



## Síndrome de alergia pólen-alimento no Brasil

Arq Asma Alerg Imunol. 2018;2(1):153-4.  
<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20180016>

Prezado Editor,

A síndrome de alergia oral (SAO) pólen-alimento é designada também como “urticária de contato da orofaringe”. É considerada a mais frequente apresentação clínica de alergia para alimentos em adolescentes e adultos<sup>1</sup>. No Brasil, atualmente, prevalece uma interrogação por suposta raridade, ou mesmo desconhecimento<sup>2</sup>. Entretanto, avaliação mais abrangente e criteriosa em diferentes locais do Sul do Brasil possuidores de polinose, deve ser considerada.

Os sintomas da SAO geralmente aparecem entre 5-15 minutos, seguindo a ingestão de alimento, e consiste de prurido em lábios, língua, palato, ouvidos e garganta. Poderá haver leve angioedema nos mesmos locais e, em alguns pacientes, na mucosa oral. A resolução da maioria dos casos acontece após 10-30 minutos, embora algum paciente possa desenvolver reação sistêmica subsequente<sup>3</sup>. Os sintomas da mucosa oral podem ser produzidos por qualquer alimento, tais como frutas, legumes e grãos.

Algumas proteínas presentes em polens e vegetais compartilham semelhanças estruturais e são pan-alérgenos, com capacidade de estimular a produção de IgE específica e o desenvolvimento de reatividade cruzada. Sugere-se que pacientes polissensibilizados a diferentes tipos de pólen, com sintomatologia por 16 ou mais semanas, têm maior probabilidade de possuírem SAO<sup>4</sup>.

As profilinas são proteínas que causam sensibilização a pólen de árvores e gramíneas, e estão presentes, principalmente, nos vegetais da família *Rosaceae*, tais como maçã, pêssago e pera. Pode estar associado a outros, tais como melancia, banana, manga, tomate, cenoura e látex.

É estimado que o pólen de gramíneas seja o principal indutor de sensibilização às profilinas (30%); entretanto, existe certo contraste entre as reações cruzadas ligadas

às profilinas e casos de SAO<sup>5,6</sup>. Árvores do gênero *Bétula*, sem presença entre nós, provocam SAO por sensibilização a seu alérgeno homólogo, a PR-10. As proteínas de transformação de lipídios (LTPs), consideradas uma defesa vegetal, podem induzir reações sistêmicas graves, salientando-se que não estão presentes nos polens de gramíneas<sup>5</sup>.

A história clínica, associada a testes cutâneos (*prick to prick*) com vegetais frescos, associados a teste de provocação oral, são os principais indicadores de SAO.

No Sul do Brasil, praticamente a quase totalidade dos pacientes com polinose está sensibilizada a pólen de gramíneas, com baixa sensibilização a pólen de árvores e ausência a ervas<sup>7</sup>. Portanto, diferentemente de outros países, principalmente daqueles localizados no hemisfério Norte, onde ocorre, em geral, a polissensibilização polínica. Assim, se poderia especular em nosso meio ambiente um modelo diverso à presença e frequência de SAO.

Contribuíram para este estudo clínicas localizadas nas cidades de Caxias do Sul (RS), Curitiba (PR), Passo Fundo (RS) (duas clínicas) e Santo Ângelo (RS), áreas consideradas com elevada prevalência de polinose por gramíneas<sup>8-10</sup>. Existe no conjunto quantia superior a 3.000 pacientes diagnosticados com rinoconjuntivite polínica estacional.

Foi elaborado um questionário epidemiológico, através de planilha eletrônica, constando de 16 itens objetivos, configurados através de legenda numérica às respostas. Na mesma, constava a identificação dos pacientes, sendo o objetivo principal o diagnóstico de SAO nos últimos 10 anos, nos indivíduos com rinoconjuntivite polínica estacional. Foram selecionados pela história clínica, associada a testes cutâneos com alérgenos polínicos. Procurou-se identificar aqueles com monossensibilização a pólen de gramíneas e/ou polissensibilização a pólen de árvores, incluindo (ou não) as gramíneas.

Em todos os casos considerados como possuidores de SAO, foram relatados os alimentos responsáveis. Afora isso, houve questões relativas à alergia ao látex, e ao mel de abelha. Para o diagnóstico de SAO restringiu-se o período correspondente aos últimos 10 anos, por ser uma patologia descrita relativamente recente, somente a partir de 1988<sup>11</sup>.

Foram identificados 20 pacientes com SAO, 14 (70%) do sexo feminino e 6 (30%) do sexo masculino, com idade variando entre 9 e 62 anos (mediana de 31,5 anos). Observou-se reação alérgica com 23 diferentes espécies de frutas, legumes e grãos. Essas se repetiram de modo diverso, em 57 oportunidades, entre os estudados. Os cinco principais alimentos responsáveis foram: melancia 9 (39%), banana e pêsego 6 (26%), abacaxi 5 (22%), e abacate 4 (17%). Associam-se aqui 2 (9%), com mel de abelhas, relacionado à provável presença de polens.

Alergia ao látex pode ser considerada um fator de risco eventual para a presença de SAO. Quatro pacientes (20%) possuíam alergia ao látex nesta população. Sensibilização a pólen de árvores (Ciprestes, Platanus, Ligustrum e Acer), associada a gramíneas, foi observada em 4 pacientes (20%).

Caso a história clínica não seja clara, teste de provocação oral (TPO) é considerado o único meio diagnóstico, quando a alergia ao alimento estiver presente<sup>1,3</sup>. Por outro lado, se a história clínica é compatível com SAO, associada ao relato do paciente de ter ingerido o alimento por uma ou mais vezes, considera-se que o mesmo realizou, deliberadamente, um “autoteste de provocação oral”. O TPO pode ser realizado na prática clínica, especialmente para aqueles de risco de desenvolver reação sistêmica<sup>1,3</sup>. O médico e os meios adequados deverão estar preparados para uma possível emergência. Um teste *prick to prick* deveria anteceder ao procedimento em casos especiais, avaliando-se o risco/benefício.

Os dados obtidos permitem especular que, em nosso meio, com predominância quase exclusiva de sensibilização a polens de gramíneas, com pouca presença ou ausência de árvores exóticas com potencial alergênico, pode haver diminuição de risco de SAO. Entretanto, alergistas brasileiros devem ficar atentos a essa “nova patologia” ainda pouco estudada entre nós.

## Referências

1. Mari A, Ballmer-Weber BK, Vieths S. The oral allergy syndrome improved diagnostic and treatment methods. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2005;5:267-73.
2. Vieira FM. Polinose com síndrome de alergia oral: uma raridade no Brasil? Vamos visitá-la! *Braz J Allergy Immunol*. 2013;1(6):345-6.

3. Werfel T, Asero R, Ballmer-Weber BK, Beyer K, Enrique E, Knulst AC, et al. Position paper of the EAACI: food allergy due to immunological cross reactions with common inhalants allergens. *Allergy*. 2015;70:1079-90.
4. Staikunine J, Jarpetiene LM, Sakalauskas R. Influence of sensitization to pollen and food allergens on pollinosis clinical symptoms. *Medicina (Kaunas)*. 2005;41:208-16.
5. Pauli G, Metz-Fabre C. Allergens croisés pollen-aliments. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2013;30:328-37.
6. Santos A, Van Ree R. Profilins: mimickers of allergy or relevant allergens? *Int Arch Allergy Immunol*. 2011;155:191-204.
7. Moreira PF, Gangl K, Vieira F de A, Ynove LH, Linhart B, Flicker S, et al. Allergen microarray indicates Poideae sensitization in Brazilian grass pollen allergic patients. *PLoS One*. 2015;10(6): e 0128402 doi: 10.1371/Journal.pone.0128402.
8. Vieira FM, Ferreira EN, Matter LB. A polinose está associada com a cultura de *Lolium multiflorum*? *Rev Bras Alerg Immunopatol*. 2005;28:47-52.
9. Rosário Filho NA. Definição da estação polínica das gramíneas em Curitiba. *Anais XXII do Congresso Brasileiro de Alergia e Imunopatologia*, São Paulo, 1990.
10. Kurtz JAT. A presença de polinose na região do Planalto Médio do Rio Grande do Sul. *Rev bras alerg imunopatol*. 1998;21:196-202.
11. Ortolani C, Ispano M, Pastorello E, Bigi A, Ansoloni R. The roal allergy syndrome. *Ann Allergy*. 1988;61:47-52.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

### Francisco M. Vieira

Professor Titular de Medicina pela Universidade de Caxias do Sul, RS

### Arnaldo C. Porto Neto

Professor Adjunto no Departamento de Pediatria, Universidade de Passo Fundo, RS

### Ernesto N. Ferreira

Especialista em Alergia e Imunologia pela ASBAI

### Melissa Tumelero

Especialista em Alergia e Imunologia pela ASBAI

### Nelson A. Rosário Filho

Professor Titular de Pediatria na Universidade Federal do Paraná, PR

Correspondência:

Francisco M. Vieira

E-mail: famvieira@hotmail.com