



# Journal of **FOOD ALLERGY**

Official Journal of the Brazilian Society of Food Allergy

Printed Version ISSN 2238-0752

Journal of Food Allergy - Dezembro 2015 - Volume 4 - Número 4

## TRATAMENTO DA ALERGIA ALIMENTAR



**JOURNAL OF FOOD ALLERGY**

## EDITORIAL

---

Revista Oficial da Sociedade Brasileira de Alergia Alimentar - SBBA

## EDITOR-CHEFE

---

Prof. Dr. Aderbal Sabrá  
Universidade Unigrario, Rio de Janeiro, Brasil

## EDITORES CONSULTORES

---

### **Katie Allen**

University of Melbourne, Melbourne, Australia

### **Jaime Ramirez Mayans**

Instituto Nacional de Pediatría, S.S, Mexico

### **Joseph A. Bellanti**

Georgetown University Medical Center, USA

### **Jorge Amil Dias**

Centro Hospitalar S. Joao, Portugal

### **Jorge Kalil**

School of Medicine USP and  
Instituto Butantan, São Paulo, Brazil

### **Giuseppe Iacono**

Di Cristina Hospital, Italy

### **Glenn Furuta**

Univ. of Colorado Denver School of Medicine,  
USA

### **Olivier Goulet**

University of Paris 5 René Descartes, Paris, France

### **John Walker-Smith**

Emeritus Prof of Paediatric Gastroenterology  
University of London, Londo, United Kingdom

### **Marcello Barcinski**

FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil

### **Mauro Batista Morais**

Paulista School of Medicine, Sao Paulo, Brazil

### **Simon Murch**

Warwick Medical School, United Kingdom

### **Annamaria Staiano**

University of Naples, Federico II, Italy

### **Maria Del Carmen Toca**

University of Buenos Aires, Argentina

### **Neil Shah**

Great Ormond Street Hospital  
Institute of Child Health  
University College London, United Kingdom

### **Harland Winter**

Harvard Medical School, USA

---

### **Journal of Food Allergy**

Address: Visconde de Piraja, 330 / 311, 22410-001, Rio de Janeiro, Brazil

Telephone: + 55 21 2513-2161

E-mail: [contact@journaloffoodallergy.com](mailto:contact@journaloffoodallergy.com)

Website: [www.journaloffoodallergy.com](http://www.journaloffoodallergy.com)



**CONTEÚDO**

---

Comentário do Editor  
Aderbal Sabrá..... 052

TRATAMENTO DA ALERGIA ALIMENTAR..... 053

## COMENTÁRIO DO EDITOR

---

A Journal of Food Allergy tem como objetivo primordial publicar artigos originais e de revisão sobre temas da alergia alimentar.

Considerando a escassez de artigos na literatura contemporânea que sistematizam grandes temas sobre a alergia alimentar, este conselho editorial, em trabalho conjunto com a Sociedade Brasileira de Alergia Alimentar, SBAA, adquiriu os direitos de reprodução dos capítulos do livro “Manual da Alergia Alimentar” do Prof. Aderbal Sabrá, de sua segunda edição.

A partir deste número esses artigos serão impressos apenas em português, quando se tratarem de artigos de revisão. Os artigos originais serão publicados na língua de origem de seus autores (português, inglês ou espanhol), com os respectivos resumos em inglês.

Sendo assim, temos o prazer de oferecer aos nossos leitores, a partir deste número a coletânea de temas clínicos sobre a alergia alimentar, transcritos em sua totalidade da obra original.

Neste número do JFA será abordado o tratamento da alergia alimentar, com o tema:

- TRATAMENTO DA ALERGIA ALIMENTAR.

**Aderbal Sabra, MD, PhD**  
Editor-Chefe  
Journal of Food Allergy

## TRATAMENTO DA ALERGIA ALIMENTAR

Autor: Prof. Aderbal Sabrá

O tratamento da alergia alimentar (AA) pode ser dividido em três modalidades: 1) Tratamento Dietético; 2) Tratamento Farmacológico; 3) Medidas de Prevenção. Dentro das três modalidades, consideramos o tratamento dietético o mais importante, pois é o que efetivamente conduzirá a cura do paciente. Neste âmbito, a responsabilidade do médico é grande, em identificar e excluir da dieta àqueles alimentos prejudiciais, além de educar a família a evitar não só os alimentos efetores, como também todos os alimentos correlacionados para se evitar exposições acidentais.

### TRATAMENTO DIETÉTICO

O tratamento dietético é aparentemente simples. Consiste na identificação dos antígenos desencadeadores das manifestações alérgicas e a exclusão destes, da dieta do paciente. Com o cumprimento deste postulado fundamental esta assertiva estará garantindo o sucesso do tratamento da AA. O que parece simples é, entretanto extremamente complexo.

#### PRIMEIRA DIFICULDADE:

Teoricamente os pacientes poderiam comer todos os outros alimentos que não foram identificados como efetores. Dois são os impedimentos para que esta conduta simplista se estabeleça. O primeiro é a mediação imunológica do tipo Th1, que quando presente obriga a uma dieta com exclusão de múltiplos alimentos por ser a alergia geralmente associada a vários antígenos e raramente a apenas um. O segundo impedimento são as reações cruzadas a um tipo de alérgeno, complicação que contornamos classificando os alimentos em suas famílias de correlação biológica (Tabela 1). Sabedores de qual família é o alimento, saberemos que outros da mesma família terão que ser evitados na dieta, já que alimentos de mesma família possuem proteínas homólogas. Isto faz com que indivíduos que têm alergia a um determinado alimento manifestem também alergia a outros alimentos da mesma família, processo este denominado de “reação cruzada”. Portanto, quando o indivíduo tem alergia a um determinado alimento, a dieta deve ser isenta daquele alimento e de todos os alimentos da mesma família.

#### SEGUNDA DIFICULDADE:

A quebra da rotina alimentar leva a mãe e os familiares a uma tentativa precoce de restabelecimento da dieta livre e isto pode ser fatal. Primeiro porque com a dieta estabelecida e com a parada do ingresso de antígenos, o sistema imunológico segue em alerta imunológico, mas deixa de consumir anticorpos, que gradativamente aumentam sua concentração no órgão de choque. Uma reintrodução precoce do alérgeno vai induzir uma forte resposta antígeno-anticorpo. Esta reação clínica é geralmente mais exacerbada que a clínica anterior, o que faz os familiares pensarem que a dieta esta prejudicando a criança. Não raro os familiares neste momento trocam de médico. Segundo porque a família não tem noção do tempo que durará a resposta imunológica para desativação do sistema imune, tão pouco o especialista. Sabemos em linhas gerais que as reações mediadas por Th2 podem durar de seis meses a seis anos (no caso do amendoim) e que a resposta mediada por Th1 dura de dois anos à vida toda (como na doença celíaca). Como precisar o tempo de dieta? Baseie-se sempre na resposta imune e monitore o perfil imunológico, pois ele será seu único aliado frente às mães que querem impor uma volta à dieta normal. Aprenda a resistir à volta do uso do leite de vaca, o grande vilão da AA.

#### TERCEIRA DIFICULDADE:

O custo operacional da dieta especial hipoalergênica pode estar acima das posses familiares e você com esta prescrição cria um desequilíbrio orçamentário

de difícil solução. Por sorte os Direitos da Criança, muito bem assentados em nossa Constituição Federal 88, transferem também para o Estado a responsabilidade de garantia de seu alimento. Use este direito e se lhe faltar o dinheiro para aquisição das fórmulas, recorra à justiça para que nossas Secretarias de Saúde sejam obrigadas a fornecer este caríssimo alimento salvavidas para seus filhos. Geralmente o Secretário de Saúde Municipal só autoriza a doação da fórmula sob imposição judicial. Esta é a realidade nacional. Jamais se esqueça que seu pedido deve estar muito bem instruído com diagnóstico comprovado pelo médico especialista e o tratamento bem definido. Cuidado com os abusos para que não venhamos a perder esta preciosidade de nossa Constituição que têm sido fundamental para salvar crianças com AA em famílias que não alcançam com seu orçamento limitado à compra das fórmulas hipoalergênicas.

#### QUARTA DIFICULDADE:

O paladar. Nada mais simples do que introduzir uma dieta com amino-ácidos em um lactente jovem que só usa mamadeira e não diferencia propriamente e paladares e olfatos com a mesma percepção de uma criança maior. Transfira esta introdução para data posterior quando a criança já tem paladar e olfato acurados. Não raro a mãe quer desistir da introdução da fórmula hipoalergênica. Você precisa saber sustentar sua manutenção. A conduta mais simples para contornar este problema é misturar ao hidrolizado uma fruta que possa ser consumida e a banana sem sementes é a que melhor se presta a disfarçar o péssimo paladar da nova dieta. Não se esqueça de que até a plena aceitação da fórmula elementar todos os demais alimentos têm que ser evitados por conta desta adaptação ao gosto da fórmula especial.

#### QUINTA DIFICULDADE:

O cuidado que o médico deve ter para iniciar o tratamento dietético mantendo o adequado controle nutricional. Alguns quadros alérgicos exigem uma dieta muito restrita, com privação das principais fontes proteicas da dieta habitual (leite de vaca, carne vermelha, frango, peixe, etc). Nesta circunstância muito comum no estabelecimento do tratamento, estes

pacientes têm um risco aumentado de desnutrição. Seja sempre muito rigoroso cuidando do adequado aporte de calorias, vitaminas e sais minerais em suas dietas hipoalergênicas. Maneje a dieta complementando estes nutrientes com a introdução de proteínas incomuns à dieta habitual (rã, coelho, pato, carneiro, cordeiro, codorna, peru, animais de caça, etc) e com fórmulas hipoalergênicas (leites a base de amino-ácidos essenciais e hidrolizados protéicos). Quando a restrição está voltada para os principais alimentos fornecedores de vitaminas e minerais em especial o cálcio, estes podem ser suplementados com fórmulas.

A arte no tratamento da AA está no vencimento de cada uma destas dificuldades, convencendo aos familiares e aos pacientes da necessária conscientização do estabelecimento do tratamento adequado pelo tempo necessário.

Uma vez que o tratamento é estabelecido, ele deve ser mantido por pelo menos seis meses para que haja dessensibilização imune. Entretanto, este tratamento pode se prolongar por anos e o que vai orientar o médico quanto à sua efetividade e quanto ao momento de tornar a dieta menos restrita é o estudo imunológico e a responsividade aos testes de identificação de antígeno. Ou seja, à medida que o sistema imune começa sua dessensibilização, o indivíduo se torna pauci-sintomático aos alimentos.

A reintrodução do alimento, ao final do tratamento, deve ser cautelosa (em pequenas quantidades e com apenas um alimento que foi eliminado de cada vez). Para aqueles alimentos que induziram reação aguda mediada por IgE, sua reintrodução será em ambiente hospitalar. Seja tanto mais cuidadoso quanto mais grave tenha sido a reação de seu paciente, quando chegou à clínica ou quando reagiu ao teste de confirmação alérgica. Deste modo, pode-se identificar o alimento que, porventura, ainda produza manifestações alérgicas e imediatamente excluí-lo da dieta. Vale lembrar, que alguns pacientes com alergia, principalmente os que têm malabsorção, podem apresentar também anemia e deficiência de vitaminas. O tratamento destas deficiências deve também ser implementado. Nunca se esqueça do cálcio, do zinco e da vitamina E.



FAMÍLIAS	ALIMENTOS
<i>Pomaceae</i>	Maçã, nêspera, pêra, marmelo
<i>Anacardiaceae</i>	Caju, manga, pistache, cajá-manga, umbu, cajá-mirim
<i>Rutaceae</i>	Laranja, limão lima, cidra, "grapefruit", tangerina
<i>Caffeine</i>	Cola de amêndoa, café, chocolate, coca-cola e alguns preparados medicamentosos
<i>Quenopodiaceae</i>	Beterraba, acelga, espinafre
<i>Cucurbitaceae</i>	Abóbora, melão, melancia, pepino
<i>Graminaceae</i>	Centeio, cevada, milho, aveia, arroz, trigo
<i>Lauraceae</i>	Abacate, louro, canela
<i>Liliaceae</i>	Cebola, aspargos, salsaparrilha, alho, alho-poró
<i>Labiatae</i>	Hortelã-pimenta, erva cidreira, hortelã, manjeriço, bergamota, manjerona, orégano
<i>Cruciferae</i>	Nabo, brócolis, couve, couve-flor, rabanete
<i>Solanaceae</i>	Pimenta malaqueta, pimentão, tomate, berinjela, batata inglesa
<i>Palmae</i>	Coco, tâmara
<i>Apiaceae</i>	Erva doce, cominho, aipo coentro, funcho, salsa
<i>Leguminosae</i>	Soja, ervilha, lentilha
<i>Amigdalaceae</i>	Amêndoa, pêssego, damasco, amora, cereja, ameixa
<i>Rosaceae</i>	Morango, framboesa
-	Aipim, mandioca, chuchu
-	Algodão, quiabo, azeitona, baunilha
<i>Mirtaceae</i>	Pitanga, goiaba, araçá, cravo
-	Mate, chá, uva, guaraná
-	Cozumelos, leveduras
<i>Compositae</i>	Girassol, alcachofra, camomila, chicória, alface
<i>Juglandaceae</i>	Noz, avelã, pecan
<i>Moluscos</i>	Ostra, mexilhão
<i>Crustáceos</i>	Camarão, caranguejo, lagosta
<i>Peixes</i>	Bacalhau, salmão, linguado, truta
<i>Anfibios</i>	Rã
<i>Aves</i>	Franco, ovo, pato, faisão, codorna
<i>Mamíferos</i>	Vaca (leite), cabra, carneiro, leitão, porco, esquilo

TABELA 1. CORRELAÇÃO BIOLÓGICA ENTRE ALIMENTOS COMUNS.

a) Alimentos proibidos nas dietas de exclusão  
 Dieta isenta de proteína do leite de vaca: Leite fresco ou ensacado, iogurte, leite condensado, leite evaporado, leite em pó, leite maltado. Creme ou alimentos cremosos (biscoitos, sonho, chocolate, doces açucarados, sopas, pudins a base de leite) queijos. Manteiga e algumas margarinas. Bolos e sorvetes (a exceção de alguns sorvetes de frutas) "hambúrguer" e salsi-chas, purê de batatas, molhos a base de leite, mistura de fari-nhas.  
 Comidas e alimentos que contenham leite ou de-

rivados: caseína, caseinato de cálcio ou de sódio e lactose.

Dieta isenta de ovo: Ovo (cozido, frito) ou alimentos que contenham ovo como ingrediente. A maioria dos doces e bis-coitos (fermento, massa feita com ovo), bolo, sonho, pastel, empada, alguns sorvetes. Suflês, frituras de massas. Maioneses, molhos (tártaros, etc.), algumas saladas condimentadas, tempe-radas, sal-sichas, bebidas maltadas, café e vinhos (para clarifi-cação).

Dieta isenta de trigo: Farinha de trigo, farelo de

germe de trigo e cereais que o contenham, produtos como biscoitos, bo-lachas, pasteis, empadas, tortas, macarrão, espaguete. Fritura de massas como croquetes. Salsichas, sorvetes, molhos engrossados com farinha de trigo, sopas e molhos comerciais, produtos com malte.

Dieta isenta de milho: Farinha de milho, amido de milho, óleo ou margarina de milho, açúcar de milho, xarope de milho. Produtos com malte. Bebidas alcoólicas com milho (cerveja, bourbon, whisky, vodka, gin e alguns licores). Produtos derivados de milho (ácido cítrico, glutamato monossódico, frutose, dextrose, glicose, dextrina) presentes na maioria dos produtos alimentícios.

Dieta isenta de nozes, avelãs, castanhas, grãos e sementes: Todos os tipos de nozes e o amendoim. Produtos de soja (alguns substitutos alimentares, lecitina). Todos os óleos de sementes e margarinas (exceto óleo de oliva), óleo e pasta de amendoim, óleo de semente de algodão, óleo de côco, óleo de soja, óleo de semente de girassol, óleo de manteiga de cacau, óleo de palmeira (usado em vários produtos: biscoitos, bolachas, pão de centeio, alguns molhos comerciais, maioneses, alimentos com atum ou peixe, batatas fritas e outros alimentos fritos, ocasionalmente presente em margarinas, chocolates, caramelos e salsichas). Óleo de amêndoa e óleo de sésamo usado em preparos farmacêuticos.

Dieta isenta de fermento: Bebidas alcoólicas, vinagre e alimentos que contenha vinagre. Complexo B (vitaminas derivadas de fermentos).

Dieta isenta de peixe: Todos os peixes comestíveis. Óleo de fígado de bacalhau e alguns produtos vitamínicos.

### TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico é uma alternativa auxiliar para os indivíduos com alergia alimentar. Atuam como auxiliares na desativação das potencialidades alergizantes dos alimentos como para tratamento dos sintomas associados que pedem alívio ou que precisam ser tratados por estarem colocando em risco a vida do paciente. Nestes casos, os medicamentos são necessários para o controle destas manifestações até que o tratamento definitivo (a dieta) possa expressar seus resultados.

Muitos medicamentos têm sido utilizados para o controle da AA: os antihistamínicos (H1 e H2), os

dilatadores da árvore brônquica, o cromoglicato, o cetotifeno, a ciproheptadine, o montelukast, os corticosteróides, as enzimas digestivas, os pro-bióticos e a imunoterapia. Estes medicamentos cumprem o importante papel de controlar as agudizações e as manifestações em órgãos de choque específicos, pois atuam bloqueando alguma etapa do processo inflamatório ou têm efeito curativo como a imunoterapia. Em primeiro lugar por sua necessidade urgente em situações de vida ou de morte vamos destacar a importância do uso individualizado da adrenalina em situações de choque anafilático ou risco de edema de glote, quando a administração de epinefrina (Epipen®) deve ser tomada ao primeiro sinal do problema, para que o paciente tenha tempo de procurar um serviço médico de urgência. Cada administração de epinefrina atua de imediato e dura em torno de 40 minutos, tempo suficiente para seu acesso a um serviço médico. Caso o paciente sabidamente se afaste a distâncias superiores ao tempo de ação da droga, nova injeção está indicada até que se chegue ao socorro médico. Todo paciente com risco de desenvolver estas crises têm que saber manejar esta medicação que deve acompanhá-lo 24 horas por dia. Significa dizer que é nossa responsabilidade advertir ao paciente que sua vida corre risco se este procedimento não for seguido. Ver capítulo de Anafilaxia. Dentre os medicamentos mais utilizados no tratamento da AA estão os antihistamínicos. Possuem uma resposta satisfatória nos casos de alergia oral, nos sintomas de pele ou nas complicações das vias aéreas superiores. Estes, no entanto, produzem efeitos colaterais como a sonolência, prejudicando as atividades laborativas nos adultos e crianças maiores e os estudos e divertimentos nas crianças menores. Os broncos dilatadores são sempre usados como auxílio do tratamento das AA com sintomas respiratórios, geralmente por inalação e diluídos ao soro fisiológico. Quanto maior a secreção das vias aéreas superiores e maior o broncoespasmo, maior será o uso e consumo dos bronco dilatadores. Alguns anti-alérgicos como o cetotifeno, o cromoglicato, a ciproheptadine e o montelukast, podem ser de alguma utilidade no tratamento da AA. Cada um têm sua indicação por atuar num ponto específico da cascata alérgica e seu uso assim justificado. Não se esqueça que muitos têm efeitos colaterais que precisam ser cuidadosamente avaliados e que todos



são para uso sintomático. Nenhum deles trata a AA. Julgue bem o custo-benefício quando pensar em usar uma destas drogas.

As enzimas digestivas sempre terão indicação no tratamento da alergia alimentar. Como são estruturas protéicas precisamos ter certeza que elas próprias não serão causadoras de alergia alimentar. O seu princípio ativo decorre da capacidade de digestão das proteínas da dieta a estruturas menos complexas ou a amino-ácidos, promovendo assim a retirada do alimento agressor de dentro da luz intestinal, por digestão, evitando a alergia ao alimento. O que lamentamos é a dificuldade de conseguir nas farmácias fórmulas ativas de enzimas com concentração suficiente de amilase, protease e lipase, enzimas fundamentais para a digestão dos nutrientes, e que tenham apresentação comercial sob a forma de grânulos, para poderem ser deglutidas pelos lactentes, e a custo acessível. Se conseguirmos todas estas qualidades essenciais nas enzimas, seu uso está indicado em todos os casos de AA.

Os corticosteróides são cada vez mais usados na AA por conta de que o processo alérgico é mediado imunologicamente e o corticóide atua diretamente inibindo a reação no sistema imune. Não esqueça que se este conhecimento indica a medicação na urgência, o contra-indica na manutenção, por sabermos que ele depleta os dois braços da balança imunológica. Portanto ao ser suspenso o braço que se ativa primeiro faz re-tornar a crise alérgica. O grande progresso no uso dos corticóides advem do fato de que foram desenvolvidas formulações introduzidas no mercado que podem ser administradas diretamente sobre a área lesada, como a boca, a via inalatória, o esô-fago e o estômago e o tubo digestivo distal. Estas apresentações para uso tópico têm uma baixa absorção sistêmica, minimizando os efeitos colaterais associados à este medicamento, mantendo um alto potencial de efetividade, principalmente quando usado direto sobre o órgão de choque como por bochecho bu-cal nos problemas da alergia oral, por inalação nos sintomas das vias aéreas, no seu uso sob a forma de solução para terapia esôfageana ou gástrica ou sob a forma de clister para acometimentos do reto e do sigmóide.

As enzimas digestivas têm larga utilização no tratamento da AA. O cuidado inicial que se toma é com a possibilidade da produção de alergia pela própria

enzima por serem estruturas protéicas. Após nos certificarmos que não causam alergia podemos utilizar doses orais com as tomadas das alimentações sempre direcionando o uso com o objetivo do favorecimento da digestão dos alimentos da dieta. Quanto melhor a digestão protéica menos chance de alergia. Sob a formulação granulada devemos dar preferência aos produtos que têm maiores concentrações de proteases, pois é sobre a digestão das proteínas que voltamos nossas atenções. Seu uso está restrito ao momento das refeições e sua dosificação é feita na razão direta do consumo protéico na dieta. Relatos de melhora dos pacientes com o uso de enzimas digestivas estão associados a qualquer tipo de AA, mas especialmente em pacientes com dermatite atópica. Os probióticos têm merecido especial atenção dos pesquisadores nos países em que o meio ambiente está tão esterilizada que o recém-nascido tem dificuldades em diversificar naturalmente sua flora bacteriana. O parto cesáreo que prevalece nestas culturas induz a uma situação pós natal imediata tipo “germ free” o que atrasa a colonização imediata dos intestinos, situação completamente diversa da criança que nasce de parto normal e se expõe de imediato à flora do canal de parto, deglutindo quantidade apreciável de bactérias. Estudos têm demonstrado a maturação mais precoce da via Th1 nestas crianças que nascem de parto normal. Na circunstância vivida pelo primeiro mundo, onde o desenvolvimento da flora saprófita estaria comprometido e não induziria a uma normal colonização bacteriana dos intestinos, excluindo assim o importante fator de contaminação entérica, considerado atuante na maturação linfocitária dos intestinos para a via Th1, têm-se buscado a alternativa do uso dos probióticos para a indução da maturação entérica da via Th1. Um sem número de fórmulas infantis contém agora os probióticos em sua constituição, mas só devem aparecer na dieta após o desmame. O acréscimo destes probióticos em pacientes amamentados exclusivamente ao seio está contra indicado. Seu uso logo após o desmame pode ser considerado em pacientes sabidamente reagentes via Th2.

Algumas imunoterapias têm se mostrado promissoras, como é o caso da terapia com anticorpos anti-IgE. Contudo sua administração ainda não está liberada para crianças. Esta terapia é relevante naqueles pacientes que apresentam altos níveis de

IgE e são refratários aos tratamentos convencionais. Outra terapia que usamos para as situações específicas anti-citocínica é o uso do IFN-gama e das drogas anti TNF. Seus usos ainda são reservados para os especialistas sob rigoroso protocolo e fogem ainda hoje às nossas recomendações para o pediatra generalista.

### MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Este talvez seja o principal ponto de combate a AA. Esta prevenção pode se subdividir em: primária, em que o enfoque é principalmente voltado para o período pré-natal e pós-natal imediato, se estendendo até o final do primeiro ano de vida; secundária, que consiste na orientação dos pacientes já sensibilizados; terciária, na qual o foco é limitar os problemas adicionais que podem ser desencadeados nos pacientes com alergia crônica.

Promover prevenção primária significa: intervir durante a gravidez, principalmente em famílias sabidamente alérgicas, promovendo uma dieta hipoalergênica para a mãe, evitando o leite de vaca e seus derivados e o amendoim; intervir durante a amamentação, com as mesmas recomendações dietéticas e estimulando a continuidade da dieta e da amamentação até os dois anos de idade. É mandatória a amamentação exclusiva e a dieta materna até o primeiro semestre de vida. Quando for sus-pensa a amamentação é prudente a introdução, até o final do segundo ano, de uma fórmula hipoalergênica, em pacientes com grande potencial alérgico. O leite de vaca e o ovo ficam para a dieta após o segundo ano de vida. A prevenção secundária deve ser iniciada naquele paciente sabidamente alérgico, que está sob tratamento da AA. Consiste na orientação do paciente em relação aos alimentos proibidos e na conscientização de que o paciente ou os pais têm que ser extremamente cuidadosos com a dieta para evitar as manifestações da alergia, principalmente naqueles pacientes com histórico de anafilaxia. Durante esta fase do

tratamento o uso das carnes vai seguir uma orientação que depende do tipo de alergia. Para as alergias mediadas por IgE a chance de aceitação de outras carnes, que têm o teste cutâneo negativo, é grande. Já nas alergias de mediação celular, a introdução das proteínas será muito mais cautelosa, pela grande chance de alergia a todas elas. O teste cutâneo é sempre o exame feito para a orientação da dieta.

A prevenção terciária consiste em primeiro lugar na identificação dos pacientes que possuem processos alérgicos graves, que podem evoluir com sintomas que colocam a vida do indivíduo em risco. Neste contexto, temos os pacientes com risco de evoluir com anafilaxia; são eles:

- História prévia de choque anafilático;
  - História de asma, especialmente de difícil controle;
  - Alergia a amendoim, avelã, peixe ou ostra;
- Pacientes que fazem uso de Beta-bloqueadores ou de Inibidores da Enzima de Conversão de Angiotensina.

Nestes pacientes, precauções como a prescrição de epinefrina deve ser tomada.

### CONCLUSÃO

A alergia alimentar é uma doença com múltiplas manifestações, contudo o tratamento definitivo converge em um único aspecto fundamental que é a dieta. É importante ressaltar que a introdução da dieta deve ser criteriosa, respeitando as famílias dos alimentos e com isso, considerando a possibilidade de reação cruzada. Uma vez iniciada, a dieta deve ser mantida, de forma rigorosa, pelo tempo que for necessário, até que haja dessensibilização do sistema imune. A utilização de medicamentos é importante, principalmente para conter as agudizações. O tratamento só é completo, quando se estabelece uma relação médico-paciente com alta confiabilidade para que a dieta seja seguida integralmente.

**LEITURA RECOMENDADA**

Book SA. Evaluation of IgE-mediated food hypersensitivities. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30(suppl):S20-S27.

Burks AW. Classic specific immunotherapy and new perspectives in specific immunotherapy for food allergy. *Allergy* 2003;67:121-24.

Leung DY, Sampson HA, Yunginger JW, et al. Effect of anti-IgE therapy in patients with peanut allergy. *N Engl J Med* 2003; 348:986-93.

Li XM, Sampson HÁ. Novel approaches for the treatment of food allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2002;2:273-78.

Patriarca G, Schiavino D, Nucera E, et al. Food allergy in children: results of standardized protocol for oral desensitization. *Hepatogastroenterology* 1998; 45: 52-58.

Seidman EG, Singer S. Therapeutic modalities for cow's milk allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;90(suppl 3):104-111.

Sicherer SH. Food allergy. *Lancet* 2002; 360: 701-710.

Wood RA. The natural history of food allergy. *Pediatrics* 2003;111:1631-7.