

Efeito da anestesia tópica sobre as reações imediatas aos testes cutâneos com alérgeno

Allergy skin testing after topical anesthesia

Dirceu Solé*

Backley, em 1865, foi quem pela primeira vez verificou o aparecimento de pápula e eritema ao colocar pólen de centeio, ao qual era sabidamente alérgico, em contato com pele escarificada de seu antebraço¹. Desse modo, vislumbrou a possibilidade de a reação encontrada auxiliar no diagnóstico das doenças alérgicas, já que observou relação entre o extrato testado e o quadro clínico. Entretanto, nos 40 anos seguintes, esse teste continuou sendo empregado apenas no diagnóstico da tuberculose¹.

Em 1909, Smith e, posteriormente, Waiter em 1917 introduziram-no como método diagnóstico em Alergologia. Entretanto, somente após a descrição por Lewis, em 1924, da tríplex reação cutânea, o teste de puntura passou a ser utilizado de modo mais amplo².

Os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata, epicutâneos e intradérmicos, constituem o método mais empregado para o diagnóstico etiológico da doença alérgica mediada por anticorpos da classe IgE. Os testes epicutâneos podem ser por puntura ou escarificação, sendo estes últimos de menor precisão. Os testes intradérmicos consistem na injeção de 0,01 a 0,02 ml de extrato alergênico, suficientes para induzir a formação de pápula. São mais dolorosos e de maior dificuldade de execução que os epicutâneos.

Embora mais reprodutíveis que os intradérmicos, podem induzir reações falso positivas, dependentes na maioria das vezes das características do extrato, além de terem maiores chances de desencadear reações sistêmicas e disseminar doenças^{2,3}.

Os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata estão indicados para a confirmação de sensibilidade a alérgenos apontados por história clínica, sobretudo para alérgenos inaláveis. Entretanto, a possibilidade de reações graves durante a sua execução torna-os obrigatoriamente realizáveis apenas por profissional especializado^{3,4}.

Os testes de puntura têm sido os mais realizados. Em crianças é o método de escolha por ser menos doloroso, menos traumático e pela necessidade de manutenção do extrato em contato com a pele por prazo não superior a um

minuto^{5,6}. Apesar de várias décadas de sua utilização, apenas recentemente vários dispositivos foram idealizados com o intuito de torná-los mais práticos, rápidos e seguros. Entre esses, podemos destacar lancetas descartáveis, de material plástico ou metal (com ou sem alérgeno na sua ponta) e, mais recentemente, de um dispositivo plástico que permite a realização de oito testes de forma simultânea (multiteste), o que facilitaria a sua execução em crianças pequenas⁷.

Idealmente, o teste cutâneo deveria refletir somente o grau de sensibilização do indivíduo testado. Muitos fatores podem afetar a sua precisão tais como composição e potência do extrato alergênico, técnica utilizada, área do corpo onde é realizado, sexo, idade, raça, ingestão de drogas (principalmente antagonistas H1 e H2), doenças associadas e escolha do valor de corte^{2,3,8}.

O uso de anestésicos locais com o intuito de reduzir a dor, sobretudo com os testes intradérmicos, é assunto controverso. A mistura de anestésicos locais denominada EMLA (eutectic mixture of local anaesthetics) tem sido muito empregada. É uma emulsão óleo/água de lidocaína e prilocaína na proporção de 1:1, administrada sob a forma de creme, que tem sido utilizada em procedimentos dermatológicos e alérgicos. Neste número publica-se estudo onde foi avaliada a ação do EMLA sobre a resposta cutânea de indivíduos sabidamente alérgicos ao *D. pteronyssinus* durante teste cutâneo de hipersensibilidade imediata por puntura.

Os autores determinaram de modo controlado o tempo de aparecimento de prurido, a temperatura da pele, os diâmetros médios da pápula e eritema induzidos pelo alérgeno, solução controle de histamina, em pele com e sem anestesia pelo EMLA.

Verificaram, de modo significativo, redução na temperatura da área de eritema na pele com EMLA, que desapareceu aos 12 minutos. Os diâmetros médios das pápulas e dos eritemas foram significativamente reduzidos com o EMLA, tanto para o alérgeno quanto para a histamina. Segundo os autores, seguiu-se à aplicação do EMLA, palidez cutânea, provavelmente decorrente de vasoconstrição local. Tal fato poderia explicar os resultados observados.

Veja artigo relacionado na página 215

* Presidente do Departamento de Alergia/Imunologia da SBP.

Em geral, os testes cutâneos são expressos pela média aritmética dos diâmetros (maior e o a ele perpendicular) da pápula induzida pelo alérgeno, em milímetros, sempre tendo controles positivo (histamina) e negativo (excipiente). Os critérios de positividade são variáveis de acordo com os vários autores: maior que 3 mm^{4,8}, igual ou maior que 5 mm^{9,10}, maiores ou pelo menos 50% do controle positivo¹¹. As medidas do eritema, da temperatura da pele e do tempo de aparecimento do prurido não são utilizadas na prática clínica. Seriam as reduções ocorridas com o alérgeno e com a histamina diferentes? O estudo comparativo da relação entre os diâmetros médios das pápulas ou dos eritemas observados com o alérgeno e os obtidos com a histamina, entre a pele anestesiada e a não anestesiada poderiam responder essa questão?

O EMLA deve ser aplicado sob a forma de creme em camada de 2mm em área de aproximadamente 20 x 10 cm, durante 1 hora. Tal fato gera retardo na realização do teste, com conseqüente perda de praticidade. Esse procedimento seria factível para crianças menores? Seria necessário algum tipo de contensão?

Considerando-se que há interferência no início da reação e nas medições da pápula e do eritema, além da demora acarretada por sua aplicação, somos concordes com os autores em não justificar a sua utilização. Em situações especiais, o emprego de dispositivos que permitam realizar vários testes ao mesmo tempo torna-se preferencial.

Referências bibliográficas

1. Nelson HS. Diagnostic procedures in Allergy. I Allergy skin testing. *Ann Allergy* 1983; 51:411-20.
2. Bousquet J. In vivo methods for study of allergy: skin tests, techniques and interpretation In: Middleton Jr E, Reed C, Ellis E, ed. *Allergy: principles and practice*. 3ª ed. Mosby, St. Louis, 1988:419-36.
3. Malling HJ. Skin prick testing and the use of histamine references. *Allergy* 1984; 39: 596-99.
4. Lessij MH, Buisseret PD, Merret J, Wrait DG. Assessing the value of skin prick test. *Clin Allergy* 1980; 10:115-20.
5. Bousquet J, Michel FB. Precision of prick and puncture tests. *J Allergy Clin Immunol* 1992; 90:870-2.
6. Frew AJ. Skin tests in clinical practice and epidemiology. *Clin Exper Allergy* 1992; 22:881-2.
7. Rizzo MC, Naspitz CK, Solé D. Comparative performance for immediate hypersensitivity skin testing using two skin prick test devices. *J Invest Allergol Clin Immunol* 1995; 5:354-6.
8. Van Asperen PP, Kemp AS, Mellis CM. Skin test reactivity and clinical allergen sensitivity in infancy. *J Allergy Clin Immunol* 1984; 73:381-6.
9. Malling HJ, Dreporg S, Weeke B. Diagnosis and immunotherapy of mold allergy. III Diagnosis and immunotherapy of Cladosporium allergy, by means of symptom score, bronchial provocation test, skin prick tests, RAST, CRIE and histamine release. *Allergy* 1986,41: 57-64.
10. Platts-Mills TAE, Ward GW, Sporik R, Gelber LE et al. Epidemiology of the relationship between exposure to indoor allergens and asthma. *Int Arch Allergy Appl Immunol* 1991; 90:443-9.
11. Lopez LRD, Noriega Y, Losno R. Immediate skin test reactivity to common aeroallergens in patients with respiratory allergies: a comparative analysis of allergen-induced skin reaction and their histamine controls. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 81:1143-8.