

ALERGIA ALIMENTAR MÚLTIPLA

Adriana PINHEIRO, Sara PRATES

RESUMO

A alergia alimentar múltipla é uma resposta imune adversa a mais do que um alimento. Quando uma criança é alérgica a vários alimentos, o quadro clínico pode ser grave e a evicção dos alergénios implicados leva a restrições dietéticas importantes.

Descrevemos o caso de uma criança de quatro anos com eczema atópico grave e alergia alimentar múltipla. Apresentou Imunoglobulina (Ig)E específica positiva aos oito meses para leite, trigo, centeio, cevada, glúten, soja, ovo (gema e clara) e iniciou evicção destes alimentos. Aos 20 meses tentou introduzir trigo, suspendendo após agravamento do eczema atópico. Aos três anos teve reacção anafiláctica após contacto com queijo. Aos quatro anos mantém evicção de leite, ovo, trigo, glúten, cevada e centeio.

As restrições alimentares nestes doentes são grandes, havendo necessidade de controlo rigoroso dos alimentos ingeridos para evicção de reacções adversas e prevenção de carências nutricionais. É importante a abordagem multidisciplinar.

SUMMARY

MULTIPLE FOOD ALLERGY

Multiple food allergy is an adverse immune response to more than one food.

When a child is allergic to a great number of foods, the clinical picture can be serious and the eviction of the implied allergens leads to important dietary restrictions.

We describe the case of a 4-year-old child with serious atopic eczema and multiple food allergy. At 8 months she presented positive specific Immunoglobulin (Ig)E for milk, wheat, rye, barley, gluten, soy, egg (yolk and white) and initiated eviction of these foods. At 20 months she tried to introduce wheat but suspended after aggravation of atopic eczema. At 3 years old, she had anaphylaxis after contact with cheese. At 4 years old she keeps eviction of milk, egg, wheat, gluten, barley and rye.

Food restrictions in these patients are high, demanding a rigorous control of foods ingested to prevent both adverse reactions and nutritional deficits. Multidisciplinary approach is important.

A.P., S.P.: Serviço de Imunoalergologia. Hospital de Dona Estefânia (C.H.L.C.). Lisboa

© 2011 CELOM

INTRODUÇÃO

O termo alergia alimentar é usado para descrever uma resposta imune adversa a alimentos¹.

A maioria das reacções alérgicas aos alimentos é mediada por imunoglobulina E (IgE) e envolve a pele, tracto gastrointestinal e sistema respiratório². As manifestações clínicas incluem reacções agudas como urticária, angioedema, vômitos, edema laríngeo, broncospasmo, hipotensão, síndrome de alergia oral, anafilaxia e manifestações crónicas como eczema, gastroenteropatia eosinofílica e má progressão ponderal².

Geralmente apenas um alergénio é responsável pelos sintomas e a sua evicção é suficiente para os controlar. A alergia alimentar múltipla é rara.

Quando uma criança é alérgica a um grande número de alimentos, o quadro clínico pode ser grave e a evicção dos alimentos implicados pode levar a restrições dietéticas importantes.

CASO CLÍNICO

Criança do sexo feminino de quatro anos de idade com eczema grave desde os quatro meses de vida, altura em que introduziu cereais na dieta. Tinha feito aleitamento materno exclusivo até então. Aos oito meses foi avaliada em consulta de imunologia da área de residência, tendo feito análises que revelaram IgE específicas positivas para pó doméstico e diversos alimentos – leite, α -lactoglobulina, β -lactoalbumina, caseína, trigo, centeio, cevada, glúten, soja, gema e clara de ovo.

Iniciou dieta de evicção daqueles alimentos com alguma melhoria, mantendo, no entanto, algumas lesões de eczema. Realizou tratamento diário com anti-histamínicos orais e corticosteróide tópico nos períodos de exacerbação. Nos períodos de maior gravidade sintomatológica fez terapêutica corticosteróide sistémica.

Aos 12 meses iniciou soja com boa tolerância, sem agravamento das lesões cutâneas.

A partir dos 16 meses, sem motivo aparente, sofreu novo reagramento do quadro clínico com necessidade de cursos repetidos e prolongados de corticoterapia oral, motivo pelo qual foi referenciada à consulta de Imunologia do Hospital Dona Estefânia, onde passou a ser seguida. Os doseamentos de IgE específica efectuados aos 19 meses foram fortemente positivos para clara e gema de ovo, significativamente elevados para leite, α lactoglobulina, β lactoalbumina e caseína, e fracamente positivos para os cereais testados (centeio, cevada, glúten e trigo) (quadro 1).

Na sequência destes resultados, tendo em conta os baixos níveis de IgE detectados para os cereais, planeou-se introdução do trigo. Contudo, houve agravamento do quadro com dermatite peri-bucal e dos membros, uma semana após a introdução, pelo que voltou à dieta de evicção.

Aos 21 meses sofreu nova exacerbação do eczema com necessidade de corticosteróide oral, que se relacionou com a introdução de tomate na dieta, pelo que se propôs moderação na ingestão de alimentos histaminolibertadores.

Aos dois anos começou a perceber-se que as frequentes exacerbações do eczema, por um lado, e por outro a alergia alimentar, com as necessárias medidas de evicção dos alimentos agressores, tinham um impacto negativo no

Quadro 1 – Características da doente estudada

Alimento/proteína	Ig E específica aos 19 meses (KUA/L); classe	Ig E específica aos 3 anos (KUA/L); classe	Sintomas após ingestão
Leite vaca	14; 3	> 100; 6	Anafilaxia
α -lactoalbumina	8,68; 3	> 100; 6	
β -lactoglobulina	2,59; 2	Não realizado	
Caseína	9,63; 3	> 100; 6	
Ovo			
Gema	> 100; 6		
Clara	> 100; 6		
Trigo	0,84; 2	0,86; 2	Agravamento de eczema
Cevada	0,61; 1	0,94; 2	Nunca ingeriu
Centeio	0,44; 1	0,57; 1	Nunca ingeriu
Glúten	1,19; 2	1,94; 2	Agravamento de eczema

Ig – imunoglobulina

desenvolvimento socio-emocional da criança e no equilíbrio e bem estar da família, com distúrbio de ansiedade evidente. Foi então proposto seguimento em consulta de Psicologia, que mantém. Na mesma altura foi também referenciada a consulta de Dermatologia, com vista a uma optimização da terapêutica do eczema atópico.

Aos três anos repetiu doseamentos de IgE específica que se mantiveram fortemente positivos para clara e gema de ovo, significativamente elevados para leite, α -lactoglobulina, β -lactoalbumina e caseína, e fracamente positivos para os cereais testados (centeio, cevada, glúten e trigo) – quadro 1.

Dois meses depois desse doseamento, após ingestão accidental de queijo, teve uma reacção anafiláctica, manifestada por broncospasmo, edema da glote e vómitos, com necessidade de recurso ao serviço de urgência. Na sequência desta reacção, foi reforçado o ensino das medidas de evicção alimentar e foi prescrita adrenalina auto-injectável (Anapen®). Ainda não foi possível fazer testes cutâneos devido à presença quase constante de lesões de eczema.

Aos quatro anos mantém evicção de leite, ovo, trigo, glúten, cevada, centeio. Mantém seguimento em consulta de Pediatria, Imunoalergologia, Dermatologia e Psicologia.

DISCUSSÃO

A alergia alimentar é definida como uma resposta imunológica anormal às proteínas dos alimentos, levando a uma reacção clínica adversa¹. Fala-se de alergia alimentar múltipla quando existe reactividade clínica a vários alimentos não relacionados entre si. A prevalência de alergia alimentar é especialmente elevada entre as crianças com eczema atópico moderado a grave³. As manifestações podem ser não imediatas, com agravamento tardio do eczema, ou imediatas, de gravidade variável, podendo mesmo chegar à reacção anafiláctica³. No caso que descrevemos, a doente apresentou os dois tipos de reacção, com dois alimentos diferentes – não imediata com trigo e imediata com proteínas lácteas (queijo).

É frequente na prática clínica, e em especial em doentes com eczema atópico, encontrar testes cutâneos ou IgE específicas positivos para alimentos, mas geralmente a maioria destas sensibilizações não têm relevância clínica e os alimentos envolvidos são poucos. Há evidência de que, quanto maior for a concentração sérica de IgE específica, maior é a probabilidade de que haja reactividade clínica ao alimento em causa⁴. No entanto, IgE específica baixa ou ausente não permite excluir por completo a alergia alimentar, uma vez que as manifestações tardias podem não ser mediadas por IgE. Este facto torna muitas vezes difícil o

diagnóstico correcto da alergia alimentar nas crianças com eczema³, sendo essencial, para além dos diversos exames complementares de diagnóstico, fazer uma avaliação cuidadosa da resposta à dieta de eliminação, seguida de provas de provocação oral com os alimentos suspeitos.

No caso que apresentamos, a alergia alimentar múltipla estava presente, uma vez que se verificaram manifestações clínicas associadas à ingestão de trigo e de queijo. Quanto ao ovo, não houve qualquer ingestão, mas o valor extremamente elevado das IgE específicas permite prever, com muito elevado grau de probabilidade, que a doente seja alérgica também a este alimento. Desta forma, as restrições alimentares, nesta doente, são grandes, havendo necessidade de um controlo rigoroso dos alimentos ingeridos, tentando ao mesmo tempo evitar carências nutricionais.

Pelas dificuldades no diagnóstico e pelos riscos de uma dieta inadequada, crianças com história sugestiva de alergia alimentar múltipla devem ser referenciadas a consulta de Imunoalergologia, podendo também ser necessário o apoio de um nutricionista.

Os aspectos emocionais e sociais do eczema atópico e da alergia alimentar têm que ser tidos em consideração. Tal como no caso apresentado, foram descritas associações entre alergia e distúrbios de ansiedade e *stress* em crianças e adolescentes⁵. O eczema atópico tem um impacto negativo importante sobre a qualidade de vida das crianças afectadas, assim como das suas famílias⁶. A alergia alimentar tem também um efeito significativo na actividade das famílias. Estudos sugerem que crianças com alergia alimentar parecem ter um risco aumentado de maior dificuldade no desenvolvimento socioemocional⁷. Por outro lado, as restrições impostas às crianças pelos pais e médicos parecem induzi-las a tornarem-se mais ansiosas⁷. O acompanhamento em consulta de Psicologia pode ser benéfico, tanto para a criança como para os pais, quando há suspeita de distúrbios a este nível.

Actualmente a dieta de evicção dos alimentos alergénicos continua a ser o único tratamento disponível para a alergia alimentar². Têm sido apresentados vários estudos experimentais sobre novas estratégias terapêuticas como, indução de tolerância oral⁸ e imunoterapia específica com proteínas mutadas⁹. Contudo, são necessários mais estudos para provar a eficácia destas terapêuticas.

Fundamental é a educação sobre evicção dos alimentos agressores mas, uma vez que não são raras as exposições accidentais aos alergénios, muitos doentes têm que ter disponível adrenalina injectável para lidarem com eventuais situações de emergência. Assim acontece com a nossa doente.

Felizmente, é provável que com o tempo, se torne to-

lerante, pelo menos a alguns dos alimentos implicados na alergia. A alergia ao leite foi resolvida em 90% dos casos num estudo com *follow-up* de cinco anos¹⁰. Outro estudo com 807 casos revelou, no entanto, que aos quatro anos apenas 19% resolveu a alergia ao leite de vaca, 42% aos oito anos e 79% aos 16 anos¹¹. Outros autores concluíram que aos quatro anos de idade apenas 4% resolve alergia ao ovo, 12% aos seis anos e 68% aos 16 anos, havendo maior prevalência de alergia persistente ao ovo em crianças com outras alergias alimentares¹².

Sendo o eczema atópico uma doença multifactorial (com envolvimento de factores ambientais diversos mas também uma vertente genética), o seu controlo é por vezes extremamente difícil. Nos casos em que existe alergia alimentar, a dieta de evicção dos alimentos implicados é essencial mas não é geralmente suficiente para o controlo da doença de base, sendo indispensável não descuidar os cuidados cutâneos adequados. Geralmente a resolução da alergia alimentar, nos casos em que esta ocorre, acompanha-se de uma melhoria do eczema, embora não necessariamente da sua resolução completa.

O caso apresentado ilustra a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para otimizar o acompanhamento destas situações clínicas de maior complexidade.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. JOHANSSON SG, BIEBER T, DAHL R et al: Revised nomenclature for allergy for global use: report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:832-6
2. EIGENMANN PA, BEYER K, BURKS AW et al: New vision for food allergy: An iPAC summary and future trends. *Pediatr Allergy Immunol* 2008;19:26-39
3. WERFEL T, ERDMANN S, FUCHS T et al: Approach to suspected food allergy in atopic dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2009;7(3):265-271
4. PERRY TT, MATSUI EC, CONOVER-WALKER MK, WOOD RA: The relationship of allergen-specific IgE levels and oral food challenge outcome. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:144-9
5. KATON WJ, RICHARDSON L, LOZANO P, MCCAULEY E: The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosom Med* 2004;66:349-355
6. LEWIS-JONES S: Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. *Int J Clin Pract* 2006;60(8):984-992
7. DUNNGALVIN A, GAFFNEY A, HOURIHANE J: Developmental pathways in food allergy: a new theoretical framework. *Allergy* 2009;64:560-8
8. NIGGEMANN B, STADEN U, ROLINCK-WERNINGHAUS C, BEYER K: Specific oral tolerance induction in food allergy. *Allergy* 2006;61:808-811
9. COCCO R, JÄRVINEN K, SAMPSON H, BEYER K: Mutational analysis of major, sequential IgE-binding epitopes in α_{s1} -casein, a major cow's milk allergen. *J Allergy Clin Immunol* 2003;112:433-7
10. HOST A, HALKEN S, JACOBSEN H, CHRISTENSEN A, HERSKIND A, PLESNER K: Clinical course of cow's milk protein allergy/intolerance and atopic disease in childhood. *Pediatr Allergy Immunol* 2002;13(15):23-8
11. SKRIPAK J, MATSUI E, MUDD K, WOOD R: The natural history of IgE-mediated cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120:1172-7
12. SAVAGE J, MATSUI E, SKRIPAK J, WOOD R: The natural history of egg allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120:1413-7