser doseados anticorpos anti-peptídeos desaminados da gliadina (e não anticorpos contra as formas nativas da gliadina), principalmente em crianças com idade inferior a 2 anos.

**Biópsia:** Dispensável em doentes sintomáticos com níveis elevados de IgA anti-TG2, confirmado por EMA positivo e HLA DQ2 e/ou DQ8 positivos. Deve ser realizada se: a) anti-TG2 é fracamente positiva e EMA negativo; b) todos os anticorpos são negativos mas existe uma forte suspeita clínica; c) ausência de resposta clínica num doente em dieta de evicção de glúten. As biópsias devem ser realizadas durante endoscopia digestiva alta e devem ser colhidas amostras do bulbo e das segunda e terceira porções do duodeno. O relatório histológico deve incluir descrição das vilosidades, criptas, relação vilosidades / criptas e número de linfócitos intra-epiteliais.

**Prova de provocação com glúten:** Ponderar a tipagem HLA e biópsia duodenal antes da sua realização. Quando há indicação, a dieta do doente deve conter uma quantidade normal de glúten. Durante a prova devem ser avaliados a sintomatologia e os anticorpos: caso reagrem, considera-se positiva e o diagnóstico definitivo confirmado; caso se verifique ausência de sinais/sintomas e de anticorpos, a prova só é considerada negativa ao fim de 2 anos após re-introdução de glúten na dieta.

**Comentários:** Esta é uma actualização que já há muito tardava pois desde as últimas *guidelines* da ESPGHAN o conhecimento sobre a doença aumentou enormemente. Considerada inicialmente uma enteropatia crónica dependente do glúten, esta deverá actualmente ser abordada como uma doença crónica multi-sistémica, mediada imunologicamente, que se não for correctamente diagnosticada pode infligir graves consequências na saúde do doente. Por outro lado, se for efectuado um falso diagnóstico vai

impor uma dieta altamente restritiva num doente que dela não necessita. Prevê-se que o desempenho destas *guidelines* seja avaliado prospectivamente na prática clínica.

Filipa Ribeiro

Interna de Imunoalergologia  
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

### ACUPUNCTURE COMPARED WITH ORAL ANTIHISTAMINE FOR TYPE I HYPERSENSITIVITY ITCH AND SKIN RESPONSE IN ADULTS WITH ATOPIC DERMATITIS – A PATIENT- AND EXAMINER-BLINDED, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED, CROSSOVER TRIAL

Pfab F, Kirchner M-T, Huss-Marp J, Schuster T, Schalock PC, Fuqin J, Athanasiadis GI, Behrendt H, Ring J, Darsow U, Napadow V

*Allergy* 2012;67:566-73

**Introdução:** O prurido constitui o principal sintoma da dermatite atópica (DA). A acupunctura mostrou-se eficaz no alívio do prurido induzido experimentalmente em indivíduos saudáveis e no desencadeado pelo contacto com alérgenos em doentes com DA. Os anti-histamínicos (AH) são a terapêutica de primeira linha para o prurido. O objectivo deste estudo foi avaliar o efeito de diferentes abordagens de acupunctura, comparativamente à cetirizina, no prurido e na formação de pápula após estímulo alérgico, em doentes com DA.

**Métodos:** Estudo em dupla ocultação, controlado por placebo, randomizado, prospectivo, cruzado com 7 braços: acupunctura preventiva “verdadeira” – VAp (antes da indução do prurido); acupunctura abortiva “verdadeira” – VAa (durante a indução do prurido); acupunctura preventiva placebo (PAp); acupunctura abortiva placebo (PAa); cetirizina preventiva “verdadeira” (VC); cetirizina preventiva placebo (PC) e ausência de intervenção (NI). Cada intervenção foi separada por uma semana. Selecionaram-se 20 doentes com DA (SCORAD >20) e sensibilizados a um dos seguintes aeroalérgenos: *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, cão, gato, pólen de gramíneas ou pólen de bétula. O prurido foi

desencadeado utilizando um modelo de temperatura já validado. Foram efectuados testes cutâneos por picada (TCP), usando os extractos para os aeroalérgenos referidos. Avaliou-se: a intensidade do prurido (através duma escala visual analógica [0-100] e o *Eppendorf Itch Questionnaire*), as dimensões da pápula desencadeada pelos TCP e a capacidade de concentração do doente (pelo *d2 test of attention*).

**Resultados:** Dos 20 doentes, 14 eram mulheres, com idade média de 23,3±1,7 anos e um SCORAD médio de 44,5±5,6. A intensidade média do prurido foi significativamente mais baixa após VAa (31,9) comparado com os outros grupos. Não houve diferença significativa entre VAp e VC, embora ambas tenham sido superiores relativamente aos respectivos placebos. As dimensões da pápula após VAp foram significativamente inferiores em relação a PAp. O nível de concentração dos doentes foi significativamente mais baixo em VC, comparado com os outros grupos.

**Discussão:** A acupunctura e a cetirizina reduziram, significativamente, o prurido em doentes com DA, em comparação com placebo e NI. O momento em que a acupunctura foi aplicada revelou-se importante: a redução da intensidade média do prurido foi superior quando o tratamento foi realizado durante a indução do prurido. A acupunctura preventiva foi o único procedimento que reduziu, de modo significativo, a dimensão da pápula. A cetirizina reduziu, significativamente, a capacidade de concentração do doente, quando comparada com a acupunctura e todas as intervenções placebo.

**Comentários:** Este estudo sugere que a acupunctura é uma terapêutica complementar útil para reduzir o prurido em doentes com DA, com menos efeitos laterais (nomeadamente, na capacidade de concentração) do que a cetirizina. Foi o primeiro estudo que comparou o efeito da acupunctura e de um AH na redução do prurido, e que analisou a importância do momento de aplicação da acupunctura. A maioria dos estudos deste tratamento é na área da analgesia, mas pensa-se que a dor e o prurido partilhem vias patofisiológicas semelhantes. O mecanismo pelo qual a acupunctura reduz o prurido não é conhecido. Supõe-se que, à semelhança da dor, a “distracção” possa ser importante. Mais estudos são necessários, utilizando técnicas como a ressonância magnética nuclear funcional.

Patrícia Barreira

Interna de Imunoalergologia  
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho