

**1 - Introdução:**

Testes cutâneos de alergia (TCA) para diagnóstico de doenças mediadas por anticorpos IgE, constituem método sensível para detecção de an-ticorpos específicos da classe IgE. Podem ser rea-lizados por técnica percutânea ("prick" ou puntu-ra) ou intracutânea (injeção intradérmica). Um teste positivo é função da presença do anticorpo IgE, da liberação de mediadores químicos dos mastócitos, da reatividade da pele à histamina e da quantidade de alérgeno usada. Junto a uma história clínica cuidadosa, os testes cutâneos são úteis para determinar a natureza alérgica dos sintomas do paciente, avaliar o grau de sensibilização do paciente, estabelecer causas específicas dos seus sintomas e dirigir o tratamen-to por meio de medidas para reduzir a exposição aos alérgenos e na seleção de antígenos relevantes para tratamento de alergias (imunoterapia especí-fica com alérgenos).

O número de testes cutâneos apropriado para uma determinada ocasião, depende de dados clí-nicos, da natureza do problema, idade do pacien-te, exposição alergênica potencial e conhecida pa-ra o local, área do país onde reside o paciente.

Para interpretar corretamente os resultados dos TCA é essencial o médico conhecer quais os alér-ge-nos que estão presentes no local e sua impor-tância clínica. Todos estes fatores, para que o tes-te seja interpretado e valorizado do ponto de vista clínico, são de competência do especialista em alergia.

**2 - Princípios gerais para os testes de hipersensibilidade imediata**

Sua realização deve observar os cuidados ge-rais, como usar material descartável, luvas à dis-posição, recipiente adequado para descartar o material usado (agulhas, seringas, luvas, puntos, algodão com sangue, etc.) e devidamente rotulado como "CONTAMINADO". O material utilizado deve ter destino de lixo hospitalar.

- A potência dos extratos alergênicos diminui com o tempo, diluição e exposição a tempera-turas crescentes. Os reagentes devem ser man-tidos em refrigerador, à temperatura entre 4º e 8º C. A data de validade deve ser consultada regularmente e respeitada, embora a atividade alergênica se mantenha por longos períodos.
- Não há limitação de idade para os TCA, em-bora a reatividade seja menor em idosos e em lactentes.
- Não devem ser realizados em locais de pele com dermatite ativa e na presença de dermo-grafismo, quando os resultados devem ser in-terpretados com cuidado.
- Não há necessidade de local especial no con-sultório

**3.1 - Dose do extrato para teste cutâneo:****Teste por puntura:**

Concentrados glicerinados de 1:20 m/v são apropriados. Extratos padronizados de ácaros podem ser testados na concentração de 10.000 UA/mL ou 20000 UBE/mL.

**Teste intradérmico:**

É indicado quando o teste por puntura é nega-tivo. A concentração inicial para este teste é a di-luição de 100 vezes do concentrado original usa-do para o teste por puntura, podendo-se aumentar a dose até a diluição de dez vezes para se afastar um falso negativo. O fator de diluição é a razão entre o volume de extrato em relação ao volume total. Por exem-plo: 0,5mL do extrato em 4,5mL do diluente (0,5/5mL de volume total) ou 0,2 em 1,8mL do diluente (0,2/2 de volume total), aumentará a di-luição em 10 vezes.

**3.2 - Resultados falsos:**

Falso-negativo: A IgE tecidual está presente, mas foi administrada uma dose inadequada de alérgeno para suscitar uma liberação suficiente de mediadores para causar uma resposta cutânea po-sitiva. A administração de extratos de baixa po-tência e não padronizados pode acarretar um re-sultado falso-negativo.

Outra causa inclui o uso de medicações que inibem a liberação de mediadores ou impedem a ligação destes a receptores. Algumas drogas inter-ferem na resposta ao teste cutâneo com alérgenos e histamina. Anti-histamínicos anti-H1, em geral suprimem a reação por três a dez dias. Astemizol tem efeito que dura até 60 dias. Anti-histamínicos tópicos (levocabastina e azelastina) também ini-bem a reação por até sete dias. Anti-H2 tem efeito limitado, mas devem ser suspensos no dia do exa-me. Cetotifeno mantém o efeito supressor por até cinco dias. Antidepressivos tricíclicos têm efeito supressor por mais de dez dias. Corticóide tópico por uma semana reduz a reação imediata e tardia.

Corticóide inalatório e sistêmico, teofilina, cromoglicato dissódico e b2 adrenérgicos não possuem ação de significado clínico sobre a res-posta ao teste.

Inibidores de enzima conversora de angioten-sina e propranolol acentuam a reatividade cutâ-nea. Falso-positivo: A liberação dos mediadores é resultado de mecanismo não dependente de IgE, por exemplo com a aplicação por via intradérmica de extratos com concentração de glicerina supe-rior a 10%.

**3.3 - Recomendações**

médico para a execução dos TCA, mas logo após o procedimento, o material de-ve voltar para o refrigerador.

- Para a interpretação dos testes, observar período adequado sem medicamentos anti-histamínicos e outros como por exemplo antide-pressivos tricíclicos etc., para não interferir com os resultados, e usar controles de histamina (positivo) e diluente (negativo).
- Os TCA são procedimentos seguros. Reações locais intensas e sintomas sistêmicos podem ocorrer em indivíduos extremamente sensíveis, mas são raros. É recomendado ter à disposição drogas e equipamento de emergência para tratar possível reação anafilática, nos consultórios e clínicas que realizem TCA. Como se trata de uma intervenção no sistema imunológico do paciente, o procedimento requer além do conhecimento, o treinamento prévio especializado em alergia e imunologia.

### 3- Aspectos técnicos dos testes alérgicos:

O local mais apropriado é a superfície flexora do antebraço, poupando-se as regiões próximas ao punho e à fossa antecubital. O dorso pode também ser usado, com resultados comparáveis ao teste no antebraço, particularmente em crianças menores de três anos e em pacientes com dermatite atópica, em que o dorso é geralmente poupado.

As técnicas para execução de teste cutâneo incluem:

- Percutânea: prick ou teste de puntura;
- Intracutânea: intradérmica.

Reagentes para teste cutâneo incluem o concentrado glicerinado para teste por puntura e extrato diluído para teste intradérmico. O controle positivo é a histamina na concentração de 1,0 a 10 mg/mL para o teste por puntura e de 0,01 mg/mL para o teste intradérmico. O controle negativo deve conter o diluente usado no extrato alergênico (glicerol a 50% e diluente, respectivamente para teste percutâneo e intradérmico).

A avaliação da resposta (pápula e eritema) de-ve ser feita após 15 a 20 minutos. O maior diâmetro e o perpendicular ao ponto médio deste são medidos, a soma ou a média dos diâmetros constitui a resposta. O halo de eritema é mais sensível à variação da potência do extrato. Um diâmetro de eritema superior a 10mm, independente da resposta da pápula, tem valor preditivo para presença de doença atópica. Um diâmetro de pápula maior ou igual a 3mm está associado a aumento na prevalência de doença alérgica. A presença de pápula no controle negativo é resultado do trauma pelo punter e deve ser descontada dos demais testes.

- Empregar preferencialmente extratos padronizados quanto a potência em unidades bioequivalentes (BAU ou UBE) ou unidades padronizadas por testes in vitro (AU)
- Extratos aquosos na concentração de 1:20 em glicerol a 50%, são adequados para teste por puntura, mas não devem ser empregados para teste intradérmico. Uma solução a 10% pode ser tolerada para teste intradérmico ou para imunoterapia.
- Um extrato na concentração de 1:20 com glicerol a 50%, para teste por puntura, pode ser mantido em refrigeração por mais de um ano sem perder potência.
- Material na diluição de 1:500 a 1:1000, para testes intradérmicos, com preservantes menos eficazes, devem ser substituídos a cada três meses. Estes extratos podem manter a potência por períodos maiores, porém não há dados sobre período superior a um ano.
- Extratos mais diluídos para testes devem ser usados num período curto de tempo, pois a perda de potência pode ocorrer em semanas.

### Referências bibliográficas:

1. Bernstein L, Storms WW. Practice parameters for allergy diagnostic testing. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1995; 75:543-625. (316 referências)
2. Spector SL, Nicklas RA. Practice parameters for the diagnosis and treatment of asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1995; 96:707-870
3. European Academy of Allergy and Clinical Immunology Position paper: allergen standardization and skin tests. *Allergy* 1993; 48 (suppl.14): 48-82
4. Smith TF. Allergy testing in clinical practice *Ann Allergy* 1992; 68: 293-301.
5. Kay AB, Lessof MH. Allergy: conventional and alternative concepts *Clin Exper. Allergy* 1992; 22:2-8.
6. Demoly P, Michel FB, Bousquet J. In vivo methods for study of allergy skin tests, techniques and interpretation. In: Middleton JrE, Reed C, Ellis EF et al, editors; *Allergy: Principles and Practice*, Mosby, St. Louis, 1998, p. 430.

Comissão de Testes, Imunoterapia e Padronização de antígenos  
Presidente - Nelson A. Rosário Filho  
Membros - Antônio Luiz Brom  
José Carlos Perrini  
Luísa Karla Arruda  
Luiz Antônio Guerra Bernd  
Mário Geller  
Nelson F. Mendes  
Wilson T. Aun



[\[Home Page SBAI\]](#) [\[Índice Geral\]](#) [\[Índice do Fascículo\]](#)

A Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia é publicação oficial da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia.  
Copyright 1998 - SBAI - Av. Prof. Ascendino Reis, 455 - São Paulo - SP - Brasil - CEP: 04027-000