

ocorrer para alergénios inalados e ingeridos. Os exemplos mais comuns destas síndromes de reactividade cruzada são:

- Síndrome ácaros-crustáceos-moluscos;
- Síndrome ave-ovo;
- Síndrome látex- frutos.

Num mesmo grupo de alimentos pode verificar-se, também, a existência de reactividade cruzada. São exemplos a alergia simultânea a diversos crustáceos, ou a espécies distintas de peixe.

A educação do doente com alergia alimentar

Uma vez estabelecido o diagnóstico de alergia alimentar, o doente é aconselhado a evitar o(s) alimento(s) responsável/

responsáveis pela ocorrência dos sintomas. É importante salientar que para além de ingeridos na sua forma natural, determinados alimentos são utilizados como ingredientes. Assim o doente alérgico deve habituar-se a consultar os rótulos das embalagens de todos os produtos que consome. A identificação do ingrediente proveniente do alimento a que é alérgico evitará um consumo acidental e a ocorrência de uma reacção que poderá ser grave.

Na criança a maioria das alergias alimentares resolve-se até à idade escolar. Exceptuam-se alguns grupos de alimentos tais como os frutos secos, peixes e mariscos. Se a alergia alimentar surge na idade adulta é menos provável o seu desaparecimento.

Outros títulos disponíveis:

Alergénios domésticos

Alergénios – ambiente exterior

Alergénios e aditivos alimentares

Agentes etiológicos da asma ocupacional

Alergia ao látex

Alergia a fármacos

Alergia a venenos de himenópteros

Prevenção da alergia no recém-nascido

Anafilaxia

Imunoterapia

Asma brônquica

Asma ocupacional

Asma e gravidez

Asma na criança

Sibilância e asma no lactente

Asma induzida pelo exercício

Infeções recorrentes

Rinite

Tosse

Urticária

Eczema atópico

Dermatite de contacto alérgica

Responsabilidade e apoio científico:



Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

Também disponível em formato electrónico em www.spaic.pt

Parceria

Schering-Plough

Coordenador:

Dr. Celso Pereira

Autores:

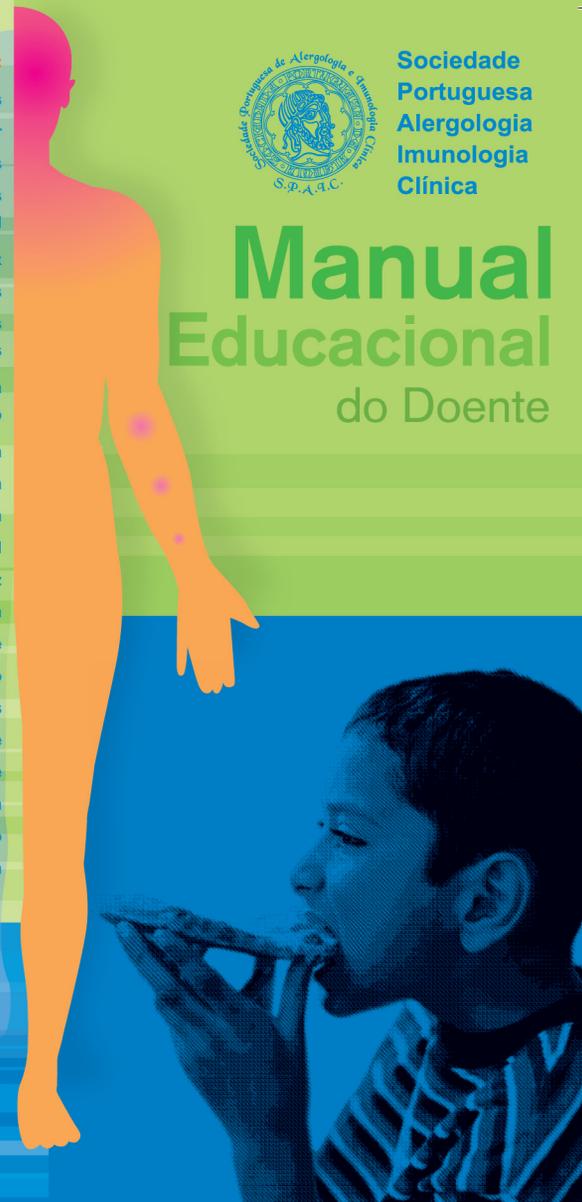
Dra. Alice Coimbra
Dra. Amélia Spinola Santos
Dra. Anabela Lopes Pregal
Dra. Ângela Gaspar
Dra. Beatriz Tavares
Dr. Celso Pereira
Dra. Cristina Santa Marta
Dra. Elisa Pedro
Dra. Emília Faria
Dra. Fátima Ferreira Jordão
Dra. Francisca Carvalho
Dra. Isabel Carrapatoso
Dr. José Luis Plácido
Dra. Leonor Cunha
Prof. Manuel Branco Ferreira
Dr. Mário Miranda
Dr. Mário Morais de Almeida
Dra. Paula Alendouro
Dra. Paula Leiria Pinto

Alergia alimentar



Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

Manual Educacional do Doente



A alergia alimentar atinge cerca de 1-2 % da população geral nos países industrializados e mais de 8% das crianças. O número de indivíduos com reacções graves de causa alérgica, após ingestão de alimentos, tem vindo a aumentar. As reacções a alimentos poderão não ter uma causa alérgica, designando-se então como reacções alimentares adversas.

As manifestações clínicas

A alergia a um determinado alimento origina, habitualmente, o aparecimento dos sintomas poucos minutos após a ingestão. Estas reacções denominadas imediatas podem atingir a pele e mucosas, as vias respiratórias, os sistemas gastrointestinal e cardiovascular, de uma forma isolada ou combinada. Surgem, assim, manifestações de urticária, angioedema, rinoconjuntivite, asma e choque anafiláctico. As manifestações clínicas de tipo imediato mais frequentes são a urticária, o angioedema, e a síndrome de alergia oral. As reacções anafilácticas são mais raras. Assumem, no entanto, uma importância primordial, já que se desencadeiam muito rapidamente, colocando em risco a vida do doente, quando não tratadas de forma imediata. Outras manifestações de alergia alimentar incluem reacções retardadas que ocorrem em doentes com eczema atópico e/ou enteropatia ao glúten, sendo mais difíceis de diagnosticar porque, frequentemente, decorre muito tempo entre a ingestão alimentar e a ocorrência dos sintomas.

As manifestações clínicas de alergia alimentar variam com a idade. Na infância, a forma de apresentação mais comum é o eczema atópico. Leite, ovo, frutos secos, soja, trigo, peixe e marisco são os alimentos mais frequentemente envolvidos.

No adulto são habituais as reacções imediatas. Para além da sensibilização a frutos secos, peixe e marisco, a reactividade a alimentos de origem vegetal é relativamente comum.

A síndrome de alergia oral caracteriza-se pelo aparecimento de edema, comichão e/ou formigueiro dos lábios, boca e garganta quando o agente causal, habitualmente um fruto fresco ou vegetal, contacta com a mucosa oral do indivíduo alérgico. Na sua maioria, os doentes estão sensibilizados a pólenes. Esta sensibilização simultânea (pólenes e alimentos) deve-se à existência de reactividade cruzada a proteínas com estrutura semelhante que ocorrem, naturalmente, em plantas de diferentes origens. **Os exemplos mais comuns destas síndromes de reactividade cruzada são:**

- Síndrome bétula-maçã
- Síndrome artemisia-aipo-cenoura-especiarias
- Síndrome gramíneas-rosáceas
- Síndrome Plantago-Cucurbitaceae

A urticária caracteriza-se, sobretudo, pelo aparecimento de comichão e erupções cutâneas de diversos tamanhos, em zonas de pele vermelha.

As manifestações gastrointestinais na alergia alimentar mais frequentes são as náuseas, os vômitos, as cólicas abdominais e a diarreia.

As reacções anafilácticas caracterizam-se pela ocorrência de sintomas envolvendo

simultaneamente a pele e mucosas, os aparelhos respiratório, cardiovascular e gastrointestinal. Em alguns países, a ingestão de amendoim é a causa mais comum de reacções fatais. Quantidades mínimas deste alimento podem ser suficientes para induzir reacções anafilácticas, em indivíduos sensibilizados. A ingestão acidental inadvertida pode ocorrer, particularmente, por contaminação durante o processamento industrial de outros alimentos.

O diagnóstico de alergia alimentar

O diagnóstico de alergia a alimentos é fundamentado, em primeiro lugar, na história clínica. Contudo, se existem casos em que a relação causal com a ingestão de determinado alimento é evidente, noutras situações esta relação não é clara. O preenchimento pelo doente de um diário alimentar completo, bem como a descrição das actividades diárias, durante um período de tempo relativamente longo, pode ser essencial para evidenciar qual ou quais os alimentos suspeitos. Em certos casos, determinados alimentos só originam a ocorrência de sintomas de alergia alimentar quando o doente realiza esforço físico, após a ingestão dos mesmos (anafilaxia induzida pelo exercício).

Muitas vezes os doentes identificam os alimentos responsáveis pela ocorrência dos sintomas deixando definitivamente de os ingerir. Esta atitude habitualmente não acarreta consequências indesejáveis tratando-se de alimentos isolados. Contudo, e particularmente nas crianças, a adopção de dietas demasiadamente restritivas poderá acarretar défices nutricionais.

É fundamental que o diagnóstico de alergia alimentar seja estabelecido por um imunoalergologista. Quando necessário, o aconselhamento para manter uma dieta nutritivamente equilibrada será também orientado por um nutricionista.

A interpretação dos resultados dos testes cutâneos de alergia e das determinações sanguíneas de IgE específica exige experiência e perícia. Um teste cutâneo positivo a um determinado alimento não implica, necessariamente, ocorrência de alergia. Crianças com história de alergia a um determinado alimento podem desenvolver tolerância, isto é, passar a poder ingeri-lo, mantendo reactividade cutânea a esse alimento. Por outro lado, um teste cutâneo negativo não permite excluir, definitivamente, o diagnóstico de alergia alimentar. Alguns alérgenos alimentares podem ser destruídos durante a preparação de extractos comerciais, conduzindo a testes cutâneos falsamente negativos. Torna-se, assim, necessária a realização de testes por picada, utilizando o alimento fresco.

O teste de provocação oral (TPO) poderá ser necessário para estabelecer o diagnóstico definitivo de alergia alimentar. O TPO consiste na ingestão de quantidades crescentes do alimento suspeito. A execução deste teste não é isenta de riscos, devendo ser sempre efectuada por especialista experiente, iniciada em ambiente hospitalar e com vigilância ao longo de pelo menos 24 horas.

Alergia alimentar e reactividade cruzada.

Para além da alergia respiratória a pólenes, associada a alergia alimentar a frutos e vegetais, outras sensibilizações podem