

Dieta de evicção de níquel

Informação para os Médicos

Introdução:

O Níquel é um hapteno ubíquo e medir e controlar a exposição diária ao mesmo na alimentação é significativamente difícil. Mas uma tentativa de tentar restringir a quantidade de níquel ingerido diariamente pode ter o seu lugar no tratamento de alguns doentes.

Na literatura, a descrição causal entre o níquel alimentar e uma dermatite de contacto sistémica permanece controversa. Isto deve-se ao facto da maioria dos estudos apresentar inconsistências relativamente aos procedimentos diagnósticos, à dieta implementada, às doses usadas nas provas de provocação e ao tipo de prova de provocação utilizado. De facto, a inexistência de um protocolo uniforme e estandardizado influi neste problema.

A quem aplicar?

Em primeiro lugar, é importante clarificar/identificar a população na qual estas dietas podem ter influência e merecem ser consideradas. A **APLICAÇÃO GENERALIZADA** destas medidas a todos os doentes com sensibilização ao níquel **NÃO está recomendada e NÃO tem qualquer suporte científico**.

A recomendação de uma dieta de evicção deve ser cautelosa e apenas em casos seleccionados. Os doentes que a literatura descreve como podendo ter mais benefícios preenchem todos os seguintes critérios:

- Doentes com sensibilização comprovada ao níquel;
- Doentes em quem foram excluídas outras causas da dermatite (em particular patologia IgE mediada);
- Doentes com uma dermatite crónica que **NÃO MELHORA apesar da evicção da exposição cutânea ao níquel** (e em especial se a dermatite em causa for sugestiva de dermatite causada pelo níquel, tal como a dermatite vesicular das mãos).

SE os critérios acima se aplicarem, então pode-se ponderar evicção alimentar por um período de 6 a 8 semanas. A melhoria dos doentes apoia a existência de relação causal com o níquel. No entanto, esta relação só pode ser assumida após o re-agravamento com a toma de níquel numa prova de provocação alimentar duplamente cega e controlada por placebo. Se não houver melhoria com a dieta de evicção, deve-se abandonar esta dieta.

Evidência publicada:

Analisando os dados publicados na literatura, parece haver alguma **evidência científica que a ingesta de níquel pode induzir reaparecimento/agravamento da dermatite** em indivíduos sensibilizados ao níquel. A influência do níquel na dermatite do doente é claramente dose dependente, com poucos doentes reagindo a doses inferiores a 0,5mg de níquel elemental diário, mas a maioria reagindo com doses de 5,6mg diários.

No entanto os estudos randomizados que demonstram esta associação baseiam-se na administração diária de doses não fisiológicas de níquel (estudos variam entre 0.3 a 5.6mg de níquel por dia); enquanto a dose diária ingerida em condições normais varia entre 0.02 e 0.48mg por dia. A este ponto acresce que a absorção e biocinética após a exposição em bólus numa prova de provocação (e frequentemente em jejum) de uma quantidade elevada de níquel pode ser significativamente diferente da exposição normal, faseada, por fontes alimentares, que ocorre em condições normais (uma absorção incremental faseada ao longo do dia).

Uma meta-análise de Jensen et al, analisou um total de 9 estudos com um total de 171 doentes com sensibilização a níquel, concluiu que 1% dos doentes reagia a doses orais de níquel entre 0,22 e 0,53mg por dia. Este número subia para 10% com doses entre 0,55 e 1,33mg por dia. Ou seja, é expectável, **na melhor das hipóteses, que uma dieta de evicção de níquel possa ser útil em 1-10% dos indivíduos com sensibilização a níquel.**

Em 2015, um estudo italiano analisou, retrospectivamente, 10 anos de doentes referenciados à unidade de alergologia. Dos 1726 doentes selecionados com patologia cutânea crónica (e após exclusão de patologia IgE mediada patologia mediada por fármacos), 339 doentes (20%) apresentavam sensibilização ao níquel. Dos resultados encontrados salientam-se:

- 52 doentes (3%) melhoraram apenas com evicção de contacto cutâneo com níquel.
- 51 doentes (3%) com sensibilização a níquel e sem melhoria com evicção cutânea de níquel, **não tiveram melhoria com dietas de baixo teor de níquel.**
- 185 doentes (11%) com sensibilização a níquel e sem melhoria com evicção cutânea de níquel e com provas de provocação positivas a níquel (provas duplamente cegas e controladas por placebo, com administração de níquel até à dose de 20mg de sulfato de níquel hexahidratado que corresponde a 4,47mg de níquel elemental), **tiveram melhoria completa ou quase completa após dietas de baixo teor de níquel.**
- 22 doentes (1%) com sensibilização a níquel e sem melhoria com evicção cutânea de níquel e com melhoria com dieta de evicção de níquel, tiveram a prova de provocação ao níquel negativa.

Outro estudo a ter em conta, também italiano, sugere que as manifestações de uma síndrome de alergia sistémica ao níquel (dermatite de contacto sistémica) podem ultrapassar as manifestações cutâneas. Analisando 4 unidades de Alergologia em Itália e um total de 1696 doentes referenciados a estas unidades, foi calculada uma incidência de 5,78% de doentes com uma síndrome de alergia sistémica ao níquel. Todos os 5.78% (98 doentes) apresentavam: testes cutâneos positivos a níquel, provas de provocação oral positivas a níquel (provas duplamente cegas e controladas por placebo, com administração de níquel até à dose de 3,75mg de sulfato de níquel) e melhoria clínica após 1 mês de dieta de baixo teor de níquel.

Clinicamente, dos 5.78% (98 doentes), 52% (51 doentes) apresentavam queixas mucocutâneas, 89% (87 doentes) gastrointestinais (meteorismo, distensão abdominal, dor abdominal, enfartamento, pirose, diarreia, obstipação) e 32% (31 doentes) outras queixas (cefaleias, agravamento da rosácea ou acne).

Em conjunto estes estudos parecem sugerir excelentes taxas de resposta **em populações muito selecionadas**, caso se consiga boa adesão à alteração do padrão alimentar (uma questão não desprezível tendo em conta a extensão da evicção necessária). Descrito na literatura estão taxas de resposta de 40 a 78% com dietas de baixo teor de níquel.

A dieta:

Existem múltiplas guidelines para uma dieta de baixo teor de níquel, **MAS ESTAS RECOMENDAÇÕES APENAS PODEM FUNCIONAR COMO ORIENTAÇÕES GERAIS.** Estudos demonstram que o conteúdo em níquel nos alimentos varia consoante a zona dentro do mesmo país e que as condições locais de solo e uso de fungicidas tem um impacto importante no conteúdo final de níquel.

Recomendações gerais são as seguintes:

<p>Alimentos a evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebidas – Chás (em especial chá preto) • Vegetais – Aspargos, alcachofras, repolho, cebolas, funcho, cogumelos, tomate, aipo, espinafres, couve-de-Bruxelas, louro, manjeriço, manjerona, salsa, leguminosas (feijão, lentilhas, ervilhas, grão de soja), alcaçuz • Fruta – Damascos, ananás, melancia, abacate, cerejas, figos, bagas, morangos, peras, ameixas, uvas, frutos desidratados/secos, frutos secos, gelatina • Cereais – Aveia, trigo sarraceno, trigo integral, cevada, milho, malte, centeio, pão integral ou de sementes, sementes • Peixe – Bacalhau, salmão, solha, arenque, marisco (crustáceos e bivalves), cefalópodes (polvo, lula) • Outros – Ketchup, mostarda, molhos de saladas embalados/comerciais, chocolate, suplementos vitamínicos e alimentares • Vegetais, carnes e peixes enlatados, • O 1º litro de água da manhã ou após longos períodos de água estagnada nos canos deve ser desperdiçada (estudos mostram que a difusão de metais da canalização para a água pode chegar a valores de 490µg por litro) • Evitar fumar (cada cigarro contém 1 a 3 µg de níquel). 	<p>Alimentos permitidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebidas – Água, bebidas gaseificadas, cerveja não enlatada, café, vinho • Cereais – Farinha de trigo branca, pão branco, massas, arroz • Vegetais e fruta – Citrinos, bananas, pêsegos, maçãs, melões, meloas, pepinos, beringelas, batatas, alho, abóbora, curgetes • Peixe – Peixe-espada, atum • Doces – Massa choux (massa de profiteroles), biscoitos, creme (custard), mel, açúcar • Outros – Carne, ovos, fiambre, salame, lacticínios, paprica, pimentas, azeite, vinagre, maionese, sal <p>Alimentos a evitar ou a consumir em pequena quantidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alface, brócolos, cenouras, couve-flor
--	--

Quelante de Níquel:

O uso de um quelante alimentar de níquel – o **dissulfiram** – mostrou melhoria da dermatite no eczema das mãos num grupo selecionado de doentes. Deve ser sugerido apenas em doentes com queixas refratárias a todas as outras medidas, pois pode ter efeitos secundários importantes como toxicidade hepática e a impossibilidade de beber álcool durante o tratamento. A dose a administrar é de 500mg/dia e depois 125-500mg/dia como manutenção. Está descrito que o uso deste fármaco pode ter taxas de resposta de até 50%. Em conjugação com dietas de evicção de níquel, a resposta pode chegar aos 90%. Alguns autores referem que sintomas sistémicos de mal-estar e mialgias nas primeiras 2 semanas de início do dissulfiram (provavelmente por mobilização do níquel dos depósitos celulares com o início da terapêutica de quelação) são preditores de resposta ao mesmo.

Referências:

Katta R, Schlichte M. Diet and dermatitis: food triggers. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2014 Mar;7(3):30-6

Jensen CS, Menné T, Johansen JD. Systemic contact dermatitis after oral exposure to nickel: a review with a modified meta-analysis. *Contact Dermatitis.* 2006 Feb;54(2):79-86

Torres F, das Graças M, Melo M, Tosti A. Management of contact dermatitis due to nickel allergy: an update. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2009 Apr 17;2:39-48

Werfel T, Ballmer-Weber B, Eigenmann PA, Niggemann B, Rancé F, Turjanmaa K, Worm M. Eczematous reactions to food in atopic eczema: position paper of the EAACI and GA2LEN. *Allergy.* 2007 Jul;62(7):723-8

Ricciardi L, Arena A, Arena E, Zambito M, Ingrassia A, Valenti G, Loschiavo G, D'Angelo A, Saitta S. Systemic nickel allergy syndrome: epidemiological data from four Italian allergy units. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2014 Jan-Mar;27(1):131-6

Antico A, Soana R. Nickel sensitization and dietary nickel are a substantial cause of symptoms provocation in patients with chronic allergic-like dermatitis syndromes. *Allergy Rhinol (Providence).* 2015 Jan;6(1):56-63

Fabbro SK, Zirwas MJ. Systemic contact dermatitis to foods: nickel, BOP, and more. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2014 Oct;14(10):463

Śpiwak R. [Dietetic interventions in allergic contact dermatitis - when are they reasonable?]. *Przegl Lek.* 2015;72(12):754-8

Veien NK, Hattel T, Justesen O, Nørholm A. Oral challenge with nickel and cobalt in patients with positive patch tests to nickel and/or cobalt. *Acta Derm Venereol.* 1987;67(4):321-5

Scheman A, Jacob S, Zirwas M, et al. Contact allergy: alternatives for the 2007 North American contact dermatitis group (NACDG) Standard Screening Tray. *Dis Mon.* 2008;54(1-2):7-156.

Contact Dermatitis: Edition 5. Jeanne Duus Johansen; Peter J. Frosch; Jean-Pierre Lepoittevin Springer Heidelberg Dordrecht London New York, 2011. ISBN 978-3-642-03827-3