

E-book de alergia para pacientes e familiares



**DR. MARCIO
BARROS**



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Caros pacientes (e famílias),

É com grande entusiasmo que lhes apresento este e-book, que foi concebido com muito carinho.

Sua missão é simples, porém poderosa: ajudar vocês a compreenderem melhor as condições alérgicas das crianças, para que todas elas possam desfrutar de uma vida saudável e plena, com segurança e qualidade, a despeito de suas alergias.

A alergia não precisa ser um mistério intransponível. Com o conhecimento certo, é possível enfrentar os desafios com confiança. O segredo é desmistificar a linguagem médica complexa e os mitos que cercam as doenças alérgicas. Juntos, vamos traduzir conceitos difíceis em palavras simples e compreensíveis, para que todos possam ter acesso às informações necessárias.

Este e-book é a realização de um antigo projeto, de desenvolver um guia abrangente, escrito de forma acessível, que aborda desde os fundamentos das alergias até estratégias práticas para lidar com elas no dia a dia. Aqui, você encontrará respostas para boa parte de suas perguntas, bem como orientações claras para uma vida saudável e plena.

Lembre-se, você não está sozinho nesta jornada. Este e-book foi desenvolvido cuidadosamente com o objetivo de capacitá-lo a entender e enfrentar as alergias de forma eficaz. Acredito que o conhecimento é o primeiro passo para uma vida melhor e mais saudável.

Com vocês, embarcaremos de mãos dadas nesta jornada em direção a um futuro com menos mistério e mais compreensão. Estou aqui para apoiá-los a cada passo do caminho.

Espero que consiga ajudá-los,

Dr. Marcio Barros



O que é alergia?

Nosso sistema imunológico tem como função nos proteger contra a entrada de substâncias estranhas e danos causados por elas. Seus mecanismos de defesa são muito sofisticados e de difícil compreensão, mas resumidamente, podemos dizer que o sistema imunológico produz algumas linhas de defesa, que funcionam como os defensores da nossa integridade física. No caso das alergias, o que acontece é que o sistema imunológico reage mais do que o necessário contra alguma dessas substâncias, que, apesar de terem sido percebidas como invasoras, na verdade não eram uma ameaça, nem perigo reais. Com isso, o sistema imunológico acaba causando situações prejudiciais ao nosso organismo

Portanto, podemos dizer que, alergias são erros do sistema imunológico, que interpretam essas substâncias inofensivas ao organismo, como potenciais agressoras e, dessa forma produz mecanismos de defesa contra elas, levando a uma resposta excessiva, que resulta no que chamamos de “reação alérgica”.

Então o que ocorre é uma alteração imunológica, levando a “doenças de hipersensibilidade específica” (que na prática é o que chamamos de alergias).

As substâncias que desencadeiam as respostas alérgicas são chamadas de alérgenos.

Agora vamos bater um papo a respeito de algumas doenças alérgicas com o objetivo de trazer informações importantes e quebrar alguns mitos muito repetidos por aí e que atrapalham o entendimento real de vocês.



**DR. MARCIO
BARROS**
Alergia infantil e pediatria de urgência

Alergias respiratórias



Asma

A asma é uma doença inflamatória crônica que pode ter manifestações variadas, desde uma tosse que dura muito tempo até crises de falta de ar que podem levar a internações ou até mesmo situações extremamente graves, entretanto, os sintomas mais comuns são: tosse, sensação de aperto no peito, falta de ar, tosse durante a noite ou ao acordar, bem como tosse e falta de ar desencadeado por esforço (exercício, riso ou choro).

Quem tem asma pode até morrer com a asma, mas com o tratamento adequado, não vai morrer da asma.

Asma tem 2 componentes predominantes: A inflamação crônica, que muitas vezes as pessoas não identificam e o broncoespasmo agudo (as crises) que são facilmente identificadas por todos.

É muito importante entender que a inflamação é quem ocasiona os sintomas e as complicações secundárias à asma e por isso deve ser o foco do tratamento, principalmente preventivo. Porém sem negligenciar, claro, o tratamento das crises, já que são elas que realmente ameaçam o bem-estar físico das crianças de forma aguda, mas é importante entender que, na imensa maioria dos casos, não basta realizar apenas o tratamento das crises.

O diagnóstico de asma pode ser um desafio, principalmente nos menores de 5 anos, uma vez que não há um teste ou exame que comprove a sua presença, portanto, o diagnóstico é baseado na história clínica e pode ser reforçado com alguns exames laboratoriais e/ou testes alérgicos específicos (como o prick test que será melhor detalhado em outro capítulo). Já nos maiores, existem a possibilidade da avaliação da variação do pico de fluxo expiratório (PFE ou peak flow) e da espirometria (porém isso depende da criança conseguir coordenar corretamente a respiração voluntária).

Há algumas pessoas que tem crises muito eventuais, sem outros sintomas no dia a dia e então só podem usar medicações apenas quando tem alguma crise. Entretanto a maior parte das pessoas precisa usar medicamentos todos os dias para manter a doença sob controle e assim levar uma vida completamente normal. Só o médico pode indicar quem precisa ou não de medicamentos preventivos ou apenas nas crises.

Além do uso dos medicamentos receitados pelo médico, é importante identificar os fatores causadores como, por exemplo, algum alérgeno (que nesse caso chamamos de aeroalérgenos) como poeira doméstica (composta predominantemente por ácaros, resíduos das casquinhas das baratas), fungos, “pelos” (que na verdade engloba, pelos saliva e pele) de animais como cão e gato, assim como irritantes, mudanças bruscas de temperatura e infecções virais, com o intuito de conseguir manter um controle frente a esses agentes (mais à frente teremos dicas de como tornar o ambiente mais apropriado para quem tem alergias respiratórias), para evitar o agravamento da doença.

Como parte muito importante da nossa estratégia de tratamento, temos a imunoterapia alérgica específica, que quando bem indicada pode mudar definitivamente a história natural da asma e de outras doenças e fazer com que os agentes desencadeantes deixem de acarretar exacerbações. É algo tão importante que terá logo mais, um capítulo só pra ela.

O que dizer das famigeradas bombinhas?

O inalador em spray, conhecido popularmente como “bombinha”, tempos atrás trazia pânico pra muitas famílias. Mitos acerca desses dispositivos fizeram com que muita gente os evitasse a qualquer custo. Nos últimos anos houve uma grade popularização das bombinhas, fazendo como que esse medo extremo diminuísse muito (apesar de alguns familiares, principalmente avôs e avós ainda serem bastante resistentes).

Pra começo de conversa, é fundamental entender que o inalador em spray não é um medicamento e sim uma forma de se administrar alguns tipos de medicamentos, para que eles tenham ação no sistema respiratório (mais especificamente nos pulmões). É diferente do que se dissemina por aí, elas não fazem mal para o coração, e podem ser usadas, inclusive por asmáticos com problemas cardíacos, desde que devidamente prescrito por um médico.

Existem diversos tipos de bombinhas e elas podem conter medicamentos diferentes, seja para tratar as crises ou para preveni-las.

As bombinhas também não viciam. esta é uma falsa impressão que muitas pessoas têm, por estarem se “tratando” exclusivamente com bombinhas de ação broncodilatadora (para tratar as crises), precisando então, usar doses cada vez maiores e com maior frequência, para rápido alívio dos sintomas, isso acontece quando a inflamação crônica não está controlada. Nestes casos, o médico deve ser consultado para avaliar se a necessidade do uso de bombinhas de corticoides inalatórios (para prevenir crises), ou algum outro medicamento, a fim de reduzir a inflamação da via aérea.

A introdução da terapia com corticoides inalatórios é segura e sabidamente tem o poder (quando bem indicada) de reduzir a frequência de crises e os sintomas do dia a dia e, conseqüentemente, o uso abusivo de broncodilatadores de ação rápida.

Saiba que as bombinhas podem ser grandes aliadas e não tenha medo delas! O importante é usar com sabedoria e sempre com orientação médica.





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Rinite alérgica

O termo rinite significa inflamação do nariz (ou da mucosa nasal) e tem como principais sintomas, obstrução nasal (nariz trancado), coriza, prurido (coceira), espirros e alterações na percepção dos cheiros (hiposmia ou anosmia).

Existem vários tipos de rinite, que podem não ser alérgicas, como:

- **Infecciosa:** nos quadros agudos de resfriados e gripes;
- **Irritativa:** quando alguma substância irritante (como fumaça de cigarro, produtos com odores muito fortes, partículas de giz, talco, maquiagem...) entra em contato com nossa mucosa nasal, e também por inalação de ar muito frio ou seco;
- **Gustativa:** quando algum alimento muito condimentado é ingerido levando a sintomas como coriza e eventualmente espirros;
- **Induzida por drogas:** como efeito colateral pelo uso prolongado de alguns medicamentos (anti-inflamatórios, sedativos, antidepressivos...) ou pelo uso indiscriminado de descongestionantes nasais. Aqui vale destacar que apesar de utilizados com certa frequência, os descongestionantes nasais não devem ser usados em crianças, sob o risco de complicações graves.

E pode ser alérgica, que é a mais famosa e comum, em que temos uma inflamação crônica, que podem se apresentar com sintomas permanentes ou em crises. Os sintomas surgem após exposição a algum alérgeno (que nesse caso chamamos de aeroalérgenos) como poeira doméstica (composta predominantemente por ácaros, resíduos das casquinhas das baratas), fungos, “pêlos” (que na verdade engloba, pelos saliva e pele) de animais como cão e gato. Entretanto a rinite alérgica também pode ser desencadeada e/ou agravada por irritantes, mudanças bruscas de temperatura, bem como podem ser ou intensificadas por infecções virais. Ou seja, muitas vezes temos uma rinite mista, em que o paciente tem rinite alérgica, associada a um componente não alérgico.

O diagnóstico da rinite alérgica é baseado na história clínica e exame do nariz, em associação com a comprovação da sensibilização pelos aeroalérgenos, que pode ser através de exames laboratoriais e/ou testes alérgicos específicos (como o prick test que está detalhado em outro capítulo).

O tratamento geralmente é feito com antialérgicos orais e sprays de corticoide nasal para controlar a inflamação nasal, aliados aos cuidados de controle ambiental (mais à frente teremos dicas de como tornar o ambiente mais apropriado para quem tem alergias respiratórias) e, assim como na asma (que está detalhada em um outro capítulo), a imunoterapia alérgeno específica, pode ser uma ferramenta bastante útil.

Os pacientes que apresentam sintomas esporádicos não necessitarão de tratamentos preventivos ou de uso de medicação contínua, podendo ser medicados apenas nas crises, ao passo que, quando os sintomas são persistentes ou graves, está indicado o uso de medicações preventivas por longos períodos.



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Conjuntivite alérgica

A alergia que acomete os olhos é chamada de conjuntivite alérgica e trata-se de uma inflamação de partes do olho, desencadeada por alérgenos (que nesse caso chamamos de aeroalérgenos) como poeira doméstica (composta predominantemente por ácaros, resíduos das casquinhas das baratas), fungos, “pêlos” (que na verdade engloba, pelos saliva e pele) de animais como cão e gato e que tem como principais sintomas, o prurido (coceira) dos olhos ou ao redor deles, lacrimejamento e olhos vermelhos.

A conjuntivite alérgica tem frequência maior de que se imagina, já que muitas vezes é subestimada, visto que na maioria dos pacientes associa-se a outros quadros alérgicos, principalmente rinite, asma e dermatite atópica (que estão detalhadas em outros capítulos). Ela pode ser bastante incomoda e, muitas vezes, com manejo difícil e desafiador.

A principal preocupação é que essa condição pode trazer danos para a visão nos casos quando não tratada adequadamente.

Seu diagnóstico é clínico, baseado na história clínica e no exame dos olhos, sendo muitas vezes útil uma avaliação oftalmológica, além de exames laboratoriais e/ou testes alérgicos específicos (como o prick test que está detalhado em outro capítulo).

O tratamento geralmente é feito com antialérgicos orais e colírios específicos para controlar a inflamação ocular, aliados aos cuidados de controle ambiental (mais à frente teremos dicas de como tornar o ambiente mais apropriado para quem tem alergias respiratórias) bem como a imunoterapia alérgeno específica, que especialmente na conjuntivite alérgica, se mostra uma ferramenta extremamente útil. Nos pacientes que têm conjuntivite e também rinite alérgica e seus sintomas oculares ocorrem junto dos nasais, damos o nome de rinoconjuntivite alérgica e nesses casos, muitas vezes o tratamento adequado da rinite acaba por controlar os sintomas oculares.





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Alergias de pele



Dermatite Atópica (DA)

Dermatite Atópica é uma doença crônica, que se apresenta em crises recorrentes e causa inflamação da pele levando ao aparecimento de vermelhidão, coceira, pele seca, descamação e outros sintomas. Pode ter localização variável e afeta, geralmente, indivíduos com história pessoal ou familiar de asma, rinite alérgica ou DA.

Uma boa analogia para entender o que acontece é imaginar que a nossa pele é uma barreira e, está para o nosso corpo, como a parede está para uma casa. Assim como uma parede separa o que está dentro e o que está fora de uma casa, a pele faz isso com nosso corpo. A parede é feita por tijolos que se interligam por cimento e a pele é feita de células que se interligam por gorduras. Na pessoa que tem DA, essas gorduras não têm quantidade ou qualidade suficientes para interligar essas células, então é como se a casa tivesse uma parede feita com pouco cimento ou com um cimento de má qualidade. O que acontece então? Não há integridade dessa barreira e, portanto, coisas que não deveriam entrar acabam entrando (como os irritantes ambientais, aeroalérgenos, entre outros) e outras acabam escapando (principalmente a água, por evaporação). E essa alteração é que acaba levando aos sintomas da doença.

A causa exata da DA é desconhecida, mas é certo que muitos fatores podem colaborar para seu surgimento.

Além da predisposição individual, a transpiração excessiva, fatores climáticos (como temperatura, umidade, radiação e poluição do ar), os aeroalérgenos (como poeira doméstica que é composta predominantemente por ácaros, resíduos das casquinhas das baratas, fungos, “pelos” (que na verdade engloba, pelos saliva e pele) de animais como cão e gato alguns germes como fungos e bactérias que moram na pele e, em uma minoria dos casos alimentos, são alguns dos fatores que podem estar envolvidos no desenvolvimento da DA.

Os principais sintomas da DA são a coceira (que está presente na quase totalidade dos paciente, é provavelmente o sintoma que mais impacta a qualidade de vida dos pacientes) e as lesões da pele (que são variáveis, podendo ser desde uma pele seca, até lesões que se apresentam como um tipo de ferida, geralmente avermelhada, que pode vir acompanhada de saída de líquidos e espessamento da pele) que se localizam, principalmente no rosto, tronco e dobras dos membros, mas não se restringe apenas a essas partes. Em casos mais graves, a DA pode acometer praticamente todo o corpo.

Seu diagnóstico é iminentemente clínico e, portanto, os exames quando necessários precisam ser interpretados com muito critério. É muito comum, crianças que têm DA, terem seus “exames de alergia” bastante alterados, o que nem sempre representa que a criança é alérgica a tudo que apareceu nesses exames.

O tratamento da DA é composto de diversos pilares e para cada um deles, existem terapias específicas:

- Hidratação (que tem como objetivo repor o “cimento” que falta e reestabelecer a barreira), em que usamos hidratantes específicos, que precisam ser de boa qualidade (contendo substâncias oclusivas, emolientes e umectantes, bem como ácidos graxos



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

essenciais e ceramidas) e serem usados de forma intensiva (estimamos cerca de 100, 150, 200 e 500 gramas por semana, a depender da idade).

- Controle da inflamação, onde são usados cremes e pomadas contendo medicamentos, que auxiliam no controle da inflamação. Habitualmente são compostos por corticoides (que são fundamentais na fase aguda já que são muito eficazes, mas devem ser indicados e usados corretamente para se evitar efeitos colaterais a longo prazo, como afinamento da pele e estrias) e os imunomoduladores (que estão indicados em áreas de pele mais sensíveis, visto que não trazem os mesmos efeitos colaterais dos corticoides). Pode-se lançar mão também de corticoides e imunossupressores orais, que são reservados para formas mais graves, e devem sempre ser prescritos por especialistas.

Mais recentemente temos como excelente opção o tratamento com imunobiológicos, que são medicamentos mais modernos com indicações precisas e sempre devem ser indicados por especialistas

- Controle das infecções de pele, através de antibióticos e/ou antifúngicos, que podem ser usados em formas de cremes ou por via oral e são indicados quando há suspeita de infecção ou colonização da pele por bactérias e/ou fungos. O uso preventivo, geralmente não está indicado.
- Controle da coceira (que é provavelmente o mais desafiador), em que usamos medicamentos para reduzir a sensação da coceira. Os antialérgicos (anti histamínicos) orais são os mais usados, principalmente no período noturno, mas sua eficácia é bastante discutida, visto que na DA, a coceira não é causada pela liberação de histamina (substância em que agem os antialérgicos). Para controlar a coceira é importante controlar a DA como um todo.
- Evitar os agentes descendentes e agravantes, com medidas comportamentais.



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Urticária

É uma reação em que há o surgimento de placas vermelhas e elevadas na pele, que podem ou não vir associada a inchaço (que nesse caso chamamos de angioedema) e que causam muita coceira. Apesar de a maior parte das pessoas, incluindo a população médica relacionar as urticárias com alergia, nem sempre há essa relação.

As urticárias são classificadas em agudas e crônicas.

As crônicas têm duração de mais que 6 semanas e apresentam várias subdivisões, devendo sempre ser investigadas.

As agudas (mais frequentes nas crianças), podem ser causadas por reações alérgicas a alimentos, medicamentos, veneno de insetos (abelhas, marimbondos, formigas), mas na maior parte dos casos, são causadas por infecções virais. Entretanto, há um dado um tanto quanto frustrante, que em cerca de 50% dos casos de urticária aguda, não é possível encontrar o agente causador.

Aqui vale uma consideração especial em relação aos famigerados corantes. Apesar da crença de muitos pacientes (e de muitos médicos não especialistas em alergia) os corantes NÃO são uma causa comum de urticárias agudas. Estima-se que, em crianças, não ultrapasse 1% dos casos, mas como existe um mito ao redor do tema e muitos fatores de confusão, frequentemente eles são responsabilizados erroneamente.

A Carne de porco também causa alergia raramente, mas frequentemente leva a culpa.

O diagnóstico da urticária aguda é clínico e na maior parte das vezes, os exames não ajudam e podem até atrapalhar. Devendo ser solicitados na investigação apenas quando há uma relação de causa e efeito bem estabelecida, ou a fim de identificar uma possível infecção quando essa causa é suspeita.

O tratamento é feito de acordo com a gravidade do quadro, sendo utilizado geralmente os antialérgicos orais, mas vale lembrar que durante o tratamento a urticária pode sumir e voltar, melhorando gradativamente.

Em alguns casos a urticária e/ou o angioedema podem fazer parte de uma grave reação alérgica, chamada anafilaxia (que está detalhada em um outro capítulo). Procure um médico imediatamente se sua criança ou você apresentar urticária e/ou angioedema associado a qualquer um desses sintomas:

- **Dificuldade para respirar, tosse.**
- **Aperto na garganta, rouquidão, dificuldade para engolir.**
- **Náuseas, vômitos, cólicas, dores na barriga ou diarreia.**



Dermatite de contato (DC)

É uma inflamação da pele que se apresenta como vermelhidão, bolinhas, pequenas bolhas, saída de líquidos e às vezes espessamento e que podem ocorrer isoladas ou em conjunto.

Apesar de geralmente a dermatite de contato (DC) ser vista como uma alergia, cerca de 80% das dermatites de contato são causadas por agentes irritantes. Assim, podemos classificá-las como alérgicas ou por irritantes.

- **Dermatite de contato alérgica** – é responsável por cerca de 20% dos casos e a inflamação é causada por mecanismos imunológicos, podendo ser causada por várias substâncias de origem diferente, (naturais ou sintéticas).

Seus desencadeantes mais comuns são:

- Cosméticos: fragrâncias e conservantes
- Sais metálicos: níquel, cromo, cobalto, mercúrio
- Germicidas (formaldeído)
- Plantas
- Resinas plásticas (epóxi, acrílico)
- Resina (colofônio)
- Látex
- Medicamentos tópicos (cremes e pomadas)

Pode ser realizado um teste de contato, na pele, (patch test, que será detalhado em um outro capítulo) que tem a função de identificar as substâncias envolvidas.

- **Dermatite de contato por irritantes** – é causada por dano direto da pele com o agente agressor que inicia a inflamação.

Tem como principais causadores:

- Água
- Sabões
- Detergentes
- Solventes
- Graxas
- Ácidos e álcalis
- Poeira
- Fibra de vidro

Não há testes que confirmem as substâncias envolvidas.

Apesar de diferentes entre si o tratamento para ambas é baseado em afastar a causa desencadeante, assim como o uso de cremes e pomadas de corticoides, antialérgicos orais e eventualmente corticoides orais.



**DR. MARCIO
BARROS**
Alergia infantil e pediatria de urgência

Alergias alimentares



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Alergia alimentar (AA)

É uma resposta imunológica anômala, que ocorre após a ingestão e/ou contato com determinados alimentos e depende de fatores individuais.

O termo “alergia alimentar” (seja qual for o alimento envolvido) não se refere a uma doença, mas sim a uma condição, que pode levar a um grupo variado de doenças, a depender do seu mecanismo de ação.

Dividimos didaticamente as alergias alimentares em 3 grandes grupos, de acordo com seu mecanismo.

Lembrando que, uma vez confirmado o diagnóstico, a dieta de exclusão do alimento, geralmente se faz necessária e é muito importante se atentar à leitura de rótulos e a perguntar diretamente em restaurantes e estabelecimentos comerciais a respeito da possibilidade de que o alimento ao qual a criança é alérgica pode estar presente em alguma preparação, bem como a respeito da chance de contaminação cruzada (formas untadas, alimentos pincelados, utilização dos mesmos utensílios em diferentes preparações...), em casa se atentar a uso de utensílios de plástico, madeira e borracha que podem “segurar” quantidades relevantes de proteínas, lembrando que pratos e talheres lisos, microondas e forno podem ser compartilhados após serem higienizados.

A dieta de exclusão das mães que amamentam só deve ser realizada se a criança apresentar sintomas através do leite materno. Nos casos em que só apresentam sintomas pelo alimento em si e não pelo leite materno, a mãe poderá manter o consumo.

AA IgE mediadas

É o tipo de alergia em que o organismo produz um anticorpo (que chamamos de IgE) contra um alimento específica.

Nas AA IgE mediadas, quando nosso corpo entra em contato pela primeira vez com um alimento, ele, equivocadamente, o interpreta como um possível agressor, então o sistema imunológico produz anticorpos (IgE) específicos contra o alimento, e eles ficam prontos para uma resposta futura. Em uma nova exposição do organismo frente àquele alimento, o sistema imunológico o reconhece e age rapidamente contra ele.

Essas reações, em sua imensa maioria, começam muito rapidamente (de poucos minutos até cerca de 2 horas da exposição ao alérgeno) e suas principais manifestações são as urticárias agudas e a anafilaxia (que estão detalhadas em outros capítulos).

Na maioria das vezes as AA IgE mediadas, não causam sintomas através do leite materno, sendo incomum necessitarmos de dieta materna.

Neste grupo o diagnóstico pode ser feito através de uma boa história em conjunto com exames laboratoriais e/ou testes alérgicos específicos (como o prick test que está detalhado em um outro capítulo) que podem ajudar a confirmar a presença da IgE específica (porém sua



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

interpretação precisa ser cuidadosa e criteriosa, para não levar a diagnósticos equivocados), mas o melhor teste indicado é o teste de provocação oral (TPO - que está detalhado em um outro capítulo) e é o único capaz de confirmar ou excluir definitivamente uma alergia alimentar.

A boa notícia é que para este tipo de AA temos a possibilidade de usar um tratamento muito eficaz chamado imunoterapia alérgica específica (que está detalhada em um outro capítulo), que tem a possibilidade de “curar” esse tipo de alergia.

AA não IgE mediadas

Neste grupo a linha de defesa utilizada pelo organismo para combater os alérgenos é a linhagem celular (diversos tipos de células podem estar envolvidas), e que tem ação mais lenta, levando a reações mais tardias que podem levar de 6 horas até alguns dias para aparecerem e se manifestam geralmente com sintomas gastrointestinais variados, como sangue nas fezes, refluxo intenso, cólicas (não isoladamente), diarreia, constipação, vômitos abundantes e recorrentes, que podem ser seguidos de letargia e desidratação (como na síndrome de enterocolite induzida por proteína alimentar - FPIES, que está detalhada em um outro capítulo).

A maior parte dos casos causa sintoma pelo leite materno, sendo frequente a necessidade de dieta materna.

O diagnóstico depende muito de uma história clínica detalhada, a fim de correlacionar o surgimento dos sintomas com a ingestão de determinado alimento, porém em muitas situações essa relação não é tão evidente.

Nesses casos, os exames laboratoriais e/ou testes alérgicos específicos (como o prick test) não estão indicados, já que visam identificar o IgE, que não faz parte desse tipo de reação (exceto na FPIES, em que podem ser úteis). Para o diagnóstico de certeza, é necessário fazer a exclusão do alimento suspeito por um período que varia de acordo com a manifestação clínica, seguido de reintrodução (que em alguns casos, o médico pode orientar que seja feita em casa, sem supervisão médica, porém em outros, deverá ser feita sob supervisão).

A Decisão de controle de traços (alimentos com a informação “pode conter”) devem ser avaliadas criteriosamente.

AA mistas

É uma situação em que temos o envolvimento tanto dos IgEs, quanto de células do sistema imunológico.

São quadro mais complexos e que se manifestam geralmente como dermatite atópica e esofagite eosinofílica (que estão detalhadas em outros capítulos).

Alergia às proteínas do leite de vaca (APLV)

É a alergia alimentar mais comum na infância e mais frequentemente é do tipo não IgE mediada, porém pode se apresentar de todas as formas.

Gera bastante ansiedade e, atualmente tem seu diagnóstico por vezes superestimados, levando a dietas de restrição desnecessárias com impacto social e nutricional para a criança.

A boa notícia é que boa parte das crianças terá evolução para a “cura” (tolerância imunológica) espontânea nos primeiros anos de vida, mas infelizmente os casos de alergia persistente têm aumentado nos últimos anos.

Uma vez confirmado o diagnóstico, além da dieta de exclusão, a depender da idade, pode ser necessário o uso de *fórmulas lácteas especiais (leites de outro mamíferos - cabra, búfala, ovelha - não servem como substitutos), suplementação de vitaminas e cálcio e, em alguns casos, a imunoterapia oral (que está detalhada em outro capítulo) pode ser indicada.

*Fórmulas especiais disponíveis

- Fórmula com proteína extensamente hidrolisada com lactose
- Fórmula com proteína extensamente hidrolisada sem lactose
- Fórmula de aminoácidos livres
- Fórmula à base de soja ou arroz (não é o “leite” ou bebida de soja ou arroz)

A decisão da melhor fórmula para cada criança, é individual e leva em conta diversas variáveis.





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Existe alergia à lactose?

NÃO!!!

Quando um paciente é alérgico ao leite de vaca, o que causa a alergia são as proteínas do leite.

A lactose é o açúcar do leite e não é capaz de causar alergia.

O que existe é a Intolerância à lactose que se trata de uma alteração metabólica em que a pessoa não tem (ou tem em pequena quantidade) a enzima que digere a lactose, chamada lactase. Apesar de relativamente frequente em adultos, ele é bastante incomum em crianças (apesar de notarmos um grande número de crianças com esse diagnóstico, geralmente equivocado)

Na intolerância à lactose o paciente apresenta apenas sintomas gastrintestinais como dor na barriga, diarreia, barriga estufada, flatulência (soltar mais “pum”) o que pode confundir com a APLV não IgE mediada, entretanto, a melhora acontece retirando-se a lactose, apesar de manter as proteínas (produtos lácteos isentos de lactose).





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Alergia ao ovo

É bastante comum na infância e, mais frequentemente, é do tipo IgE mediada, porém pode se apresentar de todas as formas.

Gera bastante ansiedade, principalmente por conta da vacinação e traz impacto principalmente social para a criança.

A boa notícia é que boa parte das crianças terá evolução para a “cura” (tolerância imunológica) espontânea nos primeiros anos de vida, mas infelizmente existem casos de alergia persistente.

Uma vez confirmado o diagnóstico, a dieta de exclusão pode ser necessária (ovos de outras aves - codorna, pata, gansa - não devem ser consumidos) e a imunoterapia oral (que está detalhada em outro capítulo) pode ser indicada.

Vacinação

Criança com alergia não IgE mediada

- Vacinar normalmente tríplice viral, influenza e febre amarela

Criança com alergia IgE mediada

- Tríplice viral e Influenza – vacinar normalmente
- Febre amarela
 - Sem história prévia de anafilaxia – vacinar sob supervisão médica
 - Com história prévia de anafilaxia – passar em avaliação com alergista antes de realizar a vacina





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Alergia à soja

É relativamente comum na infância e pode estar presente em algumas crianças que têm alergia às proteínas do leite de vaca (quando acontece, são 2 alergias juntas e não reação cruzada). Pode se manifestar de todas as formas, sendo que as formas mais graves estão mais associadas ao consumo de soja crua e/ou pouco processada, bem como de produtos com alto teor de soja (“carne” de soja, “leite” de soja).

Por ser um elemento presente em muitos produtos, é importante um diagnóstico preciso, a fim de tentar evitar um impacto muito grande na qualidade de vida do paciente, caso seja necessária uma dieta de restrição.





Alergia ao amendoim

Muito comum nos Estados Unidos, mas vem crescendo no Brasil. Apesar de ser sempre colocado no “bolo” das castanhas (pois muitas vezes se come junto, como petisco), o amendoim é de outra família. Essa confusão se faz, pois, as alergias a amendoim e às castanhas podem coexistir em cerca de 30 a 40 % das pessoas.

Reações cruzadas com outras leguminosas (são os alimentos que nascem em vagem – ervilha, tremoço, feijão...) são raras, pois apesar de os exames para as outras leguminosas serem frequentemente positivos, é incomum que haja reatividade clínica. A exceção se faz ao tremoço que apresenta reatividade cruzada com mais frequência.





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Alergia às castanhas (nuts)

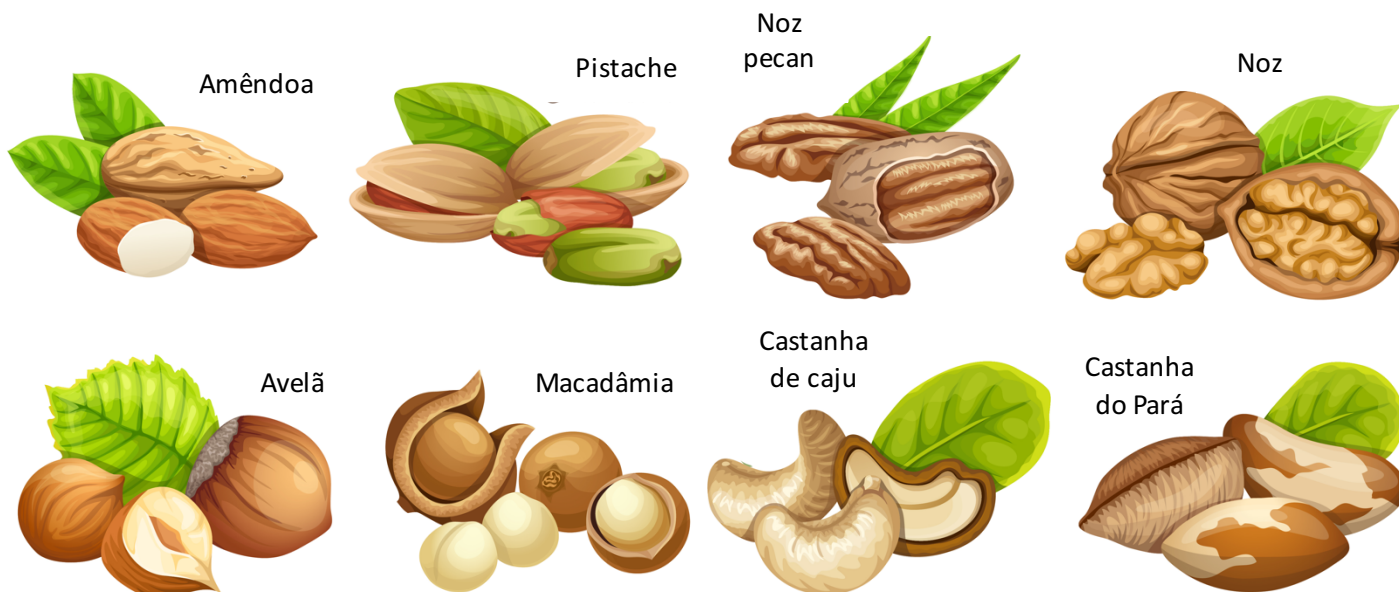
Mais comum nos Estados Unidos, mas vem crescendo no Brasil. Apesar de ser sempre colocado no mesmo “bolo” do amendoim (pois muitas vezes se come junto, como petisco), as nuts são de outra família. Essa confusão se faz, pois, as alergias a amendoim e às castanhas podem coexistir em cerca de 30 a 40 % das pessoas.

As mais relevantes são: noz, noz pecan, avelã, amêndoas, pistache, macadâmia, castanhas de caju e do Pará e há muitas reações cruzadas entre elas.

As principais reações cruzadas acontecem entre:

- Noz e noz pecan
- Pistache e castanha de caju
- Macadâmia e castanha do Pará
- Macadâmia e Avelã
- Castanha do Pará e Avelã

Muitas pessoas não sabem reconhecer as castanhas ao olhar, o que aumenta o risco de ingestão acidental.





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Alergia ao trigo

Apesar de não ser incomum, é menos frequente que ovo, leite e soja.

Seu diagnóstico é mais complicado que de outras alergias alimentares e pode ter reação cruzada com outros cereais (cevada, centeio, arroz, milho...) em cerca de 20% das crianças, podendo ser necessária a exclusão de alguns tipos, a depender de cada caso.

Os testes laboratoriais, cutâneos e o teste de provocação oral podem ser necessários para firmar o diagnóstico e evitar exclusões desnecessárias.





Alergia a camarão

É uma alergia relativamente frequente, porém que se manifesta geralmente com quadros graves (anafilaxia).

Pode ser diferente de acordo com a espécie do camarão, mas de maneira geral, há reatividade cruzada entre as espécies.

Parte dos pacientes alérgicos consegue tolerar pequenas quantidades de camarão, sem reações, o que pode gerar confusão no diagnóstico, levando o paciente a risco.

A reatividade cruzada com outros crustáceos, como carangueijo e lagosta, além de moluscos, como lula e polvo não é rara, portanto, os alérgicos a camarão devem ser avaliados individualmente para decidir se podem ou não comer esses alimentos.





Alergia a peixes

Apesar de muitos acharem que é a mesma coisa, a alergia a peixes é diferente de alergia a camarão e de outros frutos do mar.

Pode ser bastante variável de acordo com o tipo (ósseos ou cartilagosos), assim como cada espécie, pois há algumas proteínas distintas que podem estar envolvidas na alergia.

É frequente que haja reação há mais de um tipo/espécie, porém não é obrigatório, sendo necessário uma avaliação individualizada para se decidir quais deverão ser restritos da dieta.

Os testes cutâneos, assim como testes de provocação podem ajudar bastante no diagnóstico





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Alergia a frutas

Pode se manifestar de formas bastante variáveis a depender da proteína envolvida,

Reações cruzadas com outras frutas é comum, assim como com alguns outros vegetais, como látex (borracha).

É importante caracterizar bem os sintomas, pois reações apenas ao redor da boca, não caracterizam necessariamente alergia. Além disso pode haver diferenças entre frutas cruas e cozidas assim como com casca ou apenas a polpa

Os testes laboratoriais, cutâneos e o teste de provocação oral normalmente são necessários para definir claramente o diagnóstico e evitar exclusões desnecessárias.

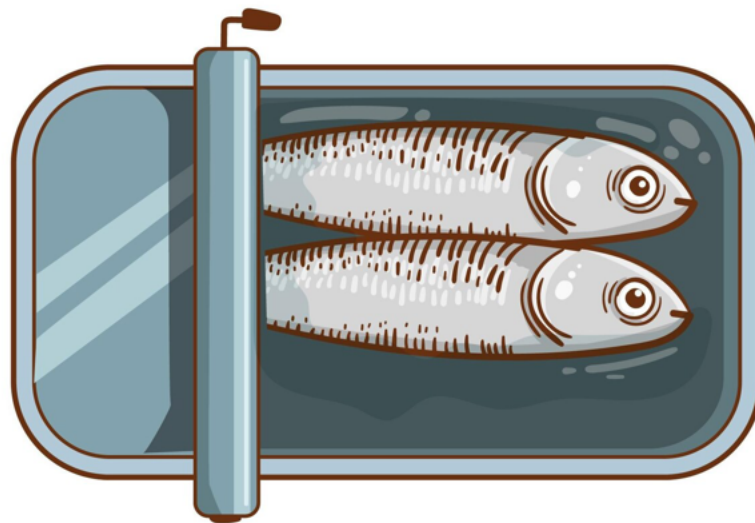




Intolerância e intoxicação a histamina

Nenhuma das 2 situações se trata realmente de alergias, mas elas podem levar a reações que se assemelham com alergias. Elas acontecem pela ingestão da histamina (que é uma substância que está envolvida em algumas alergias) que está presente em quase todos os alimentos, porém em maior quantidade em alguns alimentos específicos, como com peixes (enlatados ou mal-conservados), queijos (envelhecidos, curados), embutidos...

1. Intolerância - Está relacionada, à deficiência de uma enzima que destrói a histamina. Geralmente, relacionado a um consumo de uma quantidade maior que o normal, porém não necessariamente muito grande. Não é restrita a um único alimento e outras pessoas que comeram o alimento não apresentam os sintomas. O teste cutâneo com a histamina pode confirmar o diagnóstico. Há medicamentos que substituem a enzima e podem ser administrados antes da ingestão dos alimentos que contém maior quantidade de histamina.
2. Intoxicação - Está relacionada, geralmente à ingestão de grandes quantidades de histamina que podem estar presentes em algum alimento. Normalmente se restringe a um único alimento e mais de uma pessoa que comeu o mesmo alimento pode ter sintomas similares e quando se come o alimento novamente, geralmente não tem os sintomas outra vez.





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Síndrome de Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar (FPIES)



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

A FPIES é um tipo de alergia alimentar, não IgE mediada diferente em que o início dos sintomas pode ser rápido e levar a comprometimento severo do estado de saúde do paciente.

Pode ser dividida em FPIES aguda e crônica.

A Aguda é caracterizada por quadro de vômitos após duas a três horas da ingestão do alimento desencadeante. São vômitos tão volumosos e persistentes que a criança pode desidratar rapidamente e entrar em choque circulatório.

Frequentemente esses vômitos são seguidos de letargia podendo levar, inclusive, à perda de consciência.

Digo sempre que a FPIES aguda está para a alergia alimentar não IgE medicada, assim como a anafilaxia está para a IgE mediada.

A crônica tem um quadro mais persistente, com surgimento mais lento que se apresenta geralmente com diarreia com sangue e dificuldade de ganho de peso levando a comprometimento do estado nutricional.

O diagnóstico pode ser desafiador, principalmente no primeiro episódio pois pode se assemelhar a alguns processos infecciosos, porém a recorrência dos sintomas após o contato com o alimento suspeito tem que nos fazer pensar nessa hipótese. Não há exames que comprovem a suspeita e o diagnóstico é baseado na história clínica e em alguns casos o teste de provocação oral (TPO - que está detalhado em um outro capítulo)

O tratamento se baseia na dieta de exclusão, porém nos casos de FPIES aguda, o uso precoce da ondansetrona (que é um medicamento para cortar os vômitos) é fundamental para interromper a evolução do quadro para situações de maior gravidade. Nos casos de FPIES crônica pode ter um comprometimento nutricional de moderado a grave.

Aqui cabe um alerta importante: como vômito é um sintoma inespecífico e comum em diversas situações na pediatria, há que se ter cuidado para a família não achar que, todo vômito que a criança apresentar, é uma crise de FPIES aguda e sair fazendo restrição a múltiplos alimentos, o que pode comprometer ainda mais o estado nutricional da criança. Vale lembrar que a FPIES a múltiplos alimentos é muito rara.





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Esofagite eosinofílica



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

A esofagite eosinofílica é uma doença inflamatória crônica do esôfago, que se caracteriza por presença de células chamadas eosinófilos no esôfago (que não devia ter). Se manifesta com sintomas associados a disfunção do esôfago (dificuldade de engolir, sinais de alimento preso na garganta, engasgos), porém que, nas crianças, pode se manifestar com sintomas mais inespecíficos (vômitos, dor na barriga recusa alimentar, atraso no crescimento, “enrolar” com o alimento na boca, mastigação excessiva, necessidade de líquidos durante a refeição...).

Está intimamente relacionada a alergias alimentares, mas não exclusivamente.

O diagnóstico é realizado através da história associada a endoscopia digestiva com realização de biópsias (para comprovar a presença dos eosinófilos)

O tratamento se baseia em três pontos principais (que podem ser usadas em conjunto ou individualmente e devem ser decididas pelo médico de forma conjunta com o paciente e suas preferências):

3. Dieta de exclusão
Pode ser feita com um ou mais alimento
4. Protetor gástrico
A fim de diminuir a acidez do estômago
5. Corticoide deglutido
Para reduzir o processo inflamatório local

O não tratamento está associado à progressão da doença e que pode recidivar após a interrupção do tratamento, portanto a monitorização periódica é importante.





**DR. MARCIO
BARROS**
Alergia infantil e pediatria de urgência

Alergia a insetos



Quando falamos em alergias a insetos, geralmente 2 coisas nos vem à cabeça: Alergias graves (principalmente por abelhas) e aqueles vergões após picadas de pernilongos. Mais tecnicamente, separamos esses grupos em insetos sugadores (pernilongos, borrachudos, pulgas, percevejos, carrapatos...) e ferroadores, (formigas, marimbondos, vespas e abelhas), apesar de, habitualmente, chamarmos tudo de “picada”

1. Os insetos sugadores, quando “picam” injetam sua saliva nas pessoas e está saliva é que causa as reações.

Essas podem ser não alérgicas, com lesões pequenas e únicas e que geralmente tem resolução espontânea rapidamente, que é o que se espera na maioria das pessoas.

Porém podem também, ser desencadeadas por reações alérgicas que recebem o nome (na verdade quase um palavrão) de prurigo estrófulo, em que temos lesões maiores, com características diferentes (bolinhas, caroços maiores, presença de “casquinhas” e até mesmo bolhas), que podem se espalhar, mesmo sendo apenas uma “picada” e que podem durar de até cerca de 2 semanas.

As alergias propriamente ditas, normalmente começam a aparecer nas crianças a partir dos 2 e se resolvem espontaneamente até 10 anos. Essa é a apresentação habitual, mas podem ocorrer, com menor frequência, nos pequenos e também em adolescentes e adultos.

O diagnóstico é basicamente clínico, ficando exames de sangue restritos à identificação de alguns tipos de causadores (algumas espécies de pernilongos)

O tratamento é baseado nos 3

1. Prevenção

Os cuidados com possíveis criadouros, bem como o uso de telas, mosquiteiros e repelentes para reduzir a chance de receber as “picadas”.

2. Controle da inflamação e da coceira.

O uso de antialérgicos por boca e de cremes/pomadas a base de corticóides são fundamentais para reduzir o processo inflamatório local e a coceira.

* É importante frisar que cremes/pomadas antialérgicas (como prometazina, difenidramina e dexclorfeniramina) estão contraindicadas pois podem aumentar a sensibilidade da pele.

3. Atenção às complicações

Por conta da coceira intensa, não é incomum que surjam infecções de pele, secundárias às picadas. Por isso é importante, além da atenção ao item 2, manter unhas curtas e mãos higienizadas para evitar a necessidade do uso de antibióticos.

A imunoterapia, para esses casos, não é habitualmente utilizada.



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

- Já no caso dos insetos que tem ferrão, as reações são causadas pela injeção dos venenos desses insetos na pessoa que recebeu a “picada”.

Nesses casos também podemos ter as reações não alérgicas, em que se observa apenas vermelhidão e, às vezes, inchaço no local da “picada”.

Mas podemos ter as reações alérgicas, que podem apresentar gravidade variável. Os quadros podem ser desde uma reação localizada, porém que se estende até cerca de 10 cm do local da “picada”, de reações na pele (com urticária – temos um capítulo sobre isso – com ou sem inchaço associado) até a temida anafilaxia (também com um capítulo só pra ela).

Nesses casos a investigação com exames específicos (de sangue e/ou de pele) devem ser realizados para confirmar a alergia.

O tratamento inicial vai depender do tipo de reação:

1. Reações localizadas

Habitualmente usamos apenas sintomáticos, como compressas com gelo e antiinflamatórios por boca e podemos associar antialérgicos também.

2. Reações restritas à pele

Antialérgicos e eventualmente corticóides por boca, geralmente são suficientes

3. Anafilaxia

É fundamental o uso de adrenalina intramuscular, e por conta de não sabermos quando um inseto desses pode “picar”, a adrenalina auto injetável é indispensável.

Nos casos das alergias aos insetos que têm veneno, a imunoterapia pode estar indicada a depender do tipo de reação e do resultado dos exames, sendo que em casos de anafilaxia com exames positivos, ela passa a ser fundamental, para evitar novos eventos graves.





**DR. MARCIO
BARROS**
Alergia infantil e pediatria de urgência

Anafilaxia



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

A anafilaxia sem dúvida a mais temida das reações, tanto pelos pacientes quanto pelos médicos. E isso acontece, porque ela é a forma mais grave com que uma alergia pode se manifestar.

Apesar de ser a mais conhecida, ainda é cercada de mitos e erros conceituais, como achar que anafilaxia e choque anafilático são a mesma coisa ou acreditar que a anafilaxia sempre vem com o temido edema de glote. Apesar, poderem estar presentes em anafilaxias mais graves, estes não são suas apresentações mais frequentes, por isso é importante sabermos bem do que se trata para poder reconhecer prontamente.

Então vamos ao conceito correto:

Para termos de anafilaxia precisamos preencher um dentre dois critérios:

- 1- Uma reação de acontece subitamente (de poucos minutos até cerca de 2 horas) e que tenha envolvimento obrigatoriamente da pele (geralmente com urticária – que tem um capítulo só dela – associada ou não de inchaços) que vem acompanhado de alterações ou respiratórias (tosse, chiado, falta de ar, rouquidão...) ou gastrointestinais (vômitos, diarreia, dor na barriga...) ou circulatórias (moleza, pressão baixa, desmaio...), independente de contato com alguma substância suspeita.
- 2- Queda da pressão arterial ou fechar a garganta (edema de glote) ou crise de chiado no peito, que se iniciam subitamente, após o contato com uma substância a que o paciente é sabidamente alérgico ou uma substância fortemente suspeita (mesmo sem o envolvimento da pele).

A anafilaxia pode ter uma evolução muito rápida e, portanto, é sempre uma urgência e muitas vezes uma emergência e por isso, uma vez identificada, deve ser prontamente tratada para impedir sua progressão, diminuindo assim sua gravidade.

O tratamento que precisa ser realizado para TODOS os casos de anafilaxia é a aplicação de adrenalina (também chamada de epinefrina) em injeção intramuscular na coxa da criança, que ode ser realizado em um serviço de pronto atendimento ou em casa, caso o paciente tenha um auto injetor de adrenalina também conhecido como adrenalina auto injetável ou “caneta de adrenalina”.

A injeção de adrenalina é indiscutivelmente fundamental e não pode deixar de ser realizada, mas, além dela outras medicações podem ser úteis para o tratamento direcionado dos sintomas.

Todos os pacientes que já tiveram uma anafilaxia devem ser avaliados e seguidos por um alergista, para tentar identificar as causas e desenvolver um planejamento personalizado, que inclui a prescrição da “caneta de adrenalina”. Além dela, um plano de ação por escrito, em que estão explicados os passos a serem seguidos para as situações de uma nova reação, deve ser desenvolvido e entregue para os pais, para que seja compartilhado com familiares, escola e todos que, em algum momento cuidam da criança.

*Apesar das “canetas de adrenalina” não serem comercializada no Brasil, ela pode ser adquirida através de importadoras específicas (na seção de dicas do site você encontra o contato de diversos locais onde adquirir) e existem diversas marcas disponíveis com preços variados.





**DR. MARCIO
BARROS**
Alergia infantil e pediatria de urgência

Reações adversas a medicamentos





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

As reações adversas a medicamentos são geralmente chamadas de “alergias”, entretanto para que esse nome seja usado é necessário que a reação seja causada por um mecanismo que envolve o sistema imunológico, o que frequentemente não acontece.

Quase todos os medicamentos são capazes de causar reações adversas, mas na sua maioria, são do tipo não alérgica.

Dentre as alérgicas temos:

4. Reações imediatas – que aparecem até 1 hora após o contato com o medicamento e geralmente se manifestam como urticária, que pode vir acompanhada por inchaço e algumas vezes como anafilaxia.
5. Reações não imediatas (ou tardias) – que se iniciam de 1 hora até dias após o contato e se manifestam como outros tipos de lesões

Entretanto, as reações adversas a medicamentos não alérgicas podem se manifestar de várias maneiras e inclusive com lesões que lembram as que aparecem nas alergias.

No entanto, nem sempre a reação na pele vai ser causada pelo uso do medicamento em si, o que pode causar muita confusão e fazer com que se exclua do cotidiano do paciente algum medicamento que ele poderia receber, dificultando algumas opções de tratamento. O paciente pode, por exemplo, apresentar reações na pele, que podem ser confundidas com alergias, porém podem estar sendo causadas pelo processo infeccioso que ele está tratando, visto que muitas infecções podem se manifestar com lesões de pele, incluindo urticária. A disponibilidade de exames para a investigação de alergia medicamentosa é limitada, e muitos testes não são padronizados, o que dificulta a confirmação do diagnóstico por meio de exames laboratoriais, sendo necessário em alguns casos a realização do teste de provocação oral.

Cada caso deve ser avaliado individualmente, levando em consideração a história clínica, o tipo de reação, o tempo de aparecimento dos sintomas e os medicamentos envolvidos. Tudo isso é muito importante para determinar como proceder na investigação da alergia.



**DR. MARCIO
BARROS**
Alergia infantil e pediatria de urgência

Testes alérgicos

Teste de provocação oral (TPO)

É o teste considerado o padrão ouro para diagnóstico das alergias alimentares e a medicamentos.

Esse teste consiste em oferecer ao paciente a substância à qual se suspeita que o paciente tenha alergia e observar se há ou não reação, para assim confirmar ou afastar o diagnóstico, já que os exames laboratoriais e outros testes (como o prick test), por mais que sejam muito úteis, não conseguem definir com certeza a presença de alergia. Testes e exames positivos, não comprovam a presença de alergia. O único capaz disso é o TPO!

Assim sendo, como o paciente será exposto ao agente e pode reagir a ele, para que este teste seja realizado de forma segura, é mandatório que seja feito em ambiente com estrutura e profissionais capacitados para o atendimento de reações alérgicas das mais diversas gravidades.

Mas o TPO não é utilizado apenas para diagnóstico. Ele pode ser utilizado para o seguimento, principalmente em alergias alimentares em que podemos realizá-lo para avaliar como anda a evolução do paciente para a tolerância.

Esse teste é nossa melhor ferramenta para que possamos ser mais precisos tanto na confirmação ou exclusão do diagnóstico, bem como no seguimento de alguns casos. Mas é importante ressaltar que a indicação desse teste depende de uma boa consulta para se entender quais as substâncias suspeitas e eventualmente de outros exames que podem ser realizados antes dele.





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Teste de puntura (Prick test)

O teste de puntura, mais conhecido por prick test, seu nome em inglês, é um teste em que se coloca uma substância na pele através de uma lanceta pontiaguda para que essa substância ultrapasse a camada mais superficial da pele e assim podemos, de forma segura, ver se há uma reação no local da aplicação. Esse teste é realizado geralmente na face interna do antebraço, porém pode ser realizado em outros locais, quando necessário.

Como a epiderme não tem vasos sanguíneos, não há sangramento e o teste é praticamente indolor, sendo bem tolerado pela imensa maioria dos pacientes.

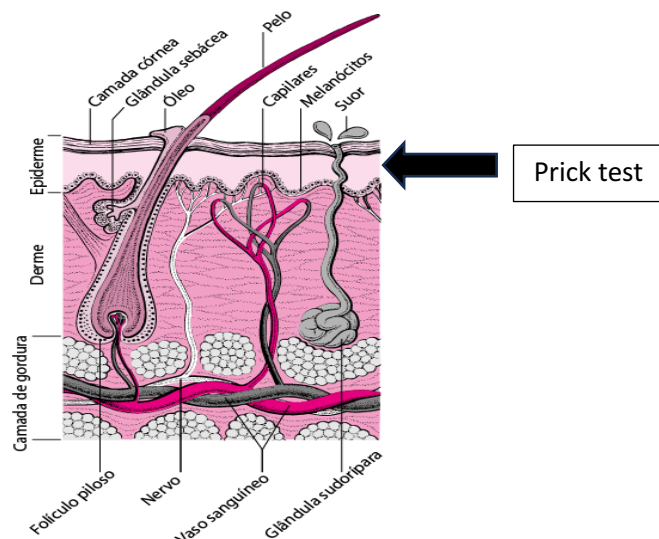
Esse teste é utilizado apenas nas alergias IgE mediadas (já explicada em outro capítulo), visto que a reação que vemos na pele é causada pelo IgE específico contra a substância testada.

Podem ser testados os aeroalérgenos, alimentos, medicamentos...

Antes da aplicação, é realizada uma avaliação breve da criança para sabermos se o teste poderá ser realizado, então a aplicação é feita e depois o paciente aguarda 15 a 20 minutos para que depois seja feita a leitura.

Apesar de seguro esse teste pode levar a reações de gravidade variável e por isso deve ser feito sempre em clínicas com estrutura e pessoal capacitados para o atendimento de reações.

Quando falamos em imunoterapia, é fundamental que esse teste seja realizado antes de sua prescrição para que seja possível individualizar a melhor formulação para cada paciente.





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

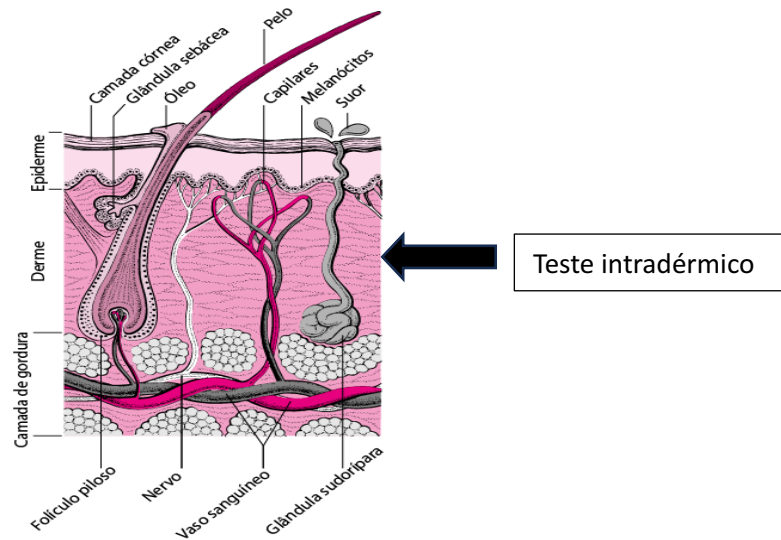
Teste intradérmico de leitura imediata

Esse é um teste que geralmente é complementar ao prick test, em situações em que o prick teste não foi conclusivo.

Nesse teste a substância é aplicada com uma agulha na derme que é a segunda camada da pele.

Esse teste geralmente gera algum grau de dor e desconforto e, portanto, não é tolerado por parte das crianças, especialmente as menores. Dessa forma, sua indicação deverá ser bastante precisa e reservada aos quadros em que não temos outra opção.

Para alergias a medicamentos, muitas vezes esse teste se faz necessário.



Teste de contato (Patch test)

O teste de contato, também conhecido como patch test, é uma ferramenta que nos ajuda nos casos em que suspeitamos de alergias em que os sintomas acontecem através de uma resposta tardia do sistema imunológico.

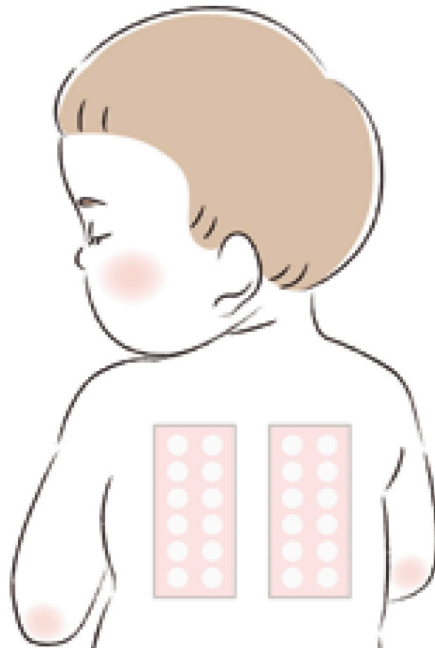
Esse teste consiste em aplicar na pele (geralmente nas costas) do paciente, algumas substâncias suspeitas e deixá-las lá por alguns dias para analisar a resposta.

O teste está indicado em suspeita de dermatite de contato e é feito em 3 visitas ao consultório:

1ª: aplicação;

2ª: após 48 hs da aplicação é feita a 1ª leitura;

3ª após 72 a 96 hs da aplicação é feita a 2ª leitura, retirada das substâncias e laudo de conclusão do teste.





**DR. MARCIO
BARROS**
Alergia infantil e pediatria de urgência

Imunoterapia



A Imunoterapia é um tratamento realizado em pacientes com alergias IgE mediadas (já explicado em outro capítulo) em que oferecemos ao paciente as substâncias às quais sabemos que ele é alérgico, de forma diluída e crescente para que possamos modular o sistema imunológico, a fim de fazer com que o corpo deixe de reagir a elas.

No capítulo **“O que é alergia?”** deste e-book eu explico que desenvolvemos alergias por um erro do sistema imunológico que interpreta substâncias inofensivas ao organismo, como potenciais agressores e, dessa forma produz mecanismos de defesa (No caso das alergias IgE mediadas, esses mecanismos são anticorpos) contra essas substâncias, levando a uma resposta excessiva, que resulta no que chamamos de “reação alérgica”.

Esses anticorpos são como soldados que agem para nos defender, mas para que ajam, precisam da ordem de um oficial superior (que vou chamar de general). A imunoterapia consiste em ir colocando no corpo a substância contra qual temos soldados de forma bem discreta, para que o general perceba que ela não é agressiva e com isso deixe de dar a ordem aos soldados para reagir.

É o único tratamento capaz de mudar a história natural das alergias, fazendo com que o paciente fique assintomático por períodos de cerca 7 a 10 anos, podendo em alguns casos não voltar a ter sintomas.

Existem algumas formas de colocarmos essas substâncias no organismo, seja por injeções na camada mais profunda da pele (subcutânea), seja com gotas aplicadas embaixo da língua (sublingual) ou engolindo a substância (oral) e cada uma tem sua indicação.



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Subcutânea

Utilizada nas imunoterapias para aeroalérgenos (para pacientes com asma, rinite, conjuntivite alérgica...) e veneno de insetos, são realizadas injeções com agulhas pequenas e finas (similares às das pessoas que usam insulina) na parte posterior do braço em intervalos que podem ser semanais, quinzenais ou mensais a depender do momento do tratamento. É um procedimento de gera dor e desconforto leves e que geralmente é bem tolerado pelas crianças maiores. É bastante segura, porém não isenta de reações, por isso é imprescindível que as aplicações sejam realizadas ambiente com estrutura e profissionais capacitados para o atendimento de possíveis reações, além de ser necessário um breve exames do paciente para se certificar de que ele pode receber a imunoterapia naquele dia.





**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Sublingual

Assim como a subcutânea, é utilizada nas imunoterapias para aeroalérgenos (para pacientes com asma, rinite, conjuntivite alérgica...), porém com uma aplicação diferente. Ela é aplicada através de gotas que são colocadas embaixo da língua onde ficam por 2 minutos e depois podem ser engolidas.

Ela é bastante segura, não ocasionando reações importantes, e por isso pode ser aplicada em casa, exceto a 1 dose de casa frasco que deve ser feita sob supervisão do médico alergista.

Apesar de termos menos estudos com a imunoterapia sublingual que com a subcutânea, recentes vêm mostrando que ela é também bastante eficaz.





**DR. MARCIO
BARROS**

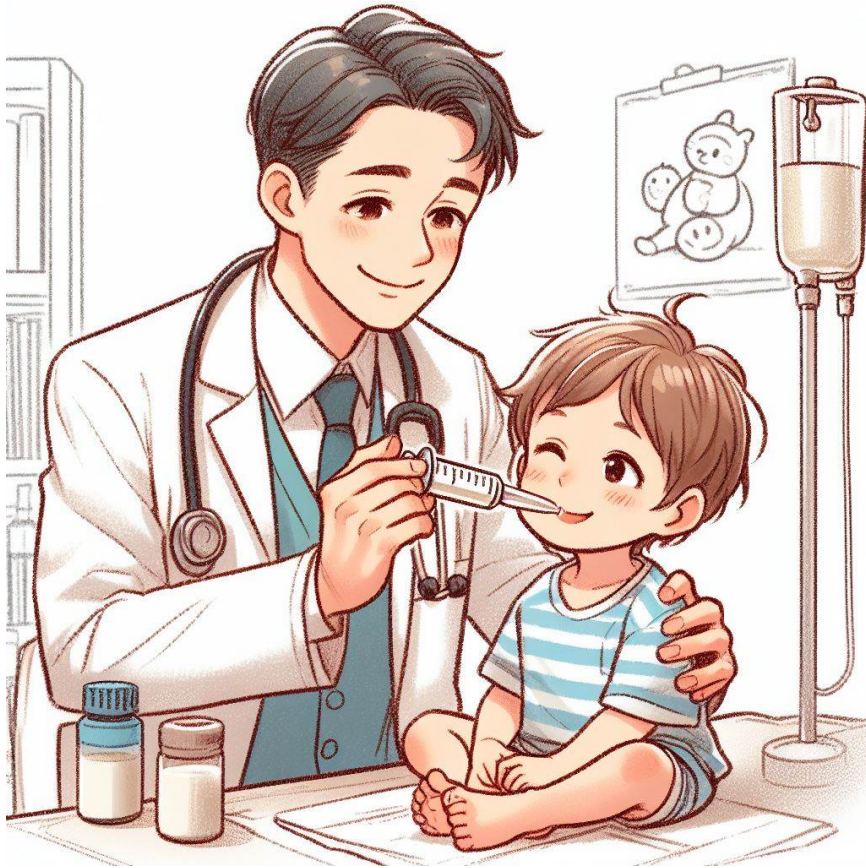
Alergia infantil e pediatria de urgência

Oral

É a imunoterapia utilizada nas alergias alimentares persistentes. Nesse caso se oferece o alimento ao qual a criança é alérgica em pequenas quantidades e de forma crescente. Infelizmente não está disponível, no momento, para todos os alimentos. Leite e ovo são os principais alimentos para os quais se utiliza esse tratamento.

Diferente das imunoterapias sublingual e subcutânea, a oral tem uma alta incidência de reações que podem ser sérias, por isso só pode ser realizada em ambiente com estrutura e profissionais capacitados para o atendimento de tais reações.

Sua indicação tem de ser muito precisa para que os benefícios superem os riscos.





**DR. MARCIO
BARROS**
Alergia infantil e pediatria de urgência

Dicas para alérgicos



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

Cuidados com a pele do alérgico

Pessoas com alergias na pele tendem a ter a pele mais seca, principalmente em determinadas regiões do corpo como rosto, braços e pernas, e às vezes mais sensíveis aos estímulos externos como a temperatura ambiental, contato com certos animais, plantas, locais empoeirados, entre outros.

Por esse motivo, é necessário criar o hábito de cuidar da pele sempre. Muitas pessoas, porém, têm dúvidas de como fazer esses cuidados. Seguem abaixo algumas orientações:

- A água e o sabonete retiram a oleosidade da pele, diminuindo a proteção e favorecendo o ressecamento. Por isso deve-se evitar banhos quentes.
- Quando se tomar um banho no mesmo dia, tentar usar sabonete apenas em um deles e nos outros usar apenas água para enxaguar.
- Hidratar a pele logo após sair da água.
- Utilizar hidratantes especiais para peles sensíveis e sem fragrância.
- Preferir tecidos de algodão em vez de tecidos de poliéster e lã diretamente na pele.
- Evitar manter o suor muito tempo em contato com a pele pois ele pode ser irritante. Sempre que possível secar e enxaguar (lembrando de passar o hidratante após).
- Prefira lavar a roupa com sabão contendo pouco perfume e em pouca quantidade, o mesmo devendo ser lembrado quanto aos amaciantes.
- Lembrar que a hidratação é muito importante e deve ser realizada mesmo nos períodos em que a pele está boa.



Como tornar o ambiente mais apropriado para quem tem alergias respiratórias?

A seguir listarei algumas dicas de controle ambiental que podem ser bastante úteis no controle dos aeroalérgenos e irritantes, auxiliando assim no controle das alergias respiratórias.

Vale lembrar que essas são dicas genéricas e que é muito importante que você as adapte ao seu ambiente e às suas condições de realizar cada uma delas.

A ideia é que essa lista funcione como uma bússola e não como um GPS, ou seja, que sirva como um direcionamento e não um caminho imutável.

- O quarto de dormir deve ser preferentemente bem ventilado e ensolarado. Evitar travesseiro e colchão de pena ou pena. Use os de espuma, fibra ou látex, sempre que possível envoltos em material plástico (vinil) ou em capas impermeáveis aos ácaros. O estrado da cama deve ser limpo duas vezes por mês. As roupas de cama e cobertores devem ser trocadas e lavadas regularmente com detergente e a altas temperaturas (>55°C) e secadas ao sol ou ar quente. Se possível a superfície dos colchões deve ser aspirada empregando-se um modelo potente de aspirador doméstico.
- Evitar tapetes, carpetes, cortinas e almofadões. Dar preferência a pisos laváveis (cerâmica, vinil e madeira) e cortinas do tipo persianas ou de material que possa ser limpo com pano úmido. No caso de haver carpetes ou tapetes muito pesados, de difícil remoção, os mesmos devem ser aspirados se possível duas vezes por semana após terem sido deixados ventilar.
- Evitar camas e berços justapostos à parede. Caso não seja possível, coloque-a junto à parede sem marcas de umidade ou a mais ensolarada.
- Evitar bichos de pelúcia, estantes de livros, revistas, caixas de papelão ou qualquer outro local onde possam ser formadas colônias de ácaros no quarto de dormir. Substitua-os por brinquedos de tecido para que possam ser lavados com frequência.
- Identificar e eliminar o mofo e a umidade, principalmente no quarto de dormir, reduzindo a umidade a menos de 50%. Verifique periodicamente as áreas úmidas de sua casa, como banheiro (cortinas plásticas do chuveiro, embaixo das pias, etc.). A solução diluída de água sanitária pode ser aplicada nos locais mofados, até sua resolução definitiva, mesmo porque são irritantes respiratórios. É essencial investigar outras fontes de exposição aos fungos fora do domicílio (creche, escola e locais de trabalho).
- Evitar o uso de vassouras, espanadores e aspiradores de pó comuns. Passar pano úmido diariamente na casa ou usar aspiradores de pó com filtros especiais 2x/semana. Afastar o paciente alérgico do ambiente enquanto se faz a limpeza.
- Ambientes fechados por tempo prolongado (casa de praia ou de campo) devem ser arejados e limpos pelo menos 24 horas antes da entrada dos indivíduos com alergia respiratória.



**DR. MARCIO
BARROS**

Alergia infantil e pediatria de urgência

- Evitar animais de pelo e pena, especialmente no quarto e na cama do paciente (ambiente seguro). Manter a porta do quarto sempre fechada. Se for impossível, restringir o animal a uma única área da moradia e utilizar purificadores HEPA no quarto do paciente. Preferencialmente, animais de estimação para crianças alérgicas são peixes e tartarugas.
- A inspeção é passo importante no extermínio de baratas. Evitar inseticidas e produtos de limpeza com forte odor, usar o método de iscas.
- Evitar talcos, perfumes, desodorantes, principalmente na forma de sprays.
- Não fumar e nem deixar que fumem dentro da casa e do automóvel.

Manter os filtros dos aparelhos de ar-condicionado sempre limpos. Se possível limpe-os mensalmente. Evitar manter a temperatura ambiente abaixo de 23°C