

 <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v4n3a2023.38>

Marcha atópica: um relato de caso

Atopic march: case report

Lorena Beatriz Lopes de Oliveira¹, Taís Komono Tojeiro¹, Bruna Nascimento Gonçalves dos Santos¹, Amanda Marques Almeida¹, Mariana Longo Neves¹, Rosa Aparecida Ferreira Parreira²

INTRODUÇÃO

As Doenças atópicas, ou seja, doenças causadas por uma resposta imunológica exagerada a estímulos inofensivos, como dermatite atópica, asma e rinite alérgica têm aumentado, especialmente em crianças e países desenvolvidos (CUSTOVIC et al., 2020). Essas doenças são comuns globalmente, afetando cerca de 20% da população mundial (AW et al., 2019; YANG; FU; ZHOU, 2020).

A "marcha atópica" é a progressão dessas condições alérgicas, relacionada a fatores genéticos e ambientais, resultando na resposta imunológica Th2, produção de IgE específica e ativação de granulócitos (HAN; ROAN; ZIEGLER, 2017; HILL; SPERGEL, 2018; AW et al., 2019). Tradicionalmente, inicia-se com dermatite atópica e progride para alergia alimentar, asma e rinite alérgica (HILL; SPERGEL, 2018).

A marcha atópica é crucial na alergia, levantando questões de pesquisa e oportunidades terapêuticas (HILL; SPERGEL, 2018). Ainda há divergências sobre sua evolução temporal e mecanismos (YANG; FU; ZHOU, 2020). O desafio atual é identificar os de maior risco e desenvolver tratamentos adequados (DAVIDSON et al., 2019).

¹ Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, São Paulo. Contato autor-apresentador: lorenaoliveira602@gmail.com

² Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, São Paulo. Contato: rosa.ferreira@baraodemaua.br

OBJETIVOS

Relatar a história de um paciente, em seguimento em ambulatório de alergia infantil de 2013 até 2023, que evoluiu com marcha atópica. Apresentar a importância do encaminhamento precoce para o ambulatório de especialidade, as principais condutas e a evolução do caso.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso de paciente atópico em acompanhamento nos últimos 10 anos no Ambulatório de alergia infantil. Os dados foram coletados através da revisão do prontuário e da análise dos exames laboratoriais no período de 2013 até 2023. Número CEP (61713922.5.0000.5378).

RELATO DE CASO E DISCUSSÃO

Lactente, H.C.T, masculino, nascido a termo, sem intercorrências, leite materno exclusivo até os 5 meses. Aos 11 meses de vida, foi encaminhado para ambulatório de alergia infantil com quadro de lesões eczematosas, pruriginosas em face extensora de membros, tórax e regiões de dobras. As lesões haviam iniciado aos 7 meses, sendo 2 meses após ter iniciado complementação com Fórmula infantil a base de proteína do leite de vaca (LV). Referia concomitante aumento do número de evacuações. Foi levantada a hipótese de dermatite atópica por alergia a proteína do leite de vaca (APLV) e orientada a exclusão desta proteína e seus derivados, cuidados de hidratação da pele e uso de corticoides tópicos. Houve melhora progressiva da pele e dos sintomas gástricos. O lactente evoluiu com quadros de sibilância frequente, sendo necessário o uso de broncodilatadores e tratamento com corticoide inalatório. A mãe referiu evolução com espirros e prurido nasal e iniciado Cromoglicato de sódio nasal. A criança manteve-se controlada até os dois anos de idade quando houve retorno dos sintomas respiratórios e cutâneos, após ingerir alimentos que continham LV, sendo prescrito novamente, os corticóides tópicos e medidas de hidratação da pele. Retomado o uso de corticoides inalatórios e broncodilatadores e iniciado o corticóide

nasal para rinite alérgica. Foram reforçadas as medidas de profilaxia ambiental e mantida a exclusão de leite e derivados.

Exames na época: o RAST foi negativo (<0,10) para leite, trigo, soja, barata, fungos e ácaros. Mas mantida a restrição ao leite de vaca pela melhora clínica com a exclusão. Fez reposição de cálcio durante o acompanhamento.

Realizada reavaliações trimestrais com períodos de remissão dos sintomas, nos quais a medicação foi reduzida ou suspensa, até que aos 6 anos a criança apresentou quadro de urticária e sintomas gástricos ao ingerir ovo e milho. Procurou pronto atendimento, sendo necessário medicamentos injetáveis e uso de corticoide oral e anti-histamínicos. Solicitados novos exames ambulatoriais: IgE= 1309 UI/ml; RAST para gema de ovo >100; clara de ovo >73,70; milho = 0,30. (Valores de referência: 0,10 – 0,70: baixo; 0,71 – 3,5: moderado e >3,50: alto). Confirmada alergia ao ovo e orientada a exclusão desta proteína e derivados.

Tentado Teste de provocação oral (TPO) com derivados do leite em várias ocasiões, mas foi tolerado após os 8 anos na forma de “backeds” (alimentos assados que contém leite). Quanto a asma, o paciente manteve-se parcialmente controlado em uso de corticoides inalatórios, com poucos episódios de sibilância. A dermatite atópica permaneceu bem controlada; e sem sintomas de rinite alérgica com uso esporádico de corticoides nasais.

Aos 9 anos, a criança apresentou um bom controle dos sintomas, com apenas um episódio leve de vômito após ingestão de alimento que continha ovo. Dermatite atópica com SCORAD < 10. Realizado Prick test, sendo positivo para ácaros (+), cão (+), gema e clara de ovo (4+), caseína (2+). IgE total: >2000UI/ML e específicas com resultados (KUA/L) ovomucoide 0,36; clara de ovo > 100; gema de ovo > 100; milho 0,25; ácaros: D. pteonyssinus 11,9; D. farinae: 9,54; Blomia 0,77; penas > 100, proteínas do leite (alfa lactoalbumina, beta lactoglobulina e caseína) < 0,1; epitélio de gato < 0,1; de cachorro 7,82; soja 0,21 e milho 0,37. Devido a correlação clínica, foi mantida a restrição alimentar do ovo.

No último retorno aos 10 anos, a criança já tolera 200 ml de leite ao dia e “backeds” com ovo em pequena quantidade, apesar de manter ovomucóide de 1,88 (moderado) e RAST para ovo >100. Liberado os assados com ovo para não perder a tolerância. Mantida as medidas de profilaxia ambiental quanto aos ácaros, cães e

penas. A dermatite atópica apresenta-se controlada com a hidratação da pele; prescrito corticóide tópico nasal e medicamentos de resgate para asma para serem usados apenas se necessário. A mãe e a criança apresentam-se mais tranquilas e satisfeitas com a evolução da criança e com a melhora da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O estudo relatou um caso de um paciente com marcha atópica, apresentando os sinais e sintomas que surgiram ao longo dos anos, além de descrever a resposta do paciente aos tratamentos utilizados e o impacto dessas intervenções na qualidade de vida. Mostrou que os níveis de RAST podem não ser compatíveis com a clínica, sendo o TPO soberano, evidenciando a importância do encaminhamento precoce e o acompanhamento em ambulatório de especialidade. Espera-se que o tema forneça insights relevantes para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas precoces e eficazes no manejo das condições alérgicas em questão.

Palavras-chave: Marcha atópica. Dermatite atópica. Hipersensibilidade alimentar. Asma. Rinite alérgica.

Conflitos de interesse: Os autores não têm conflitos de interesse a divulgar.

REFERÊNCIAS

COCA, A. F.; COOKE, R. A. On the classification of the phenomena of hypersensitiveness. **Journal of Immunology**, v. 8, n. 3, p. 163-182, 1923.

CUSTOVIC, A., et al. Continuing the march of allergy 'epidemics': what is driving the 'asthma epidemic'? **Expert Review of Clinical Immunology**, v. 16, n. 6, p. 565-579, 2020.

DAVIDSON, W. F., et al. Asthma phenotypes: the evolution from clinical to molecular approaches. **Nature Medicine**, v. 25, n. 6, p. 884-892, 2019.

HAN, Y. Y., ROAN, F.; ZIEGLER, S. F. The atopic march: current insights into skin barrier dysfunction and epithelial cell-derived cytokines. **Immunological Reviews**, v. 278, n. 1, p. 116-130, 2017.

HILL, D. A.; SPERGEL, J. M. The atopic march: critical evidence and clinical relevance. **Annals of Allergy, Asthma & Immunology**, v. 120, n. 2, 131-137, 2018.

YANG, Y., FU, W.; ZHOU, C. Environmental and lifestyle factors in the development of atopic disorders. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 16, 2020.