

TESTE ALÉRGICO

Quando alguém é alérgico, ele o é por inteiro, porém a alergia se manifesta num órgão de choque, ou seja, ela afeta os pulmões (asma), o nariz (rinite), a pele (urticária)...

Os testes cutâneos são uma ferramenta imprescindível na *clínica de alergia*, pois facilitam o diagnóstico causal da alergia do paciente e diagnosticam os alérgenos aos quais o paciente é sensível. Os testes alérgicos de preferência são os cutâneos, *pela facilidade de execução, interpretação, baixo custo e diminuição de risco sistêmico. Além disso, pode-se testar inúmeros alérgenos ao mesmo tempo.*

O teste cutâneo produz uma reação alérgica em pequena escala quando expomos intencionalmente o paciente a quantidade mínima de alérgeno. Os testes cutâneos de **puntura** e **intradérmico** são os mais utilizados no diagnóstico das alergias.

TESTE DE PUNTURA (TP)

Os testes de puntura são amplamente utilizados para confirmação diagnóstica da alergia induzida por grande variedade de substâncias inalantes e alimentos. São freqüentemente usados como padrão de referência para avaliar a especificidade e a sensibilidade dos testes de laboratório que dosam o anticorpo IgE específico circulante e também para determinar as bioequivalências dos extratos alergênicos.

COMENTÁRIOS

- Treinar quem vai fazer os testes. O técnico hábil é fundamental para a padronização dos testes e sua interpretação.
- O teste pode ser feito a partir de 3 meses de idade. A positividade aumenta progressivamente até os 30 anos, depois ocorre uma diminuição muito vagarosa, que se acentua depois do 50 anos.
- O extratos alergênicos se deterioram com o tempo, a diluição e as freqüentes retiradas da geladeira.
- Controles: o controle positivo é usado para detectar a capacidade da pele em reagir à histamina. Uma reação negativa pode ocorrer em paciente que usam medicamentos anti-histamínicos. Quando é o controle negativo que dá resultado positivo, o paciente pode ser portador de dermatografismo.

TÉCNICA

1-A superfície volar do antebraço é o local de escolha por ser o mais acessível. Evite fazer o teste à 5cm do punho e a 3cm da fossa cubital. O teste também pode ser feito na parte superior do dorso. Fazer a assepsia da pele com álcool.

2-As gotas do controle positivo, do negativo e dos alérgenos escolhidos devem ser distribuídas 2,5cm equidistantes uma da outra.

3-Escolha o tipo de escarificador: agulha afiada (13x0,38) montada em seringa de alergia ou puntor plástico (cilíndrico ou coluna de base quadrada).

3^a - agulha montada em seringa: o bisel da agulha deve estar voltado para cima no momento de fazer o teste. A agulha deve passar pelo meio da gota num ângulo de 45-60° em relação à pele. A seguir, com um "pequeno tranco" introduzir o bisel e o alérgeno na pele. Retirar a agulha. Limpar com algodão molhado em álcool, fazer o teste seguinte, e assim por diante.

3^{b1} - puntor de haste cilíndrica: a) destacar o puntor; b) na posição vertical em relação à pele, introduzir o puntor através da gota de alérgeno com uma leve pressão sobre a pele do paciente e a seguir pequeno giro para a direita e depois para a esquerda.

3^{b2} - puntor de haste de base quadrada: a) destacar o puntor; b) na posição vertical em relação à pele, introduzir o puntor através da gota de alérgeno com uma leve pressão sobre a pele do paciente.

Obs.: um puntor para cada alérgeno, para evitar a contaminação cruzada.

4- A leitura deve ser feita em 15-20 minutos.

SISTEMA QUALITATIVO EUROPEU

| RESULTADO | PÁPULA |
|-----------|---------------|
| Negativo | Menor que 3mm |
| Positivo | Maior que 3mm |

SISTEMA SEMIQUANTITATIVO EUROPEU

| GRAU | PÁPULA | ERITEMA |
|------|---------|---------------------------|
| 0/4 | < 3mm | <5mm |
| 2+/4 | 4 – 6mm | 5-10mm |
| 4+/4 | > 6mm | >10 mm ou com pseudopodos |

5-Interpretação: os critérios de interpretação da leitura dos testes variam amplamente. O tamanho da pápula avalia a resposta do teste. Os testes devem ser comparados com o controle positivo (histamina) e o negativo (SST). O trauma físico induzido pelo puntor é desprezível. Pápula abaixo de 3mm indica ausência, e acima indica presença de IgE específico. A reação pode

ser graduada semiquantitativamente de 0/4 até 4+/4, que reflete o tamanho relativo das pápulas, do eritema e dos pseudópodos.

6-Sensibilidade e especificidade: o teste de puntura é menos sensível do que o intradérmico, porém mais específico do que o intradérmico. Além do mais, o TP não elicia reação falso-positiva, enquanto o intradérmico sim. Lembramos que não existe um critério ótimo definido para teste de puntura e intradérmico.

Obs.: No choque anafilático provocado por himenópteros, o valor predectivo do teste intradérmico é superior ao de puntura. Nesses casos, o teste de puntura é negativo, o que pode caracterizar alergia clínica em paciente menos sensível ou em presença de IgG₄ que não pode ser detectado pelo teste de puntura.

7- Significância: os testes de puntura são convenientes, de custo baixo e o mais específico método de triagem para detectar anticorpos IgE específico em pacientes com história de sensibilidade a alérgenos.

TESTE INTRADÉRMICO (TI)

O teste intradérmico apresenta maior sensibilidade do que o teste de puntura. Quando os testes de puntura são negativos em pacientes com história alérgica compatível, deve ser feito o intradérmico. O TI permite a identificação de grande número de pacientes com história clínica de alergia porém com baixa sensibilidade cutânea.

Reprodutibilidade: o teste intradérmico sofre a mesma interferência do teste de puntura. As variáveis são tipos de pele, interferência medicamentosa, potência do alérgeno e estabilidade biológica do extrato.

TÉCNICA

- 1- As faces volar do braço e do antebraço são os locais de escolha. Fazer a assepsia da pele com álcool.
- 2- Usar seringa de alergia e aplicar intradérmicamente 0,02mL do extrato diluído 1/100, 1/1000, 1/10000... com o bisel da agulha voltado para cima. A introdução do líquido formará uma pápula. Fazer o controle positivo, negativo e dos alérgenos escolhidos. Os testes devem estar equidistantes 4-5cm um do outro.
- 3- A leitura deve ser feita em 15-20 minutos.

SISTEMA SEMIQUANTITATIVO EUROPEU

| GRAU | PÁPULA | ERITEMA |
|------|---------|----------------------------|
| 0/4 | < 3mm | <10mm |
| 2+/4 | 4 – 6mm | <15mm |
| 3+/4 | 7 – 9mm | 16-30mm |
| 4+/4 | > 9mm | >30mm e/ou com pseudópodos |

4- Interpretação: existem vários critérios para interpretações. O mais usado é medir o diâmetro maior e menor da pápula ou eritema, somar e dividir por 2 (vide tabela acima). Devido à grande sensibilidade do teste intradérmico, a sua interpretação deve ser respaldada pela história clínica de alergia.

5- Significância: os testes intradérmicos podem ser mais vantajosos do que o teste de puntura na detecção de pacientes que apresentam baixa sensibilidade. Esse teste tem mais chance de apresentar resultado falso-positivo. No entanto, a verdadeira sensibilização pode ser mais facilmente estabelecida com o teste de puntura, porém as importantes exceções são os testes feitos com venenos de himenópteros e penicilina, em que o teste intradérmico apresenta o melhor resultado.

6-Interferentes: os testes de puntura e intradérmico sofrem os mesmos tipos de interferentes. Os pacientes que tomam antialérgicos apresentam resultados falso-negativos (vide tabela abaixo), e paciente com pele irritativa apresentam falso-positivos, como o dermatografismo. A tabela a seguir indica o tempo necessário para que o medicamento cesse a interferência no teste:

| MEDICAMENTO | INTERVALO | MEDICAMENTO | INTERVALO |
|----------------------|----------------|-----------------------------|----------------|
| Acrivastina | 2 dias | Astemizol | 40 dias |
| Cetirizina | 4 dias | Cetotifeno | 2 dias |
| Hidroxizina | 5 dias | Prometazina | 5 dias |
| Fexofenadina | 5 dias | Loratadina | 2 dias |
| Terfenadina | 4 dias | Bloqueadores-H ₂ | 2 dias |
| b 2-Agonistas | 18 dias | Cromoglicato de sódio | 1 dia |
| Teofilina | 2 dias | Aminofilina | 2 dias |
| Psicoativos | 2 dias | Ranitidina | 2 dias |
| Ciproheptadina | 2 dias | Imipramina | 2 dias |