

Alergia alimentar

Virgínia Resende Silva Weffort

Mestre e Doutora em Pediatria pela FMRP-USP. Prof^ª. Adjunto da Disciplina Pediatria da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Pediatra com Área de Atuação em Nutrologia pela Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Presidente do Departamento de Nutrologia da Sociedade Mineira e Brasileira de Pediatria.

As reações adversas aos alimentos são representadas por qualquer reação anormal à ingestão de alimentos ou aditivos alimentares. Elas podem ser classificadas em tóxicas e não tóxicas. As *reações tóxicas* dependem mais da substância ingerida (p.ex: toxinas bacterianas presentes em alimentos contaminados) ou das propriedades farmacológicas de determinadas substâncias presentes em alimentos (p.ex: tiramina em queijos maturados). As reações *não tóxicas* são aquelas que dependem de susceptibilidade individual e podem ser classificadas em: *não imunomediadas* (intolerância alimentar) ou *imunomediadas* (hipersensibilidade alimentar ou alergia alimentar). Por vezes confundem-se manifestações clínicas decorrentes de intolerância, como, por exemplo, intolerância à lactose secundária à deficiência primária ou secundária da lactase, com alergia alimentar. Alergia alimentar é um termo utilizado para descrever reações adversas a alimentos, dependentes de mecanismos imunológicos, IgE mediados ou não.

A alergia alimentar é mais comum em crianças. Estima-se que a prevalência seja de aproximadamente 6% em menores de três anos. A prevalência é mais alta em indivíduos com dermatite atópica (DA). Aproximadamente 35% das crianças com DA, de intensidade moderada a grave, têm alergia alimentar mediada por IgE e 6 a 8% das crianças asmáticas podem ter sibilância induzida por alimentos.

Os alérgenos alimentares mais comuns na criança são: o leite, o ovo, a soja e o trigo e, mais recentemente, o amendoim. A Sociedade Brasileira de Pediatria reforça a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementado até dois anos ou mais como forma eficaz de prevenção da alergia alimentar e considera que a alimentação complementar deva ser introduzida a partir do sexto mês de vida. O Comitê ESPGHAN concluiu que a meta desejável é o leite materno exclusivo até seis meses e que não devem ser introduzidos outros alimentos antes de 17 semanas ou após 26 semanas de idade. A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda leite materno exclusivo no mínimo por quatro meses, mas de preferência até seis meses de idade. Todos afirmam que a introdução dos alimentos potencialmente alergênicos deva ser feita nesse período, uma vez que os guias de conduta respaldam a afirmação de que a introdução de peixe antes dos nove meses de idade diminui 24% o risco de dermatite atópica. E a introdução do ovo (inteiro cozido) após os nove meses aumenta 1,5 vez o risco de alergia e dobra o risco se introduzido após os 12 meses, em comparação com a introdução aos seis meses de idade. Reforçam que não há evidência científica convincente de que a introdução tardia de alimentos potencialmente alergênicos irá prevenir a alergia alimentar.

Manifestações de alergia alimentar segundo o mecanismo imunológico envolvido

Alteração	Mediada por IgE	Mecanismo misto IgE e célula mediada	Não IgE mediada
Sistêmica	Choque Anafilático Anafilaxia Induzida Por Exercício Dependente De Alimento		
Cutânea	Urticária, Angioedema, Rash, Morbiliforme, Urticária Aguda De Contato, Rubor	Dermatite Atópica Dermatite De Contato	Dermatite Herpetiforme
Gastrointestinal Alérgica Induzida	Síndrome De Alergia Oral Alergia Gastrointestinal	Esofagite Eosinofílica Alérgica E Gastroenterite	Proctocolite Enterocolite
Respiratória Pulmonar	Rinoconjuntivite Aguda Broncoespasmo	Asma	Hemossiderose (Sd. Heiner)

Adaptada de Wegrzyn & Sampson

As manifestações clínicas das reações de hipersensibilidade aos alimentos são dependentes dos mecanismos imunológicos envolvidos. Enquanto as reações mediadas por IgE tipicamente ocorrem minutos após a exposição ao alimento envolvido, as não mediadas por IgE, e mesmo as mistas, podem demorar horas a dias para se tornarem clinicamente evidentes.

Na avaliação diagnóstica das reações adversas a alimentos, a história clínica tem papel fundamental. O seu valor depende muito da capacidade recordatória dos sintomas pelos pacientes e da habilidade e sensibilidade do médico em diferenciar as manifestações causadas por hipersensibilidade alimentar daquelas relacionadas a outras condições. Além disso, com base nas informações obtidas pela anamnese, a investigação laboratorial poderá ser implementada ou não e muitas vezes lançando-se mão de exames complementares para confirmação e/ou elucidação diagnóstica. A avaliação crítica do mecanismo provável da alergia alimentar irá dirigir a solicitação dos exames complementares, quando necessários. Dosagem de IgE específica e testes cutâneos de hipersensibilidade detectam a presença de IgE específica para o alimento a ser investigado. A detecção de IgE específica tem sido considerada indicação da sensibilização ao alimento, na maioria das vezes, apenas orientando o alimento a ser utilizado no teste de provocação.

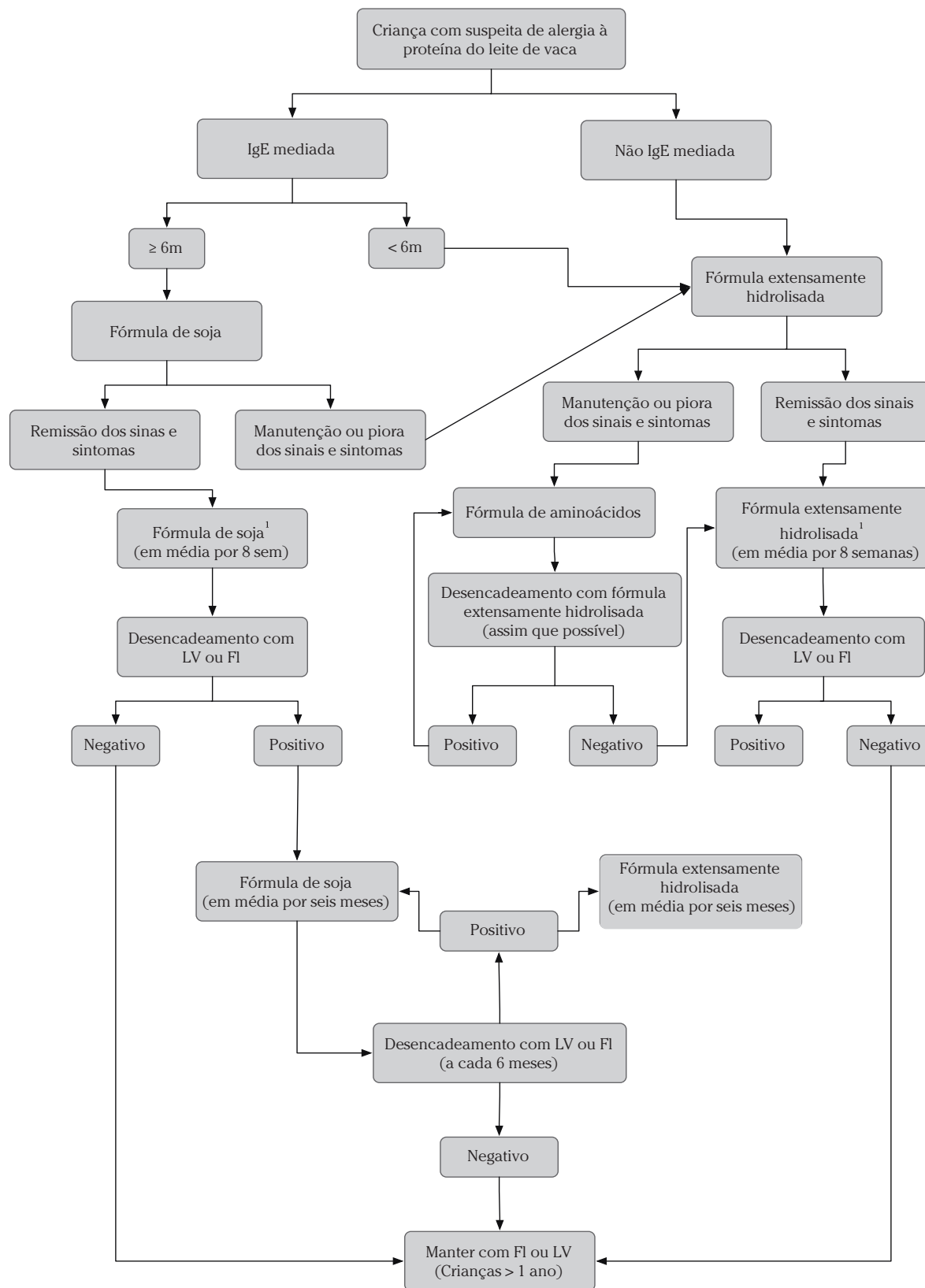
Os testes de provocação oral são considerados os únicos métodos fidedignos para se estabelecer o diagnóstico de alergia alimentar. Consistem na oferta de alimentos e/ou placebo em doses crescentes e intervalos regulares, sob supervisão médica, com concomitante monitoramento de possíveis reações clínicas.

A base do tratamento da alergia alimentar é essencialmente nutricional e está apoiada sob dois grandes pilares:

- A exclusão dos alérgenos alimentares responsáveis.
- A utilização de fórmulas ou dietas hipoalergênicas, em lactentes.

Para o tratamento da alergia à proteína do leite de vaca não são recomendadas as fórmulas parcialmente hidrolisadas, por conterem proteínas intactas do leite de vaca e, portanto, potencial alergênico, nem os preparados à base de soja em apresentações líquidas ou em pó (por não atenderem às recomendações nutricionais para faixa etária e gênero e por não conterem proteínas isoladas e purificadas), assim como os produtos à base de leite de cabra, ovelha e outros mamíferos (pela similaridade antigênica).

As fórmulas atualmente disponíveis no mercado, adequadas para crianças menores de um ano e que podem ter indicação no manejo dietético da alergia às proteínas do leite de vaca, segundo a AAP (Academia Americana de Pediatria), são: a) fórmulas à base de proteína isolada de soja, com proteínas purificadas e suplementadas para atingir as recomendações nutricionais do lactente maior que seis meses de idade, sugerido nas alergias mediadas por IgE; b) fórmulas à base de proteína extensamente hidrolisada (hidrolisados proteicos), compostas por peptídeos, sobretudo, e aminoácidos obtidos por hidrólise enzimática e/ou térmica ou por ultrafiltração, especialmente nas formas não mediadas por IgE; c) fórmulas de aminoácidos, as únicas consideradas não alergênicas.



REFERÊNCIAS

1. Agostini C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF *et al.* Breastfeeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:112-25.
 2. American Academy of Pediatrics. Complementary feeding. In: Kleiman RE, Ed. *Pediatric Nutrition Handbook*. 6.ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009. p.113-42.
 3. Koplin JJ, *et al.* Can early introduction of egg prevent egg allergy in infants? A population-based study. *J Allergy Clin Immunol*. 2010
 4. Sampson HA. Update on food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113:805-19.
 5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Departamento de Nutrologia. Sociedade Brasileira de Pediatria 2.ed. São Paulo. 2008. 120p.
 6. Solé, D e cols Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007 *Revista Médica de Minas Gerais*.
 7. Wegrzyn AN, HA Sampson. Adverse reaction to foods. *Med Clin N Am* 2006; 90:97-127.
-