



Alergia à Proteína do Leite de Vaca Persistente em Adulto: Relato de Caso *Persistent Cow's Milk Allergy in Adult: Case Report*

José Henrique Pereira Pinto¹
Renan Lemos de Toledo²
William do Prado Franquelo²

RESUMO

Introdução: Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) é uma doença inflamatória secundária à reação imunológica contra uma ou mais proteínas do leite de vaca (LV) que afeta principalmente a faixa pediátrica. A real prevalência é discutida em muitos estudos. As manifestações clínicas dependem do tipo da resposta imunológica, ser IgE mediada ou não. Os sintomas se iniciam por volta dos 06 meses de vida e na maioria dos casos, esse processo alérgico regride, com o paciente desenvolvendo tolerância até a adolescência. **Casuística:** Relata-se um caso de um paciente do sexo masculino, apresentando desde os 6 meses de idade de anafilaxia e broncoespasmo. Nesta época foi levado em hospitais e ambulatórios sendo diagnosticado e tratado como asma apenas, porém sem sucesso. Aos 18 anos, em consulta com especialista foi diagnosticado com APLV, apesar da dieta de exclusão, apresentou diversas reações anafiláticas, devido a ingestão acidental do alérgeno. **Discussão:** O paciente iniciou os primeiros sintomas quando houve contato com LV e apresentou teste laboratorial com valores compatíveis a patologia. Segundo a literatura a prevalência de APLV cai para menos de 1% aos 6 anos de vida e está persistência pode estar associada a múltiplos fatores, no caso relatado, o paciente não apresentou tolerância até o presente momento. **Conclusão:** APLV é uma doença usualmente de criança em que, se estas não adquirirem tolerância, complicações podem perdurar indefinidamente. O Diagnóstico precoce e o manejo adequado desta condição, revela grande importância na qualidade de vida e na prevenção de anafilaxia.

Palavras chave: Alergia, Proteína do leite de vaca, Anafilaxia.

ABSTRACT

Introduction: Allergy to cow's milk (CMPA) is an inflammatory disease secondary to immune response against one or more cow's milk proteins (LV) which primarily affects pediatric patients. The current prevalence is discussed in many studies. The clinical manifestations depend on the type of immune response, being IgE mediated or not. Symptoms start at about 06 months of life and in most cases, the allergic process subsides, and the patient develops tolerance through adolescence. **Case Report:** We report the case of a male patient, who was presenting, since his 06 months of age, anaphylaxis and bronchospasm. At that time he was taken into hospitals and clinics being diagnosed and treated as asthma, but without success. At 18, in consultation with expert was diagnosed with CMPA, and despite the exclusion diet, presented several anaphylactic reactions due to accidental ingestion of the allergen. **Discussion:** The patient began the first symptoms when there was contact with LV and presented laboratory test values compatible with the pathology. According to the literature the prevalence of CMPA drops to less than 1% to 6 years of life and this persistence can be associated with multiple factors, in our case, the patient did not develop tolerance to date. **Conclusion:** CMPA is usually a child disease but, if they do not acquire tolerance, complications can last indefinitely. Early diagnosis and appropriate management of this condition, reveals a great deal on quality of life and prevention of anaphylaxis.

Keywords: Allergy, Cow's milk protein, Anaphylaxis.

1 Médico, Prof. Titular de Alergia e Imunologia Clínica da Faculdade de Medicina de Itajubá e Chefe do Serviço de Imunologia do HE-FMI

2. Acadêmico do 6º ano de Medicina, Faculdade de Medicina de Itajubá (FMI/ITMG).

Instituição onde o trabalho foi realizado: Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá.

Recebido em: outubro de 2015

Aceito em: dezembro de 2015

Correspondência:

Renan Lemos de Toledo.
Rua Adolfo Pinto, 671. Centro –
Bebedouro – SP.
CEP: 14700-345
E-mail: Renan_lemo_@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As Reações Adversas a Alimentos (RAA) é a denominação utilizada para explicar as reações que ocorrem após a ingestão de um determinado alimento. Elas podem ser mediadas pelo sistema imunológico ou não mediadas, como ocorre nas intolerâncias alimentares, reações farmacológicas e reações mediadas por toxinas bacterianas.¹

Por vezes, manifestações clínicas decorrentes de intolerância, como a lactose, são confundidas com Alergia Alimentar (AA). Tal confusão é vista diariamente, não só pelos pacientes, mas também pelos médicos e ela se desfaz ao se entender que a AA é uma reação adversa a alimentos, dependente de mecanismos imunológicos, os quais podem ser mediados pela imunoglobulina E (IgE), não IgE mediados e mistos.²

As AA afetam principalmente a área pediátrica, em comparação com os adultos e ocorre em indivíduos geneticamente susceptíveis, que apresentem pais portadores de antecedentes alérgicos (atopia). A prevalência exata dessa patologia é incerta, mas estima-se que afete cerca de 4% da população mundial, sendo de 1,4% a 4% entre os adultos e, entre crianças, apresenta maior prevalência durante os primeiros anos de vida, afetando cerca de 6% dos menores de 3 anos de idade.³

A incidência de AA, tem aumentado globalmente nos últimos anos, acarretando

consequências negativas a crianças e adultos. O número de reações alérgicas graves e potencialmente fatais também está aumentando e um dado importante é que por toda a Europa a AA é a principal causa de anafilaxia em crianças com até 14 anos de idade, enquanto nos EUA essa reação corresponde a 3 mil reações anafiláticas, 2 mil internações e 200 mortes anuais, sendo o leite um dos principais responsáveis.⁴

Dentre os alimentos mais alergênicos, oito tipos são responsáveis por aproximadamente 90% das reações alérgicas: leite, ovo, amendoim, frutos do mar, peixe, castanhas, soja e trigo. Enquanto a maioria dessas reações alérgicas desaparece durante a infância, as alergias a amendoim, nozes, peixe e mariscos são mais persistentes.⁵

A Alergia à Proteína do Leite De Vaca (APLV) é uma doença inflamatória secundária à reação imunológica contra uma ou mais proteínas do Leite De Vaca (LV), sendo a principal AA que afeta lactentes e crianças pequenas, usualmente com as primeiras manifestações clínicas aparecendo nos primeiros seis meses de vida, e desenvolvendo tolerância em 97% até os 15 anos.²

O LV contém várias proteínas e dentre elas, 8 são alergênicas, sendo a caseína e as β -lactoglobulinas as mais frequentes responsáveis pela APLV.⁶

Em trabalhos recentes, alguns fatores são associados ao desenvolvimento da APLV, como carga genética, gênero,

etnia, mudanças na dieta (vitamina D, tipo de gordura, antioxidantes, obesidade), hipótese da higiene (redução de exposição a agentes infecciosos, parasitas, tipo de colonização intestinal) e exposição a alérgenos alimentares (gestação, leite materno, desmame, através da pele).¹

Os indivíduos com APLV podem apresentar um quadro variado de sintomas, que vai depender do mecanismo envolvido. As reações mediadas por IgE são as mais frequentes (60%)⁷ e envolvem mais frequentemente a pele, o trato gastrointestinal e o respiratório, e em casos mais graves, anafilaxia sistêmica, que são menos frequentes.

O diagnóstico de APLV se faz através da combinação de um conjunto de informações baseadas em: anamnese, exame físico, teste para detecção de IgE específica (*in vitro*) ou teste cutâneo de hipersensibilidade imediata (*in vivo*) e Teste de Provocação Oral (TPO) quando necessário, que consiste em administrar ao paciente doses do alimento e observar suas reações. É o teste mais confiável para estabelecer ou excluir o diagnóstico de APLV, mas também para verificar a presença de tolerância ao alérgeno.⁸

Em seguida, o tratamento da APLV é baseado na dieta de exclusão total do LV e seus derivados, além de alimentos que possam conter os alérgenos. O sucesso desta medida depende da habilidade do paciente e/ou responsável em identificar e excluir os alérgenos da dieta e ao mesmo tempo, ter uma alimentação balanceada. Para isto, é

necessário que os pais ou responsáveis sejam orientados com relação a termos que podem significar a palavra “Leite” nos rótulos (caseína, alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina etc), devido a várias denominações utilizadas, o que dificulta o tratamento devido à dificuldade de entendimento nessa interpretação, levando o paciente a utilizar o alimento que deveria estar fora do consumo.⁹

Além disso, alguns estudos têm mostrado que pacientes com AA apresentam pior qualidade de vida em relação a outros pacientes com doenças, como diabetes.⁴

É importante ressaltar que há falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde no diagnóstico da APLV, tanto para defini-la, como diagnosticá-la e realizar o tratamento adequado.²

Em virtude dessas características, em relação ao aumento da prevalência e incidência das AA e devido aos poucos trabalhos feitos em adultos, será feito o relato de caso de um paciente adulto com APLV, atendido e diagnosticado no serviço de Alergia e Imunologia do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá.

RELATO DE CASO

Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil em 27 de novembro de 2014, sob o número: 38620114.9.0000.5559.

Paciente do sexo masculino, 20 anos, branco, solteiro, caseiro, natural de Itajubá e procedente de Delfim Moreira –

MG, com antecedentes familiares de atopia (pai) e pessoais de hipertensão, asma, bronquite, AA (clara/gema do ovo), alergia a ácaro do pó doméstico e picada de insetos (Prurigo Estrófulo). Aos 06 meses de vida, época em que começou a ingerir LV e seus derivados, teve início quadro clínico compatível com anafilaxia, que consistia em angioedema com edema de glote, dispneia, rash cutâneo e prurido generalizado, havendo necessidade de internação; nesse mesmo período foi diagnosticado com asma. Com 02 anos de idade, sem um diagnóstico confirmado de APLV, iniciou imunoterapia na cidade de Lorena – SP, mas não houve aderência.

Em 09/05/1996 foi trazido para consulta no ambulatório de pediatria do Hospital Escola (HE) com a queixa de bronquite (sic) a qual era desencadeada pela ingestão de LV. O quadro clínico consistia em cianose de extremidades, tosse seca, dispneia e a criança gritava muito, necessitando a internação hospitalar para resolução do quadro. Foi relatado pela mãe que as crises estavam se intensificando, sendo que antes ocorriam uma vez por mês e passaram a ocorrer uma vez por semana. A hipótese diagnóstica foi de asma, havendo solicitação de exame radiológico de tórax, hemograma, ferro sérico, saturação de transferrina, cálcio, fósforo e fosfatase alcalina. Foi prescrito Penicilina Procaina + Penicilina Benzatina, + Aerolin® e Decadron®.

Dos 06 meses até os 10 anos, o número de internações anuais se aproximava

de 15 vezes, em virtude da gravidade dos quadros que ocorriam todas as vezes que ingeria leite ou derivados. A partir dos 10 anos, iniciou o uso de corticoide de depósito (Diprobeta®) uma vez por mês, por indicação de farmacêutico, apresentando melhora sintomática do quadro alérgico.

Em 13/06/2012 após ingerir “bife feito na manteiga”, foi levado ao Pronto Socorro (PS) de sua cidade, apresentando o quadro supracitado e foi administrado epinefrina, Fenegan® e soro fisiológico, além de inalação com Berotec® e Atrovent®, não necessitando de internação.

No dia seguinte, compareceu ao ambulatório de Alergia e Imunologia do HE de Itajubá, para consulta com o especialista, relatando ser portador de APLV desde os 06 meses de idade, descrevendo a história citada anteriormente e a hipótese diagnóstica foi de APLV associada a alergia a ovo, rinite e asma. Foram solicitados: hemograma completo, ferritina, IgE total e específicas para proteínas do LV, ovo (clara e gema) e inalantes, além da orientação para evitar qualquer tipo de alimento derivado do leite e ovo.

Em 13/09/2012 retornou à consulta no HE com os exames solicitados anteriormente; negou melhora do quadro clínico, apesar de estar sob tratamento com imunoterapia específica. Nesta mesma consulta, o paciente referiu estar hipertenso devido ao uso de Diprobeta®, segundo seu cardiologista, o qual prescreveu Atenolol® para o controle; porém, o medicamento foi suspenso pelo próprio paciente. Os

resultados dos exames foram: IgE para leite: >100 KU/L(classe 6), IgE para poeira caseira: 18KU/L(classe3), IgE total: 2141 KU/L. A conduta foi dar continuidade à imunoterapia e prescrição de associação de Formoterol + Budesonida diário.

Em 26/06/2013 voltou à consulta de rotina no ambulatório, relatando melhora do quadro de AA (exceto para o LV); conseguia ingerir ovos sem apresentar quadro alérgico, sendo que desenvolveu dois episódios de anafilaxia após a ingestão de “linguiça caseira” contendo carne de vaca, porco e temperos. A asma estava controlada e o paciente continuava na imunoterapia. Foram solicitados exames de IgE total e específicos para ovo (clara) e carne de porco.

Em 25/09/2013, compareceu ao HE para acompanhamento, onde negou novos episódios de crises alérgicas, mas com manutenção das crises de AA; a asma encontrava-se controlada. Os exames apresentaram como resultados IgE específica para clara de ovo: 3,43 KU/L(classe 2), IgE específica para leite: >100 KU/L, IgE específica para carne de porco: 2,64 KU/L(classe 2) e IgE total: 2552 KU/L. A conduta foi manter a imunoterapia e medicação de urgência, a epinefrina IM.

Em 26/02/2014, paciente compareceu para consulta de controle de alergia, relatando que continua a apresentar crises quando consome leite ou derivados. Descreveu um episódio que ocorreu um mês antes da consulta, no qual, após ingerir “macarrão com molho vermelho” teve de ser levado ao PS, pois apresentou quadro de

edema de glote, dispneia e prurido e foi prontamente administrado epinefrina, sendo liberado após resolução do quadro. Neste mesmo dia, após tratamento dentário referiu crise de dispneia, prurido e edema de glote associados ao edema facial, sendo novamente levado ao PS. Relatou também nesta consulta persistência de dor abdominal após a ingestão de mel e ovos ou seus derivados, e regressão do quadro de alergia à carne de porco. Foram solicitados novos exames: Hemograma, IgE total e específicos para leite, clara de ovo, carne de porco, venenos de abelha, marimbondo, vespa e formiga, lidocaína (anestésico) e pó.

Atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento no serviço de Alergia e Imunologia clínica do HE de Itajubá, e ainda não retornou com os resultados dos exames solicitados em 26/02/2014.

DISCUSSÃO

A APLV é uma doença primariamente de crianças em seus primeiros anos de vida, e os sintomas se iniciam por volta dos 06 meses, sendo raro seu início após os 12 meses.¹⁰ Em estudo realizado na Alemanha, a prevalência de APLV no primeiro ano é de 2% a 3%, e esse valor cai para menos de 1% aos 06 anos de vida.² Existem casos em que ela persiste além dos primeiros anos. Em trabalho realizado em Portugal, procurou-se identificar os fatores que contribuíam para a persistência e chegou-se à conclusão de que os sintomas alérgicos desenvolvidos (asma e

outras alergias alimentares associadas) são fatores independentes para a persistência e os exames laboratoriais como diâmetro da pápula do Prick Test (valores máximos), bem como valores acima do máximo no exame de IgE específico para LV, foram associados à redução da probabilidade de aquisição de tolerância.¹¹

O paciente relatado apresentou seus primeiros sintomas aos 06 meses de vida, quando houve o primeiro contato com o LV. A sintomatologia apresentada consistiu em anafilaxia, agioedema, rash cutâneo, prurido, dispneia, tosse seca, rinite e asma. Os fatores independentes que contribuíram para essa persistência até a idade adulta, foram a anafilaxia, asma, alergias a proteína do ovo e ácaros do pó doméstico. O fator que vem contribuindo para a redução da probabilidade de aquisição de tolerância seria a persistência de níveis elevados da IgE específica para a proteína do LV em mais de uma amostra laboratorial.

O diagnóstico precoce da APLV, é importante para iniciar a dieta adequada e para evitar restrições alimentares desnecessárias. Assim o diagnóstico é baseado em história de ingestão do LV e início dos sintomas, associados a testes alérgicos que indicam uma reação imunológica.⁸

Os testes de detecção de IgE, seja “*in vivo*” (Prick Test) ou “*in vitro*” (RAST) demonstram apenas a presença de anticorpos nos tecidos e na corrente sanguínea, respectivamente, mostrando a sensibilização ao LV.¹² Sendo assim, estes testes são

incapazes de confirmarem o diagnóstico isoladamente, sendo necessária a correlação clínica.¹³

Trabalhos europeus demonstraram que com uma boa história clínica, somado ao Prick Test ≥ 3 mm ou IgE específica $\geq 0,35$ kU / L são bons parâmetros para apoiar o diagnóstico clínico.^{10,14}

No entanto, se a história é indicativa e os testes alérgicos são negativos ou o contrário, então um TPO pode resolver essa incerteza diagnóstica. O TPO duplo cego controlado por placebo é o padrão ouro para diagnóstico de AA, mas é demorado e caro e geralmente limitado a protocolos científicos, portanto raramente são feitos na prática clínica. Além disso, o TPO possui contraindicações para ser realizado, como possuir história prévia de anafilaxia induzida por alimentos associada à presença de IgE específica, asma não controlada, etc.⁸

No caso relatado, o paciente passou inúmeras vezes por hospitais e ambulatórios de pediatria, porém não foi realizado o diagnóstico correto de APLV. Com isso, o diagnóstico foi possível apenas quando avaliado por especialista em consulta com imunologista aos 18 anos. A confirmação diagnóstica foi através de história clínica compatível com APLV e detecção de IgE específica para o leite de vaca, com valores elevados (acima de 100 KU / L).

Classicamente, a estratégia de abordagem destes pacientes apoia-se na dieta de exclusão total do leite e alimentos e acompanhamento clínico com exames

periódicos, para avaliar se houve tolerância.

15

Neste caso, devido a frequentes reações anafiláticas com quantidades mínimas de leite, o que evidencia o baixo limiar de tolerância, não foi feito o teste de provocação (TPO).

Com isso, pessoas com AA dependem das informações sobre alérgenos que deveriam estar claramente contidas nos rótulos dos produtos. No entanto, isto ainda não acontece, tornando-se a dieta de restrição um desafio. Um estudo revelou que 70% da população brasileira tem o hábito de ler rótulos antes da compra e que mais da metade desses não entende adequadamente o significado das informações.⁹

Esse problema é visto em muitos países, pois que para sanar essas dificuldades, nos Estados Unidos desde 2004 e em outros países, a legislação prevê a obrigatoriedade por parte das indústrias em relatar de forma clara e com linguagem simples, em todos os rótulos, os alérgenos mais comuns, entre os quais, o leite de vaca.¹⁰

O paciente do presente caso foi orientado a ler os rótulos dos produtos, no entanto, apresentou dificuldade em reconhecer os alérgenos, tendo episódios de anafilaxia. No Brasil, infelizmente, não há nenhuma legislação que obrigue as empresas a deixarem seus rótulos mais claros, como nos outros países já citados.⁹ Entretanto, já existe um projeto em tramitação no

Congresso Nacional para cumprir essas diretrizes.¹⁶

Durante a história clínica, o paciente apresentou quadro de anafilaxia após ingestão de bife feito na manteiga, quadro que pode ser explicado, pelo fato da manteiga apresentar leite em sua composição, o que poderia ser evitado, se houvesse um alerta claro no rótulo.

O outro quadro de anafilaxia apresentado pelo paciente foi devido à ingestão de linguiça caseira, que segundo ele, continha carne de vaca, de porco e temperos. Segundo a literatura, existe pouca informação disponível sobre APLV combinada a alergia da carne em adultos. No entanto, sabe-se que a albumina sérica bovina é a causadora de ambas, e que alergia à carne de vaca e de porco são os tipos de carne mais associadas a APLV.¹⁴

Além destes episódios, o paciente relatou também reação grave após ingerir macarrão com molho vermelho; provavelmente devido à presença de ovo na constituição do macarrão, o qual o paciente é alérgico também.

No mesmo dia, após tratamento dentário, outro quadro de anafilaxia se instalou; uma hipótese para isto seria lembrar que os alérgenos do leite de vaca podem estar também, presentes em cosméticos e remédios.⁹ Outra hipótese, é que a reação anafilática pode ter um curso bifásico em 20 a 25% dos casos, com melhora inicial, com ou sem tratamento, seguido por recorrência de sintomas graves em duas a quatro horas. Por isto, recomenda-

se a observação do paciente por no mínimo quatro horas.¹⁷

O reconhecimento dos sinais e sintomas e o correto diagnóstico de anafilaxia é fundamental para reduzir reações mais graves e potencialmente fatais. O tratamento de emergência para o caso de ingestão acidental, a fim de reduzir a mortalidade e aumentar a qualidade de vida é o uso de epinefrina intramuscular, o que foi feito para o presente caso.¹⁸

A literatura relaciona alguns fatores de risco associados à anafilaxia grave ou potencialmente fatal, como AA IgE mediada, ser adolescente ou adulto jovem, a presença de asma e AA previamente diagnosticada, presença de atopia, de doença cardiovascular, uso de beta-bloqueadores e de inibidores de enzima de conversão da angiotensina. Todos estes fatores são encontrados na história clínica do caso relatado.^{19,20}

Para o tratamento de emergência, usa-se adrenalina auto injetável (AAI) que foi introduzida pela primeira vez por volta de 1990. Ela se destina a fornecer com precisão uma dose fixa de adrenalina intramuscular e deve, idealmente, ser fácil de usar e injetar em quantidade suficiente na circulação sistêmica.

As diretrizes americanas recomendam que AAI seja prescrita a todos os pacientes com AA mediada por IgE, com história previa de reação alérgica sistêmica, AA concomitante com asma ou alergia ao amendoim, nozes, peixes e crustáceos, por apresentarem reações mais graves.²¹

No presente caso, o paciente apresenta anafilaxia mediada por IgE a pequenas quantidades de leite, história previa de reação grave e asma associada, além de morar em zona rural, longe de um centro médico; sendo assim, foi recomendado o uso de AAI. No entanto, o dispositivo não é regulamentado no Brasil, não há interesse das empresas e nem do governo para subsidiar este produto que pode salvar vidas e mudar a qualidade de vida de muitas pessoas, por isso é necessário importar de outros países, mas isto a preços abusivos, inviabilizando o tratamento.

O intervalo ideal para testes de acompanhamento de aquisição de tolerância não é conhecido. As diretrizes europeias relatam que a avaliação de tolerância é feita pela medida de IgE específica, repetida em intervalos de 6 ou 12 meses.¹⁰

No entanto, estudos americanos relatam que esse intervalo pode ser maior, de 2 a 4 anos, em adultos que apresentem pouca mudança ao longo do tempo nos níveis de IgE. Além disso, se o paciente tiver uma reação alérgica recente induzida pelo alimento, não há necessidade de testar novamente durante o intervalo de tempo de 1 a 2 anos.¹⁹

Em nosso estudo de caso, o acompanhamento está sendo realizado desde 2012 em intervalos de 12 meses para alguns parâmetros. Assim, os valores encontrados até setembro de 2013, permaneceram maiores que 100 kU/L, mostrando nenhuma aquisição de tolerância.

Hoje, sabe-se que a maioria das crianças se torna tolerante primeiramente ao leite processado a altas temperaturas (LPAT), que é definido como produto contendo leite que foi assado a altas temperaturas (mufins), pois o cozimento reduz o caráter alergênico da proteína. Por isto, a reintrodução do LPAT antes do leite fresco é tentado. No entanto, este teste deve ser feito apenas em pacientes com sintomas leves (apenas sintomas cutâneos), nenhuma reação ao leite nos últimos 6 meses, não ter alergia a outro alimento e ter uma redução significativa na medida de IgE ou Prick Test.¹⁰

A reintrodução do LPAT não foi tentado no caso relatado, devido à ocorrência de anafilaxia recente, a não redução dos valores sérico de IgE e a presença de alergia a outros alimentos, como o ovo.

Várias novas abordagens terapêuticas estão sendo testadas em ensaios clínicos, como imunoterapia oral, sublingual e epicutânea, tratamento com ervas chinesas, anti IgE entre outras, com o foco principal em AA IgE medida. Embora a maioria dos estudos seja feito em crianças e pouco se sabe em adultos, nenhuma destas terapias está pronta para o atendimento clínico,

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. Alimentação e Nutrição. Guia prático de diagnóstico e tratamento da alergia às proteínas do leite de vaca mediada pela imunoglobulina E. Rev Bras Alerg Imunopatol. 2012;35(6):203-33.

devido à natureza descontrolada da maioria dos ensaios, pequeno número de estudos e segurança incerta.¹⁸

CONCLUSÃO

A APLV é uma doença primariamente de crianças em seus primeiros anos de vida, porém, se estas não adquirirem tolerância, mantendo a sensibilização, complicações podem perdurar indefinidamente. O diagnóstico precoce e o manejo adequado desta condição, revela grande importância na qualidade de vida e na prevenção de anafilaxia – complicação mais temida na APLV.

No presente caso, a manifestação da doença ocorreu na infância, porém, a falta do diagnóstico correto ainda nos estágios iniciais, contribuiu para que esta perdurasse até a idade adulta, dada a atenção para os sinais e sintomas característicos da APLV, como: angioedema, rash cutâneo, prurido e dispneia. O diagnóstico foi realizado quando o paciente já estava com evolução prolongada, dificultando a abordagem e favorecendo sua cronicidade e gravidade das complicações.

2. Oliveira DCV. Alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose: abordagem nutricional, pesquisa qualitativa e percepções dos profissionais da área de saúde [Dissertação]. Juiz de Fora/MG: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.

3. Faro HC. Proctocolite alérgica: relato de Caso [Monografia]. Brasília/DF: Hospital Regional da Asa Sul; 2010.
4. Pinto ASL. O Impacto das alergias alimentares no dia-a-dia [Dissertação]. Porto/Pt: Universidade Fernando Pessoa - Faculdade Ciências da Saúde; 2013.
5. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;133(2):291-307.
6. Couto M, Sampaio G, Piedade S, Almeida MM. Alergia às proteínas do leite de vaca em adolescente com anafilaxia: uma opção terapêutica inovadora. *GE J Port Gastreenterol*. 2012;19(6):318-22.
7. Zeppone SC. Alergia à proteína do leite de vaca (APLV): uma perspectiva imunológica [Dissertação]. Araraquara: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2008.
8. Mendonca RB, Cocco RR, Sarni ROS, Sole D. Teste de provocação oral aberto na confirmação de alergia ao leite de vaca mediada por IgE: qual seu valor na prática clínica? *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(3):415-22.
9. Binsfeld BL, Pastorino AC, Castro APBM, Yonamine GH, Gushken AKF, Jacob CMA. Conhecimento da rotulagem de produtos industrializados por familiares de pacientes com alergia a leite de vaca. *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(3):296-302.
10. 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. *Clin Exp Allergy*. 2014;44(5):642-72.
11. Santos A, Dias A, Pinheiro JA. Predictive factors for the persistence of cow's milk allergy. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010;21:1127-34.
12. Ito K, Urisu A. Diagnosis of food allergy based on oral food challenge test. *Allergol Int*. 2009;58:467-74.
13. Cochrane S, Beyer K, Clausen M, Wjst M, Hiller R, Nicoletti C, et al. Factors influencing the incidence and prevalence of food allergy. *Allergy*. 2009;64:1246-55.
14. Choi GS, Kim JH, Shin YS, Nahm DH, Park HS. Food allergy to meat and milk in adults. *Allergy*. 2010;65:1065-67.
15. Couto M, Sampaio G, Piedade S, Almeida MM. Indução de tolerância às proteínas do leite de vaca em adolescente com Anafilaxia. *Acta Pediatr Port*. 2012;43(4):172-5.
16. Brasil - Projeto de Lei nº, de 2013 (Do Sr. Ricardo Izar) [Internet]. 2013. [Acesso em: 2015 Jan 20]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1067763.pdf>
17. Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Brasileiro sobre alergia alimentar: 2007. *Rev Bras Alerg Immunopatol*. 2008;31(2):64-89.
18. Kemp SF, Lockey RF, Simons FER, World Allergy Organization ad hoc Committee on Epinephrine in Anaphylaxis. Epinephrine: the drug of choice for anaphylaxis. A statement of the World Allergy Organization. *Allergy*. 2008;63:1061-70.
19. Sampson HA, Aceves S, Bock SA, James J, Jones S, Lang D, et al. Food allergy: a practice parameter update-2014. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;134(5):1016-25.
20. Worm M, Babina M, Hompes S. Causes and risk factors for anaphylaxis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2013;11(1):44-50.
21. NIAID-Sponsored Expert Panel, Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, Jones SM, Sampson HA, et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126(6 Suppl):S1-58.

Correspondência: Renan Lemos de Toledo. Rua Adolfo Pinto, 671. Centro - Bebedouro - SP
CEP: 14700-345 – E-mail: Renan_lemo_@hotmail.com