

## 4. Manifestações clínicas

Rev Port Imunoalergologia 2005; 13 (Supl 1): 19-22

Inês Lopes

Unidade de Imunoalergologia, Hospital Maria Pia, Porto

As manifestações clínicas de alergia ao látex são muito diversas e dependem de factores individuais como a atopia, da via de exposição, quantidade e duração do contacto. A quantidade de exposição necessária para produzir sensibilização é desconhecida. No entanto, uma concentração igual ou superior a 0,6 ng/m<sup>3</sup> de partículas de látex no ar ambiente, tem sido referida como factor de risco para o início de sintomas em pessoas sensibilizadas. O período de latência entre o contacto com o látex e o início da clínica pode variar desde minutos até horas após a exposição.

As proteínas do látex responsáveis pela sintomatologia estão agregadas no pó contido em algumas luvas de látex e, quando estas são trocadas, as partículas de pó ficam em suspensão, podendo ser inaladas ou entrar em contacto com as mucosas. Essa é uma das razões que justificam a baixa incidência de casos de alergia ao látex em locais de trabalho onde são utilizadas exclusivamente luvas sem pó (*"powder free"*).

Os sintomas podem ser localizados ou sistémicos e podem traduzir-se por manifestações cutâneas como eritema, prurido, urticária e/ou angioedema, manifestações oculares ou respiratórias como conjuntivite, rinite, tosse, disfonia (rouquidão), sibilância (pieira) e/ou dispneia (falta de ar), manifestações digestivas ou ainda por manifestações sistémicas, nomeadamente cardiovas-

culares, sendo possível o colapso circulatório, choque e paragem cardíaca.

As manifestações mais comuns são as cutâneas. Seguem-se as oculares, nasais e brônquicas e mais raramente podem surgir sintomas gastrointestinais isolados e quadros anafilácticos. Num estudo efectuado por Jaeger e colaboradores, que incluiu 70 doentes com alergia ao látex, os autores verificaram que todos tiveram urticária, 51% rinite, 44% conjuntivite, 31% dispneia e 24% apresentaram reacção sistémica.

A resposta imune individual, o tipo de látex (baixo ou alto conteúdo em amónia), a fonte de proteína (luva ou outro produto) e a via de exposição (pele, mucosa ou intravascular) podem contribuir para as variações verificadas na gravidade clínica.

Nos indivíduos sem exposição profissional é frequente os primeiros sintomas surgirem após contacto com as mucosas. É exemplo disso, o aparecimento de edema e prurido dos lábios no contacto com balões de borracha.

O risco de progressão de reacções cutâneas até manifestações mais graves é desconhecido. No entanto, as reacções cutâneas podem ser o primeiro sinal de alergia ao látex, sendo um risco acrescido manter a continuação da exposição.

O aparecimento de sintomas na mucosa oral, labial ou peribucal após ingestão de alguns alimentos é fre-

quente nas pessoas com alergia ao látex, dada a existência de reactividade cruzada entre o látex e vários alimentos, nomeadamente frutos e vegetais. Para além destes sintomas localizados, podem também ocorrer quadros de urticária generalizada, asma e anafilaxia. Nos profissionais de saúde a alergia a alimentos com reactividade cruzada com o látex é frequente e potencialmente fatal.

Os profissionais de saúde, trabalhadores da indústria de borracha, crianças com espinha bífida ou outras malformações congénitas (urológicas, gastrointestinais) e indivíduos atópicos (particularmente nos que apresentam alergia alimentar a frutos) têm um risco mais elevado de alergia ao látex e nestes grupos devemos estar particularmente atentos.

## **MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DA ALERGIA AO LÁTEX**

### **Urticária / Angioedema de contacto**

A urticária de contacto é frequentemente a única manifestação de alergia ao látex, e é devida a uma reacção de hipersensibilidade tipo I, mediada pela IgE. Geralmente ocorre entre 5 a 60 minutos após contacto cutâneo e caracteriza-se pelo aparecimento de eritema, prurido, pápulas pruriginosas e edema, podendo evoluir para reacções mais graves como o choque anafiláctico.

Assim, de acordo com o grau de sensibilização e intensidade de exposição, os sintomas podem limitar-se à zona de contacto ou serem generalizados.

Alguns estudos referem que a urticária de contacto pode preceder as manifestações sistémicas de alergia ao látex, sobretudo nos doentes atópicos. Quando o contacto se efectua através das mucosas (oral, vaginal, rectal) como ocorre em casos de tratamentos dentários, uso de preservativos ou exame ginecológico, pode surgir angioedema existindo inclusive um risco acrescido para o aparecimento de anafilaxia.

### **Dermatite de contacto**

A dermatite de contacto é devida a uma reacção de hipersensibilidade tipo IV e é a reacção alérgica mais comum. É mediada pelos linfócitos T e localiza-se na área de contacto sendo decorrente da sensibilização através da pele. Manifesta-se pelo aparecimento de eritema e edema, prurido, vesículas, secura da pele, descamação com evolução ulterior para eczema, pápulas e ulcerações. Os sintomas são limitados à zona de contacto, geralmente mãos, pés e no caso de pessoas que usam galochas, no terço inferior das pernas. A reacção surge 4 a 6 horas após exposição, com um pico entre as 24 e 48 horas e é devida à presença de aditivos químicos, antioxidantes e estabilizantes utilizados no processo de fabrico, como os tiurans, carbamatos, fenóis, mercaptobenzotiazóis, isopropilparafenilnodiamina ou fenilbetanaftilamina.

Os produtos que mais frequentemente produzem sensibilização são os tiurans, seguidos dos carbamatos. A dermatite de contacto é frequente em técnicos de laboratório, profissionais de saúde e em pessoas atópicas.

Na forma crónica a pele adquire o aspecto liquenificado com hipo ou hiperpigmentação e fissuração, a qual pode condicionar várias formas de infecção secundária.

## **MANIFESTAÇÕES OCULARES / NASAIS / BRÔNQUICAS DA ALERGIA AO LÁTEX**

O contacto directo ou por via aérea (partículas de látex em aerossol) na mucosa conjuntival ou respiratória desencadeia as manifestações de conjuntivite, rinite e asma.

Assim, é frequente a existência de prurido ocular, hiperémia conjuntival, lacrimejo e edema das pálpebras, quando o contacto se dá com a mucosa conjuntival.

Quando há contacto com a mucosa nasal, os sintomas iniciais são habitualmente o prurido nasal e crises estertoratórias (espirros), podendo ulteriormente surgir a rinorreia e obstrução nasal com um contacto mais prolongado.

O látex aerossolizado pode também causar sintomas brônquicos como tosse, dispneia e pieira que podem

traduzir o aparecimento da asma. Nos últimos anos têm sido descritos quadros de bronquite eosinofílica em indivíduos com exposição profissional.

A rinoconjuntivite e a asma podem resultar da inalação do alérgeno ou fazerem parte de uma reacção sistémica induzida pelo látex. Nos profissionais de saúde, as manifestações respiratórias são das mais frequentes, tendo sido descrito quadros de broncospasmo grave e anafilaxia sem a existência prévia de manifestações cutâneas. Habitualmente com a continuação da exposição há uma progressão dos sintomas cutâneos ou oculo-nasais para sintomas brônquicos.

As reacções alérgicas descritas, mediadas pela IgE, geralmente ocorrem entre 20 a 60 minutos após a exposição, e a gravidade depende de factores como a intensidade da exposição e o grau de sensibilização. Em locais onde a concentração de látex é mais elevada, maior é a probabilidade de surgirem reacções mais graves.

## ANAFILAXIA

O aparecimento de prurido, urticária, angioedema, rinoconjuntivite, dificuldade respiratória, hipotensão e mesmo a morte pode ocorrer durante procedimentos médicos comuns como exames rectais, vaginais ou orais utilizando luvas ou outros produtos de látex. As reacções anafilácticas são devidas à intensa desgranulação mastocitária e por definição são reacções generalizadas que envolvem dois ou mais sistemas. Estas reacções podem ser precedidas por sintomas ligeiros, como prurido palmar ou crises de estertores (espírris) que não foram suficientemente valorizados, ou podem aparecer sem qualquer manifestação prévia.

Na literatura os casos descritos estão mais frequentemente relacionados com a exposição mucosa, como a que decorre do contacto das luvas cirúrgicas com o peritónio e vísceras e por via endovenosa devido à presença de látex nos êmbolos das seringas e nos fras-

cos da medicação. A anafilaxia é ainda com frequência a forma de manifestação clínica da alergia alimentar associada ao látex (síndrome látex-frutos).

Admite-se que cerca de 10% das reacções anafilácticas intraoperatórias, sobretudo nas crianças com espinha bífida e mulheres com antecedentes de urticária de contacto, sejam devidas ao látex. Habitualmente surgem entre 15 a 30 minutos após o início da cirurgia ao invés das que são devidas aos anestésicos gerais que surgem poucos minutos após a indução anestésica.

Nos profissionais de saúde têm sido referidos três padrões de resposta na história natural da alergia ao látex. O primeiro é a progressão de um estadio assintomático para o desenvolvimento de dermatite de contacto, a que se segue o aparecimento de urticária generalizada e posterior desenvolvimento de rinoconjuntivite, asma e anafilaxia.

Noutro grupo há o aparecimento precoce de urticária e posterior aparecimento de sintomas sistémicos, por exemplo broncospasmo e/ou rinoconjuntivite.

O terceiro padrão é a passagem de um estado de assintomático para o desenvolvimento de anafilaxia ou broncospasmo grave, sem existir qualquer fase cutânea.

A anafilaxia pode surgir assim como a primeira manifestação de reacção ao látex, embora o mais frequente seja aparecer após alguns anos de outras manifestações. Assim, a colheita de uma história clínica minuciosa é imprescindível para o estabelecimento atempado de medidas de evicção.

Em resumo, a alergia ao látex pode manifestar-se pelo aparecimento de eritema, prurido, edema, rinorreia ou sintomas de asma após contacto com luvas de borracha (tratamentos dentários, exames médicos) ou com o simples encher de balões. Reacções mais graves podem incluir náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, edema dos lábios, urticária, dificuldade respiratória e hipotensão. Os sintomas geralmente aparecem minutos após a exposição, embora possam ocorrer mais tardiamente e podem variar de um grau ligeiro a grave. Devemos ter presente que um simples *rash* nas mãos pode ser o sin-

toma que precede uma reacção potencialmente fatal. A exposição frequente e repetida desencadeia reacções cada vez mais intensas e, num indivíduo sensibilizado, uma quantidade mínima pode ser suficiente para causar uma reacção grave.

Em todas as pessoas sensibilizadas ao látex deve ser efectuado o rastreio da alergia alimentar. De igual modo, as pessoas com alergia a alimentos que têm reactividade cruzada com o látex devem ser investigadas no sentido de se excluir a alergia ao látex.

**Contacto:**

Dra. Inês Lopes  
Unidade de Imunoalergologia  
Hospital Maria Pia  
Rua da Boavista, nº827  
4050-111 Porto  
E-mail: mop63161@mail.telepac.pt

**BIBLIOGRAFIA**

1. Fisher AA. Allergic contact reactions in health personnel. *J Allergy Clin Immunol.* 1992;90:729-38.
2. Barradas MP, Ferreira MB. Alergia ao látex. *Cad Imunoalergol Ped.* 1996; 11:53-7.
3. Carvalho F. Alergia ao látex. *H.P.V.* 1997;2:101-6.
4. Lopes I, Pires A, Suarez MJ et al. Alergia ao látex. *Nascer e Crescer.* 1998; 7: 101-3.
5. Poley G, Slater J. Latex allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2001; 105:1054-62.
6. Nettis E, Colanardi C, Frrannini A et al. Sensitization to rubber additives. *Allergy.* 2001; 51: 1018-20.
7. Quirce S, Fernandez-Nieto M, Miguel J et al. Chronic cough due to latex-induced eosinophilic bronchitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2001; 108:143.
8. Pires G, Gaspar A, Marques S: Alergia ao látex na criança. *In:* Rosado Pinto J, Morais de Almeida eds. *A criança asmática no mundo da alergia.* Euromédice, edições médicas; 2003: 459-64.
9. Thong BY, Yeow-Chan. Anaphylaxis during surgical and interventional procedures. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2004; 92:619-28.
10. Taylor J, Erkek E. Latex allergy: diagnosis and management. *Dermatol Ther.* 2004; 17:289-301.
11. Valks R, Conde-Salazar L, Cuevas M. Allergic contact urticaria from natural rubber latex in healthcare and non-healthcare workers. *Contact Dermatitis.* 2004; 50:222-4.