



Revisado tratamento das alergias alimentares

Am Fam Physician. 2008;77:1678-1686.

As alergias alimentares afetam de 4 a 5% das crianças e cerca de 2 a 3% da população adulta e ainda é um problema a falsa atribuição de certos sintomas à alergia alimentar. Elas são as principais causas de anafilaxia não relacionadas a medicamentos.

De acordo com uma revisão publicada no periódico *American Family Physician* o teste mais específico para confirmar o diagnóstico de alergia alimentar continua sendo o teste duplo-cego, controle-placebo.

Estudos populacionais com crianças e adolescentes demonstraram que apenas 10% daqueles que acreditam ter este tipo de alergia conseguem provar tal fato. Desordens associadas com alergia alimentar, como a esofagite eosinofílica, estão sendo cada vez mais reconhecidas, e alguns outros distúrbios já conhecidos, tais como a doença do refluxo gastroesofágico em lactentes, vem sendo atribuídos às alergias alimentares.

Embora profissionais da família sejam de fundamental importância para reconhecer e diagnosticar alergias alimentares mediadas por imunoglobulinas E (IgE), e devem desempenhar um papel vital no aconselhamento de sintomas que os doentes falsamente atribuem às alergias.

Qualquer tipo de alimento é um potencial alergênico, porém, em crianças, mais de 90% das respostas sistêmicas ao alimento, incluindo as reações anafiláticas, resultam de alergia a ovos, leite, soja, trigo ou amendoim. Em adultos, os inimigos frequentes são os crustáceos, nozes, amendoins ou peixes.

A manifestação mais comum da alergia alimentar é a síndrome de alergia oral, com sintomas transitórios que estão limitados à boca e garganta. Para seu diagnóstico, os testes cutâneos e o RAST são 85% sensíveis e entre 30 e 60% específicos para determinados alimentos. Devido os testes intradérmicos apresentarem uma alta taxa de falsa positividade, bem como um risco elevado de reações adversas, não recomenda-se que sejam utilizados para uma elevação inicial da alergia alimentar. O teste mais específico para a confirmação do diagnóstico continua a ser o teste duplo-cego, controle-placebo.

A base do tratamento da alergia alimentar envolve reconhecer e evitar o alimento responsável. Em caso de exposição acidental, os pacientes que apresentam reações anafiláticas devem ser preparados com epinefrina intramuscular e instrução na auto-administração. Para obter menores reações alérgicas aos alimentos, anti-histamínicos podem ser úteis.

O teste de alergia e eliminação do alimento suspeito da dieta podem ter tanto um papel diagnóstico e terapêutico. O duplo-cego, controle-placebo é útil em crianças mais velhas e os adultos que têm reações atípicas ou reações aos alimentos que são raramente estão implicados na alergia.

Embora o estudo duplo-cego, controle-placebo ser o teste mais específico para a confirmação de diagnóstico, as taxas de resultados falso-positivos e falso-negativos ainda são 5% ou mais. Se o teste não é projetado corretamente, os resultados podem ser errados. Além disso, as reações podem ocorrer dias depois, levando a erros de diagnóstico. Outras desvantagens do duplo-cego, controle-placebo é ser mal tolerado pelos pacientes e, normalmente, desnecessário para o diagnóstico.

Recomendações específicas para a prática clínica, e a respectiva classificação em nível de evidência, são as seguintes:

- Quando a suspeita clínica da alergia alimentar é alta, o teste cutâneo e o RAST são adequados para o diagnóstico (nível de evidência C).

- Os doentes (ou seus cuidadores) que têm conhecidos ou suspeitos de reações anafiláticas com alimentos específicos devem fazer uso da adrenalina quando necessário e ser instruídos quanto à sua utilização (nível de evidência C).

- Em comparação com as fórmulas a base de leite de vaca, há alguns indícios de fórmulas infantis hidrolizadas reduzem as alergias infantis. No entanto, não há provas para apoiar o uso da fórmula hidrolisada para a amamentação (nível de evidência B).

Para prevenir alergias alimentares, o Colégio Americano de Alergia, Asma e Imunologia recomenda que crianças com uma história familiar de parentes próximos com doença atópica devem ser exclusivamente amamentados durante os primeiros 6 meses, com a continuação da amamentação até pelo menos o primeiro ano e sem alimentos sólidos sendo introduzido até 6 meses de idade.

Como cerca de metade de todas as mulheres são secretoras (o que ingerem irão aparecer no seu leite materno), as nutrizes deve evitar alimentos como ovos, leite, nozes, amendoins e frutos do mar, segundo os autores. Na dieta da criança, nozes, mariscos e peixes devem adiadas até os três ou quatro anos de idade.

Confira o artigo na íntegra no site da Nutrociência.

Tradução: Nutr. Flávia De Conti

Nutrociência Assessoria em Nutrologia