



## STATEMENT ASBAI: Alergia Alimentar

### Statement 1: fisiopatologia

“As alergias alimentares são reações imunológicas anormais que envolvem imunoglobulinas do tipo E (IgE) e/ou linfócitos T. O papel de outras imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG ou suas subclasses não é demonstrado”. (*Sampson HA, Aceves S, Bock SA et al. Food allergy: A practice parameter update—2014. J Allergy Clin Immunol 2014;134:1016-25.*)

### Statement 2: quadro clínico

“A apresentação clínica das alergias alimentares envolve um vasto espectro de sintomas, incluindo cutâneos (urticária, angioedema, eczema atópico), gastrointestinal (vômitos, cólicas, dores abdominais, diarreia, constipação), respiratórios (rinorreia, espirros, broncoespasmo agudo) e circulatórios (colapso cardiovascular). Não existem evidências confirmadas a respeito da relação de alergia alimentar com distúrbios de comportamento, autismo, otites secretoras e dermatites de fraldas.” (*Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K et al on behalf of the EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines: diagnosis and management of food allergy. Allergy 2014; 69:1008–1025*)

### Statement 3: testes diagnósticos

“Os testes diagnósticos para identificação dos possíveis alérgenos alimentares podem corroborar com a anamnese nos casos de alergias mediadas por IgE. As imunoglobulinas específicas podem ser detectadas *in vivo* (testes cutâneos de leitura imediata – *prick* teste) ou *in vitro* (IgE sérica específica, preferencialmente por fluorescência enzimática). Testes cutâneos de leitura tardia (*patch* teste) com alimentos não apresentam interpretação padronizada mas consistiriam em interessante método para alergias não mediadas por IgE/mistas. Os testes de IgG para alimentos não devem ser utilizados (vide *statement 1*). Não existem testes laboratoriais para detecção de alergias não mediadas por IgE.



**ASBAI**  
Associação Brasileira de  
Alergia e Imunologia

Associação Brasileira de Alergia e Imunologia  
Av. Prof. Ascendino Reis, 455 | Vila Clementino  
São Paulo | SP | 04027-000 | www.asbai.org.br

t. +55 11 5575.6888  
t. +55 11 5575.1204  
f. +55 11 5572.4069

A única forma capaz de estabelecer o diagnóstico de alergia alimentar é o teste de provocação oral, que deve ser realizado sempre em ambiente apropriado e sob supervisão de médico experiente.” (Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K et al on behalf of the EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines: diagnosis and management of food allergy. *Allergy* 2014; 69:1008–1025).

#### Statement 4: tratamento medicamentoso

“Os anti-histamínicos aliviam os sintomas da síndrome da alergia oral e os sintomas cutâneos (urticária, angioedema), entretanto NÃO são capazes de bloquear as manifestações sistêmicas (anafilaxia). O uso de corticosteróide oral pode ser eventualmente acrescido aos anti histamínicos para suprimir os sintomas. Tanto os anti-histamínicos quanto os corticosteróides devem ser utilizados em cursos rápidos, nunca contínuos. Em casos de anafilaxia é imperioso o uso de adrenalina intramuscular na face lateral da coxa. Em pacientes com diagnóstico de FPIES (Síndrome da Enterocolite induzida por proteína alimentar ), vômitos tardios incoercíveis podem ser contornados com o uso de Ondansetrona. O atendimento hospitalar se faz necessário devido ao risco de choque hipovolêmico, necessitando reposição hídrica endovenosa. A corticoretapia deglutida (Fluticasona ou Budesonida) são *medicamentos* de escolha na Esofagite Eosinofílica (EoE). Nestes casos, os inibidores de bomba de prótons podem ser utilizados conjuntamente. Antagonistas de receptores de leucotrienos cisteínicos não demonstraram eficácia na prevenção ou tratamento de qualquer manifestação de alergia a alimentos. (Manish B. Singla, and Fouad J. Moawad. An overview of the diagnosis and management of Esophagitis Eosinophilic. *Clinical and Translational Gastroenterology* 2016; 7: e155; Molina-Infante J, Bredenoord AJ, Cheng E et al. Proton pump inhibitor-responsive oesophagealeosinophilia: an entity challenging current diagnostic criteria for eosinophilic oesophagitis. *Gut* 2016;65:524–531; Sopo SM, Battista A, Greco M, Monaco S. Ondansetron for Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome. *Int Arch Allergy Immunol* 2014;164:137–139)

---

Diretoria biênio 2015/2016: José Carlos Perini presidente | Norma de Paula Motta Rubini 1º vice-presidente | Flávio Sano 2º vice-presidente | Ana Paula Beltran Moschione Castro diretora secretária | Bárbara Gonçalves da Silva diretora secretária adjunta | Maria de Fátima Marcelos Fernandes diretora financeira | Gustavo Falbo Wandalsen diretor financeiro adjunto | Luisa Karla de Paula Arruda diretora científica | Alexandra Sayuri Watanabe diretora científica adjunta | Nelson Augusto Rosário Filho diretor de assuntos internacionais | Antônio Carlos Bilo diretor de ética e defesa profissional | Luis Felipe Chiaverini Ensina diretor de informática | Eduardo Magalhães de Souza Lima diretor de relações institucionais.



**ASBAI**  
Associação Brasileira de  
Alergia e Imunologia

Associação Brasileira de Alergia e Imunologia  
Av. Prof. Ascendino Reis, 455 | Vila Clementino  
São Paulo | SP | 04027-000 | [www.asbai.org.br](http://www.asbai.org.br)

t. +55 11 5575.6888  
t. +55 11 5575.1204  
f. +55 11 5572.4069

### Statement 5: tratamento nutricional

“O tratamento da alergia alimentar fundamenta-se na exclusão dietética do alimento envolvido na reação imunológica responsável pelos sintomas clínicos. Em lactentes com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) em aleitamento materno exclusivo ou complementado com alimentos sólidos, a dieta materna de exclusão das proteínas do leite se faz necessária apenas se a criança se mantiver sintomática. Se o aleitamento materno não for possível, fórmulas hipoalergênicas (extensamente hidrolisadas ou à base de aminoácidos) são as melhores opções. Em lactentes maiores de 6 meses de idade, sem comprometimento nutricional e com alergia mediada por IgE, fórmulas de soja podem ser opção nutricional. Crianças maiores de dois anos de idade podem adquirir as necessidades nutricionais por meio da alimentação adequada, sem necessidade formal de produtos lácteos. (Luyt D, Ball H, Makwana N, Green MR, Bravin K, Nasser SM, et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of cow's milk allergy. *Clinical and experimental allergy : journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*. 2014;44(5):642-72.)

### Statement 6: imunoterapia para alimentos

“A imunoterapia para alimentos é uma abordagem promissora no tratamento imunomodulatório das alergias alimentares. No entanto, devido ao risco de reações adversas associadas, deve ser um procedimento limitado a profissionais com experiência, em ambiente adequado e indicado em situações específicas de persistência e/ou gravidade das reações”. (Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K et al on behalf of the EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. *EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines: diagnosis and management of food allergy*. *Allergy* 2014; 69:1008–1025).



# ASBAI

Associação Brasileira de  
Alergia e Imunologia

Associação Brasileira de Alergia e Imunologia  
Av. Prof. Ascendino Reis, 455 | Vila Clementino  
São Paulo | SP | 04027-000 | [www.asbai.org.br](http://www.asbai.org.br)

t. +55 11 5575.6888  
t. +55 11 5575.1204  
f. +55 11 5572.4069

## Statement 7: prevenção

“Não se *recomendam* dietas de restrição durante a gestação ou lactação como forma de prevenir alergias. Também não existem estudos que comprovem apropriadamente os benefícios preventivos de prebióticos ou probióticos. O aleitamento materno deve ser preconizado até os 6 meses de vida de forma exclusiva e até os 2 anos complementado com alimentação sólida, independentemente da falta de confirmação de seus efeitos protetores no desenvolvimento de alergias. Não há evidências científicas que justifiquem o atraso na introdução de alimentos potencialmente alergênicos em crianças de risco para alergias. Existem algumas evidências de que lactentes de alto risco, especialmente com dermatite atópica e que não podem ser amamentados ao seio materno seriam beneficiados com fórmulas hidrolisadas, comparadas às opções poliméricas.” (du Toit G, Tsakok T, Lack S, Lack G. *Prevention of food allergy. J Allergy Clin Immunol* 2016;137:998-1010.)