

A alergia alimentar atinge cerca de 1-2 % da população geral nos países industrializados e mais de 8% das crianças. O número de indivíduos com reações graves de causa alérgica, após ingestão de alimentos, tem vindo a aumentar. As reações a alimentos poderão não ter uma causa alérgica, designando-se então como reações alimentares adversas.

As manifestações clínicas

A alergia a um determinado alimento origina, habitualmente, o aparecimento dos sintomas poucos minutos após a ingestão. Estas reações denominadas imediatas podem atingir a pele e mucosas, as vias respiratórias, os sistemas gastrointestinal e cardiovascular, de uma forma isolada ou combinada. Surgem, assim, manifestações de urticaria, angioedema, rinoconjuntivite, asma e choque anafilático. As manifestações clínicas de tipo imediato mais frequentes são a urticaria, o angioedema, e a síndrome de alergia oral. As reações anafiláticas são mais raras. Assumem, no entanto, uma importância primordial, já que se desencadeiam muito rapidamente, colocando em risco a vida do doente, quando não tratadas de forma imediata. Outras manifestações de alergia alimentar incluem reações retardadas que ocorrem em doentes com eczema atópico e/ou enteropatia ao glúten, sendo mais difíceis de diagnosticar porque, frequentemente, decorre muito tempo entre a ingestão alimentar e a ocorrência dos sintomas.

As manifestações clínicas de alergia alimentar variam com a idade. Na infância, a forma de apresentação mais comum é o eczema atópico. Leite, ovo, frutos secos, soja, trigo, peixe e marisco são os alimentos mais frequentemente envolvidos. No adulto são habituais as reações imediatas. Para além da sensibilização a frutos secos, peixe e marisco, a reatividade a alimentos de origem vegetal é relativamente comum.

A síndrome de alergia oral caracteriza-se pelo aparecimento de edema, comichão e/ou formigueiro dos lábios, boca e garganta quando o agente causal, habitualmente um fruto fresco ou vegetal, contacta com a mucosa oral do indivíduo alérgico. Na sua maioria, os doentes estão sensibilizados a pólenes. Esta sensibilização simultânea (pólenes e alimentos) deve-se à existência de reatividade cruzada a proteínas com estrutura semelhante que ocorrem, naturalmente, em plantas de diferentes origens. Os exemplos mais comuns destas síndromes de reatividade cruzada são:

- Síndrome bétula-manga

- Síndrome artemísia-aipo-cenoura- -especiarias
- Síndrome gramíneas-rosáceas
- Síndrome Plantago-Cucurbitaceae

A urticária caracteriza-se, sobretudo, pelo aparecimento de comichão e erupções cutâneas de diversos tamanhos, em zonas de pele vermelha.

As manifestações gastrointestinais na alergia alimentar mais frequentes são as náuseas, os vômitos, as cólicas abdominais e a diarreia.

As reações anafiláticas caracterizam-se pela ocorrência de sintomas envolvendo simultaneamente a pele e mucosas, os aparelhos respiratório, cardiovascular e gastrointestinal. Em alguns países, a ingestão de amendoim e a causa mais comum de reações fatais. Quantidades mínimas deste alimento podem ser suficientes para induzir reações anafiláticas, em indivíduos sensibilizados. A ingestão acidental inadvertida pode ocorrer, particularmente, por contaminação durante o processamento industrial de outros alimentos.

O diagnóstico de alergia alimentar

O diagnóstico de alergia a alimentos é fundamentado, em primeiro lugar, na história clínica. Contudo, se existem casos em que a relação causal com a ingestão de determinado alimento é evidente, noutras situações esta relação não é clara. O preenchimento pelo doente de um diário alimentar completo, bem como a descrição das atividades diárias, durante um período de tempo relativamente longo, pode ser essencial para evidenciar qual ou quais os alimentos suspeitos. Em certos casos, determinados alimentos só originam a ocorrência de sintomas de alergia alimentar quando o doente realiza esforço físico, após a ingestão dos mesmos (anafilaxia induzida pelo exercício).

Muitas vezes os doentes identificam os alimentos responsáveis pela ocorrência dos sintomas deixando definitivamente de os ingerir. Esta atitude habitualmente não acarreta consequências indesejáveis tratando-se de alimentos isolados. Contudo, e particularmente nas crianças, a adoção de dietas demasiadamente restritivas poderá acarretar défices nutricionais.

É fundamental que o diagnóstico de alergia alimentar seja estabelecido por um imunoalergologista. Quando necessário, o aconselhamento para manter uma dieta nutritivamente equilibrada será também orientado por um nutricionista.

A interpretação dos resultados dos testes cutâneos de alergia e das determinações sanguíneas de IgE específica exige experiência e perícia. Um teste cutâneo positivo a um determinado alimento não implica, necessariamente, ocorrência de alergia. Crianças com história de alergia a um determinado alimento podem desenvolver tolerância, isto é, passar a poder ingeri-lo, mantendo reatividade cutânea a esse alimento. Por outro lado, um teste cutâneo negativo não permite excluir, definitivamente, o diagnóstico de alergia alimentar. Alguns alérgenos alimentares podem ser destruídos durante a preparação de extratos comerciais, conduzindo a testes cutâneos falsamente negativos. Torna-se, assim, necessária a realização de testes por picada, utilizando o alimento fresco.

O teste de provocação oral (TPO) poderá ser necessário para estabelecer o diagnóstico definitivo de alergia alimentar. O TPO consiste na ingestão de quantidades crescentes do alimento suspeito. A execução deste teste não é isenta de riscos, devendo ser sempre efetuado por especialista experiente, iniciada em ambiente hospitalar e com vigilância ao longo de pelo menos 24 horas.

Alergia alimentar e reatividade cruzada.

Para além da alergia respiratória a pólenes, associada a alergia alimentar a frutos e vegetais, outras sensibilizações podem ocorrer para alérgenos inalados e ingeridos. Os exemplos mais comuns destas síndromes de reatividade cruzada são:

- Síndrome ácaros-crustáceos-moluscos;
- Síndrome ave-ovo;
- Síndrome latex-frutos.

Num mesmo grupo de alimentos pode verificar-se, também, a existência de reatividade cruzada. São exemplos a alergia simultânea a diversos crustáceos, ou a espécies distintas de peixe.

A educação do doente com alergia alimentar

Uma vez estabelecido o diagnóstico de alergia alimentar, o doente é aconselhado a evitar o(s) alimento(s) responsável/responsáveis pela ocorrência dos sintomas. É importante salientar que para além de ingeridos na sua forma natural, determinados alimentos são utilizados como ingredientes. Assim o doente alérgico deve habituar-se a consultar os rótulos das embalagens de todos os produtos que consome. A identificação do ingrediente proveniente do alimento a que é alérgico evitará um consumo acidental e a ocorrência de uma reação que poderá ser grave.

Na criança a maioria das alergias alimentares resolve-se até à idade escolar. Excetuam-se alguns grupos de alimentos tais como os frutos secos, peixes e mariscos. Se a alergia alimentar surge na idade adulta é menos provável o seu desaparecimento.