



CASO CLÍNICO

Alergia às proteínas do leite de vaca em adolescente com anafilaxia: uma opção terapêutica inovadora

Mariana Couto*, Graça Sampaio, Susana Piedade e Mário Morais de Almeida

Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

Recebido a 27 de dezembro de 2010; aceite a 13 de fevereiro de 2011
Disponível na Internet a 27 de julho de 2012

PALAVRAS-CHAVE

Alergia;
Adolescente;
Anafilaxia;
Indução de tolerância;
Leite de vaca

KEYWORDS

Allergy;
Adolescent;
Anaphylaxis;
Tolerance induction;
Cow's milk

Resumo A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) é uma patologia cada vez mais prevalente e com duração mais prolongada. A dieta de evicção é muitas vezes difícil, sendo frequentes as reações adversas por ingestão de alérgeno oculto. Reportamos o caso clínico de um adolescente com antecedentes de APLV de longa duração, com clínica de vários episódios de anafilaxia por ingestão de leite de vaca (LV) como alérgeno oculto, submetido com sucesso a protocolo de indução de tolerância ao LV, tendo-se alcançado uma dose diária de 200 ml, permitindo uma dieta livre. Este procedimento, realizado em centros especializados e por equipas experientes, constitui uma estratégia terapêutica inovadora, nomeadamente em casos de APLV grave, influenciando a história natural da doença e prevenindo a ocorrência de acidentes, possibilitando assim uma melhoria significativa da qualidade de vida. É importante a sua divulgação para que sejam oferecidas a estes doentes as melhores opções de tratamento.

© 2010 Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Cow's milk allergy in an adolescent with anaphylaxis: A new therapeutic option

Abstract Cow's milk allergy (CMA) is an increasingly prevalent disease, with longer duration. The elimination diet is often difficult and so adverse reactions by ingestion of hidden allergen are common. We report the case of an adolescent with a history of severe CMA, with several episodes of anaphylaxis after accidental ingestion of cow's milk (CM), successfully submitted to a CM tolerance induction protocol, reaching a daily dose of 200 ml, which allowed a free diet. Applied by experienced staff in specialized medical centers, this seems to be an innovative therapeutic strategy also in severe cases of CMA, modifying its natural history and conferring protection against hidden allergen ingestion, allowing a significant improvement in quality of life. Its disclosure is important so that the best treatment options are offered to these patients. © 2010 Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: marianafercouth@gmail.com (M. Couto).

Introdução

As reações adversas a alimentos dividem-se em 2 tipos: as de causa alérgica, mediadas por mecanismos imunológicos nos quais pode participar ou não a IgE (alergia alimentar IgE ou não-IgE mediada), e as devidas a outras formas de hipersensibilidade / intolerância; esta última inclui as causas metabólicas/enzimáticas, farmacológicas, tóxicas e idiopáticas¹. Nas últimas décadas, a alergia alimentar tem assumido uma prevalência e gravidade crescentes, estimando-se que atinja atualmente 5% das crianças com menos de 5 anos e 4% dos adolescentes e adultos². A apresentação clínica é variável, podendo ocorrer manifestações mucocutâneas, respiratórias, gastrointestinais e, em alguns casos, anafilaxia. As manifestações gastrointestinais são comuns² (vômitos, diarreia, esofagite e gastroenterite eosinofílicas, proctocolite alérgica) e entram no diagnóstico diferencial com outros distúrbios deste foro, impondo em muitos casos o apoio do gastroenterologista. Trata-se atualmente de uma patologia relativamente à qual, para além da evicção alérgica, as opções terapêuticas específicas são muito limitadas. A possibilidade de uma abordagem ativa, para induzir a tolerância alimentar, tem sido empreendida com sucesso variável³⁻⁵.

Nos primeiros anos de vida, a alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) afeta cerca de 2,5% das crianças e, considerando as formas IgE (cerca de 60%) e não-IgE mediadas, constitui a alergia alimentar mais comum em idade pediátrica⁶. Na maioria das crianças é ultrapassada até à idade escolar, mas uma percentagem considerável mantém a clínica durante a segunda década de vida^{6,7}. O tratamento convencional da APLV consiste na evicção das proteínas do leite de vaca (LV), para além da resolução dos episódios agudos.

Nos casos de APLV persistente grave, o prognóstico é menos favorável e a probabilidade de acidentes por exposição a alérgeno oculto é elevada, com uma prevalência anual que pode chegar a 20% dos doentes⁶.

Torna-se essencial, portanto, a identificação de uma alternativa terapêutica, o que justifica o forte empenhamento na investigação de indução de tolerância alimentar ao LV³⁻⁵.

Caso clínico

Adolescente do sexo masculino, 16 anos de idade, com antecedentes familiares de atopia (mãe) e pessoais de asma intermitente e rinite alérgica persistente moderada (sem terapêutica preventiva), e urticária ao frio, encontrando-se sensibilizado a pólenes de gramíneas e de oliveira e a ácaros do pó doméstico. No 1.º ano de vida foi-lhe diagnosticada APLV, tendo sido seguido em consulta de Imunoalergologia, onde terá sido recomendada a evicção de proteínas de LV e proposta alimentação com soja. Nos últimos anos acabou por abandonar a referida consulta, referindo como motivo de desânimo e a ausência de alternativas terapêuticas.

Em fevereiro de 2010, no bar do nosso hospital, poucos minutos após ingerir um folhado de salsicha que desconhecia conter queijo, teve uma reação anafiláctica (urticária generalizada, dificuldade respiratória e tonturas, sem perda do conhecimento). Não era portador de

dispositivo para autoadministração de adrenalina. Foi transportado ao Serviço de Urgência onde foi tratado com adrenalina e metilprednisolona, com resolução do quadro em 6 horas. Foi referenciado à consulta de Imunoalergologia da nossa Unidade, referindo ter tido várias reações anafiláticas com alérgeno oculto na adolescência, que motivaram internamentos. Foi-lhe prescrito corticóide nasal para controlo da rinite, esquema de crise de asma com agonista beta-2 de curta ação inalado e esquema terapêutico em caso de anafilaxia por contacto acidental com LV (dispositivo para autoadministração de adrenalina, anti-histamínico e corticóide sistémico).

Em março de 2010 apresentava IgE específicas (ImmunoCAP®, Phadia, Uppsala, Suécia) positivas para LV (59,8 KU/L), caseína (53,3 KU/L), α -lactoalbumina (6,92 KU/L) e β -lactoglobulina (0,87 KU/L) (valores normais < 0,10 KU/L), assim como testes cutâneos com extratos comerciais (Laboratórios Leti, Madrid, Espanha) positivos para LV (6 mm de pápula média), caseína (8 mm), α -lactoalbumina (11 mm) e β -lactoglobulina (7 mm). Nessa altura, considerando o quadro clínico, e após explicação detalhada dos riscos e das vantagens do procedimento, é proposto ao adolescente e à família iniciar um protocolo de indução de tolerância às proteínas do LV (detalhado na tabela 1).

Foi recomendada a ingestão diária das doses de manutenção, sempre após a refeição e sem exercício físico vigoroso nas 2 horas subsequentes. Cerca de 5 dias após ter iniciado a dose de 100 ml 2 vezes por dia (3.ª visita), manifestou dor abdominal tipo cólica, reprodutível, imediatamente após a toma da manhã, acompanhada de vômito e dispneia que resolveu com salbutamol. Contactou a equipa médica e foi-lhe dada indicação para reduzir a dose para metade, que manteve sem mais intercorrências até à visita seguinte.

Não se verificaram mais intercorrências significativas até ao final do protocolo, cumprindo atualmente uma dieta sem restrições, com indicação para manter ingestão diária mínima de 200 ml de LV. Tem programadas consultas trimestrais. Em novembro de 2010 repetiu estudo analítico que evidenciou diminuição das IgE específicas para LV (25,8 KU/L) e caseína (35,4 KU/L) e elevação da IgE específica para α -lactoalbumina (23,2 KU/L) e β -lactoglobulina (1,76 KU/L).

Discussão

Os mecanismos imunológicos implicados no aparecimento da alergia alimentar ainda não estão totalmente esclarecidos, embora provavelmente resulte de uma ausência de tolerância oral, ou seja, a inexistência de uma resposta ativa do sistema imunitário a um antígeno apresentado pela mucosa gastrointestinal. Nos doentes alérgicos, porém, essa resposta pode ocorrer naturalmente ou ser induzida. São vários os mecanismos responsáveis pela aquisição de tolerância, nomeadamente a indução de anergia clonal, a deleção clonal das células efectoras e a supressão celular ativa. Os 2 primeiros mecanismos justificariam a aquisição de tolerância favorecendo a alergia (intervenção de citocinas solúveis ou por interação entre recetores da célula T e das células apresentadoras de antígeno – CD80 e CD86) ou da deleção de clones de células T antígeno-específicas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311148>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311148>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)