
Alergia alimentar e os testes cutâneos de contato

Prezado Editor,

O artigo de revisão em alergias alimentares (AA) de Ferreira et al.¹ trata, de forma adequada, de um tema de difícil compreensão para pacientes e próprios médicos, principalmente pediatras que estão na linha de frente do atendimento.

A dificuldade no diagnóstico da AA mediada por células é um problema para o manejo dos pacientes. Os testes de provocação oral são de difícil execução, uma vez que os sintomas podem ocorrer em longo prazo em algumas doenças, o que não permite a realização de exames duplo-cegos, com placebo e randomizados, além de serem um grande fator de confusão na realização dos diários alimentares. Apesar da colocação dos autores sobre a baixa acurácia dos testes cutâneos de contato (TCC), também conhecidos como *patch test* para alimentos, a dermatite atópica e a esofagite eosinofílica são doenças nas quais esses testes podem auxiliar no diagnóstico e no tratamento dos pacientes.

Recentemente, a Academia Européia de Alergologia e Imunologia Clínica (EAACI) publicou um artigo se posicionando com relação aos TCC, tanto para aeroalérgenos quanto para alimentos, tendo em vista o grande número de artigos que vêm sendo publicados sobre o tema. Essa revisão concluiu que, para os pacientes com dermatite atópica com resposta inadequada ao tratamento inicial com hidratação da pele, emolientes e cuidados com irritantes, a associação entre os testes cutâneos de puntura (TCP) ou IgE específica para alimentos e os TCC pode auxiliar no diagnóstico de alergias a alimentos que podem atuar como agentes causais do eczema². Nesse mesmo artigo, a recomendação é que, enquanto não houver uma padronização de extratos, se utilizem os alimentos *in natura*².

Em relação à esofagite eosinofílica, principalmente na infância, a associação com AA é elevada. Os pacientes desenvolvem um processo inflamatório da mucosa esofágica, cuja característica principal é a presença de eosinófilos, 20 ou mais, por campo de grande aumento em biópsias do terço inferior do esôfago. Para o controle do processo inflamatório,

são utilizados corticosteróides orais ou deglutidos e a exclusão dos alimentos associados. Na ausência de alimentos associados, muitas vezes tem-se a necessidade de lançar mão de hidrolisados protéicos para controle da inflamação.

Spergel et al.³⁻⁵ vêm demonstrando, em artigos subseqüentes realizados com metodologia adequada, que a associação dos TCC e os TCP ou IgE específicas para alimentos aumenta o valor preditivo positivo do teste alérgico, conseguindo assim maior número de diagnósticos de AA e, conseqüentemente, a redução do uso de hidrolisados protéicos pela exclusão específica de alimentos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes com redução dos custos dos mesmos.

Em outros quadros em que se associam as AA mediadas por células, existem poucos estudos sobre a utilidade do teste cutâneo de contato. Recentemente, Fogg et al.⁶ descreveram, em estudo piloto, 16 casos de proctocolite eosinofílica em bebês com diagnóstico clínico confirmado pelos TCC.

Os TCC, utilizados em associação com a dosagem de IgE específica ou com TCP, podem realmente auxiliar no diagnóstico e tratamento dos pacientes com AA de mecanismo misto e, possivelmente, naquelas mediadas exclusivamente por células. Há a necessidade de maiores estudos para verificar quais seriam as formulações mais adequadas para a realização dos TCC, se *in natura* ou extratos protéicos e, nesse caso, qual o melhor veículo para a dissolução, se soro fisiológico, água ou derivados do petróleo, como o petrolato. Apesar disso, a utilidade desses testes tem embasamento crescente na literatura e, inclusive, a posição da EAACI é a favor de sua realização nessas patologias e em casos específicos.

Referências

1. Ferreira CT, Seidman E. Food allergy: a practical update from the gastroenterological viewpoint. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83:7-20.
2. Turjanmaa K, Darsow U, Niggemann B, Rance F, Vanto T, Werfel T. EAACI/GA2LEN position paper: present status of the atopy patch test. *Allergy*. 2006;61:1377-84.
3. Spergel JM, Beausoleil JL, Mascarenhas M, Liacouras CA. The use of skin prick tests and patch tests to identify causative foods in eosinophilic esophagitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2002;109:363-8.
4. Spergel JM, Andrews T, Brown-Whitehorn TF, Beausoleil JL, Liacouras CA. Treatment of eosinophilic esophagitis with specific food elimination diet directed by a combination of skin prick and patch tests. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2005;95:336-43.

5. Spergel JM, Brown-Whitehorn T, Beausoleil JL, Shuker M, Liacouras CA. Predictive values for skin prick test and atopy patch test for eosinophilic esophagitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2007;119:509-11.
6. Fogg MI, Brown-Whitehorn TA, Pawlowski NA, Spergel JM. Atopy patch test for the diagnosis of food protein-induced enterocolitis syndrome. *Pediatr Allergy Immunol.* 2006;17:351-5.
doi:10.2223/JPED.1681

Gesmar Rodrigues Silva Segundo

Médico, Ambulatório de Alergia e Imunologia, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG.

Resposta dos autores

Queremos agradecer ao Dr. Silva Segundo pelo seu interesse em nosso artigo publicado recentemente e pela pertinente revisão sobre a utilidade dos testes cutâneos de contato (TCC) ou *atopy patch tests* (APT) no diagnóstico das alergias alimentares mediadas por IgE. Sem dúvidas, há evidências de que os TCC podem ser úteis em prever a evolução dos testes de enfrentamento duplo-cegos, controlados por placebo. Entretanto, a maioria desses estudos foi realizada em crianças portadoras de dermatite atópica ou de gastroenteropatias alérgicas, como por exemplo, esofagite eosinofílica associada à alergia alimentar. A maioria dos pacientes que é encaminhada ao gastroenterologista pediátrico apresenta enteropatias alérgicas, desencadeadas por alimentos, que não são associadas à dermatite atópica ou a enteropatias eosinofílicas.

Além disso, existem várias limitações ao uso de TCC, mesmo em grupos de pacientes cuidadosamente selecionados, como revisado recentemente pela Academia Européia de Alergia e Imunologia Clínica¹. Em primeiro lugar, a sensibilidade e a especificidade dos TCC estão limitadas e altamente variáveis. No diagnóstico de alergia ao leite de vaca, a sensibilidade (0,51) e especificidade (0,86) médias do TCC são semelhantes àsquelas dos testes cutâneos de puntura (TCP). Entretanto, a sensibilidade dos TCC nesses casos é altamente variável, de 0,18 a 0,89¹.

Inúmeros fatores podem explicar esses resultados limitados com os TCC. Isso inclui a falta potencial de padronização na realização dos testes: fonte e concentração dos alérgenos, veículo empregado, material de controle, duração do material usado para a oclusão, tamanho da câmara formada para oclusão. Finalmente, mesmo que os resultados dos TCC possam ser correlacionados com a evolução de testes de enfrentamentos bem conduzidos, ainda são necessários mais

estudos para que os resultados desses testes possam prever a evolução das dietas de eliminação nos sintomas gastrintestinais.

Referências

1. Turjanmaa K, Darsow U, Niggemann B, Rance F, Vanto T, Werfel T. EAACI/GA2LEN position paper: present status of the atopy patch test. *Allergy.* 2006;61:1377-84.
doi:10.2223/JPED.1682

Cristina Targa Ferreira

Gastroenterologista e endoscopista pediátrica. Mestre, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA), Porto Alegre, RS, Brasil. Doutora, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

Ernest Seidmann

Canada Research Chair, Immune-Mediated Gastrointestinal Disorders, Division of Gastroenterology, Montreal Children's Hospital, Montreal, Quebec, Canada. Professor, McGill University Health Center, Montreal, Quebec, Canada.

Cortisol salivar na avaliação do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal em crianças saudáveis menores de 3 anos

Prezado Editor,

Na publicação recente de Silva et al.¹, um nível médio de cortisol matinal de 558 nmol/L (variação de 77 a 1.620 nmol/L) foi relatado em crianças. Isso é significativamente maior que quaisquer valores de cortisol salivar em crianças publicados anteriormente. Embora Silva et al. não tenham relatado os níveis séricos de cortisol correspondentes, seus dados contradizem a noção de que somente o componente livre do cortisol pode ser transferido à saliva, sendo que em condições basais, o cortisol salivar chega a < 10% do cortisol sérico total. A maioria das instituições relata níveis matinais de cortisol bem menores que, em média, são < 30 nmol/L (Tabela 1).

Os autores afirmam que não foram capazes de localizar, na literatura, níveis de cortisol salivar de referência para crianças. Para informação dos leitores, incluímos uma breve síntese dos estudos pediátricos já publicados sobre cortisol salivar (Tabela 1). Nosso grupo publicou recentemente valores de referência para o cortisol salivar em crianças saudáveis⁸. Os limites para o cortisol matinal variaram entre 0 e 25 nmol/L⁸.