

Alergias e intolerâncias alimentares

Alergia alimentar é frequentemente a primeira manifestação de doença alérgica. Na infância, a sensibilização desenvolve-se progressivamente de acordo com a exposição, sendo os alimentos as primeiras substâncias estranhas às quais a criança poderá desenvolver alergia a partir dos primeiros meses de vida. Embora mais frequente na infância, a alergia alimentar pode surgir em qualquer idade.

A maioria das reações alérgicas a alimentos desencadeia-se, habitualmente, poucos minutos após a ingestão e resultam de um mecanismo alérgico mediado por IgE. As manifestações clínicas mais frequentes são a urticária, angioedema e síndrome de alergia oral e mais raramente queixas gastrointestinais e reações anafiláticas. A **urticária** caracteriza-se pelo aparecimento de lesões maculo-papulares eritematosas e pruriginosas. O **angioedema** associa-se com frequência à urticária e caracteriza-se por edema atingindo camadas mais profundas da pele podendo ser por vezes doloroso e envolve frequentemente as pálpebras, os lábios e mucosas, sendo a resolução mais lenta comparativamente à da urticária. A **síndrome de alergia oral (SAO)** caracteriza-se pelo aparecimento de edema, prurido e/ou formigamento dos lábios, língua, orofaringe ou toda a cavidade oral quando o agente causal, habitualmente um fruto fresco ou vegetal, contacta com a mucosa oral. **As manifestações gastrointestinais** mais frequentes são as náuseas, os vômitos, as cólicas abdominais e a diarreia. **As reações anafiláticas** caracterizam-se pela ocorrência de sintomas envolvendo dois ou mais órgãos ou sistemas, para além dos sintomas nas mucosas e pele surgem associadas manifestações respiratórias e/ou gastrointestinais e/ou cardiovasculares. Constituem a forma mais grave de reação alérgica e desencadeiam-se, habitualmente, de forma muito rápida, colocando em risco a vida do doente quando

não tratadas de forma imediata e adequada. As manifestações clínicas de alergia alimentar decorrem habitualmente da ingestão do alimento mas também a inalação ou o contacto cutâneo com os alérgenos alimentares poderão desencadear sintomas.

Qualquer alimento poderá ser responsável por uma alergia alimentar. Contudo, determinados alimentos tais como o leite de vaca, ovo, trigo e peixes são implicados mais frequentemente na infância e alergia aos mariscos, peixe e frutos secos se manifestam-se com maior frequência na idade adulta. Também a ocorrência de reações mais graves se associa, com maior frequência, a determinado tipo de alimentos. Nas anafilaxias ao leite de vaca, por exemplo, quantidades mínimas deste alimento podem ser suficientes para induzir reações fatais em indivíduos sensibilizados. A ingestão acidental inadvertida pode ocorrer, particularmente, por contaminação durante o processamento industrial de outros alimentos.

Outras manifestações de alergia alimentar incluem as **reações que ocorrem várias horas após a ingestão de um alimento** e que resultam de um mecanismo de hipersensibilidade mediado por células, de que são exemplo a **dermatite herpetiforme** e a **enteropatia ao glúten**. Por outro lado, a fisiopatologia da alergia alimentar pode envolver simultaneamente mecanismos mediados pela IgE e por células, tal como sucede na **dermatite atópica** e nas **esofagite/colite eosinofílicas**.

As reações de **intolerância alimentar** podem manifestar-se clinicamente da mesma forma que as alergias alimentares. Contudo, são desencadeadas por outros mecanismos que não implicam directamente o envolvimento do sistema imunológico. Podem estar envolvidos mecanismos enzimáticos, farmacológicos ou mesmo ainda desconhecidos. Na

intolerância à lactose, por exemplo, a deficiência ou mesmo ausência das enzimas (lactases) necessárias à digestão de lactose, origina sintomas digestivos como vômitos, cólicas abdominais e diarreia, quando o doente ingere leite e derivados e outros alimentos ou medicamentos contendo lactose.

Nas **reações adversas a aditivos alimentares** existe um elevado grau de suspeição quando os doentes referem sintomas associados com a ingestão de alimentos não relacionados, confeccionados habitualmente fora de casa, e muitas vezes também em associação a toma de medicamentos.

O **diagnóstico de alergia alimentar** inicia-se pela colheita da **história clínica detalhada** do doente que evidencie a relação da ingestão de determinado(s) alimento(s) com a ocorrência dos sintomas. Serão investigados fatores, tais como o estado em que o alimento é ingerido, a ingestão concomitante de outros produtos e a existência de cofatores que podem potenciar a ocorrência de reação alérgica alimentar, tais como a realização de exercício físico, imediatamente antes ou após a refeição, a toma concomitante de certos medicamentos como aspirina, bloqueadores beta e outros anti-hipertensores como inibidores da enzima de conversão da angiotensina.

O preenchimento pelo doente de um **diário alimentar**, bem como a descrição das atividades diárias, durante um período de tempo relativamente longo, pode ser essencial para evidenciar qual ou quais os alimentos potencialmente implicados.

Para a confirmação da alergia são efetuados testes cutâneos de alergia e /ou determinações de IgE específicas no sangue aos alimentos suspeitos. Os doseamentos de IgE específica é método mais dispendioso e é um exame alternativo já que

apresenta menor sensibilidade que os testes cutâneos e os resultados não são imediatos. É fundamental que o diagnóstico de alergia alimentar seja estabelecido por Imunoalergologista. A interpretação dos resultados dos testes exige experiência e perícia. Um teste cutâneo positivo a um determinado alimento não implica, necessariamente, a ocorrência de alergia. Por outro lado, um teste cutâneo negativo não permite excluir, imediatamente, o diagnóstico de alergia alimentar.

Testes de intolerância alimentar. Não existe, atualmente, nenhuma evidência científica que suporte a utilidade da determinação dos valores de IgG ou IgG4 específicas a alimentos, no diagnóstico de alergia ou intolerância alimentar. A produção de IgG ou IgG4 específicas é uma ocorrência normal para alimentos comuns na dieta e o resultados destes testes não devem ser utilizados como indicador de intolerância alimentar.

Para o estabelecimento do diagnóstico definitivo de alergia alimentar, poderá ser necessária a realização da **prova de provocação oral (PPO)** que consiste na ingestão de quantidades crescentes do alimento suspeito. **Nas intolerâncias alimentares,** a **PPO** é o único método atualmente disponível que permite confirmar o seu diagnóstico. A execução desta prova não é isenta de riscos, devendo ser sempre efetuada por imunoalergologista experiente, em ambiente hospitalar. A **PPO** é, também, realizada para avaliação do **desenvolvimento de tolerância na criança,** durante o acompanhamento a longo prazo.

Por outro lado, a alergia alimentar poderá surgir devido à existência de um mecanismo de **reatividade cruzada** a certas proteínas, resultando numa alergia múltipla e simultânea. O mais frequente é a associação de alergia respiratória a pólenes e alergia alimentar a frutos e outros alimentos de origem

vegetal, em que a manifestação clínica mais comum é a síndrome de alergia oral. São exemplos a polinose a gramíneas e a alergia ao pêssego, frequente no Sul da Europa, particularmente nos países mediterrânicos e a polinose a bétula e alergia à maçã mais frequente nos países da Europa Central e do Norte.

O tratamento das alergias e intolerâncias alimentares baseia-se no tratamento dos episódios agudos provocados pela ingestão e na identificação e evicção dos alimentos, ingredientes ou aditivos alimentares responsáveis pela ocorrência dos sintomas.

Se existe risco de anafilaxia deve ser prescrito dispositivo de **adrenalina para autoadministração.** A medicação de urgência é acompanhada de identificação do doente e da sua alergia alimentar, bem como de um **plano de emergência escrito.** É importante que os primeiros sintomas de uma reação alérgica sejam prontamente reconhecidos, para que o tratamento se inicie sem demora. Os casos de morte, decorrentes de anafilaxias alimentares, associaram-se ao atraso na administração da medicação, particularmente de adrenalina. Tratando-se de um tratamento que não é isento de riscos, cabe ao médico responsável pelo diagnóstico a sua prescrição e orientação precisa do doente relativamente à sua utilização. **Este ensino deverá ser facultado na escola, no local de trabalho ou outros locais que o doente frequente.** O doente deve ter a noção de que, mesmo tomando todos os cuidados, uma ingestão acidental poderá ocorrer devendo, por isso, transportar sempre consigo a adrenalina que lhe foi prescrita.

A evicção do alimento implicado, é um processo complexo, exigindo a implementação de diversas estratégias no plano pessoal, familiar e social. A

educação envolve não só o doente e seus familiares como também os conviventes e, num plano mais lato, os diversos intervenientes na preparação dos alimentos. Assim, o doente alérgico deve consultar os rótulos das embalagens de todos os produtos que consome e familiarizar-se com os termos utilizados pela indústria alimentar que identificam cada um dos ingredientes. Existe atualmente em Portugal, de acordo com diretrizes do Parlamento Europeu, legislação que obriga a indústria alimentar a mencionar nos rótulos a presença de ingredientes com origem em alimentos com maior potencial alergénico tais como o leite, soja, trigo, ovo, amendoim e outros frutos de casca rija, peixes e crustáceos. O respeito e cumprimento estrito destas normas são fundamentais à segurança alimentar, particularmente dos alérgicos mais sensíveis que apresentam risco de choque anafilático.

Na história natural das alergias alimentares, constata-se que a maioria resolve até à idade escolar. Para alguns grupos de alimentos, tais como os frutos secos e o amendoim, os peixes e mariscos, verifica-se uma maior tendência para persistência ao longo da vida. Se a alergia alimentar surge na idade adulta é menos provável o seu desaparecimento. Estima-se que nos países mais desenvolvidos a prevalência aproximada de alergia alimentar seja de 6-8% nas crianças e de 2-3% nos adultos. Para alguns alimentos, já é atualmente possível prever com grande probabilidade a tendência para a persistência da alergia ou evolução para a tolerância. Este acompanhamento terá que ser feito, necessariamente por Imunoalergologistas em Centros Especializados.



Os dados, opiniões, e conclusões expressos neste material não refletem necessariamente os pontos de vista de Bial, mas apenas os dos Autores. Bial não se responsabiliza pela atualidade da informação, por quaisquer erros, omissões ou imprecisões.