

5. Alergia Cruzada

Rev Port Imunoalergologia 2005; 13 (Supl 1): 23-26

Graça Pires

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

A possibilidade de reactividade cruzada entre alergénios de espécies filogeneticamente distantes, nomeadamente entre alergénios inalados e alimentares, com consequentes implicações clínicas, tem sido amplamente estudada nos últimos anos, sendo exemplos clássicos a síndrome ácaros-mariscos e as síndromes pólen-frutos. A reactividade cruzada é um conceito imunológico que pressupõe a existência de dois alergénios que são reconhecidos pelo mesmo anticorpo, devido à homologia estrutural entre os alergénios, com presença de epítomos comuns. A gravidade das manifestações clínicas de alergia alimentar depende dos panalergénios implicados nestas síndromes. No caso dos doentes alérgicos aos pólenes, os panalergénios implicados são habitualmente as profilinas e as reacções tendem a não ser graves, sendo a síndrome de alergia oral a forma típica de apresentação clínica.

A associação de alergia ao látex e alergia alimentar a frutos e outros vegetais com reactividade cruzada com látex é denominada síndrome látex-frutos. A primeira descrição desta síndrome foi efectuada em 1991 por Lotfi M'Raihi, que apresentou um caso clínico de uma enfermeira, de nacionalidade francesa, com alergia ao látex e à banana, tendo demonstrado a existência de reactividade cruzada por técnicas de inibição de RAST. No entanto, a proposta da designação deste termo seria

apenas efectuada em 1994 por Carlos Blanco ao constatar a existência de uma elevada frequência de alergia alimentar a frutos, num grupo de 25 doentes alérgicos ao látex. Neste estudo, realizado em Espanha, 52% dos doentes apresentavam concomitantemente alergia a frutos, maioritariamente abacate, castanha e banana, para os quais o autor realizou estudos de inibição comprovando a existência de reactividade cruzada com o látex. Desde então, esta entidade clínica tem sido cada vez mais referida, bem como tem aumentado o número de alimentos associados e que apresentam reactividade cruzada descrita com látex, incluindo vários frutos e outros vegetais, que se encontram referidos no Quadro I. Os alimentos mais frequentemente implicados nesta síndrome são abacate, castanha, banana e kiwi.

As principais proteínas responsáveis pela síndrome de alergia a frutos são as denominadas proteínas de defesa (PR), presentes em várias plantas não relacionadas botanicamente, responsáveis pela protecção contra várias agressões. Entre estas, a família das quitinases de classe I, proteínas do tipo PR-3, tem um papel preponderante. Por estudos de inibição foi comprovada a existência de reactividade cruzada entre a heveína, alergénio major do látex em profissionais de saúde e quitinases de classe I, identificadas como alergénios major de frutos como abacate, castanha e banana.

Quadro I - Lista de alimentos com reactividade cruzada com látex

Alimentos com Reactividade Cruzada com Látex	
Frutos	castanha (<i>Castanea sativa</i>) banana (<i>Musa paradisiaca</i>) abacate (<i>Persea americana</i>) kiwi (<i>Actinidia deliciosa</i>) papaia (<i>Carica papaya</i>) manga (<i>Mangifera indica</i>) maracujá (<i>Passiflora edulis</i>) pêssego (<i>Prunus persica</i>) ananas (<i>Ananas comosus</i>) figo (<i>Ficus carica</i>) melão (<i>Cucumis melo</i>) alperce (<i>Prunus armeniaca</i>) ameixa (<i>Prunus domestica</i>) uva (<i>Vitis vinifera</i>) lichia (<i>Litchi chinensis</i>) anona (<i>Annona cherimola</i>) acerola (<i>Malpighia glabra</i>) jujuba (<i>Ziziphus jujuba</i>)
Outros Vegetais	tomate (<i>Lycopersicon esculentum</i>) batata (<i>Solanum tuberosum</i>) mandioca (<i>Manihot esculenta</i>) espinafre (<i>Spinacia oleracea</i>) pimentão doce (<i>Capsicum annuum</i>) trigo-mourisco (<i>Fagopyrum esculentum</i>) grão-de-bico (<i>Cicer arietinum</i>)

Outras PR presentes no látex, tais como a β -1,3-glicanase (*Hev b 2*), a patatina (*Hev b 7*), a enolase (*Hev b 9*) e a quitinase da classe I do látex (*Hev b 11*), têm também sido implicadas na reactividade cruzada com alimentos de origem vegetal observada nos doentes alérgicos ao látex. Estas proteínas são inactivadas pelo calor, justificando a eventual ausência de sintomatologia após ingestão dos alimentos cozinhados.

Outro grupo importante de proteínas que tem sido implicado na reactividade cruzada são as profilinas. A

profilina do látex (*Hev b 8*) apresenta homologia com a profilina da banana e de pólenes de ambrósia, gramíneas e bétula. Apesar de ser responsável por reactividade cruzada imunológica, esta não tem significado clínico.

A síndrome látex-frutos é uma manifestação clínica de alergia ao látex, que afecta essencialmente os profissionais de saúde. Neste grupo de risco, a prevalência de alergia alimentar a frutos e outros vegetais com reactividade cruzada com látex é elevada e frequentemente causa de anafilaxia. Pelo contrário, nas crianças com espinha bífida a prevalência de alergia alimentar é baixa, e raramente é causa de reacções alérgicas graves. As diferenças encontradas devem-se ao facto de cada grupo de risco se sensibilizar a diferentes proteínas do látex, como referido em capítulo anterior.

Num estudo efectuado pelo nosso grupo envolvendo 61 doentes alérgicos ao látex, pertencendo a diferentes grupos de risco (15 com espinha bífida, 13 submetidos a múltiplas cirurgias sem espinha bífida e 33 profissionais de saúde), verificámos que dos 17 doentes que apresentavam síndrome látex-frutos, 15 eram profissionais de saúde e a maioria apresentava quadros de anafilaxia. Pelo contrário, nos doentes com espinha bífida, apenas uma adolescente manifestou a síndrome, caracterizada por sintomas de alergia oral após ingestão de castanha crua. Neste grupo de doentes com síndrome látex-frutos, os alimentos mais frequentemente implicados foram castanha em 12 doentes, banana em 8 doentes, pêssigo em 5 doentes e abacate e kiwi em 4 doentes. Salienta-se ainda que três doentes alérgicos ao látex apresentavam urticária de contacto com batata crua, mas toleravam a ingestão do alimento cozinhado. Dos alimentos responsáveis por reacções de anafilaxia, destaca-se a castanha, referida por 9 doentes, seguida da banana em 5 doentes.

As formas de apresentação podem variar desde síndrome de alergia oral até reacções sistémicas graves, potencialmente fatais, sendo a anafilaxia descrita frequentemente como a primeira manifestação clínica desta síndrome. Pela sua frequência e gravidade, principalmente em profissionais de saúde, a possibilidade de aler-

gia a frutos e outros alimentos de origem vegetal com reactividade cruzada descrita com látex, deve ser investigada em todos os doentes sensibilizados ao látex. Igualmente, em todos os indivíduos com existência prévia de manifestações com qualquer um destes alimentos deve ser investigada alergia ao látex.

O diagnóstico da alergia alimentar associada a alergia ao látex baseia-se na história clínica de ocorrência de reacções adversas imediatas, sugestivas de serem mediadas por IgE, e é confirmado pela evidência de sensibilização documentada por teste cutâneo positivo para o alimento implicado. O doseamento sérico de IgE específica para estes alimentos, frutos e legumes, tem uma baixa sensibilidade diagnóstica não devendo ser utilizado na prática clínica. A realização do teste cutâneo com o alimento em natureza é muitas vezes imprescindível, quer pela sua maior sensibilidade diagnóstica comparativamente ao extracto comercial, quer porque para alguns dos alimentos implicados nesta síndrome não existem disponíveis extractos comerciais. Em casos duvidosos, os doentes sensibilizados deverão fazer uma prova de provocação oral, sempre com as medidas de precaução adequadas, nomeadamente em meio hospitalar e desde que não haja contra-indicação à sua realização. Quando se diagnostica uma sensibilização assintomática a um alimento não consumido regularmente ou cuja tolerância se desconhece é prudente aconselhar-se a evicção. Esta realidade é distinta nas crianças com espinha bífida em que a sensibilização assintomática é a regra.

A terapêutica da síndrome látex-frutos consiste essencialmente na evicção. Neste caso, para além das medidas rigorosas de evicção de material contendo látex, nas actividades profissionais e domésticas dos doentes, é também imprescindível a evicção dos alimentos implicados. Estes doentes deverão ter disponível um *kit* para auto-administração de adrenalina em caso de ingestão accidental, particularmente quando há história de reacções graves.

A possibilidade da imunoterapia específica para o látex, instituída em profissionais de saúde, reduzir a sen-

sibilização a alimentos foi sugerida por alguns autores, no entanto são necessários mais estudos, englobando um número mais alargado de doentes e com *follow-up* de maior duração.

Consensual é a necessidade de uma actuação em termos de prevenção primária. Até porque a instituição de medidas rigorosas, globais, incluindo obrigatoriedade de uso exclusivo a nível hospitalar de luvas sem pó lubrificante, de baixo teor alergénico, já demonstrou conseguir uma redução muito significativa quer da incidência quer da morbilidade da alergia ao látex, prevenindo assim também o aparecimento da alergia alimentar por reactividade cruzada.

Contacto:

Dra. Graça Pires
Serviço de Imunoalergologia
Hospital de Dona Estefânia
1169-045 Lisboa
E-mail: graca-pires@clix.pt

BIBLIOGRAFIA

1. Blanco C, Carrillo T, Castillo R, Quirarte J, Cuevas M. Latex allergy: clinical features and cross-reactivity with fruits. *Ann Allergy*. 1994;73:309-14.
2. Beezhold DH, Sussman GL, Liss GM, Chang NS. Latex allergy can induce clinical reactions to specific foods. *Clin Exp Allergy*. 1996;26:416-22.
3. Brehler R, Theissen U, Mohr C, Luger T. "Latex-fruit syndrome": frequency of cross-reacting IgE antibodies. *Allergy*. 1997;52:404-10.
4. Kim KT, Hussain H. Prevalence of food allergy in 137 latex-allergic patients. *Allergy Asthma Proc*. 1999;20:95-7.
5. Blanco C, Diaz-Perales A, Collada C, et al. Class I chitinases as potential panallergens involved in the latex-fruit syndrome. *J Allergy Clin Immunol*. 1999;103:507-13.
6. Sicherer SH. Clinical implications of cross-reactive food allergens. *J Allergy Clin Immunol*. 2001;108:881-90.
7. Salcedo G, Diaz-Perales A, Sanchez-Monge R. The role of plant panallergens in sensitization to natural rubber latex. *Opin Allergy Clin Immunol*. 2001;1:177-83.
8. Gaspar A, Neto-Braga C, Pires G, Murta R, Moraes-Almeida M, Rosado-Pinto J. Anaphylactic reaction to manioc: cross-reactivity to latex. *Allergy*. 2003;58:683-4.
9. Pereira C, Pedro E, Tavares B, et al. Specific immunotherapy for

- severe latex allergy. *Allerg Immunol (Paris)*. 2003; 35:217-25.
10. Gaspar A, Pires G, Matos V, Loureiro V, Morais-Almeida M, Rosado-Pinto J. Prevalência e factores de risco para síndrome látex-frutos em doentes com alergia ao látex. *Rev Port Imunoalergol*. 2004;12:209-23.
11. Branco Ferreira M, Pedro E, Meneses Santos J, Pereira dos Santos MC, Palma Carlos ML, Bartolome B, Palma Carlos AG. Latex and chickpea (*Cicer arietinum*) allergy: first description of a new association. *Allerg Immunol (Paris)*. 2004;36:366-71.