

Alergia Alimentar: O Que Devemos Saber?



Dr. Almeida Nunes

Especialista em Medicina Interna.

Ex-Assistente Graduado do Hospital de Santa Marta, Lisboa. CLIMI, Lisboa.

Dr. Almeida Nunes - Em geral, as pessoas pronunciam-se muito sobre alergia e intolerância alimentar. Muitas das vezes até como se fossem sinónimos ou o mesmo conceito. Mas convém esclarecer: afinal qual a diferença entre ambos?

Dra. Rita Aguiar - Na realidade, são conceitos e realidades distintas.

A *alergia alimentar* é uma reação adversa a um alimento mediada pelo sistema imune que pode ser mediada por IgE ou não. A anafilaxia é uma das mais conhecidas reações mediadas por IgE, e a proctocolite induzida por proteínas do leite de vaca um exemplo de uma reação não mediada por IgE. Existem ainda alergias alimentares mistas, como a esofagite eosinofílica, e ainda as mediadas por células como por exemplo o eczema de contacto alérgico.

A *intolerância alimentar* é uma resposta adversa não imunológica a um alimento ou aditivo alimentar como consequência de uma característica individual, por exemplo, a intolerância à lactose por défice de lactase ou ainda a escombroidose.

Dr. Almeida Nunes - Para que servem os testes de intolerância alimentar no diagnóstico de alergia alimentar?

Dra. Rita Aguiar - Na realidade, não devem ser utilizados para esse fim. É certo que estes testes serológicos doseiam a imunoglobulina G4 (IgG4), específica de vários alimentos, têm sido promovidos recentemente. Contudo, não são testes idóneos para indicar uma alergia alimentar mas sim uma exposição repetida do sistema imune a antigénios desses alimentos, sendo que a sua presença é um indicador de tolerância imunológica.

Os testes da IgG servem apenas para dar indicações epidemiológicas, sem informação relevante numa base individual. Ou seja, não há associação direta entre IgG4 específica de alimentos e queixas relacionadas com estes.

Dr. Almeida Nunes - Há alguma indicação para testar a IgG4 no diagnóstico da alergia?

Dra. Rita Aguiar - Verdade. Se o doente estiver a realizar Imunoterapia específica a um alérgeno, a IgG4 pode ser doseada, mostrando uma atividade bloqueadora inibindo a apresentação de alérgeno IgE mediado. Estes casos, evidenciam resultado da atividade de células T reguladoras (indução de tolerância imunológica), havendo um aumento gradual do ratio IgG4/IgG1 específica de alérgeno.

Outra situação em que podemos dosear a IgG4 é a da Indução de tolerância ao leite de vaca em crianças alérgicas: se a dosearmos, haverá um aumento da concentração de anticorpos IgG4 específicos do leite de vaca.

Dr. Almeida Nunes - Deverão ser feitas dietas de evicção de alimentos responsáveis por reações alérgicas?

Dra. Rita Nunes - Esta abordagem terapêutica só tem uma eficácia documentada por estudos randomizados e controlados em crianças alérgicas ao leite ou ao ovo.



Dra. Rita Aguiar

Interna da especialidade de Imuno-Alergologia no Serviço de Imuno-Alergologia do Hospital de Santa Maria (Diretor: Dr. Manuel Barbosa), Lisboa.

Para muitos alimentos as dietas de evicção são instituídas com base no "senso comum" ou na falta de alternativas eficazes. O nível de evidência que as sustenta é considerado baixo de acordo com as *guidelines* vigentes. Verifica-se também que se trata de uma área pouco estudada para a idade adulta e com grande impacto na qualidade de vida dos doentes e das suas famílias a nível da nutrição e integração social.

Dr. Almeida Nunes - Será razoável a utilização de dietas de evicção total de um alimento em todos os indivíduos alérgicos a esse alimento?

Dra. Rita Aguiar - Não. Nestes casos, há que distinguir bem a evicção total de um alimento e a evicção de vestígios do mesmo. Por exemplo, em determinados casos, quando existe tolerância, mantemos a ingestão de vestígios de leite (manteiga, iogurte) em doentes com alergia a proteínas do leite de vaca. Basicamente, consideramos o alérgeno em causa, a idade do doente, a sintomatologia apresentada e a dose desencadeadora da reação. Alternativamente, poderemos também ter em conta o antigénio molecular reconhecido.

DPOC: Mitos e Verdades

Dr. Almeida Nunes - A DPOC tem uma prevalência muito superior relativamente à evidenciada, por exemplo, no registo dos cuidados de saúde primários.

Dra. Rita Aguiar - Verdade. Estima-se uma prevalência real de cerca de 15% na população Portuguesa e os registos nos cuidados de saúde primários estão abaixo do 1%!

Dr. Almeida Nunes - O Síndrome Coronário Agudo tem muito maior mortalidade vs. a exacerbação da DPOC durante e após o internamento.

Dra. Rita Aguiar - Mito. A mortalidade hospitalar durante o internamento por DPOC ronda entre 8 a 11% e a mortalidade por enfarte agudo entre 8 a 9,4%, sendo que o prognóstico após alta hospitalar no que concerne a mortalidade ao 1º ano é de 22 a 43% para a DPOC e de 8 a 11% para o pós-enfarte.

Dr. Almeida Nunes - Em termos de evolução natural da doença, a intervenção farmacológica tem interesse prognóstico?

Dra. Rita Aguiar - Verdade. A função pulmonar diminui com a idade, calculando-se um de-

clínio do FEV1 da ordem dos 30 ml/ano, em condições normais. Na presença de DPOC, essa redução é de cerca de 55 ml/ano.

No estudo TORCH, os doentes submetidos a tratamento farmacológico tiveram um declínio de apenas 39 ml, o que representa uma redução de menos 16 ml/ano.

Dr. Almeida Nunes - Os corticóides sistémicos, tem indicação habitual nas exacerbações da DPOC. E os corticóides inalados?

Dra. Rita Aguiar - Os *corticóides sistémicos* estão indicados nas exacerbações da DPOC, tendo em conta estudos que documentam redução do tempo de recuperação, da melhoria da função pulmonar (FEV1) e da hipoxemia (PaO₂), assim como, do risco de recorrência precoce, de falência do tratamento e de duração do internamento. A dose atualmente recomendada é 40mg de prednisolona durante 5 dias, sendo a prednisolona oral o preferível.

Os *corticóides inalados* estão indicados no tratamento a longo prazo dos doentes com DPOC grave ou muito grave e com exacerbações fre-

quentes que não estão adequadamente controlados com broncodilatadores de longa acção.

Dr. Almeida Nunes - Qual o papel da OLD (oxigenoterapia de longa duração)? Quais as suas doses e tempo de administração.

Dra. Rita Aguiar - A oxigenoterapia de longa duração (OLD) durante > 15 horas demonstrou aumentar a sobrevivência dos indivíduos com DPOC e hipoxemia grave em repouso.

Esta está indicada nos doentes com DPOC com:
- PaO₂ < 55mmHg (ou SaO₂ < 88%), com ou sem hipercapnia;

ou

- PaO₂ entre 60 e 55mmHg (ou SaO₂ < 88%) se evidência de hipertensão pulmonar, policitemia (hematócrito > 55%) ou edemas periféricos sugestivos de insuficiência cardíaca congestiva.

Os valores da PaO₂ e saturação baseiam-se nos valores em repouso e devem ser confirmados 2x durante um período de 3 semanas, num doente estável. O tempo de administração da OLD deve ser no mínimo de 15 horas/dia e o fluxo de O₂ titulado de indivíduo para indivíduo com o objetivo de PaO₂ > 60mmHg em repouso.