ANAFILAXIA INDUZIDA PELA INGESTÃO DE MANDIOCA

Capanema KG[1], Freitas TA[1], Ribeiro MG[1], Souza RA[1], Oliveira CP[1], Fernandes LCP [2], Aarestrup FM[2]

1. Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

2. Docente da disciplina Alergia e Imunologia do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

Email: kennyacapanema@hotmail.com

OBJETIVO

Relatar caso de paciente com história de anafilaxia a mandioca (aipim) e discutir a importância diagnóstica da etiologia da anafilaxia.

MATERIAL E MÉTODO

Avaliação clínico-laboratorial e revisão de prontuário.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 6 anos, natural de Vassouras - RJ, com antecedentes familiares de atopia e sem história de doenças alérgicas, apresentou quadro clínico agudo de urticária, edema de face, desconforto respiratório e hipotensão, sendo atendido no Pronto Socorro Pediátrico. Após medidas necessárias e melhora do quadro o mesmo foi encaminhado para o Médico Alergista com suspeita diagnóstica de anafilaxia. Em consulta com especialista após 2 semanas, foi constatado na anamnese a ocorrência de apenas um episódio desse tipo e sem relação com alimentação e medicamentos, relatado pela mãe. Ao exame físico revelou bom estado físico geral, AR (MV+, ARA, FR: 18irpm), ACV (RCR2T, BNF, FC: 90btm, PA: 120x80mmHg), mucosas normocoradas, Taxilar: 36,5° C. Na rinoscopia anterior foi observada mucosa normocorada e ausência de hipertrofia de cornetos. Não foram evidenciadas lesões cutâneas. Foi realizado Prick Test para *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, *Blomia tropicalis*, *Fungos mix*, leite de vaca, clara e gema de ovo, camarão, peixe, amendoim e carne de porco sendo o resultado negativo para todos. A partir destes dados foi revisada a anamnese e a paciente revelou que naquele dia havia ingerido mandioca cozida. Diante da constatação foi realizado em outra consulta médica o Prick to Prick com mandioca e o resultado foi positivo (4,5 mm). A família foi orientada da possibilidade de nexo causal entre o episódio de anafilaxia e a ingestão de mandioca. Orientações para retirada do alimento da dieta e o atendimento de emergência foram realizadas, inclusive sobre a necessidade de prescrição de adrenalina auto-injetável. Seis meses após, a criança desenvolveu um quadro de edema facial e urticária com ausência de sintomas respiratórios e outros sinais e sintomas sistêmicos. Foi iniciado o tratamento com Fexofenadina 120 mg/dia e Prednisolona 20 mg/dia não havendo melhora substancial

A mãe foi solicitada a fazer uma investigação pormenorizada da dieta, lendo os rótulos dos alimentos industrializados, sendo então constatado que durante todo aquele período a criança diariamente estava ingerindo biscoito doce que continha em sua composição fécula de mandioca. Após a retirada de tal produto da alimentação foi observada melhora clínica e a criança não apresentou recidivas do quadro.

Fonte: ***Mandioca cozida*** **Available from: URL: http://chefaporter.com.br/tag/brasil/page/2/.Accessed October 14, 2013.**

CONCLUSÃO

Concluímos que a hipersensibilidade a mandioca pode estar associada a quadro de reação anafilática sendo necessário diagnóstico específico. A determinação do antígeno relacionado é importante, principalmente no caso de reações graves. O paciente deve ser orientado em relação ao risco relacionado à ingestão do alimento em questão e portar dispositivo de adrenalina auto-injetável. Deve-se ainda prevenir novas reações anafiláticas reduzindo os riscos a longo prazo, como tratando apropriadamente a atopia ou comorbidades. Alergia a mandioca é pouco explorada na literatura embora se trate de um item corriqueiro nos hábitos alimentares da população brasileira, sendo importante a documentação de caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chiron R. Anaphylactic reaction to Tapioca. J Allergy Clin Immunol 2001; 107(2):S270.
2. Gaspar A, Neto-Braga C, Pires G, Murta R, Morais-Almeida M, Rosado-Pinto J. Anaphylactic reaction to manioc: cross reactivity to latex. Allergy 2003;58(7):683-4.