
Teste de contato alérgico (*patch test*) com alimentos no diagnóstico etiológico da esofagite eosinofílica: útil ou não?

Arq Asma Alerg Imunol. 2019;3(1):94-5.
<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20190017>

Prezado Editor,

A esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença crônica, imunologicamente mediada, caracterizada clinicamente por sintomas relacionados à disfunção esofágica. Histologicamente, há inflamação predominantemente eosinofílica no órgão¹. O diagnóstico da EoE inclui, além da clínica sugestiva (disfagia, vômitos, dor abdominal e recusa alimentar, com ou sem desaceleração do crescimento), biópsias da mucosa esofágica com pelo menos 15 eosinófilos/campo de grande aumento e persistência da eosinofilia após tratamento com altas doses de inibidores de bombas de prótons¹.

Embora os antígenos alimentares sejam apontados como os principais gatilhos da EoE em crianças, não há um método ideal que permita identificar quais alimentos estejam envolvidos. No tratamento da EoE, o emprego de dietas de exclusão tem sido recomendado; todavia, ainda discute-se qual seria o mais efetivo: dietas elementares, dietas de exclusão empíricas ou dietas guiadas por testes³. A dieta elementar (fórmula de aminoácidos) induz a uma melhora histológica substancial, embora as dificuldades em mantê-la por tempo prolongado a tornem uma escolha menos atrativa. A dieta de restrição empírica se baseia na exclusão dos alimentos mais frequentemente implicados na patogênese da EoE: leite de vaca, soja, ovo, trigo, amendoim, castanhas, peixes e frutos do mar, de forma isolada ou combinada¹.

A principal vantagem das dietas guiadas por testes é a possibilidade de ser menos restritiva e, como consequência, determinar menor impacto sobre o crescimento do paciente e a sua qualidade de vida, assim como a de seus

familiares. Entretanto, restrições alimentares baseadas no resultado do teste cutâneo de leitura imediata (punctura, mediada por IgE) beneficiam um grupo muito reduzido de pacientes, posto que a participação de mecanismos não-IgE mediados na EoE é expressiva. Spergel e colaboradores⁴ documentaram taxa de 74% de sucesso com dieta de exclusão guiada simultaneamente pelo teste de punctura e de contato, sendo leite e milho os principais alimentos identificados. Syrigou e colaboradores³ também confirmaram a utilidade do teste de contato alérgico na identificação dos alimentos desencadeantes (na maioria dos pacientes, o teste de contato mostrou-se positivo para leite e ovo), fato não corroborado por outros autores⁵.

À semelhança de outros pesquisadores, nosso grupo iniciou estudo para avaliar as diferentes técnicas utilizadas para os testes de contato alérgico na abordagem de pacientes com EoE. Os testes foram realizados conforme o recomendado pela *European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD)*⁶ empregando extratos padronizados de alimentos comercialmente disponíveis (diluídos em parafina microcristalina) (FDA Allergenic Farmacêutica, São Paulo, SP) e alimentos *in natura* (diluídos em solução salina 0,9%), em concentrações similares e de modo simultâneo. As leituras foram realizadas em 48 e 72 horas após a aplicação do teste, e a positividade foi definida pelo surgimento de eritema com infiltração, pápulas ou vesículas. Entre os testes com extratos padronizados, o alimento com maior taxa de positividade foi o leite de vaca (40%) e, entre os com alimentos *in natura*, o ovo (50%). Apesar disso, houve concordância considerada apenas moderada entre os resultados dos dois testes para ovo e leite ($\kappa = 0,582$ e $0,412$, respectivamente); testes com trigo e soja mostraram resultados estatisticamente discordantes. Também não houve concordância entre as intensidades das reações observadas nos dois testes.

Estas dificuldades observadas na realização e na interpretação do teste de contato com alimentos justificam a escassez de trabalhos robustos e de um consenso sobre o tema. Não há padronização universalmente aceita entre os testes de contato utilizados: concentrações e tipo de extrato, interpretação e graduação dos resultados e até mesmo o tempo da leitura final são alguns pontos que divergem substancialmente entre os estudos. Alguns utilizam extratos *in natura* diluídos em solução salina, enquanto outros extratos padronizados comercialmente

disponíveis. Não há estudos comparativos decisivos sobre a eficácia de cada um destes métodos.

Outra dificuldade é a confirmação da participação do alimento identificado como agente envolvido na EoE. Seria de se esperar melhora clínica e histológica após a suspensão do alimento suspeito; entretanto, são raros os estudos que comparam os resultados do teste de contato com alterações endoscópicas/histológicas após a exclusão do alimento. Especialmente nos serviços públicos de saúde do Brasil, o acesso a múltiplas endoscopias é fator limitante; a isso, soma-se o reduzido número de pacientes nos estudos. Tudo isso impede melhores definições e consenso definitivo sobre o método.

Por isso, na escolha da dieta de exclusão, devem ser consideradas as preferências individuais do paciente e de seus familiares, juntamente com a experiência individual de cada profissional. Quando utilizada uma dieta guiada por testes, deve haver interpretação crítica dos resultados obtidos, a fim de evitar restrições indevidas. Mais estudos populacionais bem delineados devem ser realizados, a fim de ajudar os especialistas na tomada de decisão acerca da dieta destes pacientes.

Referências

1. Groetch M, Venter C, Skypala I, Vlieg-Boerstra B, Grimshaw K, Durban R, et al. Dietary therapy and nutrition management of eosinophilic esophagitis: a work group report of the American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2017;5(2):312-24.
2. Singla M B, Moawad FJ. An overview of the diagnosis and management of eosinophilic esophagitis. *Clin Translat Gastroenterol.* 2016;7(3): e155.

3. Syrigou E, Angelakopoulou A, Zande M, Panagiotou I, Roma E, Pitsios C. Allergy test driven elimination diet is useful in children with eosinophilic esophagitis, regardless of the severity of symptoms. *Pediatr Allergy Immunol.* 2015;26(4):323-9.
4. Spergel JM, Andrews T, Brown-Whitehorn TF, Beausoleil JL, Liacouras CA. Treatment of eosinophilic esophagitis with specific food elimination diet directed by a combination of skin prick and patch tests. *Ann Allergy, Asthma Immunol.* 2005;95(4):336-43.
5. Eckmann JD, Ravi K, Katzka DA, Davis DR, See JA, Geno DR, et al. Efficacy of atopy patch testing in directed dietary therapy of eosinophilic esophagitis: a pilot study. *Dig Dis Sci.* 2018;63(3):694-702.
6. Wollenberg A, Vogel S. Patch testing for noncontact dermatitis: the atopy patch test for food and inhalants. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2013;13(5):539-44.

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

Renan Augusto Pereira

Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Alergia e Imunologia Pediátrica - São Paulo, SP, Brasil.

Renata Rodrigues Cocco

Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Alergia e Imunologia Pediátrica - São Paulo, SP, Brasil.

Dirceu Solé

Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Alergia e Imunologia Pediátrica - São Paulo, SP, Brasil.

Marcia Carvalho Mallozi

Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Alergia e Imunologia Pediátrica - São Paulo, SP, Brasil.

Carolina Sanchez Aranda

Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Alergia e Imunologia Pediátrica - São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:

Renan Augusto Pereira

E-mail: renanpereirahpp@gmail.com