

a alimentação

Manejo da alergia à proteína do leite de vaca (APLV) em lactentes

O impacto da APLV
na primeira infância

O papel do médico na APLV:
manejo dos sintomas *versus*
desfechos em longo prazo

O impacto da alergia à proteína do leite de vaca (APLV) na primeira infância



Kate Grimshaw
PhD RD
Nutricionista especialista em alergia

Kate Grimshaw é especialista em alergia alimentar em pediatria e para adultos. A maior parte de seu trabalho de pesquisa e prática clínica até o momento se concentra em alergia alimentar pediátrica.

Prevalência e sintomas

A alergia alimentar é uma preocupação crescente em termos de cuidados de saúde, especialmente, em crianças.¹ Uma das alergias alimentares mais comuns é a APLV, que afeta até 5% dos lactentes em toda a Europa.²

Os sintomas da APLV geralmente se manifestam no primeiro ano de vida e podem afetar diversos sistemas e órgãos [Figura 1].³

Classificação da APLV

A APLV pode ser classificada de acordo com as diferentes respostas imunológicas que provoca, que podem ou não

ser mediadas por IgE.² A APLV mediada por IgE é responsável por aproximadamente 44% dos casos e desencadeia sintomas imediatos. Esse tipo pode ser mais agudo do que a APLV não mediada por IgE e pode levar à anafilaxia em casos raros.²

Impacto econômico da APLV na saúde

Um estudo de coorte retrospectivo do mundo real investigou o impacto clínico da APLV, revisando registros de casos anônimos de 3.499 crianças com APLV e comparando sintomas alérgicos e infecções com 3.499 crianças correspondentes sem APLV.³

Sintomas do trato gastrointestinal (GI) superior e inferior



- Refluxo
- Vômito
- Constipação
- Diarreia

Sintomas dermatológicos



- Eritema
- Urticária
- Angioedema
- Eczema

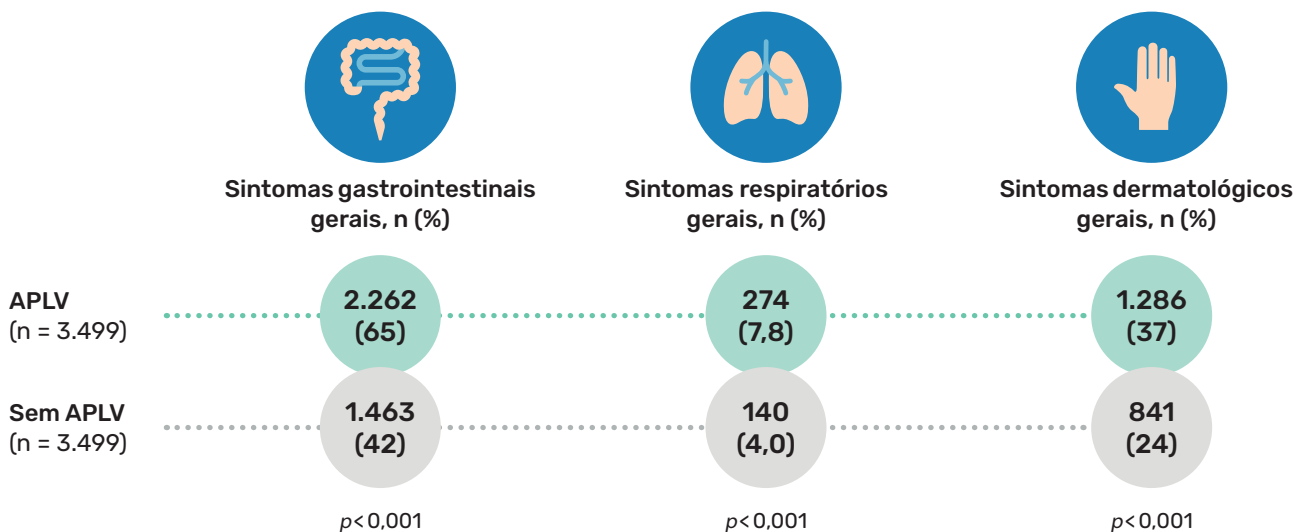
Sintomas respiratórios



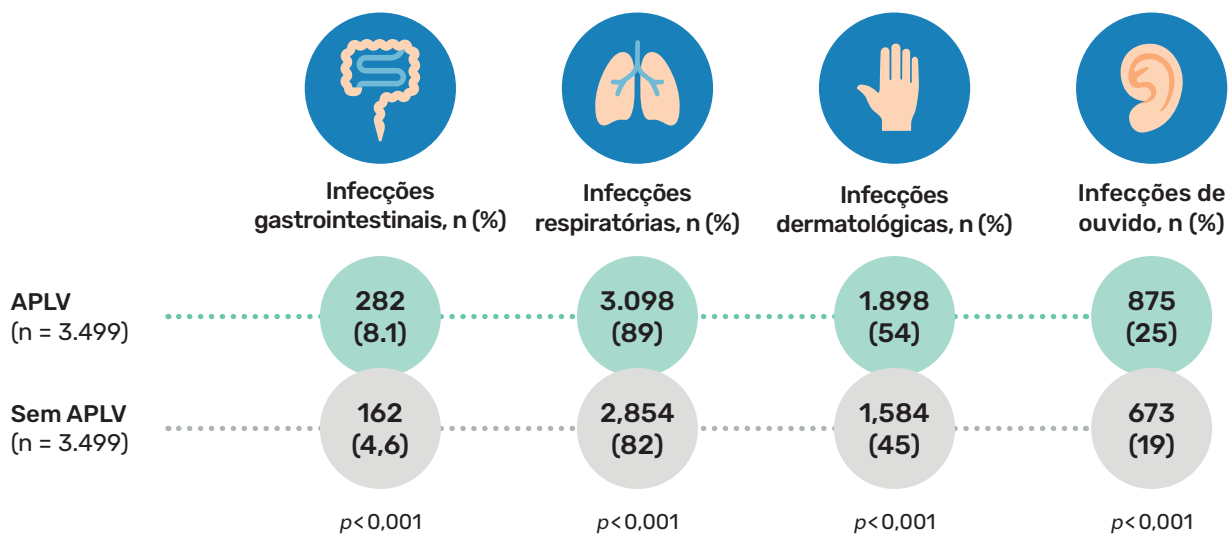
- Rinite alérgica
- Tosse
- Chiado
- Asma
- Anafilaxia (casos raros e graves)

Figura 1. Sintomas da APLV³

Sintomas gastrointestinais, dermatológicos e respiratórios ocorreram em ambas as coortes com e sem APLV, mas afetaram significativamente mais crianças com APLV do que aquelas sem APLV.³



Infecções também ocorreram em ambos os grupos, mas a coorte com APLV apresentou significativamente mais infecções do que a coorte sem APLV.³



Estudos mostram que crianças com APLV utilizam mais medicamentos, maior número de consultas médicas e com nutricionistas, além de mais internações hospitalares, quando comparadas às crianças sem APLV.

Conclusão

O impacto da APLV em crianças está cada vez maior e seu impacto clínico e econômico é expressivo.^{2,3} Pesquisas adicionais sobre o manejo da condição podem determinar estratégias para melhorar os desfechos clínicos e de saúde da APLV em crianças.

APLV, alergia à proteína do leite de vaca; GI, gastrointestinal; IgE, imunoglobulina E.

Referências: 1. Vandenplas Y, Greef ED and Devreker T. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2014;17(1):1-5. 2. Cawood AL, Meyer R, Grimshaw KE, Sorensen K, Acosta-Mena D and Stratton RJ. *Clin Transl Allergy* 2022;12(8):e12187. 3. Sorensen K, Meyer R, Grimshaw KE, Cawood A, Acosta-Mena D and Stratton RJ. *Immun Inflamm Dis* 2022;10(3):e572.

O papel do médico na APLV: manejo dos sintomas *versus* desfechos em longo prazo



Maeve Hanan

Nutricionista Registrada e
Diretora do Dietetically Speaking

Maeve Hanan é nutricionista registrada com vasta experiência em nutrição clínica e comunicação em nutrição. Ela fundou Dietetically Speaking em 2015 para transmitir informações cientificamente comprovadas sobre a nutrição de forma on-line e nas redes sociais.

A APLV é definida como “uma reação adversa reprodutível de natureza imunológica induzida pela proteína do leite de vaca”. Geralmente, tem início aos seis meses de idade.¹ Este artigo abordará o equilíbrio entre o controle dos sintomas e a otimização dos desfechos em longo prazo em lactentes com APLV.

Dependendo da frequência dos sintomas e dos órgãos envolvidos, a APLV é classificada como mediada por IgE ou não mediada por IgE.

APLV mediada por IgE

Os anticorpos se formam em resposta à proteína do leite de vaca^{1,2}

Os sintomas ocorrem minutos após a ingestão, mas podem levar até duas horas^{1,2}

APLV não mediada por IgE

Mais comum; mecanismo mediado pelas células³

Início mais tardio dos sintomas (até 2 a 72 horas²)

Ambas as formas de APLV podem envolver reações dermatológicas, respiratórias e gastrointestinais, embora os sintomas da APLV mediada por IgE possam ser mais agudos e haver casos raros de anafilaxia.^{1,2}

A APLV é solucionada em 2 a 4 anos após o diagnóstico na maioria das crianças, sendo que a APLV não mediada por IgE geralmente se resolve mais cedo do que a APLV mediada por IgE.⁴ Portanto, recomenda-se reavaliar a tolerância a cada 6 a 12 meses a partir de um ano de idade.

O manejo desta condição envolve diagnóstico médico seguido pela eliminação da proteína do leite de vaca da dieta.^{1,2} Para os lactentes em aleitamento materno, isso envolve apoiar a mãe na eliminação da proteína do leite de vaca de sua dieta, sem comprometer seu estado nutricional. Os lactentes que iniciam a introdução alimentar também necessitam de uma dieta nutritiva e isenta de proteínas do leite de vaca. Para os lactentes alimentados com fórmula, os médicos possuem algumas opções. A fórmula extensamente hidrolisada (FEH) e a fórmula à base de aminoácidos (FAA) atendem aos critérios para fórmula hipoalergênica adequada para uso no tratamento da APLV.^{1,2}

A FEH é produzida reduzindo (por meio de calor e enzimas) as proteínas do leite de vaca a peptídeos menores que não são reconhecidos como prejudiciais pelo sistema imunológico

A FAA contém apenas aminoácidos não alergênicos, em vez de peptídeos proteicos hidrolisados



Danone Nutricia
Campus

AAF-Syn, fórmula à base de aminoácidos contendo simbióticos; APLV, alergia à proteína do leite de vaca; GI, gastrointestinal; HCP, profissional de saúde; HAF, fórmula hipoalergênica.

Referências: 1. Nwaru BI, Hickstein L, Panesar SS, Roberts G, Muraro A and Sheikh A. *Allergy* 2014;69(8):992-1007. 2. Schoemaker AA, Sprickelman AB, Grimshaw KE, Roberts G, Grabenhenrich L, Rosenfeld L, Siegert S, Dubakiene R, Rudzeviciene O, Reche M, Fiandor A, Papadopoulos NG, Malamitsi-Puchner A, Fiocchi A, Dahdah L, Sigurdardottir ST, Clausen M, Stańczyk-Przyłuska A, Zeman K, Mills ENC, McBride D, Keil T and Beyer K. *Allergy* 2015;70(8):963-72. 3. Luyt D, Ball H, Makwana N, Green MR, Bravin K, Nasser SM and Clark AT. *Clin Exp Allergy* 2014;44(5):642-72. 4. Sladkevicius E, Nagy E, Lack G and Guest JF. *J Med Econ* 2010;13(1):119-28.

Material técnico-científico destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a reprodução/distribuição total/parcial. Novembro/2024.