

Hipersensibilidade ao látex

Maria José GOMES¹

RESUMO

Palavras-chave:
Hipersensibilidade.
Látex/efeitos diversos.
Anafilaxia.

Data de recebimento: 18-5-2006
Data de aceite: 29-6-2006

A hipersensibilidade ao látex é um problema profissional em crescimento, desde 1980. Alta prevalência tem sido observada em profissionais da área de saúde, indivíduos atópicos e crianças submetidas a várias cirurgias (espinha bífida, anomalias congênitas). São vários os sintomas observados como urticária, rinite, conjuntivite, asma e anafilaxia. O próprio ar ambiente de ambulatórios e de enfermarias contém partículas de látex em aerossol, que podem ser responsáveis por manifestações respiratórias. O diagnóstico de hipersensibilidade pode ser feito através da história clínica e testes específicos como os prick-testes ou IgE – latex. Este relato de caso descreve as manifestações clínicas ocorridas com uma professora do curso de Odontologia da UFES, durante o desenvolvimento das atividades clínicas integrantes do conteúdo programático da disciplina de Dentística clínica I.

¹Doutora em Cariologia; professora adjunta do curso de Odontologia da UFES; coordenadora do curso de especialização em Odontopediatria-ABO-ES.

INTRODUÇÃO

A hipersensibilidade ao látex é um emergente problema de saúde que pode resultar em significativas alterações, em indivíduos com exposição intensa às proteínas do látex, já que, tal como noutras sensibilizações, a aeroalergênica é a quantidade do alérgeno a que se está exposto, associada à via de exposição e à predisposição individual que influencia a sensibilização e o aparecimento de sintomatologia. São exemplos de grupos de risco: a) indivíduos com espinha bífida; b) atópicos; c) trabalhadores com exposição profissional ao látex (trabalhadores de saúde, incluindo médicos, paramédicos, odontólogos, enfermeiros, auxiliares de ação médica e técnicos de laboratório, bem como trabalhadores da indústria da borracha); d) crianças com malformações urológicas; e) crianças com patologia crônica grave; f) crianças com paralisia cerebral; g) crianças com mielomenigeocele; h) indivíduos submetidos a múltiplas cirurgias; i) indivíduos com dermatite crônica das mãos (GOLD et al., 1991; SLATER, MOSTELO, SHAER, 1991; F.D.A, 1991; TASK FORCE ON ALLERGIC REACTIONS TO LATEX OF THE AMERICAN ACADEMY OF ALLERGY AND IMMUNOLOGY, 1993; BARRON, 1997).

O látex por si próprio é um líquido branco e enevado originário da planta *Hevea brasiliensis*, composta de nucleotídeos, lipídios, proteínas e cofatores (SLATER, 1991), contendo de 2 a 3% de material protéico livre residual, que provavelmente é responsável pela antigenicidade. Os cirurgiões, em geral, e os anestesistas devem estar conscientes desse risco, das medidas diagnósticas, profiláticas e do tratamento da anafilaxia instalada. O uso de ambientes cirúrgicos desprovidos do alérgeno deve ser considerado sempre que intervirmos em pacientes sabidamente sensíveis à substância ou em grupos de risco.

De acordo com Barron et al. (1997), as manifestações de reações adversas aos produtos que contêm látex são muito variáveis e influenciadas pelo tipo de hipersensibilidade envolvida, pela via de exposição, pela quantidade da exposição e por alterações individuais na reatividade do órgão-alvo. Podem dividir-se em não imunológicas (irritativas) e imunológicas, as quais, por sua vez, podem ser retardadas (tipo IV) ou imediatas -IgE mediadas (tipo I). As reações irritativas são as mais frequentes e desenvolvem-se gradualmente ao longo de

dias ou meses de contato repetido. Manifestam-se por eritema, fissuração, xerose ou descamação, e raramente por vesículas ou bolhas. Mais frequentemente os agentes incriminados são os solventes e/ou detergentes que se aplicam nas mãos antes de calçar as luvas e cuja ação agressiva é potenciada pelo ambiente de oclusão que a luva provoca (DI PLÁCIDO et al., 1997).

As dermatites de contato resultam de um mecanismo de hipersensibilidade retardada envolvendo, em primeiro lugar, a captação dos antígenos pelas células de Langerhans da pele. Estas células vão migrar até aos gânglios regionais e aí efetuar a apresentação desses antígenos a linfócitos locais. Após a apresentação, os linfócitos sofrem estimulação e expansão clonal distribuindo-se ulteriormente por todo o tegumento. A reexposição ao agente sensibilizante induz uma reação inflamatória local, que surge 48 a 72 horas após a exposição e que é caracterizada pela libertação de múltiplas citocinas pró-inflamatórias e pela acumulação de linfócitos e eosinófilos (ANON, 2000).

As reações clínicas são de tipo eczematoso e frequentemente localizam-se no terço inferior do antebraço, mãos e dedos já que estas são as zonas que contactam com as luvas ou manipulam os produtos de borracha. No entanto podem surgir noutras localizações: o couro cabeludo (toucas de banho), a face (óculos de natação, máscaras), tronco ou membros (vestuário de tipo elástico, calçado) ou também na pele da região genital (no caso dos preservativos). Estão ainda descritos casos de dermatite de contacto ao látex aerossolizado. Segundo Anon (2000), esses antígenos encontrados nas luvas de látex, fibras sintéticas, alimentos ou até mesmo no ar do consultório podem prejudicar a saúde do profissional.

De acordo com Swiderska-Kielbik et al. (2005), as reações alérgicas resultam de um mecanismo IgE mediado, dirigido contra moléculas protéicas contidas no látex e semelhante ao de reações alérgicas a outros alérgenos. A pele é o órgão mais frequentemente afetado, muito provavelmente por causa da frequente e prolongada exposição aos alérgenos do látex. Segue-se em ordem de frequência o atingimento ocular, nasal ou brônquico. Menos frequentemente podemos também encontrar quadros de tipo anafilático e, mais raramente, sintomas isolados do trato gastrointestinal. Bousquet et al. (2006) defendem a progressão de queixas ex-

clusivamente cutâneas para queixas respiratórias e anafiláticas, se o contacto não for interrompido.

Os *sintomas cutâneo/mucosos* mais freqüentes são a urticária e o angioedema de contacto que foram os sintomas referidos nas primeiras descrições da alergia ao látex. Inicialmente, as manifestações podem se limitar a prurido e/ou eritema ligeiros, localizados apenas à área do contacto. Posteriormente, pode desenvolver-se urticária ou edema que podem manter-se localizados ou ser generalizados (mais freqüentemente quando o contacto se dá com as mucosas). Os sintomas usualmente iniciam-se cerca de 15 a 30 minutos após o início do contacto e duram uma a duas horas após o mesmo. O envolvimento das mucosas tem sintomatologia semelhante mas maior probabilidade de se associar à generalização das queixas e à anafilaxia. Em muitos indivíduos não expostos, profissionalmente, é freqüente os primeiros sintomas só aparecerem após contato com mucosas. O edema e prurido dos lábios no contato com balões de borracha é tão freqüente que é quase patognômico desta situação. Descreve-se a seguir uma relação de produtos de uso hospitalar e doméstico que contém látex.

- a) luvas domésticas;
- b) luvas hospitalares;
- c) preservativos;
- d) preservativos de ajuda à incontinência;
- e) pneus de cadeira de rodas;
- f) fita adesiva;
- g) alguns cateteres urinários;
- h) alguns *clisters*;
- i) lençol de proteção;
- j) produtos de colostomias/urostomias;
- l) balões e bolas de látex ou borracha;
- m) instrumentos de arte;
- n) DAMs dentais;
- o) biberões e chupetas;
- p) elástico nas roupas;
- q) brinquedos de praia;
- r) pastilha elástica.

De acordo com a FDA (1991), por existir uma reatividade cruzada, muito significativa entre o látex e múltiplos alimentos, particularmente frutos, como descrito abaixo, a presença de sintomas da mucosa oral, labial ou da pele perilabial após ingestão alimentar, é freqüente nos doentes com alergia ao látex:

a) **Alimentos com Associação Forte:** banana, pêra, abacate, castanha, manga, kiwi, pêssego;

b) **Alimentos com Associação Moderada:** maçã, batata, tomate, melão, papaia, ananás, cenoura, aipo;

c) **Alimentos com Associação Fraca (mas já descrita):** pêra, nabo, pepino, cereja, morango, figo, uvas, maracujá, centeio, trigo, avelã, noz, amendoim, soja, espinafre, limão, ameixa, ervilhas, laranja, grãos.

Em acréscimo afirma que os sintomas oculares/respiratórios se dá com a mucosa conjuntival podendo surgir prurido ocular, hiperemia conjuntival, lacrimejo ou edema palpebral. Os sintomas nasais iniciam-se habitualmente por prurido nasal e crises esternutatórias, seguindo-se, se o contacto se prolongar, do aparecimento de rinorreia aquosa e a obstrução nasal. Normalmente, só em casos de contacto prolongado ou repetido é que se observa o aparecimento de ardor orofaríngeo, disфонia ou tosse. Os sintomas podem ser induzidos pelo contacto direto do látex com as mucosas, ou por via aérea, através do látex aerossolizado ou "airborne". O látex aerossolizado pode causar sintomas brônquicos, variando desde tosse seca ligeira a crises graves de asma. A intensidade das crises pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo condicionada pela intensidade da exposição.

Segundo Di Plácido et al. (1997), a anafilaxia por definição é uma reação generalizada envolvendo dois ou mais sistemas e pode causar a morte se o envolvimento respiratório (asfixia por edema laríngeo ou por broncoespasmo grave) ou cardiovascular (hipotensão e choque) forem suficientemente intensos. É causada pela desgranulação mastocitária, estando demonstrada a subida dos níveis de triptase sérica em vários casos de anafilaxia ao látex.

Essas reações graves podem ser precedidas por sintomas ligeiros (e por vezes insuficientemente valorizados) como prurido palmar ou crises esternutatórias ou aparecer sem qualquer sintomatologia prévia. Entretanto, em alguns casos, a anafilaxia é logo a primeira manifestação de alergia ao látex, porém mais freqüentemente quando existem antecedentes de várias reações menos graves no contacto com produtos de látex, aparentes num questionário mais cuidadoso. A sua ocorrência é mais provável quando o contato com o látex se faz

através de superfície mucosa, por via endovenosa ou durante uma manipulação cirúrgica. Estima-se que 10% de todas as reações anafiláticas intraoperatórias sejam devidas ao látex. Diferenciam-se, do ponto de vista clínico, das anafilaxias induzidas pelos anestésicos gerais pela cronologia do seu aparecimento; enquanto estas surgem poucos minutos após a indução anestésica, as causadas pelo látex surgem mais tardiamente, geralmente 15 a 30 minutos após o início da manipulação cirúrgica. Infelizmente, não há dados epidemiológicos disponíveis que nos permitam prever de uma forma precisa o risco de reação anafilática em contato futuro com o látex; decorre desse fato a necessidade de se implementar medidas preventivas eficazes em todos os doentes com hipersensibilidade ao látex, particularmente se tiver já ocorrido qualquer reação generalizada (BOUSQUET et al., 2006).

O diagnóstico, tal como em outras etiologias alérgicas, é baseado numa história clínica exaustiva e na demonstração *in vivo* e/ou *in vitro* de mecanismos imediatos, IgE mediados, dirigidos contra proteínas do látex. Ressalta-se que uma boa anamnese pré-operatória pode fornecer a suspeita de hipersensibilidade ao látex e levar à instituição de medidas preventivas de reações alérgicas graves no decurso da cirurgia (NGUEN et al., 1991).

Esses autores ressaltam que se deve prestar particular atenção a aspectos que frequentemente, por serem pouco exuberantes, podem passar despercebidos num interrogatório menos cuidadoso. São eles: a) existência de sintomatologia (cutânea, ocular ou respiratória) aguda, crônica ou recorrente, de intensidade variável, no contacto com objetos de látex, como balões, preservativos, luvas ou artigos de desporto; b) existência de quaisquer complicações perioperatórias em intervenções cirúrgicas prévias; c) existência de quadro clínico de alergia a frutos, desde os sintomas de alergia oral, a quadros de urticária ou mesmo com sintomatologia respiratória, d) existência de quadros cutâneos crônicos não esclarecidos; particularmente se afetam as mãos; também a presença em antecedentes pessoais de episódios de tipo anafilático que não estejam esclarecidos. e) o fato de o doente pertencer a grupo de risco conhecido.

A demonstração de mecanismo IgE mediado é essencial para o diagnóstico e pode ser efetuada *in vivo* por testes cutâneos ou provas de provocação, e *in vitro* por doseamento de IgE específicas sé-

ricas ou outros métodos. Os testes cutâneos que atualmente se executam para o diagnóstico de alergia ao látex são de dois tipos: testes cutâneos em picada ("prick-tests") e testes de contato ou de uso. A sensibilidade e especificidade destes testes é boa e superior à dos testes laboratoriais mas só deverão ser efetuados por pessoal treinado. As provas de provocação podem ser efetuadas em câmaras de exposição e só em hospitais. O doseamento de IgE específicas no soro está disponível e a sua técnica é semelhante à utilizada para outros alérgenos. Podem-se efetuar outros testes como a avaliação de ativação basofílica por citometria de fluxo ou testes, de estimulação linfocitária, após incubação com proteínas do látex, pretendendo demonstrar diferentes aspectos de ativação celular. No entanto, esses métodos estão restringidos à investigação (BOUSQUET et al., 2006).

O tratamento de um doente alérgico ao látex baseia-se em: a) evicção do contacto com materiais contendo látex. Existem vários produtos médico-cirúrgicos sem látex, mas muitas vezes é relativamente difícil encontrá-los no mercado nacional. Mesmo com relação aos setores de provisões hospitalares, é freqüente a não existência de quaisquer alternativas sem látex. O problema do látex aerossolizado pode ser eficazmente resolvido com o uso de luvas sem pó lubrificante ("non-powdered"); utilização de fármacos para controle sintomático de crises agudas e manifestações crônicas. Os anti-histamínicos, broncodilatadores, corticosteróides e a adrenalina (esta última imprescindível no tratamento da anafilaxia), são os fármacos mais utilizados.

RELATO DO CASO

Professora do curso de Odontologia da UFES, após atendimento clínico de pacientes, seguindo os princípios da biossegurança (uso de máscara, gorro e luvas de látex), apresentou sintoma clínico de urticária, rubor seguido de rinite, hipotensão, bradicardia, broncoespasmo, dificuldade respiratória, anafilaxia. Foi socorrida imediatamente no pronto-socorro do Hospital Cassiano Abreu de Moraes. O diagnóstico clínico foi anafilaxia. A medicação utilizada foi Adrenalina (1:1000), Fenegan (injetável) e respirador artificial. Causa provável des-

conhecida. Encaminhamento para Imunologista. Em seis anos, ocorreram 14 choques anafiláticos, inclusive a frutas (abacaxi, kiwi, uva). A professora relatou reações alérgicas anteriores, como descamação das mãos, prurido palmar e oftalmológico, rubor, disfonia, dificuldade respiratória, sintomas que muitas vezes passavam despercebidos ao longo de sua profissão, geralmente relacionados com o estresse. Atualmente desencadeia-se a reação alérgica pelo fato de cumprimentar alguém que tenha manipulado algum produto com látex, ou devido a reações cruzadas com frutas. Após o último atendimento médico emergencial, solicitou-se exame específico para IgE –látex.

O exame IgE para látex IMMUNOCAP demonstrou um valor (43.3KU/L) classe 4 (>17.5 KU/L= muito alto). Ao exame radiológico, constatou-se a presença de espinha bífida oculta. Recomendou-se o uso de medicação emergencial, assim que surgirem os primeiros sintomas clínicos. A evicção do látex e o controle na ingestão de frutas permitem melhora da sintomatologia.

DISCUSSÃO

Em 1979, Nutter descreveu hipersensibilidade ao látex produzida por luvas cirúrgicas, cujas manifestações variaram desde dermatite de contato até verdadeira anafilaxia sistêmica. A hipersensibilidade ao látex é causada por exposições múltiplas aos alérgenos contidos nesse material, decorrentes de seu contato com as superfícies mucosas do paciente, o que costuma ocorrer em estudos radiológicos com cateter, uso continuado de sondagem vesical e repetidos procedimentos cirúrgicos. A gravidade da reação alérgica está intimamente relacionada com a intensidade e o local da exposição aos antígenos do látex. Há evidências de que existe relação entre os sistemas imunológico e nervoso, segundo Slater (1991) e Barron (1997), resultando em maior sensibilização ao látex em pacientes com distúrbios neurológicos, como no caso da mielomeningocele. Nessa situação, encontra-se incidência de 18 a 40% de reações alérgicas a esse material, que ocorrem preferencialmente em crianças após o 4º ano de vida. Por isso, supõe-se que a reação se desenvolva gradativamente pelas sucessivas exposições ao alérgeno (FDA, 1991).

Os indivíduos alérgicos ao látex parecem ser sensíveis a múltiplos agentes; o quadro clínico depende da intensidade da reação, sendo diferente em crianças e adultos. As reações alérgicas são frequentemente causadas por balões e luvas de borracha (BARRON, 1997), visto que estes contêm talco ou similar em sua superfície que funcionam como veículo de liberação das proteínas do látex, além do fato de esses materiais entrarem quase sempre em contato direto com as mucosas do paciente. Clinicamente, as reações alérgicas são subdivididas em quatro grupos, de acordo com a intensidade da reação:

Tipo I – Reações não sistêmicas, urticária de contato ou erupções cutâneas com prurido;

Tipo II – Reações sistêmicas suaves, incluídas as manifestações do Tipo I, somadas a uma ou mais características, tais como: angioedema, broncoespasmos suaves ou dor abdominal.

Tipo III – Reações sistêmicas moderadas: manifestações dos Tipos anteriores somadas a uma ou mais características, tais como: edema de laringe, broncoespasmo grave.

Tipo IV – Reações sistêmicas graves (anafilaxia): comprometimento cardiovascular (hipotensão e arritmia), respiratório (cianose) ou do SNC (perda de consciência, síncope). As reações anafiláticas, durante a anestesia geral apresentam-se sem pró-dromos; por isso, o reconhecimento precoce dos sintomas e a profilaxia são essenciais para evitar problemas catastróficos. A sintomatologia costuma aparecer após cinco a trinta minutos do início do procedimento, podendo esse prazo estender-se até por quatro horas (GOLD et al., 1993). Eventos cutâneos, respiratórios e circulatórios são secundários à vasodilatação periférica (aumento da permeabilidade vascular e diminuição do volume intravascular), a qual é resultado de rápida liberação de histamina e de outros agentes vasoativos.

A FDA (1991) recomenda que todos os pacientes sejam questionados a respeito de alergias prévias ao látex, particularmente os com mielomeningocele e os demais pertencentes aos grupos de risco,

além de preconizar o uso de ambiente desprovido desse material nos casos suspeitos.

De acordo com a Task Force on Allergic Reactions to Latex of the American Academy of Allergy and Immunology, 1993, as reações ao látex podem ser evitadas ou controladas se algumas recomendações forem seguidas, dentre as quais se incluem: todas as pessoas de alto risco devem ser identificadas. Isso inclui crianças com mielomeningocele, paralisia cerebral e malformações do trato geniturinário, bem como todos os que usam materiais de látex regularmente, tais como profissionais da saúde e trabalhadores envolvidos com a manufatura de produtos que contenham borracha natural. O teste diagnóstico (IgE específica) deve ser oferecido a todos os pacientes de alto risco.

Quando os pacientes apresentarem história clínica progressiva de hipersensibilidade, devem ser protegidos por ambiente totalmente desprovido de produtos com esse material, quando submetidos a procedimentos cirúrgicos. Além disso, a medicação prévia com anti-histamínicos (antagonistas H1) e esteróides deve ser aconselhada. Em acréscimo, afirmam que deve ser observada cuidadosamente a história clínica de sensibilização ao látex em todos os pacientes, independentemente de pertencerem ou não a grupos de risco. Testes diagnósticos de rotina não são recomendados para pacientes de baixo risco sem história clínica de alergia.

Pacientes hipersensíveis ao látex devem ser identificados e orientados sobre a natureza dessa alergia e sobre o tratamento de emergência da crise instalada, de modo que eles próprios possam medicar-se com adrenalina injetável (SLAER, MOSTELO, SHAER, 1991). Recomendou-se a evicção a produtos com látex, ressaltou-se que esta é, sem dúvida, a recomendação terapêutica mais eficaz e também a mais difícil de implementar de uma forma absoluta, acarretando, quando se trata de alergia profissional, problemas de reforma ou recolocação profissional que freqüentemente são difíceis de resolver satisfatoriamente. Salvo em casos raros, a evicção do contacto com o látex acompanha-se da resolução de toda a sintomatologia.

No caso clínico relatado foram observadas, manifestações clínicas tipo IV. A medicação utilizada foi Adrenalina (1:1000) e Fenegan (injetável), respirador artificial, estando de acordo com os autores

(SWIDERSKA-KIELBIK et al., 2006). Observa-se que, durante anos houve relatos de sintomas alérgicos que não foram valorizados, evoluindo de manifestações clínicas do tipo I ao IV, inclusive com relato de reações cruzadas à alimentos e frutas. Solicitou-se exame específico para IgE-Latex e Rast para frutas. Recomendou-se a substituição dos produtos à base de látex, e orientação quanto ao tratamento de emergência da crise instalada, o que vem corroborar com o preconizado pelos seguintes autores (GOLD et al., 1993; BOUSQUET et al., 2006).

CONCLUSÃO

Recentemente, tem aumentado no mundo a incidência de alergia ao látex; é estimado que, na população em geral, um, em cada 3.000 pacientes, apresenta hipersensibilidade a esse material. Pessoas que tenham tido exposições repetidas aos produtos do látex, por trabalharem diretamente com esse material, pacientes com espinha bífida, ou por se submeterem a vários procedimentos cirúrgicos nos quais se usa a substância (os com mielomeningocele, paralisia cerebral e malformações geniturinárias congênitas), são enquadradas como pertencentes a grupo de alto risco no desenvolvimento de reações de hipersensibilidade ao látex.

A reação anafilática ocorre a partir do contato do alérgeno contido no látex com as múltiplas superfícies mucosas do paciente, tanto as expostas naturalmente (oral, retal, nasal, ocular e outras), quanto as transoperatórias (pleura e peritô-

nio). A anafilaxia transoperatória envolve alterações sistêmicas que poderão ser fatais se não forem prontamente percebidas e tratadas. Por essa razão, é imprescindível que os cirurgiões e anestesistas estejam sempre alerta para as possíveis alterações decorrentes dessa patologia. Qualquer paciente sensibilizado ao látex pode ter reação significativa, se a dose do antígeno for alta ou se a rota de entrada promover exposição sistêmica.

Uma vez que surja a suspeita de alergia ao látex, o uso profilático de medicamentos pré-anestésicos e de ambiente desprovido desse material deve ser considerado, o que exclui luvas, acessórios e ma-

teriais anestésicos manufaturados com látex, pois estes podem desencadear reação de hipersensibilidade por contato direto ou por dispersão aérea. Relacionam-se abaixo os fabricantes de produtos sem látex:

a) colectores de Incontinência- Clear Advantage da Depuy Healthcare. telefone grátis 0800-590916;

b) preservativos- Naturalamb from Lamberts (Dalston) limited, Dalston House, Hasting Street, Luton, Beds, LU1 5BW. tel: 01582-400711. Fax: 01582-400646. Feito com uma membrana natural sem látex que ajuda a prevenir a gravidez mas não protege contra a infecção do HIV-SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis. Os preservativos de pele natural podem ser usados por baixo de preservativos de látex (se o homem é sensível ou em risco por causa do látex) ou sobre preservativos de látex (se a mulher é sensível ou em risco).

Neste trabalho, objetivou-se conscientizar os profissionais da área da saúde e pacientes pertencentes aos grupos de risco, para a seriedade do problema. Há necessidade de identificação do indivíduo com a hipersensibilidade, para orientação quanto aos cuidados preventivos, como uso de produtos a base de vinil (luvas, preservativos, lençol para isolamento absoluto, cânulas, drenos, etc.) quanto à medicação de emergência empregada, adequação do ambiente ambulatorial ou hospitalar para atendimento dos portadores de hipersensibilidade ao látex.

ABSTRAT

LATEX HYPERSENSITIVITY

Immediate hypersensitivity to natural rubber latex has increased since the early 1980s. High prevalence of latex sensitization and allergy are observed among health workers, atopic individuals and children who had undergone multiple surgical operations (spina bifida, congenital anomalies). Presenting symptoms are polymorphous: contact urticaria, rhinitis, conjunctivitis, asthma, and anaphylaxis. Corn-starch-latex particles released in the air after powdered gloves manipulation may be inhaled and lead to occupational asthma. The diagnosis may be made by a focused clinical history, prick-test, detection of specific IgE antibody and challenge test. The case-report related a hy-

persensitivity to natural rubber latex, that occurred in the a odontology lecture at Odontology College-UFES-ES, during the clinic actives of restorative odontology class.

Keywords: Latex hypersensitivity, anaphylaxis

REFERÊNCIAS

- 1 ANON, Sensibilidade a flor da pele **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 68-70, abr./maio 2000.
- 2 BARRON V. J. et al. Alergia al látex: un problema médico en incremento. **An. Med. Asoc. Méd. Hosp. ABC**, v. 42, n. 2, p. 74-78, abr./jun 1997.
- 3 BOUSQUET J. et al. I natural rubber latex allergy among helth care workers: a systematic review of the evidence, **J. Allergy Clin. Immunol.**, v. 118, n. 2, p. 447-454, Aug. 2006
- 4 DI PLÁCIDO P. et al. Prevalência de hiprsensibilidad al látex em pacientes com mielomeningocele. **Rev. Cir. Infant.**, Madri, v. 7, n. 1, p. 36-40, mar. 1997.
- 5 FOOD AND DRUG ADMINISTRATION: allergic responses to latex-containing medical devices. **Health Watch**, v. 11, n. 5, 1991.
- 6 GOLD, M. et al. Intraoperative anaphylaxis:an association with latex sensitivity. **J. Allergy Clin. Immunol.**, v. 87, p. 662-665, 1991.
7. NGUYEN, D.H. et al. Intraoperative cardiovascular collapse secondary to latex allergy. **J. Urol.**, v. 146, p. 571-574, 1991.
- 8 NUTTER, A. F. Contact urticaria to rubber. **Br. J. Dermatol.**, v. 101, p. 597-598, 1979.
- 9 SLATER J. E.; MOSTELO L. A.; SHAER C. Rubber-specific IgE in children with spina bifida. **J. Urol.**, v. 146, p. 578-579, 1991.
- 10 SWIDERSKA-KIELBIK S. et al. Occupational allergy: a major health hazard among food processing workers, **Med. Pr.**, v. 56, n. 6, n. 475-483, 2005.
11. TASK FORCE ON ALLERGIC REACTION TO LATEX: Committee report. **J. Allergy Clin. Immunol.**, v. 92, p. 16-18, 1993.

Correspondência para/Reprint request to:

Maria José Gomes
Av. Jorge Risk, 207, Parque das Gaivotas
Vila Velha-ES 29102-573
majogomezlou@yahoo.com.br