

Protocolo de estudo de reacções alérgicas a alimentos numa consulta de alergia alimentar de um hospital pediátrico

Protocol of study of food allergic reactions in a food allergy consultation in a pediatric hospital

Helena Falcão*, Leonor Cunha**

* Assistente Graduada de Imunoalergologia, Mestre em Epidemiologia

** Assistente de Imunoalergologia

Unidade de Imunoalergologia – Hospital Maria Pia - Porto

Resumo

A alergia alimentar é uma reacção fisiológica que ocorre em qualquer idade, contudo uma maior proporção de crianças são alérgicas relativamente aos adultos. Os sintomas de alergia alimentar podem começar minutos a horas a seguir à ingestão do alimento, e podem incluir vômitos, diarreia, dores abdominais, eczema, prurido e angioedema dos lábios, língua ou orofaringe, para além de outros. Uma história clínica sugestiva de reacção alérgica a um alimento pode levar à realização de exames complementares tais como testes cutâneos, determinação de IgEs específicas e testes de provocação com alimentos, levando o especialista a concluir um diagnóstico final. Dificuldades inerentes à comprovação do diagnóstico levou as autoras a elaborarem um protocolo de estudo de reacções alérgicas a alimentos, para uniformizar metodologia diagnóstica e orientação terapêutica neste grupo etário.

Palavras-chave: Alergia alimentar, Crianças, e Diagnóstico.

Summary

Food allergy is a physiological reaction that occurs at any stage of life, however a greater proportion of infants are allergic to foods than are older adults. The symptoms of food allergy may begin within minutes to hours after ingesting the food, and can include vomiting, diarrhoea, cramps, eczema, itching or swelling of the lips, tongue or mouth and others. A history consistent with allergic reaction to a food will lead to complementary exams as skin tests, in vitro IgEs analysis of food-specific antibodies and food challenges, taking the specialist to a final diagnosis. Difficulties due to the correct way to achieve the diagnostic took us to elaborate one protocol of study about allergic reactions to foods, to achieve uniformity in diagnostic methodology and therapeutic management orientations to this specific age group.

Key-words: Food Allergy, Children, and Diagnosis

A alergia alimentar pode surgir logo nos primeiros meses de vida sendo a sua incidência superior na infância¹. Aproximadamente 5 a 10 % das crianças sofrem de alergia alimentar a um ou mais alimentos²⁻⁴. A classificação das reacções adversas a alimentos é fundamental para o seu melhor entendimento, pelo que a Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica propôs uma classificação em função da sua etiopatogénese^{3,5}. Assim, as reacções adversas a alimentos podem ser tóxicas e não tóxicas. As tóxicas podem surgir em qualquer indivíduo exposto desde que o alimento seja ingerido em dose suficiente, e as não tóxicas dependem da susceptibilidade individual. Reacções de hipersensibilidade causam objectivamente sintomas ou sinais que podem ser reproduzidos de novo, iniciados pela exposição a um estímulo definido numa dose tolerada por indivíduos normais, e quando são demonstrados mecanismos imunológicos o termo apropriado é alergia alimentar (IgE mediada, se for consequência de reacção tipo 1)⁶. As reacções adversas aos aditivos não estão ainda bem caracterizadas, podem ser consequência de mecanismos imunológicos, ou não imunológicos⁵.

As manifestações clínicas de alergia alimentar são muito variadas, sendo considerada causa de todas as formas de doenças atópicas, incluindo o choque anafiláctico. O diagnóstico pode ser difícil e deve ser efectuado em função dos seguintes parâmetros⁷: 1) Tipo de reacção; 2) Alimento responsável; 3) Quantidade ingerida; 4) Intervalo de tempo entre a ingestão e a ocorrência de sintomas; 5) Ocorrência de sintomas equivalentes em outras ocasiões após a sua ingestão; 6) Necessidade de outros factores concomitantes (por exemplo, exercício físico); 7) Tempo decorrido desde a última reacção; 8) Resposta a dietas de eliminação.

Uma história clínica detalhada é o procedimento inicial mais importante. Diários alimentares e dietas de eliminação também podem ser úteis. Sintomas recorrentes após a ingestão repetida de um alimento específico são muitas vezes evidentes, par-

ticularmente quando a reacção é intensa, e ocorre imediatamente depois da ingestão. Uma associação clara entre os sintomas e o agente causal pode não ser aparente, por várias razões: 1) Alimentos ingeridos diariamente não são com frequência responsabilizados como agentes causais; 2) O aparecimento dos sintomas pode ser retardado; 3) Ocasionalmente os sintomas podem ser intermitentes embora o alimento seja ingerido diariamente.

Os testes cutâneos *prick* são altamente reprodutíveis e frequentemente utilizados na selecção de doentes com suspeita de alergia alimentar IgE mediada⁷, com valor preditivo positivo menor que 50 % e valor preditivo negativo maior que 95 % se forem utilizados extractos de boa qualidade, considerando os vegetais, os frutos frescos e as crianças com menos de um ano de idade, excepções. Podem ainda ser efectuados testes *prick prick*, nomeadamente com frutos frescos e vegetais, isto é, fazendo *prick* no alimento com uma lanceta e em seguida na pele do doente. Teste geralmente mais sensível e reprodutível do que quando se usam extractos comercializados⁵.

A determinação *in vitro* da IgE específica para alergénios alimentares é um teste com menor sensibilidade que os testes cutâneos *prick*, mas com maior especificidade, tendo um papel muito importante no estudo destes doentes⁷.

O teste de provocação duplamente oculto com placebo é considerado o melhor para efectuar o diagnóstico de alergia alimentar^{3,8}. A acuidade de diagnóstico é muito boa. No entanto podem ocorrer falsos negativos⁷.

O diagnóstico da alergia alimentar deve assim ser baseado numa história clínica sugestiva, testes cutâneos, IgE específica e reactividade clínica provada através de dietas de eliminação e testes de provocação orais⁷. Relativamente ao estudo das reacções adversas a aditivos alimentares, os testes cutâneos *in vitro* só são úteis esporadicamente, e o teste de provocação é o recomendável⁹.

Outros Sintomas									
Engasgamento <input type="checkbox"/>									
Cefaleias <input type="checkbox"/> Lipotímia <input type="checkbox"/>									
Taquicardia <input type="checkbox"/> Pulso ___/min. Hipotensão <input type="checkbox"/> TA ___/___ mm de Hg Choque <input type="checkbox"/>									
Outros <input type="checkbox"/>									
EXAMES COMPLEMENTARES									
Datas									
Prick, 0 mm	Ng.	Rx.	?	Ng.	Rx.	?	Ng.	Rx.	?
Controlo neg.									
Controlo Pos.									
Prick-prick 0 mm	Ng.	Rx.	?	Ng.	Rx.	?	Ng.	Rx.	?
cu									
cozido									
completado									
Patch	Ng.	Rx.	?	Ng.	Rx.	?	Ng.	Rx.	?
IgEx específicas (kU/L)									
Testes de Provocação	Ng.	Rx.	?	Ng.	Rx.	?	Ng.	Rx.	?
Tipo aberto, oculto, placebo									
Outros exames complementares: _____									
Dieta de eliminação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Não eficaz <input type="checkbox"/> Quanto tempo? _____									
Reintrodução do alimento? Sem reacção <input type="checkbox"/> Com reacção <input type="checkbox"/>									
DIAGNÓSTICO (tipo de reacção): Tóxica <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade <input type="checkbox"/>									
Alérgica <input type="checkbox"/> IgE mediada <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>									
Não alérgica <input type="checkbox"/> Enzimática <input type="checkbox"/> Farmacológica <input type="checkbox"/> Não definida <input type="checkbox"/>									
ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA									
Dieta de evicção: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>									
Terapêutica: Adrenalina <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>									
OBSERVAÇÕES									

PROTOCOLO DE ESTUDO DE REACÇÕES ALÉRGICAS A ALIMENTOS

Protocolo N.º _____ Data ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO
 Nome _____
 Data Nasc. ___/___/___
 Idade _____ Peso _____ Comprimento/Estatura _____

HISTÓRIA PESSOAL
Alimentação
 Biberão na maternidade Sim Não
 Aleitamento materno Sim Não Se Sim, até _____ Exclusivo até _____
 Alimentos sólidos aos _____ meses
 Papa de cereais aos _____ meses láctea Sim Não aos _____ meses
 Sopa aos _____ meses Frutos aos _____ meses
 Carne aos _____ meses Peixe aos _____ meses
 Clara de ovo aos _____ meses Gema de ovo aos _____ meses

Patologias
 Rinite Conjuntivite Asma
 Urticária Angioedema Dermite Atópica Eczema de Contacto
 Anafilaxia Alergia a Fármacos Alergia a Vacinas

Outras

HISTÓRIA FAMILIAR (avós, pais, irmãos)
 Rinite Conjuntivite Asma
 Urticária Angioedema Dermite Atópica Eczema de Contacto
 Anafilaxia Alergia a Fármacos Alergia a Alimentos

Outras

Alergia a açúcares: Não Sim Se Sim, Qual? _____
 Alergia a pólenes: Não Sim Se Sim, Qual? _____

MOTIVO DA CONSULTA
 Suspeita de alergia alimentar _____

HISTÓRIA CLÍNICA
 Quantas reacções com alimentos teve na vida? _____
 Que idade tinha quando teve a primeira reacção? _____ anos _____ meses
 Quantas reacções teve nos últimos 2 anos? _____
 Há quanto tempo foi a última reacção? _____
 < 1 semana < 1 mês 2 a 6 meses 6 meses a 1 ano 1-2 anos ≥ 2 anos
 Qual foi a reacção mais grave? A primeira A última Outra Todas iguais
 Qual foi o alimento que a desencadeou? _____
 A alergia aos alimentos obrigou-o a faltar à escola? Sim Não

Alimento Suspeito	Quantidade? (em cc)	Preparação? (1)Cu (2)Cozido	Reprodutível? (1)Sempre (2)Ocasionalmente (3)Não voltou a ingerir	Tempo entre a ingestão e a reacção?	Já o tinha ingerido antes? (0)Não; (1)Sim	Voltou a ingerir depois? (0)Não; (1)Sim
(1) Fresco						
(2) Congelado						
(3) Salgado						
(4) Enfiado						
(5) Outro						

IMPRESSÃO CLÍNICA

BIBLIOGRAFIA

- Kulig M, Bergmann R, Klettke U, Wahn V, Tacke U, Wahn U. Natural course of sensitization to food inhalant allergens during the first 6 years of life. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103(6):1173-9.
- Sampson H. Food allergy. Part 1: Immunopathogenesis and clinical disorders. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103: 717-28.
- Ortolani C, Spano M, Scibilia J, Pastorello E. Introducing chemist to food allergy. *Allergy* 2001; 56: Suppl. 67: 5-8.
- Arshad S. Food allergen avoidance in primary prevention of food allergy. *Allergy* 2001; 56 Suppl 67: 113-6.
- Bruijnzeel-Koomen C, Ortolani C, Aas K, Bindslev-Jensen C, Bjöcksten B, Moneret-Vautrin D, Wüthrich B. Adverse reactions to food. Position paper. *Allergy* 1995; 50: 623-35.
- Johansson S, Hourihane J, Bousquet J, Bruijnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahela T, Kowalski M, Mygind N, Ring J, van Cauwenberge P, van Hage-Hamsten M, Wiithrich B. A revised nomenclature for allergy. A EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy* 2001; 56: 813-824.
- Sampson H. Adverse reactions to foods. In: Middleton E, Reed C, Ellis E, Akinson Jr N, Yunginger J, Busse W, editors. *Allergy Principles & Practice*. 5th ed. Missouri: Mosby; 1998: 1162-82.
- Bock A, Atkins F. Patterns of food hypersensitivity during sixteen years of double-blind, placebo controlled food challenges. *J Pediatr* 1990;117(4):561-7.
- Murek M. Pseudallergic reactions. Intolerance to natural and synthetic food constituents masquerading as food allergy. *Pediatr Pol* 1996; 71(9): 743-52.
- Sampson H. Food Allergy. *JAMA* 1997; 278: 1888-94.
- Sampson H. Epidemiology of food allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 1996;7 Suppl 9: 42-50.