

XXXVII REUNIÃO ANUAL DA SPAIC
XXXVII SPAIC ANNUAL MEETING

Doença Imunoalérgica na Criança

Novos Paradigmas e Melhor Controlo

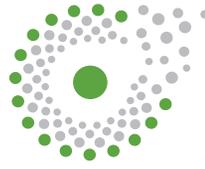
PROGRAMA DA REUNIÃO / *MEETING PROGRAMME*

RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS E DOS POSTERS
ORAL COMMUNICATIONS AND POSTERS ABSTRACTS



ÓRGÃO OFICIAL
SPAIC

SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA



SPAIC
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA



37ª Reunião Anual

Doença Imunoalérgica na Criança
Novos Paradigmas e Melhor Controlo
7 a 9 Outubro 2016
SANA Lisboa Hotel

Programa





Índice

Carta de Boas-Vindas

Organização

Convidados

Sumário

Programa

Curso Temático I

Curso Temático II

Curso Temático III

Workshops, Programa Social, Informações Gerais

Comunicações e Regulamento Prémio SPAIC

Planta do evento

Patrocinadores

5

6

7

8

10

14

15

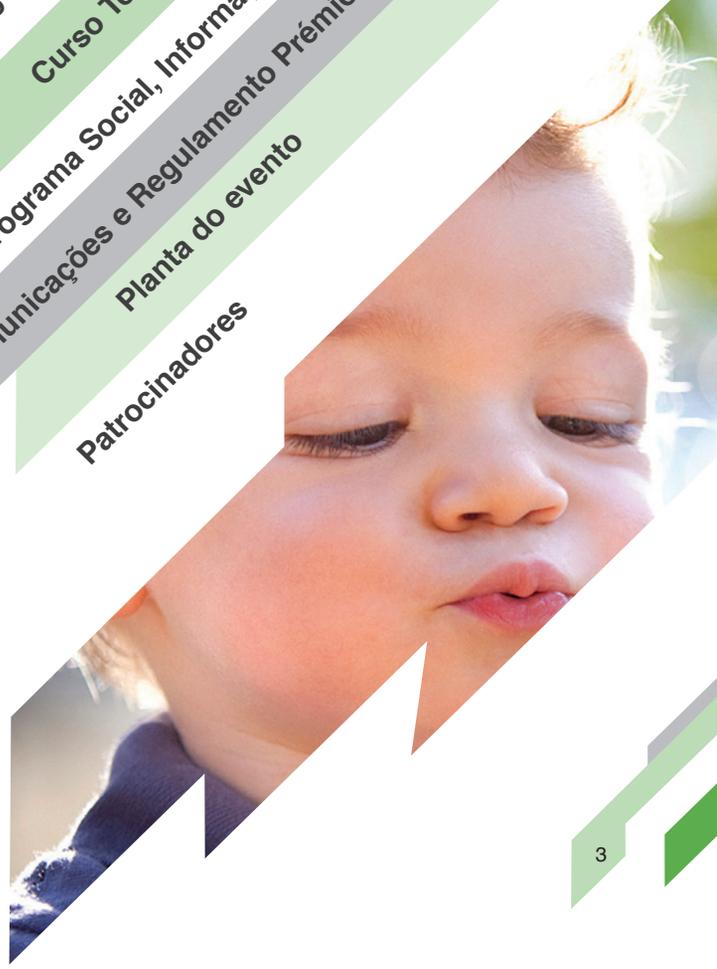
16

17

18

19

20





Carta de Boas-Vindas

Carta de Boas-Vindas

Caras/os Colegas e Amigas/os,

Em nome da Direção da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica e do comité organizador, temos o maior gosto em lhes apresentar as boas-vindas a Lisboa e à 37ª Reunião Anual da SPAIC, este ano sob o tema **“Doença Imunoalérgica na Criança - novos paradigmas e melhor controlo”**.

Tratando-se do evento anual mais relevante na área da formação em Alergologia e Imunologia Clínica em Portugal, no qual contamos com a presença e a participação ativa de um grande número de membros da nossa sociedade e também de colegas vindos da Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, França e Inglaterra, esta 37ª Reunião Anual da SPAIC permitirá, certamente, uma troca de experiências variada e enriquecedora.

A asma e outras doenças alérgicas são hoje em dia um problema de saúde pública de proporções pandémicas, necessitando de uma resposta coordenada e de todos os prestadores de cuidados de saúde. Cerca de 90% das crianças com asma têm uma causa alérgica para a sua doença, existindo 175 mil crianças e adolescentes asmáticos em Portugal (8,4% das crianças têm asma). No entanto, dados recentes em Portugal, mostram que um pouco menos de metade (49%) dessas crianças têm a sua asma controlada, o que acarreta pior qualidade de vida, maiores custos de saúde e maior absentismo escolar ou laboral dos seus cuidadores. Em Portugal, segundo dados da DGS, o número de internamentos por asma entre 2000-2010 tem vindo a diminuir mas mantêm-se elevados nas crianças (2,4 vezes a média nacional). Dados do Inquérito Nacional sobre Asma indicam, também, que uma em cada três crianças com asma foram internadas por asma pelo menos uma vez na vida. Estes dados, serão seguramente fontes de reflexão para a troca de informação e experiências entre todos os que participarão nesta 37ª Reunião Anual da SPAIC.

Com base em muitas das sugestões dos nossos associados e dos Grupos de Interesse, a quem queremos deixar o nosso maior agradecimento, organizámos conferências, mesas-redondas, workshops teórico-práticos, simpósios e cursos pós-guardados que, esperamos sinceramente, despertem o interesse de todos. Destacamos, também, a apresentação de cerca de uma centena de trabalhos científicos, em sessões de comunicações orais e e-posters, para cuja exposição e discussão interativa também os convidamos. Na exposição técnica, haverá ainda oportunidade de apreciar as últimas inovações terapêuticas e de diagnóstico no campo da Alergologia e Imunologia Clínica.

Neste ano, em que se realizam eleições para os Corpos Diretivos da SPAIC (dia 8 de Outubro), é com particular gosto que os recebemos em Lisboa, bem no centro da cidade e, assim, num palco ideal para o lançamento de novos projetos e para a partilha científica e cultural.

Bem-vindos a Lisboa! Bem-vindos à 37ª Reunião Anual da SPAIC!




Carlos Nunes
Presidente de Honra




Luís Delgado
Pela Direção da SPAIC

37ª Reunião Anual

Doença Imunoalérgica na Criança - Novos Paradigmas e Melhor Controlo

7 a 9 Outubro 2016

SANA Lisboa Hotel

Organização

Presidente de Honra da Reunião

Carlos Nunes

Presidente do Congresso

Luís Delgado

Organização e Coordenação Científica

Direção da Spaic

Ana Morête
Elisa Pedro
João Fonseca
Luís Delgado
Mário Morais de Almeida
Pedro Martins
Rita Câmara
Rodrigo Rodrigues Alves

Participação

European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI)
Grupo de Doenças Respiratórias (GRESF) da Associação Portuguesa
de Medicina Geral e Familiar (APMGF)
Sociedade Luso-Brasileira de Alergologia e Imunologia Clínica (SLBAIC)



Creditação

Ordem dos Médicos
Conselho Nacional para a Avaliação da Formação

Convidados

Convidados Estrangeiros

Jaime Sánchez - Espanha
Jean Bousquet - França
Mariana Castells - E.U.A.
Omar Usmani - Reino Unido
Paolo Matricardi - Alemanha
Peter Howarth - Reino Unido
Ramon Lopez - Espanha
Wilson Aun - Brasil

Palestrantes e Moderadores Nacionais

Agostinho Marques
Alexandra Santos
Alice Coimbra
Amélia Spínola Santos
Ana Luísa Moura
Ana Margarida Pereira
Ana Margarida Romeira
Ana Mendes
Ana Morête
Ana Reis Ferreira
Ana Todo-Bom
Anabela Lopes
André Moreira
André Seabra
Ângela Gaspar
Anna Sokolova
Antero Palma Carlos
Carlos Loureiro
Carlos Lozoya
Celeste Barreto
Célia Costa
Celso Pereira
Cristina Amaro
Cristina Arêde
Cristina Lopes Abreu
Cristina Santa Marta
Daniel Machado
Diana Silva
Elza Tomaz
Emília Faria
Eva Gomes

Fátima Duarte
Fernando Drummond Borges
Filipe Inácio
Francisca Carvalho
Frederico Regateiro
Helena Falcão
Helena Pitê
Inês Mota
Isabel Carrapatoso
Isabel Rezende
Joana Soares
João Azevedo
João Fonseca
João Marcelino
João Marques
João Ramires
José Alberto Ferreira
José Luís Plácido
José Pedro Moreira da Silva
José Rosado Pinto
José Torres da Costa
Josefina Cernadas
Luís Araújo
Luís Delgado
Luís Miguel Borrego
Luís Miguel Vieira
Luís Taborda Barata
Luísa Geraldês
Magna Correia
Manuel Barbosa
Manuel Branco Ferreira

Maria da Conceição Pereira Santos
Maria Graça Castel-Branco
Mariana Couto
Marianela Vaz
Mário Miranda
Mário Morais de Almeida
Marta Chambel
Marta Neto
Natacha Santos
Natália Fernandes
Nicole Pinto
Nuno Neuparth
Paula Alendouro
Pedro Martins
Pedro Morais Silva
Renata Barros
Rita Aguiar
Rodrigo Rodrigues Alves
Ruben Ferreira
Rui Costa
Sara Prates
Sara Silva
Susana Carvalho
Susana Lopes da Silva
Susana Oliveira
Susana Piedade
Susel Ladeira
Teresa Vau

HORA	Quinta-Feira - 6 de Outubro		Sexta-Feira - 7 de Outubro	
	SALA 1	SALA 2	SALA 1	SALA 2
8H30 - 9H00			COMUNICAÇÕES ORAIS I <i>Asma e Rinite / Imunoterapia</i>	POSTERS I <i>Alergia Alimentar</i>
9H00 - 9H30				
9H30 - 10H00				
10H00 - 10H30	CURSO TEMÁTICO I <i>Alergênicos Moleculares aplicados à Clínica</i> Apoio: <i>Thermo Fisher Scientific</i>		COFFEE BREAK	
10H30 - 11H00			MESA REDONDA I <i>Asma na Criança</i>	POSTERS II <i>Alergia a fármacos / Veneno de Himenópteros / Látex</i>
11H00 - 11H30				
11H30 - 12H00			CONFERÊNCIA I	
12H00 - 12H30			SESSÃO DE ABERTURA	
12H30 - 13H00				
13H00 - 13H30				
13H30 - 14H00	ALMOÇO		ALMOÇO	
14H00 - 14H30				
14H30 - 15H00	CURSO TEMÁTICO I <i>Alergênicos Moleculares aplicados à Clínica</i> Apoio: <i>Thermo Fisher Scientific</i>	CURSO TEMÁTICO II <i>Imunoterapia</i> Apoio: <i>Leti</i>	SIMPÓSIO I <i>Estratégias Emergentes no tratamento da Asma Eosinofílica</i> GSK - SPAIC	WORKSHOP I <i>Anafilaxia na Criança</i>
15H00 - 15H30				
15H30 - 16H00				
16H00 - 16H30			COFFEE BREAK	COFFEE BREAK
16H30 - 17H00		CURSO TEMÁTICO II <i>Imunoterapia</i> Apoio: <i>Leti</i>	MESA REDONDA II <i>Imunoterapia com Alergênicos na Criança</i>	POSTERS III <i>Alergia Cutânea / Anafilaxia</i>
17H00 - 17H30				
17H30 - 18H00				
18H00 - 18H30			COFFEE BREAK	
18H30 - 19H00			SIMPÓSIO II <i>Inovação na Terapêutica da Asma: Tecnologia e Comportamentos?</i> Mundipharma - SPAIC	WORKSHOP II <i>Imunodeficiências Primárias em Idade Pediátrica</i>
19H00 - 19H30				
19H30 - 20H00				
20H30 - 22H00				

Sumário

Sumário

37ª Reunião Anual

Doença Imunoalérgica na Criança
Novos Paradigmas e Melhor Controle
7 a 9 Outubro 2016 SANA Lisboa Hotel

Sábado - 8 de Outubro			Domingo - 9 de Outubro	
SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 1	SALA 2
MESA REDONDA III <i>Promoção da Saúde na Criança Alérgica</i>	COMUNICAÇÕES ORAIS II <i>Alergia Alimentar / Alergia Cutânea / Anafilaxia</i>	CURSO TEMÁTICO III <i>Alergia na Criança</i> Apoio: Bial	COMUNICAÇÕES ORAIS III <i>Alergia a Fármacos</i>	WORKSHOP IV <i>Asma Grave</i> Apoio: Teva
COFFEE BREAK			CONFERÊNCIA III Apoio: Diater	
MESA REDONDA IV <i>Exantema e Urticária na Criança</i>	POSTERS IV <i>Asma</i>	CURSO TEMÁTICO III <i>Alergia na Criança</i> Apoio: Bial	COFFEE BREAK	
CONFERÊNCIA II Apoio: Novartis Pharm.			MESA REDONDA VI <i>Alergia Alimentar</i>	WORKSHOP V (JIP's) <i>Eczema na Criança</i>
ALMOÇO			SESSÃO DE ENCERRAMENTO	
SIMPÓSIO III <i>Abordagem da Asma Pediátrica: Fast-forward & Rewind</i> AstraZeneca - SPAIC	WORKSHOP III <i>Alergia a Fármacos em Pediatria</i>		ALMOÇO	
COFFEE BREAK				
MESA REDONDA V <i>Doença Respiratória Crónica na Criança</i>	POSTERS V <i>Aerobiologia / Imunoterapia / Imunodeficiências Primárias</i>			
ASSEMBLEIA GERAL				
JANTAR CONFERENCISTAS				

Programa

Quinta-Feira - 6 de Outubro

SALA 1

SALA 2

CURSO TEMÁTICO I

Alergénios Moleculares aplicados à Clínica

Moderadores: Ana Reis Ferreira, Filipe Inácio, Maria da Conceição Pereira Santos, Ramon Lopez

10H00 - 13H00

Apoio: Thermo Fisher Scientific

ALMOÇO

13H00 - 14H30

CURSO TEMÁTICO I

Alergénios Moleculares aplicados à clínica

Moderadores: Ana Reis Ferreira, Filipe Inácio, Maria da Conceição Pereira Santos, Ramon Lopez

14H30 - 16H45

Apoio: Thermo Fisher Scientific

CURSO TEMÁTICO II

Imunoterapia

Moderadores: Amélia Spínola Santos, Luís Araújo

14H30 - 16H00

Apoio: Leti

COFFEE BREAK

16H00 - 16H30

CURSO TEMÁTICO II

Imunoterapia

Moderadores: Jaime Sánchez, Luís Araújo

16H30 - 18H00

Apoio: Leti

Programa

Sexta-Feira - 7 de Outubro

SALA 1

COMUNICAÇÕES ORAIS I

Asma e Rinite / Imunoterapia

Moderadores: Carlos Loureiro, Paula Alendouro

08H30 - 10H00

SALA 2

POSTERS I

Alergia Alimentar

Moderadores: Natália Fernandes, Susana Oliveira

08H30 - 10H00

COFFEE BREAK

10H00 - 10H30

MESA REDONDA I

Asma na Criança

Moderadores: Luís Taborda Barata, Nuno Neuparth

Trajetórias da Função Pulmonar: Luís Miguel Borrego

Marcadores da Inflamação: Mariana Couto

10H30 - 11H30

POSTERS II

Alergia a fármacos / Veneno de Himenópteros / Látex

Moderadores: Marta Chambel, Marta Neto

10H30 - 11H30

CONFERÊNCIA I

Moderadores: Luis Delgado, Mariana Vaz

M-Health and molecular diagnosis for prescription of allergen immunotherapy: Paolo Matricardi

11H30 - 12H00

SESSÃO DE ABERTURA

12H00 - 13H00

ALMOÇO

13H00 - 14H30

SIMPÓSIO I: GSK - SPAIC

Estratégias Emergentes no tratamento da Asma Eosinofílica

Moderador: Rodrigo Rodrigues Alves

Asma Eosinofílica: Ana Todo-Bom

Mepolizumab: a new treatment for severe eosinophilic asthma:

Peter Howarth

14H30 - 16H00

WORKSHOP I

Anafilaxia na Criança

Coordenadores: Ângela Gaspar, Manuel Branco Ferreira

Epidemiologia e diagnóstico: Natacha Santos

Terapêutica e prevenção: Ana Margarida Pereira

Casos clínicos: Inês Mota, Isabel Rezende, João Azevedo,

Magna Correia, Nicole Pinto, Pedro Morais Silva

14H30 - 16H00

COFFEE BREAK

16H00 - 16H30

MESA REDONDA II

Imunoterapia com Alergénios na Criança

Moderadores: Alice Coimbra, Filipe Inácio

Quais os alérgenos a testar in vivo / in vitro?: Amélia Spínola Santos

Vias de administração e adjuvantes (passado, presente e futuro):

Manuel Branco Ferreira

Dos ensaios clínicos à vida real: Luís Araújo

16H30 - 18H00

POSTERS III

Alergia Cutânea / Anafilaxia

Moderadores: Cristina Arêde, Teresa Vau

16H30 - 18H00

COFFEE BREAK

18H00 - 18H30

SIMPÓSIO II: Mundipharma - SPAIC

Inovação na Terapêutica da Asma: Tecnologia e Comportamentos?

Moderadores: Agostinho Marques, João Fonseca

DPI ou MDI? O dilema da escolha: Manuel Branco Ferreira

The end of the Ice Age.: Omar Usmani

O Jogo da Adesão: Estamos todos convocados: João Fonseca

18H30 - 20H00

WORKSHOP II

Imunodeficiências Primárias em Idade Pediátrica

Coordenadores: Emília Faria, José Torres da Costa

Principais IDP em idade pediátrica: Susana Lopes da Silva

Como se avalia a imunocompetência: Frederico Regateiro

Casos clínicos: Ana Luísa Moura, João Marcelino, Ruben Ferreira

18H30 - 20H00

37ª Reunião Anual

Doença Imunoalérgica na Criança - Novos Paradigmas e Melhor Controlo

7 a 9 Outubro 2016

SANA Lisboa Hotel

Programa

Sábado - 8 de Outubro

SALA 1

MESA REDONDA III

Promoção da Saúde na Criança Alérgica

Moderadores: André Moreira, José Pedro Moreira da Silva

Alimentação saudável baseada na evidência:
Renata Barros
Exercício físico: como, quando e porquê?:
André Seabra
Qualidade do ar na escola: Pedro Martins

09H00 - 10H30

SALA 2

COMUNICAÇÕES ORAIS II

Alergia Alimentar / Alergia Cutânea / Anafilaxia

Moderadores: Carlos Lozoya, Célia Costa

08H30 - 10H30

SALA 3

CURSO TEMÁTICO III

Alergia na Criança

Moderadores: Ana Todo-Bom, Rui Costa

08H30 - 10H30

Apoio: Bial

COFFEE BREAK

10H30 - 11H00

MESA REDONDA IV

Exantema e Urticária na Criança

Moderadores: Anabela Lopes, Mário Miranda

Diagnóstico de urticária: Helena Pité
Terapêutica na urticária crónica: José A. Ferreira
Exantema infeccioso: Cristina Amaro

11H00 - 12H30

POSTERS IV

Asma

Moderadores: Diana Silva, Susana Carvalho

11H00 - 12H30

CURSO TEMÁTICO III

Alergia na Criança

Moderadores: João Ramires, Susel Ladeira

11H00 - 12H30

Apoio: Bial

CONFERÊNCIA II

Moderadores: Antero Palma Carlos, M.ª Graça Castel-Branco
50 years of IgE and 15 of anti-IgE : Jean Bousquet

12H30 - 13H00

Apoio: Novartis Pharmaceuticals

ALMOÇO

13H00 - 14H30

SIMPÓSIO III: AstraZeneca - SPAIC

Abordagem da Asma Pediátrica: Fast-forward & Rewind

Introdução: André Moreira
Implicações Clínicas dos Fenótipos de Asma na Criança: Helena Pité
Abordagem Terapêutica da Asma Pediátrica - Presente e Futuro: Pedro Martins
Discussão e Encerramento: André Moreira

14H30 - 16H00

WORKSHOP III

Alergia a Fármacos em Pediatria

Coordenadores: Eva Gomes, Helena Falcão

Epidemiologia e fatores de risco: Luísa Geraídes
Particularidades no diagnóstico: Ana Margarida Romeira
Dessensibilização em idade pediátrica: Josefina Cernadas

14H30 - 16H00

COFFEE BREAK

16H00 - 16H30

MESA REDONDA V

Doença Respiratória Crónica na Criança

Moderadores: Ana Todo-Bom, Fernando Drummond Borges

Rinossinusite na criança. Como abordar e tratar: Mário Morais de Almeida
Fibrose quística: Celeste Barreto
Custo da Asma na Criança: João Fonseca

16H30 - 18H00

POSTERS V

Aerobiologia / Imunoterapia / Imunodeficiências Primárias

Moderadores: Daniel Machado, Sara Silva

16H30 - 18H00

ASSEMBLEIA GERAL

18H00 - 19H00

JANTAR CONFERENCISTAS

20H30

37ª Reunião Anual

Doença Imunoalérgica na Criança - Novos Paradigmas e Melhor Controlo

7 a 9 Outubro 2016

SANA Lisboa Hotel

Programa

Domingo - 9 de Outubro

SALA 1

COMUNICAÇÕES ORAIS III

Alergia a Fármacos

Moderadores: Cristina Santa Marta, Elza Tomaz

08H30 - 10H30

CONFERÊNCIA III

Moderadores: Manuel Barbosa, Wilson Aun

Mastocytosis and allergic syndromes in children: Mariana Castells

10H30 - 11H00

Apoio: Diater

SALA 2

WORKSHOP IV

Asma Grave

Coordenadores: Celso Pereira, José Luís Plácido

Endótipos da Asma Grave: Ana Mendes

Asma grave na Criança: João Marques

Novas terapêuticas biológicas na Asma Grave: Francisca Carvalho

09H00 - 10H30

Apoio: Teva

COFFEE BREAK

11H00 - 11H30

MESA REDONDA VI

Alergia Alimentar

Moderadores: Isabel Carrapatoso, José Rosado Pinto

A moda da intolerância alimentar: O que é e não é verdade: Sara Prates

Esofagite / Colite eosinofílica – Alergia mista?: Susana Piedade

Novos paradigmas na indução de tolerância oral: Alexandra Santos

11H30 - 13H00

WORKSHOP V (JIP's)

Eczema na Criança

Coordenadores: Cristina Lopes Abreu, Pedro Morais Silva

Prevenção primária do eczema: Luís Miguel Vieira

Diagnóstico diferencial do eczema: Joana Soares

Estratégias terapêuticas da primeira infância à adolescência:

Rita Aguiar

11H30 - 13H00

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

13H00 - 13H30

ALMOÇO

13H30 - 14H30

Curso Temático I

Alergénios Moleculares aplicados à clínica

10H00 - 16H45, 5ª feira, 6 de Outubro

SALA 1

Este Curso assenta a sua estrutura na apresentação dos diversos casos clínicos e na participação / discussão por parte dos assistentes.

Moderadores:

- . Ana Reis Ferreira (Gaia)
- . Filipe Inácio (Setúbal)
- . Maria da Conceição Pereira Santos (Lisboa)
- . Ramon Lopez (Valência)

10H00-10H30 – Introdução e Apresentação

10H30-11H10 – Apresentação de cada grupo de casos

11H10-13H00 – Sessão de apresentação e discussão de casos I

13H00-14H30 – Almoço

14H30-16H30 – Sessão de apresentação e discussão de casos II

16H30-16H45 – Conclusões & Encerramento

“O Diagnóstico Molecular tem-se revelado de primordial ajuda e uma ferramenta incontornável para o Imunoalergologista, encurtando caminhos para uma, cada vez mais, Medicina baseada na Evidência. Com o propósito de partilhar experiências e saberes a Thermo Fisher Scientific promove, na 37ª Reunião Anual da SPAIC, um Curso eminentemente prático, para o que contará com 4 moderadores, que ao apresentarem os seus casos clínicos, esperam a participação ativa dos assistentes e demais moderadores na discussão subsequente.

Para o médico especialista, saber mais para decidir melhor, será um bom ponto de partida para perspetivar uma melhoria da qualidade de vida dos seus doentes alérgicos.”

apoio:

ThermoFisher
SCIENTIFIC

Inscrições Limitadas a 20 participantes

Curso Temático II

Imunoterapia

14H30 - 18H00, 5ª feira, 6 de Outubro

SALA 2

1ª parte	Coffee Break	2ª parte
14H30 às 16H00	16H00 às 16H30	16H30 às 18H00

14H30-14H40 – Abertura do curso

Amélia Spínola Santos, Ana Morête

14H40-16H00 – 1ª parte

Moderadores: Amélia Spínola Santos, Luís Araújo

14H40-15H10 – Resposta alérgica e mecanismos de ação da Imunoterapia

Jaime Sánchez (Espanha)

15H10-15H40 – Tipos de extratos I: Nativos e Modificados

José Alberto Ferreira (Portugal)

15H40-16H00 – Discussão

16H00-16H30 – Coffee Break

16H30-18H00 – 2ª parte

Moderadores: Jaime Sánchez, Luís Araújo

16H30-16H50 – Tipos de extratos II: Novos produtos: recombinantes, peptídeos e adjuvantes

Daniel Machado (Portugal)

16H50-17H15 – Vias de administração: Sublingual, Subcutânea e Outras

Anna Sokolova (Portugal)

17H15-17H45 – Mistura de alérgenos: Prós e contras e Otimização das Misturas

Jaime Sánchez (Espanha)

17H45-17H55 – Discussão

17H55-18H00 – Encerramento

Amélia Spínola Santos, Ana Morête, Jaime Sánchez (Espanha)

Inscrições Limitadas a 40 participantes

apoio:



Curso Temático III

Alergia na Criança

8H30 - 12H30, Sábado, 8 de Outubro

SALA 3

Módulo I	Coffee Break	Módulo II
08H30 às 10H30	10H30 às 11H00	11H00 às 12H30

08H30 – 10H30	<p>Módulo I</p> <p>Moderadores: Ana Todo-Bom, Rui Costa</p> <p>Sibilância na criança Helena Pité</p> <p>Abordagem e tratamento da crise de asma na infância Helena Falcão</p> <p>Rinite alérgica na infância Luís Miguel Borrego</p>
10H30 - 11H00	<p><i>Coffee Break</i></p>
11H00 – 12H30	<p>Módulo II</p> <p>Moderadores: João Ramires, Susel Ladeira</p> <p>Eczema atópico e alimentação do lactente. Que relação? Cristina Santa Marta</p> <p>Alergia alimentar na infância Fátima Duarte</p> <p>Abordagem da anafilaxia na infância Manuel Branco Ferreira</p>

apoio:

Bial

Curso dirigido a Medicina Geral e Familiar.

Inscrições Limitadas a 30 participantes

Workshops Teórico-Práticos

Workshops de formação Teórico-Prática

(máx. 25 participantes)

WORKSHOP I

Anafilaxia na Criança

Sexta-feira, 7 de Outubro: 14H30-16H00 (Sala 2)

Coordenadores: Ângela Gaspar, Manuel Branco Ferreira

WORKSHOP II

Imunodeficiências Primárias em Idade Pediátrica

Sexta-feira, 7 de Outubro: 18H30-20H00 (Sala 2)

Coordenadores: Emília Faria, José Torres da Costa

WORKSHOP III

Alergia a fármacos em Pediatria

Sábado, 8 de Outubro: 14H30-16H00 (Sala 2)

Coordenadores: Eva Gomes, Helena Falcão

WORKSHOP IV

Asma Grave

Domingo, 9 de Outubro: 09H30-10H30 (Sala 2)

Coordenadores: Celso Pereira, José Luís Plácido

Apoio: Teva

WORKSHOP V (JIP's)

Eczema na Criança

Domingo, 9 de Outubro: 11H30-13H00 (Sala 2)

Coordenadores: Cristina Lopes Abreu, Pedro Morais Silva

Programa Social

Sábado, 8 de Outubro: 20H30

Jantar de Conferencistas (por convite)

Estufa Real

Apoio: A. Menarini

Informações Gerais

SECRETARIADO

6 de Outubro: 09H00-19H00

7 de Outubro: 08H00-19H00

8 de Outubro: 08H00-19H00

9 de Outubro: 08H00-13H30

DATA DESK

6 de Outubro: 09H00-19H00

7 de Outubro: 08H00-19H00

8 de Outubro: 08H00-19H00

9 de Outubro: 08H00-13H30

Website da Reunião: www.spaic2016.pt

Comunicações Científicas

Comunicações Orais

O tempo disponível para a apresentação é de 8 minutos com 2 minutos para discussão.
As apresentações deverão ser entregues no Data Desk.

E-Posters

O tempo disponível para a apresentação do Poster é de 2 minutos com 4 minutos para discussão.

Regulamento Prémio

Regulamento Prémio SPAIC



Melhores Comunicações Científicas Na Reunião Anual

A SPAIC, a fim de fomentar a investigação científica na especialidade de Imunoalergologia, promovendo a sua discussão pública e posterior publicação, institui anualmente no âmbito da sua reunião anual prémios às melhores comunicações apresentadas, quer sob a forma de comunicação oral, quer sob a forma de poster.

1. Consideram-se como elegíveis os trabalhos submetidos para apresentação durante a reunião anual da sociedade, segundo prazo limite anualmente divulgado, aqui considerado prazo de candidatura, sendo que pelo menos um dos autores deverá ser sócio da SPAIC.
2. Serão atribuídos prémios em todas as sessões de comunicações.
3. O valor pecuniário será distribuído por duas categorias: melhor comunicação oral (1º prémio no valor de 350 euros e o 2º prémio no valor de 250 euros) e melhor poster (1º prémio no valor de 200 euros e o 2º prémio no valor de 150 euros).
4. Serão nomeados pela Direcção da SPAIC júris compostos por dois elementos de reconhecido mérito, que avaliarão todos os trabalhos apresentados em cada uma das sessões, que ponderarão a investigação científica bem como a apresentação e discussão efectuadas.
5. Durante a sessão de encerramento da reunião anual serão divulgados os trabalhos vencedores.
6. Os autores dos trabalhos premiados serão convidados a publicarem a versão em extenso num dos Órgãos Oficiais da SPAIC no prazo máximo de 12 meses, devendo conter referência ao prémio recebido.

Planta do Evento



37ª Reunião Anual
Doença Imunoalérgica na Criança
Novos Paradigmas e Melhor Controlo
7 a 9 Outubro 2016 SANA Lisboa Hotel



- 1 - AstraZeneca
- 2 - Laboratórios Vitória
- 3 - Thermo Fisher Scientific
- 4 - A. Menarini
- 5 - Novartis Pharmaceuticals
- 6 - Leti
- 7 - GSK

Patrocinadores

A Organização da 37ª Reunião Anual da SPAIC e a Direção da SPAIC agradecem aos Patrocinadores Principais:



E ainda a presença na Exposição Técnica e o Apoio de:



REVISTA PORTUGUESA DE IMUNOALERGOLOGIA

revportimunoalergologia@gmail.com

www.spaic.pt

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA

DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

OFFICIAL JOURNAL OF THE PORTUGUESE SOCIETY

OF ALLERGOLOGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO / ADMINISTRATION BOARD

Presidente / President:

Luís Delgado

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Centro Hospitalar São João, Porto

Vice-Presidentes / Vice Presidents:

Ana Morête

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro

Elisa Pedro

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Rita Câmara

Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal

Secretário-Geral / General Secretary:

João Almeida Fonseca

Centro de Imunoalergologia, CUF Porto

Secretário-Adjunto / Assistant Secretary:

Pedro Martins

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Tesoureiro / Treasurer:

Rodrigo Rodrigues Alves

Unidade de Imunoalergologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

CONSELHO EDITORIAL / EDITORIAL BOARD

Editor / Editor-in-Chief:

Amélia Spínola Santos

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Secretário-Geral / General Secretary:

Emília Faria

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Secretários-Adjuntos / Assistant Secretaries:

Alice Coimbra

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

Celso Pereira

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Redatores / Associate Editors:

Carlos Loureiro

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Carlos Lozoya

Unidade de Imunoalergologia, Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco

Cristina Santa Marta

Centro de Imunoalergologia, José de Mello Saúde, Lisboa

Elisa Pedro

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Elza Tomaz

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal

José Ferreira

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

Paula Alendouro

Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães / Fafe

Paula Leiria Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Pedro Martins

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Rita Câmara

Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal

Rodrigo Rodrigues Alves

Unidade de Imunoalergologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Susana Lopes da Silva

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

CONSELHO CIENTÍFICO / SCIENTIFIC BOARD

Ana Todo-Bom

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

Ângela Gaspar

Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

Anthony Frew

Department of Respiratory Medicine, Royal Sussex County Hospital, Brighton, United Kingdom

Antero Palma-Carlos

CAIC – Centro de Alergologia e Imunologia Clínica, Lisboa

António Peláez

Allergy Department, Hospital Clínico-Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza, Spain

António Bugalho Almeida

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

António Segorbe Luís

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

Carlos Baena-Cagnani

Faculty of Medicine, Catholic University, Córdoba, Argentina

Carlos Loureiro

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

Carlos Nunes

Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão

Celso Chieira

Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

Consuelo Martínez-Cócera

Allergy Department, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid, Spain

Dirceu Solé

Departamento de Imunologia Clínica, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Fernando Drummond Borges

Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal

Enrique Buendia

Immunology Department, Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, Barcelona, Spain

Filipe Inácio

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal

Guy Dutau

Pneumologie & Allergologie, Hôpital des Enfants, Toulouse, France

Jean Bousquet

Department of Respiratory Diseases, Hôpital Arnaud de Villeneuve, Montpellier, France

José Costa Trindade

Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Lisboa

João Ferreira de Mello

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil

José Lopes dos Santos

Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

José Rosado Pinto

Unidade de Imunoalergologia, Hospital da Luz, Lisboa

Libério Ribeiro

Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Luís Delgado

Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

Luís Taborda Barata

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã

Manuel Branco Ferreira

Serviço de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Maria da Graça Castelo-Branco

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

Maria de Lourdes Chieira

Serviço de Pediatria, Hospital Pediátrico de Coimbra

Marianela Vaz

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto

Mário Morais de Almeida

Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa

Maria João Marques Gomes

Departamento de Pneumologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Francisco Muñoz López

Department of Immunology, Faculty of Medicine, Barcelona University, Spain

Nelson Rosário Filho

Departamento de Pediatria, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil

Nuno Neuparth

Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Philip Fireman

Department of Allergy and Immunology, University of Pittsburgh, USA

Pierre Scheinmann

Department of Paediatrics, Pulmonology and Allergy, Paris Descartes University, France

Paul van Cauwenberge

Department of Otorhinolaryngology, Ghent University, Belgium

Sergio Bonini

Department of Internal Medicine, Second University of Naples, Italy

Sergio del Giacco

Policlinico Universitario, Department of Medicine, Cagliari, Italy

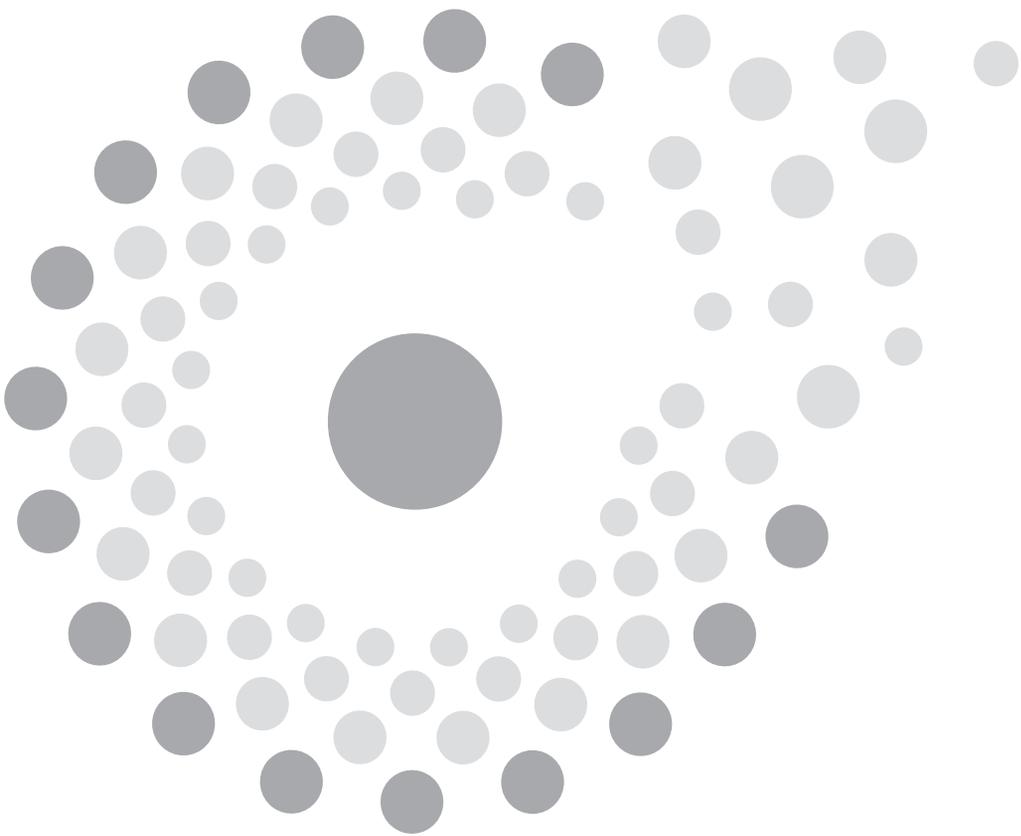
Ulrich Wahn

Department of Pediatric Pneumology and Immunology, Charité Medical University, Berlin, Germany

GRUPOS DE INTERESSE DA SPAIC / SPAIC INTEREST GROUPS

Grupo dos Jovens Imunoalergologistas Portugueses (JIPs)**Coordenador:** Pedro Morais Silva*Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte***Secretária:** Natacha Santos*Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto***Grupo de Interesse de “Aerobiologia”****Coordenador:** Carlos Nunes*Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão***Secretário:** Mário Morais de Almeida*Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa***Grupo de Interesse de “Alergénios e Imunoterapia”****Coordenadora:** Amélia Spínola Santos*Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria,**Centro Hospitalar Lisboa Norte***Secretário:** Luís Araújo*Centro de Imunoalergologia, CUF Porto***Grupo de Interesse de “Alergia Alimentar”****Coordenadora:** Sara Prates*Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia,**Centro Hospitalar Lisboa Central***Secretária:** Ana Célia Costa*Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria,**Centro Hospitalar Lisboa Norte***Grupo de Interesse de “Alergia Cutânea”****Coordenadora:** Anabela Lopes*Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria,**Centro Hospitalar Lisboa Norte***Secretária:** Graça Sampaio*Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa***Grupo de Interesse de “Alergia a Fármacos”****Coordenadora:** Eva Gomes*Serviço de Imunoalergologia, Hospital Maria Pia,**Centro Hospitalar do Porto***Secretária:** Joana Caiado*Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria,**Centro Hospitalar Lisboa Norte***Grupo de Interesse de “Asma”****Coordenador:** Celso Pereira*Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra***Secretária:** Helena Pité*Centro de Imunoalergologia, José de Mello Saúde, Lisboa***Grupo de Interesse de “Asma e Alergia no Desporto”****Coordenadora:** Mariana Couto*Centro de Imunoalergologia, CUF Porto***Secretário:** Miguel Paiva*Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia,**Centro Hospitalar de Lisboa Central***Grupo de Interesse de “Cuidados de Saúde Primários”****Coordenadora:** Susel Ladeira*Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão***Secretário:** Rui Costa*Sávida Medicina Apoiada SA, Porto***Grupo de Interesse de “Imunodeficiências Primárias”****Coordenadora:** Susana Lopes da Silva*Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria,**Centro Hospitalar Lisboa Norte***Secretária:** Emília Faria*Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário**de Coimbra***Grupo de Interesse de “Rinite”:****Coordenador:** José Ferreira*Unidade de Imunoalergologia,**Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho***Secretária:** Ana Margarida Pereira*Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João, Porto*

Qualquer contacto com os Coordenadores ou Secretários dos Grupos de Interesse da SPAIC poderá ser feito directamente ou através do e-mail spaic@sapo.pt indicando o assunto e o(s) destinatário(s) da mensagem.



**SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS I
ASMA E RINITE / IMUNOTERAPIA**

Dia: 7 de Outubro
Horas: 08h30 – 10h00
Local: Sala I

Moderadores: Carlos Loureiro, Paula Alendouro

CO 01 – Phadiatop® na avaliação da atopia em Portugal

L Araújo¹, O Sokhatska², J Cerqueira², H Pitéz³, A Sá -Sousa⁴, M Couto¹, T Jacinto⁵, A M Pereira⁵, M Morais de Almeida⁶, J L Delgado⁷, J A Fonseca⁵

¹ Serviço e Laboratório de Imunologia e CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Instituto e Hospital, Porto, PORTUGAL,

² Serviço e Laboratório de Imunologia Faculdade de Medicina do Porto, Porto, PORTUGAL

³ Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

⁴ CINTESIS e CIDES, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁵ CINTESIS e CIDES, Faculdade de Medicina do Porto, Unidade de Imunoalergologia CUF Porto Instituto e Hospital, Porto, PORTUGAL

⁶ Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa e CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Lisboa, PORTUGAL

⁷ Serviço e Laboratório de Imunologia e CINTESIS, Faculdade de Medicina do Porto, PORTUGAL

Objetivo: Avaliar as características diagnósticas do Phadiatop® nos participantes do estudo ICAR – Impacto e Controlo da Asma e Rinite (PTDC/SAU -SAP/119192/2010) realizado em Portugal Continental.

Metodologia: Os resultados dos testes cutâneos por picada utilizando até 30 aeroalergénios (Stallergenes, França) nos participantes que não apresentavam contra-indicações para a realização dos mesmos são utilizados como gold-standard. A positividade foi considerada por um diâmetro médio maior ou igual a 3mm com controlo negativo não reativo e histamina (10mg/ml) positiva. Os resultados do Phadiatop são considerados positivos se o resultado for > 0,35 kU/l.

Resultados: Foram avaliados os resultados de 587 participantes. Os dados demográficos e a distribuição por patologia são apresentados na Tabela I. O Phadiatop® apresenta uma sensibilidade de 73,8% (68,9 – 78,3) e uma especificidade de 92,5 (88,3 – 95,6) que se traduzem por um valor preditivo negativo (VPN) de 69,2% (63,7 – 74,3), 85,3 nos saudáveis e 53,3 nos participantes com asma e rinite. A Area Under the Curve (AUC) da curva ROC varia entre 0,795 nos participantes saudáveis, para 0,866 nos participantes com rinite e 0,919 nos participantes com asma e rinite.

Conclusões: Foram encontradas valores de especificidade mais elevados do que os de sensibilidade para o Phadiatop®, o que se traduz num VPN baixo nos doentes com asma e / ou rinite. Valores de Phadiatop < 0,35 não excluem sensibilização alérgica em Portugal.

	Rinite n=292		Asma e rinite n = 148		Saudável n = 85		Total n = 587	
Sexo (F / M)	184 / 108		78 / 70		43 / 42		343 / 244	
Idade	38 (28,25 - 51,0)		36,5 (27,0 - 50,0)		42 (27,0 - 55,0)		39 (29,0 - 52,0)	
Mediana (p25-75)								
TC / Phad	TC -	TC +	TC -	TC +	TC -	TC +	TC -	TC +
Phad -	96	51	24	21	58	10	211	94
Phad+	6	139	3	100	5	12	17	265
Características diagnósticas	% (IC 95)		% (IC 95)		% (IC 95)		% (IC 95)	
Sensibilidade	73,2 (66,3 - 70,3)		82,7 (74,8 - 88,9)		54,6 (32,2 - 75,6)		73,8 (68,9 - 78,3)	
Especificidade	94,1 (87,6 - 97,8)		88,9 (70,8 - 97,7)		92,1 (82,4 - 97,4)		92,5 (88,3 - 95,6)	
VPP	95,9 (91,2 - 98,5)		97,1 (91,7 - 99,4)		70,6 (44,0 - 89,7)		94 (90,5 - 96,5)	
VPN	65,3 (57,0 - 73,0)		53,3 (37,9 - 68,3)		85,3 (74,7 - 92,7)		69,2 (63,7 - 74,3)	
AUC	0,866		0,919		0,795		0,868	

Tabela 1 - Resumo dos resultados de acordo com a patologia. F- Feminino; M – Masculino; TC – Testes cutâneos; Phad – Phadiatop®; VPN – Valor Preditivo Negativo; VPP – Valor Preditivo Positivo; AUC – Area Under the Curve na curva ROC - Receiver Operating Characteristic.

CO 02 – Estudo Espiroped – Avaliação do conhecimento sobre espirometria entre os médicos que seguem crianças com asma em Portugal

J Cosme¹, C Constant², R C. Fernandes³, P Fonte^{3,4}, J A Fonseca^{5,6,7}, C Alves^{8,9}, T Bandeira^{2,10}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

² Centro de Estudos da Função Respiratória, do Sono e da Ventilação. Departamento de Pediatria, HSM, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

³ Unidade de Saúde Familiar do Minho, Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, PORTUGAL

⁴ Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Lisboa, PORTUGAL

⁵ Imunoalergologia, CUF Porto Hospital e Instituto, Porto, PORTUGAL

⁶ CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁷ Sociedade Portuguesa de Imunoalergologia, Lisboa, PORTUGAL

⁸ Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro, PORTUGAL

⁹ Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Lisboa, PORTUGAL

¹⁰ Sociedade Portuguesa de Pediatria, Lisboa, PORTUGAL

A espirometria (ESP) é uma ferramenta para o diagnóstico e monitorização dos doentes com asma subutilizada em Portugal, sobretudo em idade pediátrica.

Objetivos: conhecer práticas e limitações à prescrição e interpretação da ESP entre quatro grupos de médicos que seguem crianças/adolescentes com asma em Portugal: imunoalergologistas (IA), pediatras (Ped), pneumologistas (Pn) e médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF).

Metodologia: estudo transversal por inquérito electrónico (Dillman modificado; Survey Monkey[®]), via e-mail aos sócios das quatro Sociedades Científicas. Considerados apenas os inquéritos preenchidos na totalidade por médicos que seguem regularmente crianças/adolescentes com asma ou sibilância pré-escolar. Avaliaram-se: acessibilidade, requisição e interpretação de ESP; conhecimento das normas da ATS/ERS sobre execução e interpretação duma ESP, e da DGS sobre asma no adulto e criança. Dados anonimizados, análise descritiva e comparativa bivariada entre grupos (teste χ^2). Protocolo do estudo aprovado por comissão de ética.

Resultados: incluídas 423 respostas (30 IA, 89 Ped, 40 Pn, 264 MGF), 4% referiram formação em pneumologia pediátrica. Relativamente às normas ATS/ERS, 93% IA, 30% Ped, 90% Pn e 19% MGF relataram conhecer e implementá-las localmente ($p < 0,001$). Não houve diferenças entre grupos quanto ao conhecimento sobre as normas da DGS. Com respeito à execução da ESP, mais de 80% dos IA e Pn consideraram ter conhecimento “bom/muito bom”, enquanto 47% Ped e 56% MGF insuficiente ($p < 0,01$). Na interpretação da ESP existiram menores diferenças entre os grupos profissionais. Para o diagnóstico de asma, 80% IA, 42% Ped, 75% Pn e 53% MGF usam ESP ($p < 0,001$) e na classificação da gravidade 63% IA, 43% Ped, 68% Pn e 28% MGF ($p < 0,001$). Mais de 80% dos

médicos de todas as especialidades consideraram que os resultados da ESP influenciam as suas decisões terapêuticas, valorizando de forma semelhante os parâmetros espirométricos. A maioria das quatro especialidades considera requisitar ESP a partir dos 5 anos. Quanto ao interesse em participar em ações de formação sobre ESP na criança, este foi maior para os MGF [(87% Ped, 68% Pn, 87% IA e 94% MGF ($p < 0,001$))].

Conclusões: IA e Pn mencionam maior familiaridade com ESP em idade pediátrica do que Ped ou MGF. O reconhecimento destas limitações permitirá o desenvolvimento e implementação de estratégias ajustadas a cada especialidade.

CO 03 – Crianças com asma têm resistências nasais aumentadas, independentemente do controlo da rinite?

H Pité^{1,2}, A C Henriques¹, L Pimenta¹, C Camarinha¹, I Marques¹, A V Lourenço¹, I Almeida¹, L M Borrego^{1,2}, M Morais de Almeida^{1,3}

¹ Centro de Alergia, CUF Descobertas Hospital / CUF Infante Santo Hospital, Lisboa, PORTUGAL

² CEDOC, Centro de Estudos de Doenças Crónicas, NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas, UNL, Lisboa, PORTUGAL

³ CINTESIS, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

Introdução: A rinite e a asma estão frequentemente associadas. A rinomanometria é o método padrão para o estudo da obstrução nasal através da avaliação das resistências nasais inspiratórias.

Objetivo: Analisar as resistências nasais inspiratórias em crianças entre os 6 e os 12 anos de idade, em função do diagnóstico e do controlo da asma e da rinite.

Metodologia: Estudo exploratório transversal envolvendo 104 crianças [56% do género masculino; média etária 9,5 anos, desvio padrão (SD) 2,0]; 69% com rinite e 63% com asma. O controlo da rinite e/ou da asma foi avaliado utilizando medidas de avaliação subjetivas, através de escalas visuais analógicas e dos questionários CARATkids e ACT pediátrico, preenchidos pelas crianças e respetivos pais. A função nasal foi avaliada por rinomanometria anterior ativa, antes e após administração nasal bilateral de cloridrato de fenilefrina 2,5mg/ml. Para cada criança foi considerado o menor valor das resistências inspiratórias nasais unilaterais, tendo a análise estatística sido efetuada após transformação logarítmica (resistências nasais logaritimizadas – RNL).

Resultados: As resistências nasais das crianças variaram entre 0,35Pa/cm³/s e 3,84Pa/cm³/s (mediana 0,74) e 0,24Pa/cm³/s e 1,59Pa/cm³/s (mediana 0,43), antes e após administração de vasoconstritor nasal, respetivamente. Verificou-se a existência de correlação entre as RNL e a idade ($r = -0,224$, $p = 0,023$), altura ($r = -0,259$, $p = 0,008$) e peso ($r = -0,227$, $p = 0,020$) das crianças. Não foram encontradas diferenças significativas em função do género. As RNL basais das crianças com asma foram significativamente superiores, em comparação com crianças sem asma [média (SD) 0,956 (0,249) vs 0,842 (0,172); $p = 0,007$], o que não

se verificou após administração de vasoconstritor nasal. A associação entre as RNL basais e a presença de asma foi independente do controlo/gravidade da rinite e manteve-se no modelo de regressão linear para a RNL ajustado para a altura (coeficiente beta 0,276; intervalo de confiança a 95% 0,043 – 0,216; r^2 ajustado=0,125; $p<0,001$). Não se encontrou associação entre as RNL e as medidas de avaliação subjetiva do controlo da rinite e/ou da asma.

Conclusões: Os resultados sugerem que crianças com asma têm resistências nasais aumentadas, independentemente do controlo da rinite, suportando um significativo envolvimento da mucosa nasal na asma. A avaliação objetiva da função nasal pode ser considerada complementar à avaliação do controlo em crianças com rinite e asma.

CO 04 – Oscilometria de impulso na avaliação da hiperreactividade brônquica durante a prova de metacolina – Inadequada em obesos?

C Martins¹, L Carneiro-Leão¹, A Vilela¹, M Miranda¹, JL Plácido¹
¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto, PORTUGAL

Introdução: A obesidade é uma epidemia global, que tem impacto na fisiologia e fisiopatologia respiratória. Foram já descritas alterações da resistência e reactância das vias aéreas em pessoas com excesso de peso ou obesas. A oscilometria de impulso (IOS) é uma técnica de avaliação da função respiratória útil na avaliação das vias aéreas periféricas e, em conjunto ou em alternativa à espirometria, pode ser usada para a avaliação sequencial da broncoconstrição durante a prova de metacolina (MCT).

Objectivos: Avaliar a acuidade diagnóstica da IOS na identificação, em doentes com excesso de peso ou obesos, de uma MCT positiva, em comparação com a espirometria.

Métodos: Foram incluídos todos os doentes adultos que, entre Setembro de 2014 e Dezembro de 2015, efectuaram MCT por suspeita de asma no laboratório de função respiratória do serviço de Imunoalergologia do CHSJ. A MCT foi considerada positiva se uma dose cumulativa $\leq 8,45$ mcu provocasse uma queda do FEV1 $\geq 20\%$. A IOS e espirometria foram realizadas em todos os passos da prova de provocação, e por esta ordem. Os participantes foram organizados em grupos em função do seu índice de massa corporal (IMC): IMC <25 ou IMC ≥ 25 . Os sintomas brônquicos foram avaliados através do Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica (CARAT), usando as questões referentes às vias aéreas inferiores. O valor diagnóstico dos diferentes parâmetros da IOS foi avaliado usando curvas ROC.

Resultados: Foram incluídos 61 doentes, 46 (75,4%) do sexo feminino, com idade média (DP) de 33,3 (11,1) anos; 32(53,3%) tinham MCT positiva. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos relativamente a sexo, dif.espirometria durante a MCT (excepto para dif.FVC, mais elevado no grupo IMC ≥ 25 , $p=0,005$), dif.IOS (excepto em X5, mais elevado no grupo IMC ≥ 25 , $p<0,005$), sintomas brônquicos ($p=0,789$) ou

proporção participantes do sexo masculino vs sexo feminino ($p=0,813$) e MCT positiva vs negativa ($p=0,484$). Todos os parâmetros da IOS mostraram um bom poder diagnóstico, com uma AUC $\geq 0,75$ ($p<0,05$) para a deteção de uma MCT positiva no grupo IMC <25 ; pelo contrário, no grupo IMC ≥ 25 , nenhum parâmetro da IOS se revelou útil para este propósito, todos com AUC $\leq 0,600$, $p>0,05$.

Conclusão: A avaliação sequencial da broncoconstrição durante a MCT com a IOS só deve ser utilizada em alternativa à espirometria em doentes com IMC <25 , dado não apresentar um adequado poder diagnóstico em pessoas obesas ou com excesso de peso.

CO 05 – Elevada sobreposição dos fenótipos de asma no adulto e o seu impacto na doença – Estudo transversal de base populacional

R Amaral¹, J. A. Fonseca^{1,2,3}, T Jacinto^{1,2}, A. M. Pereira^{1,2}, A Malinovskii⁴, C Janson⁵, K Alving⁶

¹ CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

² Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Instituto e Hospital, Porto, PORTUGAL

³ CIDES, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁴ Departamento de Ciências Médicas: Fisiologia Clínica, Universidade de Uppsala, Uppsala, SWEDEN

⁵ Departamento de Ciências Médicas: Alergia e Doenças Respiratórias, Universidade de Uppsala, Uppsala, SWEDEN

⁶ Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Investigação Pediátrica, Universidade de Uppsala, Uppsala, SWEDEN

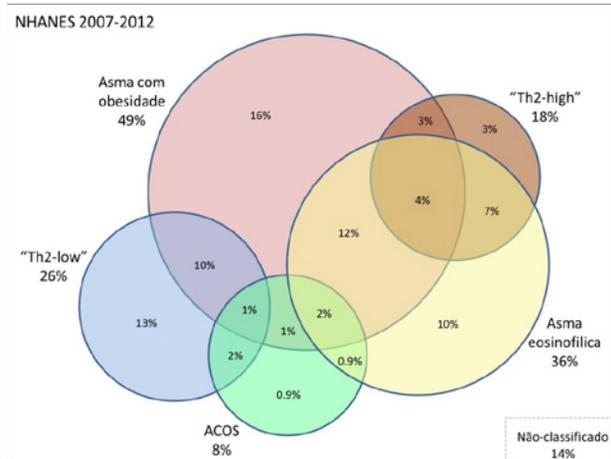
Objectivos: Descrever a proporção de sobreposição entre cinco fenótipos de asma numa população adulta e avaliar a sua influência na doença.

Métodos: Utilizaram-se dados representativos da população dos EUA obtidos no inquérito “National Health and Nutrition Examination Survey” (NHANES) entre 2007-2012 ($n=30442$). Foram incluídos adultos (>18 anos) com asma auto-reportada e sibilância/ pieira e/ou ataque de asma, nos últimos 12 meses. Os fenótipos de asma foram definidos como: asma eosinofílica (eosinófilos no sangue (Eos) $>300/\text{mm}^3$); asma com obesidade (IMC $>30\text{kg}/\text{m}^2$); ACOS (asma e bronquite crónica e/ou enfisema auto-reportados, diagnosticados em idades >40 anos e exposição tabágica); “Th2-high” (FeNO $>35\text{ppb}$) e “Th2-low” (FeNO $<20\text{ppb}$ e Eos $<150/\text{mm}^3$). Foi criado um diagrama Venn-Euler para ilustrar a sobreposição entre os fenótipos e utilizadas percentagens ponderadas de acordo com a estratificação da amostra. Para avaliar a relação entre a presença de múltiplos fenótipos de asma e os resultados clínicos foi calculado o odds ratio ajustado para o sexo, idade e raça (aOR).

Resultados: Dos 18619 adultos incluídos, 1059 (5,6% [IC95%: 5,4%-6,0%]) tinham asma e 634 tinham informação completa para classificação fenotípica. As proporções ponderadas dos fenótipos foram: 49% asma com obesidade, 36% asma eosinofílica, 26% “Th2-

-low”, 18% “Th2-high” e 8% ACOS. O diagrama revelou 12 categorias de sobreposição e um sub-grupo ‘Não-classificado’ (14%). Observou-se uma sobreposição elevada (50%), com 41% dos indivíduos a apresentarem dois e 9% três ou mais fenótipos de asma em simultâneo. Indivíduos com >2 fenótipos tinham valores de FEV1 e FVC inferiores ($p<0.001$ e $p=0.004$, respetivamente) e uma maior proporção de pacientes com FEV1<80% ($p<0.001$) e FEV1/FVC <LLN ($p=0.017$). Indivíduos com >3 fenótipos tinham idades superiores ($p<0.001$), mais absentismo laboral/escolar ($p=0.017$) e maior frequência de >2 sintomas de asma ($p=0,013$), em comparação com fenótipos isolados. Verificou-se uma associação significativa entre múltiplos fenótipos e idades mais avançadas (aOR=2.41 [IC 95%: 1.22-4.74]) e FEV1<80% (aOR=1.73 [IC 95%: 1.15-2.61]).

Conclusão: Foi observada uma elevada sobreposição entre os fenótipos de asma na população geral. A classificação em vários fenótipos está associada a pior função respiratória. Até que surjam novas classificações, mais robustas e obtidas por métodos não-supervisionados, propõe-se que a avaliação fenotípica inclua os vários fenótipos de asma atualmente existentes.



CO 06 – O tipo de refeição, mediterrânica versus fast food, influencia a imunomodulação pós-exercício

D.Silva¹, R Moreira², T Montanha³, O Sokhatska⁴, M Beltrão⁴, M Pinto⁴, V Garcia-Larsen⁵, L Delgado^{1,4}, P Moreira², J Carvalho³, A Moreira^{1,4}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto, PORTUGAL

² Faculdade de Ciências da Nutrição e da Alimentação da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

³ Centro de Investigação da Atividade Física e Lazer Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁴ Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁵ Respiratory Epidemiology, Occupational Medicine, and Public Health Group, National Heart and Lung Institute, Imperial, London, UNITED KINGDOM

Introdução: Os efeitos das intervenções nutricionais na moderação da resposta imune ao exercício têm sido contraditórios e o impacto de uma única refeição ainda desconhecido. Foi objetivo deste trabalho comparar o efeito de uma refeição Mediterrânica (MdM) contra um tipo Fast Food (FFM) convencional na resposta imune a uma prova de exercício (PE).

Métodos: Num ensaio clínico randomizado, cross-over, 46 participantes foram alocados aleatoriamente de forma equilibrada para o diagnóstico de asma (n=12), para a ordem de intervenção, de forma a efetuarem duas refeições isoenergéticas estandardizadas (FFM consistia em hamburger, batatas fritas e Cola® vs MdM com sopa de vegetais, massa, tomate, azeite, alho, pão, sardinha, fruta e água), seguido de prova de exercício (PE), de acordo com o protocolo Bruce em passadeira, separadas por 7 dias. Amostras de sangue foram colhidas antes e depois de cada refeição e imediatamente após a PE, onde se avaliou hemograma e leucograma (contagem diferencial) e subpopulações linfocitárias por citometria de fluxo (dados apresentados em %). A análise foi efetuada por intention to treat, as variáveis contínuas apresentadas como medianas e âmbito interquartil. O teste de Wilcoxon signed rank test foi usado para comparar diferenças entre as refeições.

Resultados: Os participantes tinham 25 anos [22;30], 26 eram mulheres e 7 não completaram o estudo. As PE foram similares nos parâmetros de VO₂, VCO₂ e RER, sendo a frequência cardíaca mais alta após a FFM. Independentemente do tipo de refeição, houve um aumento significativo da hemoglobina, número absoluto de leucócitos, subpopulações leucocitárias e plaquetas após a PE ($p<0.001$). O aumento do número de leucócitos (var. MdM 6350/mm³ [5250;7430] vs FFM 6740 [5680;8090], $p=0.018$) e monócitos (440 [285;550] vs 480 [380;570], $p=0.025$) foi mais significativo após a FFM. A percentagem relativa de CD3+ e CD19+ foi significativamente inferior após a FFM vs. MdM. Por outro lado, os valores de CD3+CD8+ e das T reg avaliadas por CD4+CD25+CD127-Foxp3+, mantiveram-se mais elevados após a FFM, respetivamente (var. FFM -1.6[-3.4; 0.5], $p=0.032$; MdM -2.8[-5.2; -0.6]; T reg: FFM -1.4[-2.4; 0.04], $p=0.005$ vs. MdM -2.5[-4.1; -0.8]).

Conclusões: A resposta imunológica ao exercício diferiu de acordo com o tipo de refeição, sendo que a refeição mediterrânica se associou a uma menor resposta leucocitária e a um menor declínio das células B e T, bem como uma menor presença de células TCD8+ e T reguladoras.

CO 07 – Plátano: Marcador de polissensibilização polínica?

J. Cosme¹, M Fernandes¹, C Ornelas¹, R Ferreira¹, A Spínola Santos¹, M Branco Ferreira^{1,2}, M Pereira Barbosa^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

² Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

O pólen do plátano é uma importante causa de polinose, sobretudo nos países mediterrâneos.

Objetivo: avaliar a frequência de sensibilização ao plátano (*Platanus acerifolia* – Bial Aristegui[®]) nos doentes (dts) atópicos seguidos em consulta e caracterizar o espectro de sensibilizações eventualmente associadas.

Metodologia: análise retrospectiva dos resultados dos 832 TCP realizados em 2015 em las consultas de Imunoalergologia, utilizando uma bateria standard que inclui plátano, outros aeroalergénios e alguns panalergénios. Analisaram-se os diâmetros registados das pápulas, considerando-se positivas as com >3mm. Análise descritiva e comparativa bivariada (teste χ^2) das restantes sensibilizações entre os dts sensibilizados ou não ao plátano. Nos sensibilizados ao plátano avaliaram-se ainda: dados demográficos e clínica de AR e/ou AA.

Resultados: dos 832 dts 613 (73,6%) tinham pelo menos um teste positivo a aeroalergénios, 61% destes sensibilizados a póle-

nes. O plátano foi a 3.^a sensibilização polínica mais frequente (28%). Os sensibilizados ao plátano (54% F; média de idades (\pm DP) de 39,5 (\pm 16,7) anos; 10% com <18 anos) apresentavam uma pápula para o plátano com diâmetro médio (\pm DP) de 7 \pm 4 mm. Nenhum doente monossensibilizado ao plátano, 4 com sensibilização polínica única ao plátano. No Quadro 1 estão indicados a frequência de AR, de AA e sensibilização a LTP e profilinas nos dts sensibilizados ao plátano com ou sem outros pólenes. Os sensibilizados ao plátano 97% têm rinite (28% destes com asma), 36% conjuntivite e 18% AA, com as rosáceas e os frutos secos como principais alimentos envolvidos. Comparativamente aos dts não sensibilizados ao plátano, os sensibilizados ao plátano apresentam maior frequência de sensibilização a oliveira (p=0,001) e a parietária, artemísia e profilinas (p< 0,001). Sem diferenças entre estes relativamente à sensibilização a gramíneas e a LTP. Verificou-se que os sensibilizados ao plátano apresentam mais frequentemente (62,4%) sensibilização a 3 ou mais pólenes do que não sensibilizados (14,7%).

Conclusões: Na amostra estudada, a sensibilização ao plátano foi a 3.^a mais frequente, surgindo, apenas, no contexto de polissensibilização. O largo espectro de sensibilização polínica e elevada frequência de sensibilização a profilina nos sensibilizados ao plátano, permite nos equacionar a hipótese do plátano ser um marcador de polissensibilização. Estudos moleculares são necessários para uma melhor caracterização desta polissensibilização.

Quadro 1: Frequência de alergia respiratória e alimentar, e de sensibilização a LTP e profilinas nos doentes sensibilizados ao plátano com ou sem outros pólenes

	n	% rinite/RS	% asma	% Rinite + asma	% conjuntivite	% Sens. LTP	% Sens. profilina	% AA
Sensibilização ao plátano	104	70	1	28	36	13	26	18
Pla⁺	4	75	0	25	50	25	25	0
Pla⁺ e Gram⁺	9	78	0	22	22	22	0	11
Pla⁺ e Olea⁺	2	0	0	100	0	0	0	0
Pla⁺ e Pariet⁺	3	67	33	0	33	0	0	0
Pla⁺ e Artem⁺	3	67	0	33	0	33	0	33
Pla⁺ e outras 2 sensibilizações polínicas	18	72	0	22	28	11	0	11
Pla⁺ e \geq3 outras sensibilizações polínicas	65	74	0	26	40	15	40	25

Legenda: AA – alergia alimentar; Artem⁺- sensibilizados a artemísia; Gram⁺ - sensibilizados a gramíneas; Olea⁺ - sensibilizados a oliveira; Pla⁺ - sensibilizados a plátano; Pariet⁺ - sensibilizados a parietária; RS – rinosinusite; Sens. – sensibilização.

CO 08 – Avaliação da permeabilidade nasal em crianças: Dados de 618 rinomanometrias consecutivasI Gonçalves¹, T Jacinto^{1,2,3}, R Amaral^{1,2}, L Araújo^{1,4}, M Couto¹, J A Fonseca^{1,2,4}¹ CUF Porto, Porto, PORTUGAL² CINTESIS (Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde), Porto, PORTUGAL³ ESSP–IPP (Escola Superior de Saúde do Porto), Porto, PORTUGAL⁴ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Porto, PORTUGAL**Objetivo:** Descrever a avaliação da permeabilidade nasal por rinomanometria e a sua variação após administração de vasoconstritor nasal em crianças.**Métodos:** Incluíram-se as crianças (idade <18anos) que realizaram rinomanometria (Masterscreen Rhino®) pré e pós administração de vasoconstritor nasal (cloridrato de fenilefrina), no CUF-Porto Hospital, consecutivamente, entre Janeiro/2014 e Junho/2016. Avaliaram-se variáveis demográficas (sexo, idade, etnia) e de permeabilidade nasal pré e pós vasoconstritor: fluxo nasal inspiratório e expiratório à direita e esquerda; resistências nasais inspiratória (RAARi) e expiratória (RAARe), medidas a 150Pa, à direita e esquerda; e a variação dos fluxos e resistências nasais. As medições das narinas direita e esquerda foram descritas globalmente, con-

siderando o número total de medições independentemente da lateralidade, e separadas em “melhor” e “pior” de acordo com o fluxo inspiratório basal.

Resultados: Avaliaram-se 465 crianças, 286 (62%) do sexo masculino, 99% caucasianas. Realizaram-se 618 rinomanometrias, sendo a idade média (desvio padrão) à data do exame de 10.5 (3.4) anos (mínimo-máximo: 4-17); 71 (12%) crianças tinham < 7 anos, 193 (31%) 7 a 9 anos, 176 (28%) 10 a 12 anos e 178 (29%) entre 13 e 17 anos. As variáveis de permeabilidade nasal estão descritas na tabela I. Nas faixas etárias, foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) em todas as variáveis totais com exceção das variações de fluxos e resistências após administração de vasoconstritor nasal. A mediana (P25;P75) dos fluxos inspiratórios na “melhor” narina foi de 212 (150;303) mL/s vs. 121 (80;178) mL/s na pior ($p < 0.001$). A variação na narina “pior” foi de 70% (23;148) vs. variação de 20% (-1;57) na “melhor” ($p < 0.001$). Após vasoconstrução, em 30% das crianças a narina “pior” atingiu um fluxo igual ou superior ao da narina “melhor”.**Conclusões:** As diferenças encontradas entre as faixas etárias indicam a necessidade de existência de valores de referência para diferentes idades. A elevada proporção de crianças com variação após vasoconstritor nasal parece suportar a sua utilidade em idade pediátrica.

	Total (n=618)	Grupos Etários				valor-p
		< 7anos (n=71)	7-9 anos (n=193)	10-12 anos (n=176)	13-17 anos (n=178)	
Fluxo insp (ml/s), med (P25;P75)						
Pré	150.0 (87.0;236.5)	134.0 (83.0;187.0)	127.0 (77.0;198.0)	147.5 (85.3;228.0)	200.0 (111.8;304.5)	<0.001
Δ	30.6 (0.7;100.8)	25.8 (0.0;82.2)	35.4 (1.3;110.3)	34.4 (0.2;97.0)	25.6 (3.1;103.9)	0.636
Fluxo exp (ml/s), med (P25;P75)						
Pré	119.0 (70.0;200.0)	108.0 (68.0;156.0)	94.0 (62.0;160.0)	122.5 (71.5;205.3)	166.0 (93.0;262.0)	<0.001
Δ	41.1 (3.9;110.1)	29.6 (-0.9;98.1)	57.4 (4.7;142.4)	43.4 (6.9;120.4)	36.9 (3.4;96.0)	0.083
RAARi (kPa*s/L), med (P25;P75)						
Pré	0.9 (0.6;1.5)	1.0 (0.8;1.5)	1.1 (0.7;1.7)	0.9 (0.6;1.5)	0.7 (0.5;1.2)	<0.001
Δ	-23.1 (-50.1;-0.4)	-20.0 (-42.9;0.0)	-26.1 (-52.4;-1.25)	-25.6 (-49.2;-0.2)	-20.4 (-50.9;-3.0)	0.492
RAARe (kPa*s/L), med (P25;P75)						
Pré	1.1 (0.7;1.9)	1.3 (0.9;2.1)	1.4 (0.8;2.1)	1.1 (0.7;1.9)	0.8 (0.5;1.4)	<0.001
Δ	-28.2 (-51.1;-1.5)	-20.1 (-43.8;0.9)	-33.7 (-55.1;-2.6)	-28.6 (-52.0;-4.1)	-25.9 (-47.8;-1.6)	0.088

Tabela I. Fluxos e resistências nasais e a sua variação após administração de vasoconstritor nasal. Foram considerados em conjunto os dados relativos às narinas direita e esquerda. insp- inspiratório; exp- expiratório; ml- mililitros; s- segundo; kPa- quilopascal; L- litros; med- mediana; P- percentil.

CO 09 – Rinite alérgica em doentes muito idosos

J. Gaspar-Marques^{1,2}, T. Palmeiro², I. Caires², N. Pinto¹, P. Leiria-Pinto^{1,2}, A. Botelho², N. Neuparth^{1,2}, P. Carreiro-Martins^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

² CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Campo dos Mártires da Pátria, Lisboa

Introdução: A investigação clínica acerca da rinite alérgica em indivíduos muito idosos é reduzida. A evidência acerca do grau de controlo e da percepção dos sintomas nesta faixa etária é diminuta.

Objectivos: Estimar a frequência e características clínicas da rinite alérgica numa amostra de indivíduos muito idosos residentes em lares. Avaliar a presença e padrão de sensibilizações a aeroalergénios nos doentes que reportaram rinite alérgica.

Métodos: No âmbito do Projeto OLDER (Obstructive Lung Diseases in Elders) aplicou-se um questionário médico padronizado englobando o questionário CARAT (Teste de Controlo da Asma e da Rinite Alérgica) e realizou-se testes cutâneos por picada para aeroalergénios a indivíduos muito idosos (≥ 75 anos) residentes em lares seleccionados. Foram excluídos os idosos com contra-indicações para a espirometria com prova de broncodilatação (outro dos exames auxiliares de diagnóstico realizado neste Projecto), ou sem desempenho cognitivo suficiente.

Resultados: Foram avaliados 107 idosos, com uma idade média de 85,6 anos ($\pm 5,2$ anos), sendo 65,4% do sexo feminino. Entre estes idosos houve 19 (17,8%; IC95%:11,7-26,1%) que reportaram rinite alérgica. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre estes doentes e os restantes idosos quanto à idade, sexo, diagnóstico reportado de asma, tabagismo, peso ou pressão arterial. Relativamente aos testes cutâneos por picada realizados, também a presença de sensibilizações aos aeroalergénios testados não foi superior nos doentes com diagnóstico reportado de rinite alérgica, comparativamente aos restantes idosos (21% vs 20%; $p=0,585$). Analisando a pontuação parcial de sintomas relativos à rinite alérgica do CARAT, a mediana da pontuação de sintomas reportados foi de 9 (P25-P75: 8-11), sendo que o número de classificados como tendo rinite controlada (pontuação parcial do CARAT >8) foi de 53% (IC95%:32-73%).

Conclusões: Foi encontrada uma fração significativa de doentes com diagnóstico médico reportado de rinite alérgica na amostra de idosos estudada, embora não se tenha observado sensibilização a aeroalergénios em muitos destes. Na amostra de doentes com diagnóstico médico de rinite alérgica reportado, uma parte significativa destes não tinha os sintomas controlados.

Financiamento: AstraZeneca – Produtos Farmacêuticos Lda.

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS II
ALERGIA ALIMENTAR / ALERGIA CUTÂNEA / ANAFILAXIA

Dia: 8 de Outubro

Horas: 08h30 – 10h30

Local: Sala 2

Moderadores: Carlos Lozoya, Célia Costa

CO 10 – Motivos de recusa de imunoterapia com veneno de himenópteros

L. Carneiro Leão¹, L. Amaral¹, A. Coimbra¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto, PORTUGAL

Introdução: A alergia a veneno de himenópteros (AVH) está associada a uma significativa morbidade e diminuição da qualidade de vida. A imunoterapia com veneno de himenópteros (VIT) é um tratamento seguro e o único eficaz na AVH. No entanto, alguns doentes decidem não efetuar esta terapêutica.

Objetivo: Identificar os motivos da recusa de VIT.

Métodos: Revisão dos registos clínicos dos doentes propostos para VIT entre 2006 e 2015, seguida de entrevista telefónica estruturada aos doentes que recusaram o tratamento.

Resultados: Foram incluídos 83 doentes; 55 (66%) eram do sexo masculino, com idade média de 44,4 anos ($\pm 14,7$). Dezanove (20%) eram apicultores, 20 (24%) atópicos, 4 (5%) tinham asma, 12 (15%) rinite e 15 (18%) patologia cardiovascular. Foram propostos para VIT com veneno de abelha 52 (63%), vespa 29 (35%) e polistes 2 (2%). A gravidade das reações, de acordo com a escala de Mueller, foi: I em 1 (1%) doente, II em 15 (18%) doentes, III em 37 (45%) e IV em 30 (36%). Entre 2006 e 2010 foi proposta VIT a 44 (53%) doentes e entre 2011 e 2015 a 39 (47%). Nove (21%) recusaram tratamento no período 2006-10 e 18 (46%) no período 2011-15 ($p=0,013$). Nove doentes interromperam a VIT precocemente (8 destes a partir de 2011).

Dos 27 doentes que recusaram VIT, 19 (70%) aceitaram participar na entrevista telefónica; 5 (26%) referiram evitar actividades ao ar livre por causa da AVH; 18 (95%) consideraram que a VIT era um tratamento muito importante. Quanto aos motivos da recusa da VIT, 14 (74%) afirmaram que o custo foi o principal motivo, 4 (21%) indicaram dificuldade em obter dispensa do trabalho para se deslocar ao hospital. Dezasete (90%) afirmaram que teriam realizado VIT se esta fosse gratuita e 10 (53%) se fosse comparticipada a 50%. Desde que optaram por não fazer VIT, 11 (58%) foram novamente picados e, destes, 9 tiveram pelo menos 1 episódio de anafilaxia.

Conclusão: Neste grupo de inquiridos o custo da VIT foi o principal obstáculo à realização do tratamento, deixando-os em risco. O número de doentes a recusar tratamento duplicou após 2011, ano em que a imunoterapia com alergénios deixou de ser comparticipada, revelando o impacto que uma decisão económica pode ter na segurança desta população. Aos médicos é confiada a responsabilidade de zelar pela saúde dos doentes. Devem por isso manter-se atentos a este tipo de decisões e divulgar as suas consequências negativas.

CO II – Alergia alimentar: As companhias aéreas estão preparadas?I Pádua¹, A Moreira^{2,3,4}, P Padrão^{1,2}, P Moreira^{1,2,5}, R Barros¹¹ Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL² Instituto de Saúde Pública – EPIUnit, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL³ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL⁴ Centro Hospitalar de São João, Porto, PORTUGAL⁵ Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

A alergia alimentar (AA) tem um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, condicionando inclusivamente as suas viagens. O objetivo deste trabalho foi avaliar a capacidade das companhias aéreas comerciais para assistir passageiros com AA. Um questionário on-line relativo à preparação das companhias aéreas para assistir passageiros com alergia alimentar foi endereçado a 841 companhias de 216 países. Após o convite inicial e 2 reminders, o contacto falhou com 117 companhias e 3 recusaram participar, sendo incluídas 721 companhias aéreas na amostra final.

Adicionalmente, as companhias aéreas constantes do Top 100 Airlines, de acordo com os World Airlines Awards 2015, foram contactadas de forma a obter resposta a uma simulação de reserva para um passageiro com AA que pretendia informações sobre a formação da tripulação, a disponibilidade de refeições adaptadas e a possibilidade de viajar com a sua própria comida e medicação. As informações disponíveis nos websites das companhias aéreas foram também analisadas.

Três das 721 companhias aéreas concluíram o inquérito, reportando ter tripulação treinada para lidar com situações de emergência e não restringir aos passageiros o transporte de alimentos ou medicação. Das restantes companhias, 713 não responderam e 5 reportaram não ser possível fornecer as informações solicitadas.

Considerando a simulação de reserva, foi obtida resposta por parte de 22 das 100 companhias contactadas. Seis remeteram para a informação disponível no seu website, 8 reportaram ter menus especiais para alergias alimentares, 2 tripulação com formação, 9 permissão para o transporte do injetor de adrenalina, e 11 permissão para o transporte de alimentos. Adicionalmente 8 companhias destacaram não poder assegurar um voo totalmente livre de alérgenos devido ao risco de contaminação cruzada. No que se refere às informações constantes no website das companhias aéreas, apenas 4% menciona que a tripulação tem formação, 22% têm menus especiais para AA, 40% recomenda o transporte de medicação e 26% refere a possibilidade de levar alimentos para bordo.

A maioria das companhias aéreas comerciais não está preparada nem consciencializada para o impacto da ocorrência de uma reação alérgica a bordo. Os nossos resultados reforçam a necessidade de formação das companhias aéreas, de forma a assegurar a segurança das famílias e aumentar a sua confiança em viajar de avião.

CO 12 – Alergia alimentar na população do ensino público pré-escolar e 1.º ciclo do concelho de PortimãoP. Silva¹, C. Vieira², N. Santos¹¹ Centro Hospitalar do Algarve, Portimão, PORTUGAL² Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina, Universidade do Algarve, Faro, PORTUGAL

Introdução: A prevalência de alergia alimentar (AA) parece estar a aumentar na Europa afectando significativamente a qualidade de vida dos doentes afetados, particularmente nas crianças. Por outro lado, o autodiagnóstico de AA sem confirmação por um médico pode ter consequências nutritivas nefastas neste grupo etário. Existem poucos estudos em Portugal que permitam conhecer com rigor a prevalência da AA, assim como características do seu autodiagnóstico.

Objetivo e Métodos: Este estudo pretendeu identificar crianças com AA aplicando um questionário a todos os responsáveis de educação aquando da inscrição no ensino pré-escolar e 1.º ciclo nas escolas públicas do concelho de Portimão em 2015. As suspeitas de AA sem diagnóstico médico foram posteriormente investigadas em consulta de Imunoalergologia.

Resultados: De um total de 2762 questionários distribuídos, obtiveram-se 1975 respostas (71,5%). Sessenta crianças (3,2%) tinham um diagnóstico de AA fornecido por um médico enquanto 91 (4,8%) faziam evicção alimentar devido a uma suspeita não-confirmada (autodiagnóstico) de AA. Dentro deste último grupo, foram confirmados em consulta 13 casos de AA (15%) e identificados 71 casos de evicção alimentar desnecessária. Os morangos, crustáceos e chocolate foram os alimentos que apresentaram menor concordância entre autodiagnóstico e verdadeira alergia. A prevalência final de AA diagnosticada foi de 3,7% (IC95%: 2,9-4,6%), mais frequentemente a leite de vaca (21% dos casos), frutos frescos (21%) e ovo de galinha (18%). Este estudo encontrou valores de prevalência de AA próximos dos reportados em outros estudos europeus mas com uma maior percentagem de alergia a frutos frescos.

Conclusões: O autodiagnóstico de AA foi elevado e infrequentemente confirmado, o que aponta para uma maior necessidade de esclarecimento na população acerca dos sintomas de AA na idade pediátrica.

CO 13 – Perfil de sensibilização ao amendoim numa população portuguesaP. Silva¹, N. Santos¹, J. Amado²¹ Centro Hospitalar do Algarve, Portimão, PORTUGAL,² Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina, Universidade do Algarve, Faro, PORTUGAL

Introdução: A alergia ao amendoim (*Arachis hypogaea*) é um problema de saúde pública com características clínicas e epidemiológicas heterogêneas, dependentes da geografia e populações estudadas. As proteínas de armazenamento Ara h 1, 2 e 3 são alérgenos major do amendoim e parecem ser responsáveis pelas reações mais graves. A proteína Ara h 9 parece ter importância em alguns países mediterrânicos.

Objectivo: Este estudo tentou caracterizar o padrão de sensibilização IgE-mediada a componentes moleculares específicos do amendoim e a panalergénios vegetais presentes neste alimento numa população portuguesa e compará-la com uma população controlo não-alérgica.

Métodos: Foram incluídos e comparados neste estudo, 10 doentes com alergia confirmada ao amendoim e 10 doentes com suspeita de alergia a amendoim que foi excluída (controlo). Os doentes realizaram prova de provocação aberta para confirmação ou exclusão de alergia em todos os casos. Foram recolhidos dados relativos à história clínica, realizados testes cutâneos por picada (TCP) com extratos de amendoim e com o alimento em natureza, e quantificada a IgE total e específica (sIgE) para amendoim e para os componentes moleculares Ara h 1, 2, 3, 8 e 9, Pru p 3 e 4 e Bet v 1.

Resultados: Isoladamente, nenhum elemento da história clínica permitiu distinguir entre doentes alérgicos e tolerantes. No entanto, os valores de sIgE para amendoim, Ara h 1, 2, 3, 9 e Pru p 3, assim como o diâmetro médio da pápula de TCP com extrato de amendoim em natureza, foram significativamente mais elevados ($p < 0,05$) no grupo de doentes alérgicos. De todos os testes utilizados, a sIgE para Ara h 2 apresentou os melhores valores de sensibilidade (95% CI) – 100% (54-100) e de especificidade – 71% (42-92). A combinação de sIgE para Ara h 2 e Ara h 9 apresentou uma sensibilidade de 90% (56-100) e especificidade de 90% (56-100). Verificou-se que a utilização de Ara h 1, 2, 3 e 9 permitiria identificar corretamente todos os casos de alergia a amendoim.

Os doentes com reações mais graves não apresentaram valores mais elevados ou um perfil distinto dos doentes alérgicos com reacções ligeiras.

Conclusões: No grupo de doentes estudado, a determinação de sIgE para os componentes moleculares de amendoim permitiu distinguir entre doentes alérgicos e tolerantes, destacando-se a importância de Ara h 2 e 9. Métodos de diagnóstico deste tipo poderão ser úteis em casos nos quais não é possível ou desejável realizar uma prova de provocação.

CO 14 – Alergia a crustáceos e cefalópodes em idade pediátrica

L Amaral¹, L Carneiro-Leão¹, D Silva¹, A Coimbra¹

¹ Centro Hospitalar de São João, Porto, PORTUGAL

Introdução: Os dados epidemiológicos relativos à alergia a crustáceos e cefalópodes na população pediátrica são ainda limitados. O objetivo deste estudo foi avaliar as características clínicas de crianças com suspeita de alergia alimentar (AA) a crustáceos e/ou cefalópodes

Métodos: Estudo retrospectivo com revisão dos processos clínicos das crianças referenciadas à Unidade de Alergia Alimentar de um Hospital Universitário entre 2012 e 2015, com suspeita de AA a crustáceos e/ou cefalópodes. As características demográficas, a história clínica, bem como os resultados dos testes cutâneos por picada (TCP) com extratos comerciais, picada-picada (TCPP), IgE específicas (sIgE) e da prova provocação oral (PPO) foram analisados.

Resultados: Foram incluídas 30 crianças, 53% do sexo feminino, com mediana (intervalo interquartil) de idade de 11 (8) anos, das quais, 5 (17%) eram de idade pré-escolar. A maioria (60%) apresentava rinite, 33% asma e 23% dermatite atópica. No total, 19 (63%) tinham sensibilização a aeroalergénios, 70% a ácaros e 40% eram polissensibilizadas (ácaros e pólenes).

A grande maioria das crianças (93%), tinha suspeita de AA a crustáceos; 27% a crustáceos e cefalópodes. Relativamente às manifestações clínicas com os alimentos suspeitos, 17 (57%) reportaram reações mucocutâneas e destas, 4 crianças apresentaram urticária de contacto com o alimento suspeito; 23% anafilaxia; 10% sintomas gastrointestinais; 10% sintomas oculares e respiratórios superiores com a exposição a vapores. Nesta amostra, o diagnóstico de asma não se associou a reações mais graves/ anafilaxia ($r=0,052$; $p=0,226$). Em 11 crianças (37%), a concordância da história clínica com TCP, TCPP e sIgE positivos, corroborou o diagnóstico de AA a crustáceos e destas, 5 (45%) a crustáceos e cefalópodes. Nas restantes 19 (63%) foram realizadas um total de 22 PPO e apenas 1 foi positiva, com camarão cozido.

Conclusões: Portugal é um dos países da União Europeia com maior consumo per capita de crustáceos e cefalópodes. Nesta amostra, foi demonstrada AA a crustáceos em 40% e em 17% AA a crustáceos e cefalópodes. A realização de PPO foi crucial para a exclusão da suspeita de AA, permitindo evitar dietas de eliminação.

CO 15 – Anafilaxia a pinhão – Marcadores moleculares de reactividade cruzada

F Regateiro¹, B Bartolomé¹, I Carrapatoso², A L Moura², A Todo-Bom², E Faria²

¹ Serviço de Imunoalergologia, CH Universitário de Coimbra/ Instituto de Imunologia, Faculdade de Medicina, U. Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

² Serviço de Imunoalergologia, CH Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

³ Bial-Aristegui, Bilbao

Introdução: A alergia a pinhão é rara: existem apenas 45 casos reportados (75% associados a anafilaxia). Os alergénios moleculares envolvidos são mal conhecidos. Apresentamos os casos clínicos de dois doentes com anafilaxia alimentar a pinhão desde a infância, com diferentes perfis de reactividade cruzada, e o estudo molecular dos alergénios envolvidos.

Casos clínicos: Doente 1 (D1), sexo masculino, 22 anos, teve dois episódios de anafilaxia, aos 9 e aos 20 anos de idade, minutos após a ingestão de pinhões ou fast-food em que pinhão estava oculto. Tolerava outros frutos secos e morangos. Apresenta ainda episódios de anafilaxia ao contacto com látex também desde a infância. Testes prick a alimentos aos 21 anos (mm): Histamina 6, pinhão 12, látex 15x9, morango 12x3, pêsego polpa 4. Negativos a outros frutos secos e leguminosas. Triptase basal 4,2 ug/L, IgE total 159 UI/ml, sIgE (KU/L): pinhão 20,8 kU/L; amêndoa 0,07; amendoim 0,09; Ara h 2 0,00; Hev b 5 0,28; Hev b 6 0,74.

Doente 2 (D2), sexo masculino, 13 anos, teve um episódio de choque anafilático aos 9 anos imediatamente após a ingestão de caramelo de

pinhão, e um episódio de anafilaxia aos 12 anos após a ingestão de molho pesto. Apresenta eczema atópico grave, asma brônquica e rinosinusite a aeroalergénios. Testes prick a alimentos aos 12 anos (mm): pinhão 6, amendoim 5, amêndoa 4, semente de girassol 3, pistachio 5. Pru p 3 e látex negativo. Prick-prick (mm): pinhão 7, caramelo de pinhão 6, molho pesto 7 e amendoim 4. IgE total 770 UI/L. sIgE (KU/L): pinhão 7,70; amêndoa 0,63; amendoim 2,54; avelã 0,81; noz 0,67.

Estudo molecular: Foi realizado SDS-PAGE immunoblotting utilizando o soro dos doentes e extracto de pinhão em condições redutoras e não redutoras. D1 reconhece bandas de 8-10kDa e 31-32kDa. D2 reconhece várias bandas entre 28-50kDa. Foi avaliada a reactividade cruzada de D2 entre o pinhão e outros frutos secos por immunoblotting de inibição com extratos de amendoim e amêndoa: a pré-incubação do soro com extrato de pinhão inibiu o reconhecimento de todas as proteínas.

Discussão: As reactividades cruzadas distintas entre os doentes poderão ser justificadas pelo reconhecimento de diferentes alergénios moleculares. Uma albumina 2S, de 6kDa, poderá ser responsável pela monossensibilização a pinhão de D1, dada a baixa homologia entre Gimnospérmicas e Angiospérmicas. D2 poderá estar sensibilizado a uma vicilina (50kDa) e a outras proteínas com reactividade cruzada ainda não identificadas.

CO 16 – Características de base de doentes portugueses com urticária crónica refratária a anti-histamínicos: dados recolhidos no estudo observacional aware

A Rodrigues Martins¹, C Costa², I Rosmaninho³, A Guilherme³, J Ferreira³, J Antunes⁴, A Pina⁴, S Prates⁵, J G Marques⁵, F Azevedo⁶, A P Cunha⁶, C Brito⁷, A F Massa⁸, J Teles de Sousa⁹, G Cunha Velho¹⁰, I Raposo¹⁰, G Marques Pinto¹¹, V Sousa¹¹

¹ Novartis Farma, Produtos Farmacêuticos, S.A, Lisboa, PORTUGAL

² Serviço Imunoalergologia, Hospital de Sta. Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

³ Serviço Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Gaia, PORTUGAL

⁴ Serviço Dermatologia, Hospital de Sta. Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

⁵ Serviço Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, PORTUGAL

⁶ Serviço Dermatologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto, PORTUGAL

⁷ Serviço Dermatologia, Hospital de Braga, Braga, PORTUGAL

⁸ Serviço Dermatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Gaia, PORTUGAL

⁹ Serviço Dermatologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, PORTUGAL

¹⁰ Serviço Dermatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

¹¹ Serviço de Dermatologia, Hospital dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, PORTUGAL

Objetivo: Existe falta de informação relativamente à caracterização da urticária crónica (UC) e ao seguimento dos doentes na prática clínica. Assim, este trabalho teve como objetivo a descrição das características à data da visita de início de um coorte de doen-

tes portugueses com UC refratária à dose aprovada de anti-histamínicos HI (anti-HI) incluídos no estudo AWARE.

Metodologia: Estudo prospetivo internacional, não interventivo, com a duração de 2 anos, que visa a recolha de dados de prática clínica relativamente a diagnóstico, impacto da doença e tratamento de doentes com UC. Em Portugal o estudo decorre em 10 centros hospitalares e na visita de início foi possível recolher os dados demográficos dos doentes, informação sobre a utilização de recursos associados à UC [Serviço de Urgência (SU), consultas, absentismo], exames de diagnóstico, terapêutica, bem como os resultados reportados pelos doentes relativamente à atividade da doença [Weekly Urticaria Activity Score (UAS7)] e ao impacto desta na sua qualidade de vida [Dermatological Life Quality Index (DLQI)].

Resultados: O estudo incluiu 76 doentes portugueses com UC, 88% com Urticária Crónica Espontânea (UCE), 76,3 % mulheres, com uma idade mediana de 46,5 anos (IQR=25) e com uma duração mediana de urticária de 4 anos (IQR=7). A proporção de doentes com comorbilidades foi de 75 %, estando a ansiedade e depressão diagnosticadas em 35,1 e 40,4% dos doentes, respetivamente. O angioedema foi reportado por 39,5 % dos doentes nos últimos 6 meses. Mais de 50% dos doentes afirmaram ter recorrido ao SU desde a data de diagnóstico de UC e 26 % terem estado de baixa médica devido à UC. Relativamente ao diagnóstico, os métodos mais utilizados foram: hemograma, velocidade de sedimentação, proteína C reativa, testes cutâneos por picada, teste do soro autólogo, testes epicutâneos e biópsia cutânea. À data da visita de início a terapêutica mais utilizada, em 90,8% dos doentes, eram os anti-HI de 2.ª geração. A atividade da UCE reportada pelos doentes foi variável, com 29,3 % reportando UCE controlada (UAS7 entre 0 e 6) e 14,6% reportando UCE grave (UAS7 entre 28 e 42), verificando-se uma correlação positiva (Spearman $r=0,737$, $n=38$, $p=0.001$) entre a atividade da doença e o impacto na qualidade de vida.

Conclusão: Trata-se do primeiro estudo observacional de UC realizado em Portugal envolvendo doentes com diferentes tipos e graus de atividade da doença, o que permitiu uma análise detalhada da população incluída no estudo.

CO 17 – Eczema atópico grave e omalizumab – Avaliação após 1 ano de tratamento

R Aguiar¹, A Lopes¹, A Mendes¹, A C Costa¹, F Duarte¹, E Alonso¹, A Santos¹, E Pedro¹, M A Barbosa^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

² Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: O controlo do eczema grave nem sempre é possível apesar da otimização terapêutica. O tratamento com omalizumab está associado a uma melhoria clínica e qualidade de vida (QoL) em doentes (dtes) com Eczema atópico (EA).

Objectivo: Avaliar a eficácia e QoL de dtes com EA grave sob omalizumab.

Métodos: Foram avaliados dtes com EA grave, refratários à terapêutica, após 1 ano de tratamento com omalizumab. A resposta clínica foi avaliada pela terapêutica utilizada e pelo SCORAD (Sco-

ring Atopic Dermatitis) e DLQI (Índice de Qualidade de Vida-Dermatologia). Os dados do SCORAD e DLQI aos 12 meses (T12) foram comparados com os da fase inicial (T0). Calculou-se a medicação diária/SOS em T0 e T12. Os dados foram analisados através do SPSS, versão 17[®] e um valor $p < 0,05$ foi considerado significativo.

Resultados: 24 dtes (10F) com EA grave, média de idade 31 anos. IgE total 8835 (2296-21691) KU/L. Todos os dtes, estavam medicados com montelucaste 10mg/dia, corticosteroides tópicos e orais (20mg/dia), inibidores da calcineurina tópicos e antihistamínicos anti-H1/H2 (dose máxima).

7 dtes sensibilizados a ácaros realizaram Imunoterapia Específica a Alergénio durante 16 meses (6-36 meses), sem melhoria. 12 dtes medicados com ciclosporina, 2 dtes com azatioprina e 1 com Imunoglobulina G (1000 mg/kg/mês) sem resposta.

O Omalizumab sc, 300-600mg a cada 2 semanas numa média de 16 (12-73) meses.

Da comparação entre T0 e T12 verificou-se que a medicação habitual/SOS foi reduzida na dose/número de fármacos, a corticoterapia sistémica foi suspensa sem reagravamento clínico e a média do SCORAD passou de 65,5 (T0) para 28,5 (T12).

15 de 24 dtes tiveram uma melhoria completa (65,2%) e 6 (26,1%) dtes tiveram uma resposta parcial, embora o tempo médio do início do tratamento até à melhoria inicial tenha sido variável. Após o tratamento apenas 1 doente (4,3%) não melhorou.

A análise do DLQI score mostrou que a patologia cutânea tem um efeito moderado-grave na QoL de 12/24 dtes, isto é, em 50%. Em T0 o DLQI mostrou que o EA apresentava efeito extremamente grave na QoL dos dtes (score médio 20) em comparação com T12 (score médio 7), que apresentava impacto moderado na QoL.

A análise inferencial mostrou que a QoL não apresenta correlação significativa com duração da terapêutica com Omalizumab, $p=0,04$.

Conclusão: Omalizumab foi eficaz no tratamento do EA grave refractário a outras terapêuticas. O tratamento demonstrou um bom perfil de segurança e na percepção dos dtes associou-se a uma melhoria da QoL.

CO 18 – Dermatite de contacto alérgica a medicamentos tópicos de oftalmologia – Série de 47 doentes submetidos a testes epicutâneos

F Regateiro¹, J Azevedo², M Gouveia³, E Faria², M Gonçalo^{3,4}

¹ Serviço de Imunoalergologia, CH Universitário de Coimbra/ Instituto de Imunologia, Faculdade de Medicina, U. Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

² Serviço de Imunoalergologia, CH Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

³ Serviço de Dermatologia, CH Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: A dermatite de contacto alérgica (DCA) por medicamentos tópicos do foro oftalmológico é rara.

Métodos: Estudo retrospectivo baseado na consulta das fichas alergológicas dos doentes com dermatite imputável ao uso de

colírios/pomadas oftálmicas e que realizaram testes epicutâneos (TEp) no Serviço de Dermatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra entre 2006 e 2015. Foram avaliados: a localização da dermatite, os fármacos suspeitos, e os resultados dos TEp com as séries Básica Europeia/Portuguesa de alergénios, de oftalmologia, de medicamentos tópicos e seus veículos, e com os medicamentos utilizados pelos doentes, testados de acordo com as recomendações da European Society of Contact Dermatitis.

Resultados: Foram testados 47 doentes com suspeita de DCA a medicamentos tópicos de oftalmologia: 38 (81%) do sexo feminino e 9 (19%) do sexo masculino, com idade média 60,1 anos. As patologias oftalmológicas mais frequentes foram: glaucoma (60%), conjuntivites de diversos tipos (21%) e cirurgias oftálmicas (12,8%). Os medicamentos mais frequentemente usados foram o maleato de timolol (30 doentes), a dorzolamida (16) e o latanoprost (12). O eczema era localizado às pálpebras em 34 doentes (72,3%), pálpebras e outras localizações em 12 (25,6%), e localizado apenas às mãos num caso de exposição ocupacional.

Sete doentes tiveram resultados negativos apesar do elevado índice de suspeição. Entre os outros 40, a média de alergénios positivos foi 2,65/doente, embora alguns sem relação direta com o uso de tópicos oftálmicos. Foram consideradas relevantes as sensibilizações em 35 doentes, com uma média de 1,51/doente. Os agentes diagnosticados como causadores de DCA foram os colírios com beta-bloqueantes (17 doentes; maleato de timolol em 11 casos, num deles com reação também a carteolol), antibióticos (9), tetracaína (2), fenilefrina (2), corticosteroides tópicos (1) e sulfato de atropina (1). Em alguns casos identificámos excipientes possivelmente relacionados com a DCA (cloreto de benzalcónio, iodopovidona, lanolina). A suspensão do fármaco identificado permitiu a resolução da DCA em 92% dos doentes.

Conclusões: Os testes epicutâneos, incluindo séries de alergénios comercializados e produtos utilizados pelo doente, são úteis na identificação dos alergénios envolvidos na DCA. A polissensibilização e os testes não relevantes são frequentes, dificultando a interpretação dos resultados. Além dos princípios ativos, importa também testar os excipientes destes medicamentos.

CO 19 – Anafilaxia causada por LTP (lipid transfer proteins): Síndrome heterogénea com apresentação clínica complexa

L Mota¹, A Gaspar¹, F Benito-Garcia¹, M Correia¹, C Arêde¹, S Piedade¹, G Sampaio¹, G Pires¹, C Santa-Marta¹, L M Borrego^{1,2}, M Morais de Almeida¹

¹ Hospital CUF Descobertas, Centro de Alergia, Lisboa, PORTUGAL

² CEDOC, NOVA Medical School, Imunologia, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: As lipid transfer proteins (LTP) são panalergénios resistentes ao calor e à hidrólise gástrica presentes em diversas espécies vegetais, como frutos, leguminosas, sementes e frutos secos, tal como em pólenes. Constituem uma causa comum de anafilaxia induzida por alimentos (AIA) na zona Mediterrânica e têm sido apontadas como a principal causa de anafilaxia induzida pelo exercício dependente da ingestão de alimentos (AIEDA).

Objectivo: Com este trabalho pretende-se descrever as características clínicas e o perfil de sensibilização de doentes com AIA relacionada com LTP.

Metodologia: Incluídos 31 doentes [idade média 26,4 (\pm 12,4) anos, 29% com <18 anos e 55% do género feminino] com história clínica de AIA e cuja investigação alergológica confirmou sensibilização a LTP. Foram testados com um painel de múltiplas espécies de alimentos vegetais e pólenes e doseadas IgE específicas para LTP. A sensibilização a LTP foi avaliada por testes in vivo (Pru p 3, extrato LTP, Bial-Aristegui[®]) e/ou testes in vitro (IgE específicas, ImmunoCAP/ISAC, ThermoFisher[®]).

Resultados: A idade mediana no primeiro episódio de anafilaxia foi de 24 [2-51] anos; 48% eram asmáticos, 65% atópicos, 52% com polinose e 16% tinham cosensibilização a profilinas. A anafilaxia associada a LTP representou, no nosso centro, 17% das causas de AIA. Os alimentos implicados foram: rosáceas-35% (pêssego e maçã), frutos secos-26% (noz, caju e avelã), sementes-23% (sésamo, girassol e linhaça) e leguminosas-19% (amendoim, feijão verde, bagas goji, milho e tomate). Três doentes apresentaram AIEDA (feijão verde, frutos secos, tomate e milho). As manifestações foram mucocutâneas-100%, respiratórias-87%, cardiovasculares-23% e gastrintestinais-23%. Em 77% a reacção ocorreu nos primeiros 30 minutos após ingestão alimentar e 29% tiveram 3 ou mais episódios de AIA antes do diagnóstico etiológico.

Conclusões: As LTP são uma causa importante de AIA no nosso país. A sensibilização a LTP, por envolver um grupo heterogéneo de alimentos não relacionados taxonomicamente, motiva frequentemente reacções recorrentes até ao diagnóstico. As LTP são um marcador de risco em doentes com reacções graves de causa desconhecida. A expressão clínica da sensibilização é imprevisível e pode depender do efeito de cofatores como o exercício. A gestão do plano alimentar é particularmente desafiante pela presença destes alergénios num grande número de vegetais.

CO 20 – Anafilaxia induzida pelo frio em idade pediátrica: Um perigo iminente

F Benito Garcia¹, I Mota¹, M Correia¹, A Gaspar¹, S Piedade¹, M Morais de Almeida¹

¹ Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, LISBOA, PORTUGAL

Introdução: A urticária ao frio (UF), um subtipo de urticária induzida geralmente benigno e autolimitado pode ser responsável, em alguns casos, por reacções anafiláticas, potencialmente fatais, em especial durante atividades aquáticas pelo eventual risco de afogamento.

Objectivo e Metodologia: Efetuou-se a caracterização retrospectiva de 10 crianças com anafilaxia induzida pelo frio, observadas no centro de Imunoalergologia, avaliando apresentação clínica, etiologia, resultado do teste de estimulação ao frio, história pessoal de atopia e duração da doença.

Resultados: A idade média da primeira reacção anafilática foi 10,6 \pm 3,3 anos [2;14], sem predomínio de género. A maioria (80%) era atópica. Uma criança tinha história familiar de UF. Oito crianças apresentaram padrão de UF tipo III com manifestações muco-

cutâneas associadas a sintomas hipotensivos, e duas UF tipo II, uma com angioedema generalizado, cólicas abdominais e dificuldade respiratória e outra com urticária generalizada e broncospasmo. Os sintomas ocorreram poucos minutos após exposição ao frio (mediana de 4,5 minutos, com início até 15 minutos). Metade das crianças tinha pelo menos 6 episódios de UF. Todos os casos foram classificados como UF idiopática. As principais condições desencadeantes foram atividades aquáticas no mar/piscinas exteriores ou exposição ao ar frio. Algumas crianças reagiram em contacto com objetos frios (2), com ingestão de bebidas frias (1) e no bloco operatório (1). O teste do cubo de gelo foi positivo em todos os doentes: menos de 3 minutos de estimulação em 4 crianças, 5 minutos em 1, 10 minutos em 3 e 20 minutos em 2. Foi conseguido controlo da UF em todos os doentes sob terapêutica anti-histamínica profilática e medidas de evicção. Foi prescrito dispositivo auto-injector de adrenalina em todas as crianças. Ocorreu remissão da UF em 5 doentes (média de duração: 3,4 anos).

Conclusões: A anafilaxia induzida pelo frio é uma forma rara e grave de urticária física em idade pediátrica, sendo geralmente idiopática. O teste do cubo de gelo é um exame complementar útil para a confirmação do diagnóstico e para o seguimento dos doentes. A prevenção e a atuação imediata com dispositivo auto-injector de adrenalina devem ser enfatizadas e o ensino ao doente / prestadores de cuidados reforçado. Na maioria das crianças as reacções ocorreram durante atividades aquáticas, realçando a importância do reconhecimento desta entidade clínica.

CO 21 – Estudos preparatórios para a utilização de text mining para a classificação automática de registos de alergias e reacções adversas

M Castro¹, A Sá e Sousa³, J Fonseca^{2,3}, A Pereira³, R Amaral³, I Gonçalves³, B Pinto³, J Souza³, A Freitas^{2,3}

¹ Faculdade de Ciências da Universidade do Porto e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

² Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Porto, PORTUGAL

³ Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, PORTUGAL

O Catálogo Português de Alergias e outras Reacções Adversas (CPARA) utiliza a terminologia clínica SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms) para classificação normalizada das alergias e reacções adversas. No entanto é sentida a necessidade de um sistema capaz de identificar e classificar automaticamente de acordo com o CPARA registos clínicos em texto livre. Assim, pretendemos utilizar técnicas de text-mining para a criação de uma ferramenta de conversão automática, de texto livre para a terminologia SNOMED CT, em registos eletrónicos de alergia e reacções adversas.

Foram obtidos registos clínicos de doentes observados em consulta de Imunoalergologia e casos clínicos publicados na Revista Portuguesa de Imunoalergologia.

Estes foram classificados com base na terminologia SNOMED CT por dois métodos 1) manualmente, por um especialista em Imu-

noalergologia; 2) automaticamente, por técnicas de text-mining. Para a criação do protótipo da ferramenta foram classificados 74 registos clínicos de doentes e 5 casos clínicos publicados.

De forma a estruturar a informação presente nos textos dos registos clínicos, numa etapa de pré-processamento, foram aplicados algoritmos disponíveis através do software RapidMiner, nomeadamente os processos de tokenização, “steeming”, “N-gramming” e “filter stop words”. Nesta etapa, foi também utilizado um filtro para a identificação de palavras-chave associadas às definições de cada código SNOMED CT.

Foi construído um modelo de classificação, com base na informação estruturada e na classificação manual, através de técnicas de machine learning, nomeadamente classificadores bayesianos, árvores e regras de decisão.

Para melhorar o modelo de classificação é necessário aumentar a quantidade e diversidade de registos a classificar. Assim, abrimos a participação de todos que queiram colaborar neste projeto, através do envio de textos reais, descrevendo reações alérgicas (desde que estritamente anonimizados) para os autores deste trabalho. Este estudo preparatório mostra o potencial das técnicas de text-mining para a melhoria de identificação de casos de alergias e reações adversas, permitindo extrair de registos clínicos em texto livre, informação estruturada em terminologia SNOMED CT conforme o CPARA. Através de uma colaboração alargada dos médicos interessados será exequível obter um modelo de classificação adequado para a utilização desta ferramenta.

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS III ALERGIA A FÁRMACOS

Dia: 9 de Outubro

Horas: 08h30 – 10h30

Local: Sala I

Moderadores: Cristina Santa Marta, Elza Tomaz

CO 22 – Internamentos em crianças com registo de alergia a penicilinas: Uma avaliação de custos, comorbilidades e tempo de internamento

B Sousa-Pinto^{1,2,3}, A Freitas^{2,3}, L Araújo^{1,3}

¹ Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

² Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde (CIDES), Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

³ Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde (CINTESIS), Porto, PORTUGAL

Objectivo: Comparar os internamentos ocorridos em crianças com e sem registo de alergia às penicilinas no que diz respeito às características dos pacientes, tempo de internamento, mortalidade intra-hospitalar e custos estimados das hospitalizações.

Metodologia: Foi utilizada uma base de dados contendo todos os internamentos ocorridos nos hospitais públicos de Portugal Continental ao longo de um período de 15 anos (2000-2014), tendo sido identificados todos os episódios ocorridos em crianças e com registo de alergia às penicilinas. Estes episódios foram comparados, quanto à idade e diagnóstico principal dos pacientes, com um igual número de internamentos pediátricos sem registo de alergia às penicilinas. Adicionalmente, os episódios com registo de alergia às penicilinas foram comparados, no que diz respeito às comorbilidades dos pacientes (avaliadas pelo índice de Charlson), tempo de internamento, mortalidade intra-hospitalar e custos estimados das hospitalizações (calculados através dos pagamentos por GDH), com internamentos sem registo alérgico equiparados para a idade, sexo e diagnóstico principal.

Resultados: Registaram-se 1722 hospitalizações em crianças com registo de alergia às penicilinas. A idade mediana dos pacientes foi significativamente mais elevada nos episódios com registo de alergia às penicilinas (11 anos vs. 4 anos; $p < 0.001$). O diagnóstico de amigdalite constituiu o diagnóstico principal mais frequente, tanto entre os internamentos com registo de alergia às penicilinas como nos restantes, representando, respectivamente 17,6% e 7,4% dos casos. Quando comparados com os episódios sem registo alérgico equiparados para a idade, sexo e diagnóstico principal, os internamentos ocorridos em crianças com alergia às penicilinas foram em média significativamente mais longos (5 dias vs. 4 dias; $p = 0.008$), e associaram-se a um índice de comorbilidades de Charlson médio significativamente superior (0.11 vs. 0.09; $p < 0.001$). Apesar de os custos médios das hospitalizações serem tendencialmente mais elevados no grupo que registava alergia às penicilinas (2096 Euros vs. 1748 Euros), a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0.093$).

Conclusões: As crianças com registo de alergia às penicilinas evidenciam internamentos mais longos, com mais comorbilidades e tendencialmente com custos mais elevados. Desse modo, é fundamental estabelecer um correcto diagnóstico de alergia às penicilinas, de modo a evitar os seus impactos negativos.

CO 23 – Anafilaxia induzida por fármacos: Casuística de 5 anos

I Mota¹, A Gaspar¹, F Benito-Garcia¹, M Correia¹, M Chambel¹, M Morais de Almeida¹

¹ Hospital CUF Descobertas, Centro de Alergia, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A anafilaxia induzida por fármacos (AIF) é a causa mais comum de anafilaxia fatal. Embora os testes cutâneos (TC) e as provas de provocação (PP) confirmem o diagnóstico, nos casos graves o diagnóstico é maioritariamente baseado na história clínica. Objectivo: Caracterização dos doentes (dts) com AIF e sua investigação alergológica.

Metodologia: Revisão sistemática dos dts com história clínica compatível com AIF referenciados para o centro de alergia medicamentosa entre janeiro 2011 e dezembro 2015. Os dts foram investigados de acordo com recomendações da European Network for Drug Allergy, através da realização de TC e/ou testes in vitro (se disponíveis) e de PP (quando indicado).

Resultados: Incluídos 114 dts com idade média de 41,5 (\pm 16,8) anos, 10% <18 anos, 68% género feminino, 72% atópicos e 23% asmáticos. A idade mediana no primeiro episódio de anafilaxia foi de 36,5 [1-74] anos; 19 dts tiveram episódios recorrentes. As principais etiologias foram anti-inflamatórios não-esteróides (AINE) (50 dts) e antibióticos (AB) (46 dts). Os AINE implicados foram: ácido acetilsalicílico (15), ibuprofeno (13), metamizol (13), diclofenac (9), paracetamol (3), etodolac, ceterolac e clonixina (1 cada). Os AB foram: beta-lactâmicos (BL) (37), quinolonas (4), macrólidos (3), fosfomicina (1) e minociclina (1). Os outros agentes implicados foram: relaxantes neuromusculares (5), inibidores da bomba de protões (5), carboplatina (3), corticosteróides (2), anestésicos locais (2), ranitidina, midazolam e azul patente (1 cada). As manifestações foram mucocutâneas-96%, respiratórias-80% e cardiovasculares-45%. Em 25% reacção em ambiente hospitalar e 12% perioperatória. Diagnóstico suportado em 80 dts (70%), através de TC em 66 deles e os restantes por testes in vitro ou PP. Pela gravidade das reacções e falta de testes padronizados para alguns fármacos, os dts cujo diagnóstico de AIF foi baseado na história clínica, foram provocados com sucesso com fármacos alternativos.

Conclusões: Os AINE e AB, particularmente BL, foram responsáveis pela maioria das AIF. Foram reportadas reacções em todas as faixas etárias. A heterogeneidade de mecanismos envolvidos, a gravidade das reacções clínicas e a falta de testes padronizados in vivo e/ou in vitro justifica que estes dts devam ser avaliados em centros diferenciados, de modo a permitir um diagnóstico correto, prevenir a recorrência e encontrar alternativas seguras.

CO 24 – Investigação alergológica de 410 doentes com suspeita de hipersensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos

F Benito Garcia¹, I Mota¹, M Correia¹, A Gaspar¹, M Chambel¹, S Piedade¹, M Morais de Almeida¹

¹ Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, LISBOA, PORTUGAL

Objetivo: Caracterização dos doentes (dts) referenciados a centro de alergia medicamentosa, com suspeita de hipersensibilidade (HS) a antibióticos beta-lactâmicos (BL).

Metodologia: Análise retrospectiva de processos clínicos, testes in vivo / in vitro e provas de provocação oral (PP) entre janeiro 2011 e dezembro 2015. Todos os dts foram estudados de acordo com as recomendações da European Network for Drug Allergy: IgE específicas séricas (ImmunoCAP[®], ThermoFisher) para penicilina G/V, amoxicilina e ampicilina; testes cutâneos por picada e intradérmicos (ID) para PPL/MD (DAP[®], Diater), penicilina G, amoxicilina e cefuroxima com leituras imediata e tardia. Outros derivados da penicilina / cefaloporinas foram testados quando indicado. Foi realizada PP com o fármaco implicado quando a investigação foi negativa. Nos casos confirmados o doente foi provocado com BL alternativo.

Resultados: Incluíram-se 410 dts com suspeita de HS a BL: idade média 34,6 (\pm 18) anos, 21% com <18 anos e 68% do género feminino. As penicilinas/derivados foram os fármacos mais implicados (n=314), maioritariamente amoxicilina (n=229), 149 associados a ácido clavulânico. As cefalosporinas foram reportadas em 42 dts, destacando-se a cefazolina (n=15). A sintomatologia mais frequente foi mucocutânea (81%); reportando-se anafilaxia em 54 doentes, 18 com perda de consciência. Foi confirmada HS a BL em 90 dts (22%), sendo excluída em 295 dts (72%); 25 estão em estudo. Dos dts confirmados, 10 foram através de IgE específicas séricas, 66 por testes cutâneos e 14 por positividade na PP com o fármaco implicado (amoxicilina-11, ácido clavulânico-2, cefuroxima-1). Os testes cutâneos foram positivos para amoxicilina-33, penicilina-16, PPL-17, MD-3, flucloxacilina-1, cefazolina-6 e cefuroxima-1. A leitura tardia nos ID foi positiva em 7 doentes: amoxicilina-4, penicilina-3. Durante a execução dos testes cutâneos, ocorreram reacções sistémicas em 13 dts, dos quais 3 com anafilaxia: 1 criança durante ID com amoxicilina (2,5mg/mL) e 2 adultos durante ID com amoxicilina (25mg/mL).

Conclusões: A investigação de dts com suspeita de HS a BL é de extrema importância porque na maioria o estudo alergológico permite excluir HS. Na maioria dos casos confirmados o mecanismo é IgE mediado, sendo não-IgE mediado em um quarto dos dts. O aparecimento de reacções sistémicas durante ID e PP reforça a necessidade destes dts serem estudados em centros especializados.

CO 25 – Anafilaxia ao tiocolquicosido: Um suspeito incomum

L Amaral¹, F Carolino¹, L Carneiro-Leão¹, E Castro¹, J Cernadas¹

¹ Centro Hospitalar de São João, Porto, PORTUGAL

Introdução: O tiocolquicosido é um fármaco utilizado frequentemente, contudo escassos casos de reacção de hipersensibilidade

imediate (RHI) estão reportados na literatura, encontrando-se apenas descritos 2 casos de anafilaxia. Os testes cutâneos para diagnóstico de RHI a este fármaco não estão validados.

Casos clínicos: Relatamos o primeiro caso de uma mulher de 56 anos que, 5 minutos após a administração de tiocolquicosido intramuscular (IM), apresentou quadro clínico de prurido generalizado, exantema com envolvimento palmo-plantar, dispneia e dor abdominal tipo cólica. Estes sintomas reverteram rapidamente com adrenalina IM e de hidrocortisona endovenosa (EV). Poucos meses depois, recebemos um segundo caso de um homem de 52 anos, que apresentou tonturas, sensação de mal-estar e hipotensão, 40 minutos após a administração de tiocolquicosido e diclofenac IM. Este quadro clínico foi invertido com reposição volêmica com soro fisiológico, hidrocortisona EV e, neste caso, a adrenalina não foi administrada.

No primeiro caso, o estudo analítico colhido em crise demonstrou triptase sérica de 47 mcgr/L. Os testes cutâneos por picada (SPT) [2 mg/ml] foram negativos. Os testes intradérmicos (IDT) [0,02 – 0,2 mg/ml] foram negativos e cerca de 5 minutos após a realização de IDT [2 mg/ml], a doente apresentou sensação de aperto orofaríngeo, que reverteu com a toma de ebastina 20mg. No segundo caso, o SPT [2 mg/ml] foi negativo, os IDT [0,02 – 0,2 mg/ml] foram negativos e o IDT [2 mg/ml] foi positivo com uma pápula de 7mm de diâmetro. Os SPT e IDT e provocação com diclofenac foram negativos.

Os SPT e IDT [0,02 – 2 mg/ml] foram negativos em outros 6 doentes, com suspeita de RHI ao tiocolquicosido, confirmados com provas de provocação negativas para este fármaco.

Conclusões: O tiocolquicosido é frequentemente administrado como terapia adjuvante com anti-inflamatórios não – esteroides e é, provavelmente, subestimado como causador de reações de hipersensibilidade imediata. Uma vez que os testes cutâneos não estão validados estes são, muitas vezes, esquecidos na investigação diagnóstica.

Este é o primeiro estudo a apoiar o diagnóstico de hipersensibilidade imediata ao tiocolquicosido com testes intradérmicos, validados por testes negativos em controlos expostos.

CO 26 – Os testes epicutâneos e o teste de transformação linfocitária no estudo das reacções alérgicas não imediatas a fármacos

S Farinha¹, R Viseu¹, B Kong Cardoso¹, E Tomaz¹, F Inácio¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital de S. Bernardo, Setúbal, PORTUGAL

Objectivo: A identificação dos fármacos responsáveis por reacções alérgicas não imediatas é particularmente difícil: os testes cutâneos não estão estandardizados para muitos fármacos, têm uma baixa sensibilidade e, principalmente os intradérmicos são, não raramente, responsáveis por falsos positivos; as provas de provocação têm importantes limitações, nomeadamente nas reacções graves; não existem testes in vitro disponíveis na clínica corrente. O teste de transformação linfocitária (TTL) tem sido usado por alguns grupos, com resultados variáveis. Este trabalho preten-

de determinar o papel dos testes epicutâneos e do TTL no estudo da alergia não imediata a fármacos.

Metodologia: Foram analisados os resultados de 54 TTL e testes epicutâneos, executados para estudo de reacções alérgicas a fármacos não imediatas em 43 doentes, 30 do sexo feminino. Foi calculada a sensibilidade e especificidade destes testes isoladamente e em conjunto. Foram registados o sexo, idade dos doentes e tempo decorrido entre a reacção e realização dos testes e avaliado o seu efeito nos resultados do TTL e dos testes epicutâneos, aplicando a regressão logística.

Resultados: A idade média dos doentes estudados foi de 49,0 anos, d.p. 19,7, a mediana, e os valores máximo e mínimo do tempo decorrido até à realização do TTL foram, em meses, de 3, 400 e 1, respectivamente. Em 34 casos (63%) a reacção verificada foi o exantema maculopapular.

Em 36 diagnósticos de alergia verificaram-se 10 testes epicutâneos positivos (sensibilidade de 28%) sendo o TTL positivo em 5 deles. Nos restantes 26 casos de alergia, o TTL foi positivo em 21 (sensibilidade de 72%). Na utilização conjunta dos dois testes a sensibilidade foi de 86%.

Nos 18 casos diagnosticados como não alérgicos não houve testes epicutâneos positivos (especificidade de 100%), mas o TTL foi positivo em 5 (especificidade de 72%).

Considerando os resultados do TTL e dos testes epicutâneos, os Odds ratio do sexo, idade e tempo decorrido até à realização dos testes não foram significativos.

Conclusões: Os resultados do TTL e dos testes epicutâneos não foram influenciados pelo sexo, idade e tempo decorrido entre a reacção e realização dos testes.

A utilização conjunta dos testes epicutâneos e do TTL resultou num aumento de sensibilidade diagnóstica para o grupo estudado, melhorando claramente os resultados obtidos individualmente. Concluímos, portanto, que os dois métodos são úteis e complementares entre si no estudo da alergia não imediata a fármacos.

CO 27 – Abordagem diagnóstica da hipersensibilidade aos corticosteróides

F Carolino¹, E Dias de Castro¹, J R Cernadas¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João E.P.E., Porto, PORTUGAL

Objectivo: Os procedimentos para a realização de testes cutâneos com corticosteróides (CS) não se encontram adequadamente validados. O objectivo deste estudo foi avaliar o resultado dos procedimentos diagnósticos in vivo realizados em doentes com suspeita de hipersensibilidade (HS) aos CS.

Metodologia: Revisão dos processos clínicos dos doentes avaliados na nossa Unidade de Alergia a Fármacos por suspeita de HS a CS, num período de 5 anos. A estes doentes, foram realizados testes cutâneos por picada (TCP) e testes intradérmicos (TID) com as formulações estéreis de CS comercialmente disponíveis – betametasona (7 mg/ml), budesonida (0,5 mg/ml), dexametasona (4 mg/ml), hidrocortisona (100 mg/ml), metilprednisolona (62,5 mg/ml) e/ou prednisolona (25 mg/ml). A suspensão oral de defla-

zacorte (22,75 mg/ml) e a suspensão para pulverização nasal de fluticasona (27,5 mcg/dose) foram também usadas para os TCP. Foram ainda efectuados testes epicutâneos (TE) com uma bateria standard e/ou complementar de CS. Para a prova de provocação (PP) foi seleccionado um CS numa dose de 0,5 a 1,5 mg/kg/dia.

Resultados: Foram avaliados 31 doentes (74,2% sexo feminino, idade média±DP 36,8±23,2 anos) por suspeita de HS a CS. Os principais CS incriminados foram o deflazacorte (n=11) e a beta-metasona (n=5); 45,2% dos doentes tiveram reacções imediatas, 38,2% tardias e 51,6% apresentaram manifestações mucocutâneas. Os TID foram realizados em 12 casos, com resultado positivo para 1 ou mais dos CS testados em 4 doentes (2 anafilaxia e 2 manifestações mucocutâneas tardias); 2 doentes tiveram TID positivo para >1 CS (dexametasona/hidrocortisona e metilprednisolona/hidrocortisona). Os TID foram também realizados em controlos não atópicos. Os TE tiveram resultado positivo (incluindo o CS suspeito) em 2 doentes. Oito foram submetidos a PP com o CS suspeito (nenhuma positiva) e os restantes a prova com CS alternativo.

Conclusões: Os testes cutâneos podem permitir a confirmação do diagnóstico de alergia a fármacos, sendo particularmente importantes nos casos de reacção grave, em que a reexposição não deve ser considerada. A validação dos testes cutâneos no diagnóstico de hipersensibilidade a CS é necessária e deve ser estabelecida em séries extensas.

CO 28 – Provas de provocação oral com betalactâmicos em doentes com reacção não imediata: Comparação de dois protocolos

N Pinto¹, A castro neves¹, D Pina Trincão¹, A M Romão¹, J Gaspar Marques^{1,2}, P Carreiro Martins^{1,2}, P Leiria Pinto^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., Lisboa, PORTUGAL

² CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Os betalactâmicos são dos fármacos mais frequentemente associados a reacções adversas medicamentosas mediadas por mecanismos imunológicos.

As provas de provocação são consideradas o gold standard no diagnóstico de alergia. No entanto, não é consensual qual o tempo de duração mais adequado.

Objetivos: Pretendeu-se comparar os resultados das provas de provocação oral (PPO) a betalactâmicos de 2 protocolos distintos, em termos de tempo de duração, em doentes com história de reacção não imediata.

Métodos: Os protocolos comparados consistiam em: Protocolo 1 – administração do betalactâmico em doses crescentes em meio hospitalar, até se atingir dose de tratamento (duração de uma manhã); Protocolo 2 – administração em doses crescentes em meio hospitalar, até se atingir dose de tratamento, seguido de continuação da administração no domicílio (mín. 3 dias). Avaliaram-se retrospectivamente os processos clínicos dos doentes com história de reacção não imediata (>1h após última toma), que efectuaram PPO com o mesmo antibiótico implicado na reacção reportada, entre Janeiro de 2014 e Junho de 2016.

Resultados: No período analisado, efectuaram-se 111 PPO com as características referidas. A maioria dos doentes era do sexo feminino (53%). A mediana de idades à data de reacção foi de 4 anos (p25-p75: 2-14,5 anos). Em termos de gravidade, 44% tinha história de reacção ligeira, 54% de moderada e 3% de reacção grave. Relativamente ao dia de tratamento em que se iniciou a reacção reportada, apresentou uma mediana de 3 dias (p25-p75: dia 3 – dia 5). Os antibióticos associados com a reacção, e com os quais se efectuou PPO, foram em 51% dos casos a amoxicilina com ácido clavulânico, em 46% a amoxicilina, e em 3% cefalosporinas. Relativamente ao protocolo seguido, dos 57 doentes que efectuaram PPO de acordo com o Protocolo 1, quatro (7,5%) tiveram um resultado positivo. Das 54 PPO do Protocolo 2, cinco (10,2%) foram positivas. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os 2 protocolos em termos do resultado da PPO (p= 0,931), da gravidade (p= 0,934) e da idade da reacção (p= 0,734) reportadas.

Conclusão: A frequência de PPO positivas foi baixa na amostra estudada. Não se observaram diferenças significativas em termos de positividade da PPO entre os 2 protocolos. Os resultados sugerem que ambos os protocolos poderão constituir opções válidas na abordagem diagnóstica das reacções não imediatas, no entanto são necessários mais estudos com um número maior de doentes.

CO 29 – Protocolo de dessensibilização à vitamina B12 em pauta ultra-rápida

M Correia¹, A Gaspar¹, LM Borrego^{1,2}, I Mota¹, M Morais de Almeida¹

¹ Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

² CEDOC, NOVA Medical School, Imunologia, Lisboa, PORTUGAL

Introdução e objectivo: A deficiência de vitamina B12 (vitB12) implica frequentemente a sua reposição por tempo indefinido. Embora raras, estão descritas reacções de hipersensibilidade (RH) à vitB12, existindo protocolos de dessensibilização (PD) publicados com esquemas de 3, 5 dias e, mais lentos, até 7 semanas. Dado o seu custo e morosidade, é importante desenvolver PD mais curtos, assegurando igual eficácia e segurança. Os autores descrevem o caso clínico de um doente com RH à vitB12 e o PD realizado por via subcutânea (sc) em pauta ultra-rápida. Caso clínico: Doente de 61 anos, do sexo masculino, com deficiência de vitB12, com história prévia de RH, 2 horas após administração de cianocobalamina intra-muscular, manifestada por quadro de prurido e urticária generalizados e angioedema da face e mãos. A sintomatologia regressou com anti-histamínico (levocetirizina 10mg) e corticoide (deflazacort 30mg) por via oral. Foram realizados testes cutâneos por picada e intradérmicos com as preparações comerciais de vitB12 disponíveis em Portugal, que foram positivos e acompanhados de reacção sistémica. Os testes intradérmicos foram positivos nas diluições de 1/10 para cianocobalamina e cobamamida, com pápulas de 10mm e 8mm com eritema, o último acompanhado de prurido e eritema facial e angioedema periorbitário. Foi efectuado PD, em regime de Hospital-de-Dia, que consistiu em 9 passos (Tabela), com administração de cianocobalamina – Labesfal® (1mg/

Tabela. Protocolo de dessensibilização à vitamina B12 em pauta ultra-rápida [Modificado de Caballero MR, *et al. Allergy* 2007;62:1341-2]

Diluições/Concentrações	Quantidade administrada (mL)	Dose cumulativa (µg)
1: 100 (10 µg/mL)	0,1mL → 0,3 mL → 0,6 mL	10 µg
1: 10 (100 µg/mL)	0,1mL → 0,3 mL → 0,6 mL	100 µg
1: 1 (1000 µg/mL)	0,1mL → 0,3 mL → 0,5 mL	900 µg

mL) por via sc em diluições crescentes 1/100 (0,1mL, 0,3mL e 0,6mL), 1/10 (0,1mL, 0,3mL e 0,6mL) com intervalos de 15 minutos entre as administrações e na concentração de 1/1 (0,1mL, 0,3mL e 0,5mL) com intervalo alargado para 30 minutos para as duas últimas administrações. Foi administrada uma dose cumulativa de 1010 µg, com boa tolerância, atingindo-se níveis séricos de vitamina B12 e parâmetros hematológicos normais. Conclusões: Este é o primeiro relato de PD à vitB12 em pauta ultra-rush, com apenas um dia de duração, tendo-se revelado eficaz e seguro possibilitando um tratamento indispensável à vida.

CO 30 – Reações de hipersensibilidade a anestésicos gerais em idade pediátrica

E Faria¹, A L Moura¹, F Regateiro¹, C Ribeiro¹, A Todo-Bom¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Objetivo: Caracterizar os casos com suspeita de reações de hipersensibilidade (RHS) a anestésicos gerais em idade pediátrica observados na consulta de Alergia a Fármacos do Hospital da Universidade de Coimbra nos últimos 10 anos.

Metodologia: Foi efetuado um estudo retrospectivo dos casos com suspeita de RHS em doentes com idades inferiores a 18 anos, entre 2006 e 2015. Procedeu-se à análise da história clínica e dos resultados dos testes cutâneos efetuados aos agentes anestésicos, clorhexidina e látex. No caso de testes positivos a relaxantes neuromusculares (RNMs) realizou-se testes cutâneos a diversos RNMs para avaliar a possibilidade de reatividade cruzada.

Resultados: Dos 114 doentes com suspeita de RHS no perioperatório estudados, 9 apresentaram idades inferiores a 18 anos (7,9%). Seis (66,7%) eram do género masculino, 3 do género feminino (33,3%) e a média de idades situou-se nos 11,45 anos (idade mínima 18 meses). Um dos doentes apresentou RHS em 2 momentos distintos. Quanto ao tipo de intervenção, 8 casos ocorreram no decurso de anestesia geral e 1 caso durante uma técnica endoscópica. Relativamente à clínica, 4 casos de anafilaxia, 3 com reações cutâneas isoladas, 1 com broncospasmo isolado e 1 com manifestações cardíacas isoladas. O doseamento da triptase sérica após a RHS foi normal nos 3 doentes em que foi avaliada. Apenas 2 doentes tinham antecedentes atópicos: 1 com asma e rinite e 1 com rinite. Os testes cutâneos intradérmicos foram positivos a 7 agentes anestésicos em 6 doentes (1 ao rocurónio, 1 ao tiopental, 1 ao atracúrio, 1 ao cis-atracúrio, 1 à morfina e 1 ao rocurónio e midazolam) e duvidoso à ciprofloxacina numa doente (com prova de provocação oral negativa). Não foram detetados

casos de alergia ao látex. Nos 4 doentes com sensibilização comprovada a um RNM foram encontrados RNMs alternativos, tendo 2 doentes sido submetidos posteriormente a anestesia geral sem reações adversas.

Conclusões: A raridade dos casos reportados de RHS no perioperatório em idade pediátrica dificulta o conhecimento da etiopatogenia destas reações. Na nossa consulta, apesar da baixa prevalência (7,9%), a RHS em idade pediátrica é uma realidade e em 66,7% com quadros de anafilaxia. Nesta série, ao contrário do descrito por outros autores, não foi o látex mas os RNMs os principais agentes anestésicos indutores de reações alérgicas no perioperatório.

CO 31 – Provas de provocação a beta-lactâmicos em idade pediátrica – Valor preditivo negativo

I Rezende¹, I Terrahe¹, C Abreu¹, E Gomes¹

¹ Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

Objetivo: A prova de provocação oral (PPO) consiste na administração controlada de um fármaco com objectivo de diagnosticar hipersensibilidade a fármacos. Apesar de ser considerada Gold Standard de diagnóstico a sua sensibilidade não é de 100%, nem apresenta um valor preditivo negativo de 100%.

Este estudo tem como objectivo achar o valor preditivo negativo da PPO com B-Lactâmicos num grupo de doentes em idade pediátrica seguidos no CHP.

Metodologia: Entre janeiro de 2007 e junho de 2015 foram efetuadas PPO a B-Lactâmicos em 309 doentes. Realizou-se um estudo retrospectivo no qual foi aplicado um questionário telefónico neste grupo de doentes incluindo as seguintes questões:

“Nova toma do fármaco testado?”; “Surgimento de sintomas?”; “Que sintomas foram?”.

O objectivo foi calcular o valor preditivo negativo (VPN) do teste de provocação oral.

Resultados: Foi conseguido contacto telefónico com 136/309 cuidadores (44%).

Dos 136 doentes, 53% são rapazes, 86% apresentaram PPO negativa, 5% positiva, os restantes cuidadores não se recordavam do resultado. Dos doentes com PPO negativa, 45% fez nova toma do B-Lactâmico testado, 79% destes por Otites/Amigdalites. Dois destes doentes (3,7%) reportaram ter tido nova reacção, em ambos os casos reacção cutânea.

52% dos doentes com PPO negativa, não efetuaram nova toma de B-Lactâmico testado, 83% destes por ausência de necessidade,

17% por receio de nova reacção por parte dos cuidadores. Por desconhecimento dos cuidadores, não foi possível saber em 3 doentes com PPO negativa, se foi realizada nova toma.

Dos 136 doentes, 7 (5%) referiram PPO positiva e nenhum realizou toma posterior do B-Lactâmico.

O VPN do PPO calculado foi de 96%.

Conclusões: Apesar do VPN não ser 100%, neste estudo mostrou-se elevado – 96%, valor semelhante ao descrito na literatura (94-98%).

Com este estudo esperamos demonstrar que existe um alto nível de segurança em prescrever B-Lactâmicos quando a PPO é negativa.

CO 32 – Reações de hipersensibilidade em procedimentos invasivos

B Kong Cardoso¹, S Farinha¹, E Tomaz¹, S Correia¹, F Inácio¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E – Hospital de S. Bernardo, Setúbal, PORTUGAL

Introdução e Objetivo: A hipersensibilidade a fármacos associada ao perioperatório tem sido extensamente estudada e os principais agentes identificados em vários estudos. Na última década, a modificação de protocolos farmacológicos tem resultado num aumento dos fármacos implicados na alergia perioperatória. Por outro lado, outros procedimentos invasivos que não cirurgias major são cada vez mais comuns e também associados a reacções alérgicas. O objetivo deste estudo é caracterizar as reacções e identificar os fármacos envolvidos nos vários tipos de procedimentos invasivos.

Métodos: Foram revistos os processos de 39 doentes referenciados à consulta de imunoalergologia por suspeita de reacção alérgica associada a um procedimento invasivo nos últimos 2 anos. Recolheram-se dados referentes aos fármacos administrados, ao tipo de reacção e os resultados do estudo alergológico.

Resultados: No grupo estudado, 30 eram do sexo feminino, 9 do masculino, idade média de 53,9 ± 17,9 (2-84).

Vinte doentes foram estudados por alergia associada a procedimentos com anestesia geral, 12 com anestesia local e 7 sem anestesia; respectivamente em 18, 4 e 4 doentes foi identificada hipersensibilidade a pelo menos um dos fármacos utilizados. Os diagnósticos foram obtidos por história clínica, testes cutâneos (prick, intradérmicos e patch) e Testes de Ativação dos Basófilos (TAB) e as reacções verificadas foram: anafilaxia em 14 doentes, angioedema/urticária em 7, exantema maculopapular em 2, hipotensão em 1, broncospasmo em 1 e eritema local em 1. Os fármacos envolvidos foram: metamizol em 8 casos (6 por alergia e 2 por intolerância), midazolam em 4, ondansetron em 3, vecurónio em 2; o atracúrio, o rocurónio, a cefazolina, a gentamicina, o tramadol, o verapamil, a betametasona, o iodixanol, o iomeprolol e a alteplase foram responsáveis por 1 caso cada.

Conclusão: Comparando com séries anteriores publicadas o ondansetron parece estar a adquirir importância no contexto da alergia a fármacos perioperatória. Os procedimentos invasivos cirúrgicos ou outros, com ou sem anestesia, estão associados a reacções alérgicas imediatas ou não imediatas, sendo algumas reacções graves.

CO 33 – Contributo do teste de ativação de basófilos para o diagnóstico de reacções de hipersensibilidade a oxaliplatina

C Ornelas¹, J Caiado¹, A Campos Mel², M C Pereira Santos², M Pereira Barbosa¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL, ² Laboratório de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Objetivo: A oxaliplatina (Ox) é amplamente utilizada no tratamento de doenças oncológicas, tendo-se verificado um aumento nas reacções de hipersensibilidade (RH) a este fármaco, na maioria IgE-mediadas. Os testes cutâneos são o principal método diagnóstico usado mas podem induzir reacções locais irritativas e contaminação por profissionais de saúde. O objetivo deste trabalho foi avaliar o contributo do teste de ativação de basófilos (TAB) como técnica de diagnóstico de RH a Ox.

Metodologia: Entre fevereiro e maio 2016 realizou-se TAB com Ox (4 concentrações: 150ug/ml;50ug/ml;5ug/ml;0,5ug/ml) em amostras de sangue de 6 doentes (dts) oncológicos com RH prévia a Ox (sintomas característicos e testes cutâneos por picada e/ou intradérmicos positivos – 67% homens, idade média 55,3, média ciclos Ox 11,3) e 5 controlos (4 dts submetidos a tratamento com Ox sem reacção – 50% homens, idade média 57,8, média ciclos Ox 8,3; 1 controlo saudável). Usou-se anti-receptor IgE + Ox 150ug/mL para exclusão de toxicidade. População de basófilos ativados identificada pela expressão de CD63 e CD203c em células CD123+,HLA-DR-. Aquisição de dados efetuada por citometria de fluxo nas 2h seguintes à finalização da técnica (>100 basófilos). Análise estatística efetuada por teste de Mann-Whitney.

Resultados: Constatou-se de forma significativa, no grupo de dts, valores mais elevados de ativação de basófilos e variação de Índice Médio de Fluorescência (IMF) por expressão de CD203c, nas 4 concentrações de Ox utilizadas (melhores resultados com 150ug/ml: p0,0087;p0,0222), comparativamente com os controlos (excluída toxicidade). O mesmo não se verificou de modo estatisticamente significativo com a expressão de CD63. Quando comparada, nos dts, a expressão dos 2 marcadores entre eles, o CD203c permanece claramente superior nas 2 medições, com significância estatística apenas para a concentração de 150ug/ml (p0,026;p0,0129).

Conclusões: Neste trabalho constatou-se uma maior positividade do TAB com Ox em dts com RH prévia comparativamente aos controlos. Estes resultados sugerem que este seja um método diagnóstico promissor e eventual alternativa aos testes cutâneos. O marcador de ativação CD203c parece ter um papel mais preponderante do que o CD63, o que é consistente com o publicado na literatura. São necessários, no entanto, mais estudos e com maior número de dts para validação do TAB como técnica de diagnóstico in vitro para RH a oxaliplatina.

SESSÃO DE POSTERS I ALERGIA ALIMENTAR

Dia: 7 de Outubro

Horas: 08h30 – 10h00

Local: Sala 2

Moderadores: Natália Fernandes, Susana Oliveira

PO 1 – Dermatite herpetiforme – Caso clínico

S. Farinha¹, F. Jordão¹, E. Tomaz¹, F. Inácio¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital de S. Bernardo, Setúbal, PORTUGAL

Introdução: Dermatite herpetiforme (DH), ou doença de Duhring-Brocq, é uma doença inflamatória cutânea crónica, benigna, caracterizada por erupções papulovesiculares pruriginosas, geralmente distribuídas simetricamente em superfícies extensoras. É mais comum no norte da Europa e em caucasianos, habitualmente entre os 15-40 anos de idade, sem prevalência de sexo, na proporção de uma pessoa em cada 100.000. Associa-se a enteropatia induzida pelo glúten, afectando cerca de 25% dos doentes celíacos.

Caso Clínico: Mulher de 31 anos de idade, caucasiana, referenciada à consulta de Imunoalergologia por apresentar desde Abril de 2015 erupções cíclicas papulovesiculares pruriginosas e dolorosas na região dos dedos, com aparecimento progressivo nos cotovelos, joelhos, nádegas e zona genital que evoluíram para escoriação e com pouca resposta ao Deflazacort e anti-histamínicos. Como antecedentes pessoais apresentava talassemia menor, rinite e asma intermitente controlada. Negava alterações do trato gastrointestinal, assim como história de trauma, cirurgia ou doença recente.

O estudo efectuado evidenciou: factor reumatóide, ANA, Ac anti-dsDNA e HLA B27 negativos; testes epicutâneos standard negativos; testes prick positivos para ácaros, pólen de gramíneas, parietária e artemisia; anticorpos antitransglutaminase IgG 7, IgA 432 U/ml; biopsia das lesões dermatológicas: dermatose bolhosa, aparentemente subepidérmica; endoscopia digestiva alta com biopsia em D2: três fragmentos de mucosa duodenal da vertente pilórica com atrofia subtotal das vilosidades, com aumento do infiltrado linfoplasmocitário na lâmina própria e com permeação epitelial por linfócitos CD3+; CD4+, na razão de 40 linfócitos/100 células epiteliais, com aspectos focais de hiperplasia epitelial regenerativa, sendo os aspectos observados a favor de doença celíaca, em estado 3B da classificação de MARSH. Foi colocado o diagnóstico de dermatite herpetiforme.

Conclusão: O caso relatado ilustra um quadro de doença celíaca num doente adulto, cuja única manifestação é um quadro cutâneo, chamando a atenção para a importância desta entidade no diagnóstico diferencial da patologia cutânea alérgica.

PO 02 – Somente anisakis... – A propósito de um caso clínico

F. Semedo¹, E. Tomaz¹, F. Pineda², F. Inácio¹

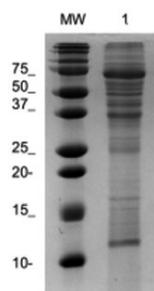
¹ Hospital de São Bernardo – Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., Setúbal, PORTUGAL

² DIATER LABORATORIOS, S.A, Madrid, SPAIN

Introdução: O *Anisakis simplex* pertence à classe dos nemátodos e parasita o estômago de mamíferos marinhos, podendo induzir uma reação de hipersensibilidade IgE-mediada quando ingerido através de peixe cru, marinado ou mal cozinhado. As manifestações clínicas são variadas, desde urticária até anafilaxia. Diversos estudos têm demonstrado que os métodos usualmente disponíveis para diagnóstico da alergia ao parasita são pouco específicos, como testes cutâneos por picada (TCP) e determinação de IgE específica, devido também à elevada prevalência de infeção do peixe em zonas geográficas de marcado consumo.

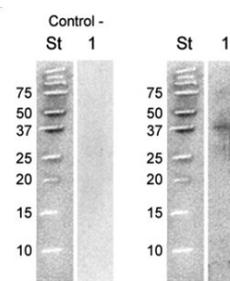
Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 57 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de atopia, que iniciou no mês anterior quadro de diarreia aguda, sensação de mal-estar e eritema maculo-papular pruriginoso compatível com urticária, aproximadamente 2 horas após ingestão de refeição com sardinhas grelhadas, com resolução espontânea da sintomatologia. O quadro clínico repetiu-se diversas vezes, com ingestão de outro tipo de peixes mas sem reprodutibilidade. Do estudo alérgico, salientam-se TCP negativos para bateria standard de aeroalergénios e bateria de alimentos incluindo peixes, moluscos e bivalves. O TCP revelou-se positivo com pápula de 8mm de diâmetro para *Anisakis simplex* e confirmado por IgE específica – 25,7 KU/L (IgE total: 74KU/L). Foram aconselhadas medidas de evicção de peixe com cozedura deficitária. Após 6 anos, a doente regressou à consulta com queixas de prurido disperso, sem outra sintomatologia acompanhante. Repetida a anamnese cuidada, foram realizados testes epicutâneos com bateria standard e de cosméticos que se revelaram negativos. Os TCP foram exclusivamente positivos para o parasita e a IgE específica para anisakis foi 72,5 KU/L (IgE total: 318KU/L). Posteriormente foi efetuado o perfil eletroforético (SDS PAGE) e Western blot que confirmaram a sensibilização ao parasita.

Perfil eletroforético (SDS PAGE)



1: Anisakis

Western blot:



1 - Anisakis

Discussão/Conclusão: A análise inicial, atendendo ao quadro clínico apresentado, sugeria provável reação de hipersensibilidade ao *Anisakis simplex*, destacando-se a particularidade da monossensibilização. Todavia, a apresentação de prurido como sintoma único após um período de tempo longo levou a uma investigação mais exaustiva no sentido de exclusão de outras etiologias, que não se verificaram. A utilização da técnica de immunoblotting pode ser útil na confirmação de etiologia alérgica em quadros clínicos menos frequentes.

PO 03 – Dermatite flagelada – Uma história da china

N Santos¹, L Cheban², P Morais-Silva¹

¹ Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., Unidade de Imunoalergologia, Portimão, PORTUGAL

² Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., Serviço de Urgência, Portimão, PORTUGAL

Caso clínico: Sexo masculino, 26 anos, com antecedentes de obesidade mórbida, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) em julho de 2016 por lesões cutâneas eritematosas generalizadas, lineares, com áreas de eritema micropapular confluyente, muito pruriginoso, poupando a face e couro cabeludo (Figura 1), sem outros sintomas associados e sem outras alterações ao exame objetivo. Medicado no SU com corticoide e antihistamínico endovenoso com melhoria parcial do prurido e posteriormente com antihistamínico em dose tripla e prednisolona 0,5 mg/Kg para o domicílio. Por manter lesões e prurido intenso recorreu novamente ao SU após 3 dias, tendo aí sido medicado com an-

tihistamínico e corticoide ev com melhoria apenas parcial, pelo que foi pedida observação por Imunoalergologia. Da história clínica constatou-se que, 2 semanas antes do início do quadro, tinha iniciado dieta hiperproteica com restrição calórica, negando introdução de proteínas industriais, suplementos alimentares ou alimentos não habituais na dieta. Sem hábitos medicamentosos e sem outros antecedentes de relevo. Sem antecedentes pessoais ou familiares de atopia. Quando questionado especificamente em relação às últimas refeições, referiu a ingestão de “cogumelos chineses” (Shiitake) grelhados no jantar do dia anterior (28h antes da reação), que tolerava previamente quando ingeridos em restaurante chinês. Dada a configuração característica das lesões e a ingestão de cogumelos Shiitake mal cozinhados no dia anterior, este quadro é compatível com dermatite flagelada com cogumelos Shiitake. O doente teve alta com indicação para evicção de cogumelos chineses e medicado com dose quádrupla de antihistamínico de 2.ª geração e corticoide tópico, com melhoria progressiva.

Comentários: Os cogumelos Shiitake (*Lentinus edodes*) são extensamente utilizados nas cozinhas Chinesa e Japonesa. A dermatite flagelada é caracterizada por lesões de eritema papular ou papulovesicular, paralelas e associadas a prurido intenso, que surgem preferencialmente no tronco, membros e região cervical, 1-2 dias após a ingestão de cogumelos Shiitake crus ou mal cozinhados. Pensa-se estar envolvido um mecanismo de toxicidade ao lentinan, um polissacarídeo termolábil com efeito imunomodulador presente nos cogumelos Shiitake. A reação é autolimitada e o tratamento sintomático.

PO 04 – Diagnóstico de alergia ao ovo em crianças de uma consulta de imunoalergologia

C Cruz¹, R Reis¹, A P Pires¹, E Tomaz¹, F Inácio¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal, PORTUGAL

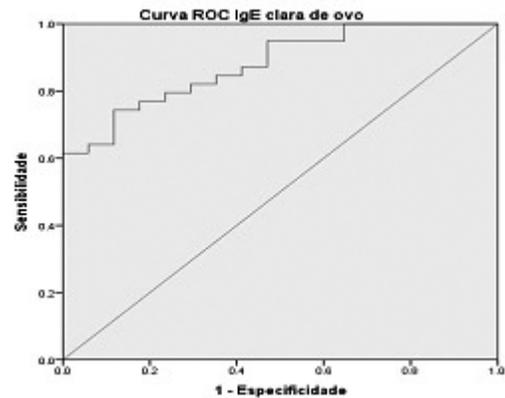
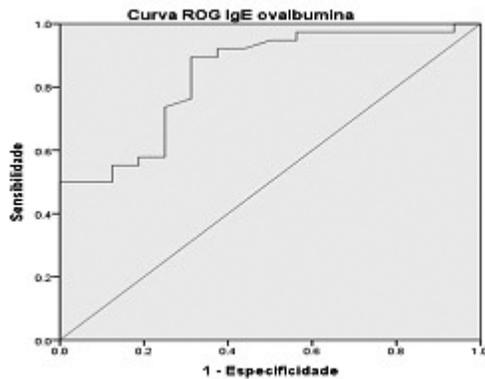
Introdução: A clara de ovo causa frequentemente alergia IgE-mediada na idade pediátrica. O diagnóstico baseia-se numa história clínica detalhada, nos resultados de testes cutâneos em picada (TCP), na determinação de IgE específicas, sendo por vezes necessárias provas de provocação oral (PPO) para confirmar a alergia. Apesar de valores elevados de IgE específica se associarem a maior probabilidade de positividade das PPO, não estão claramente estabelecidos valores limiares determinantes da probabilidade de não tolerância.

Objetivos: Estabelecer valores de IgE específica e de diâmetro de pápula em TCP indicativos de alergia à clara de ovo numa população pediátrica que dispensem a realização de PPO.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos resultados de PPO com clara de ovo efetuadas em 56 crianças no nosso Serviço de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2015 e sua relação com as determinações de IgE específica e TCP a clara, ovalbumina (OVA) e ovomucóide (OM).

Resultados: Comparando os 2 grupos (PPO positiva vs. PPO negativa), constatou-se que o diâmetro das pápulas dos TCP não diferiu significativamente entre os dois grupos, ao contrário do





que se verificou com os valores de IgE específica. A construção de curvas ROC mostrou um baixo poder de discriminação dos TCP e das IgE específicas para OM (abaixo de 70%), mas um bom poder de discriminação das IgE's específicas para a clara e OVA (superior a 80%). Constatou-se que, para valores iguais ou superiores a 4,15 kUA/L de IgE para clara e 4,22 kUA/L de IgE para OVA se atingem especificidades de 100% na identificação dos doentes com PPO com clara de ovo positiva. No nosso grupo 24 doentes atingiam estes valores, representando 43% do total dos doentes e 62% das PPO positivas.

Discussão: Foram encontrados valores de IgE específica para clara e OVA acima dos quais todos os doentes tinham alergia ao ovo. Os nossos resultados indicam, assim, a possibilidade de estabelecer valores de IgE's específicas limiares, que permitam um diagnóstico de alergia ao ovo sem recurso à PPO, numa elevada percentagem dos doentes com suspeita, evitando riscos e custos desnecessários. No entanto, e dado que os valores de IgE específica para a clara de ovo reportados por vários autores variam amplamente, estudos de maiores dimensões, comportando a análise de outras variáveis, como a idade, o background genético, os extratos para TCP e os métodos de doseamento de IgE usados, deveriam servir de base à determinação desses limiares.

PO 05 – Será mesmo esofagite eosinofílica? Uma série de três casos pediátricos

D Pina Trincão¹, E Finelli¹, M Paiva¹, S Prates¹, I Afonso², J Cabral², P Leiria Pinto¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

² Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A esofagite eosinofílica (EoE) é uma patologia imuno-mediada frequentemente diagnosticada em idade pediátrica, cujo diagnóstico depende da exclusão de outras causas de eosinofilia esofágica, nomeadamente Refluxo Gastro-Esofágico (RGE) e, mais recentemente descrita, Eosinofilia Esofágica Respondera a Inibi-

dores da Bomba de Protões (EER-IBP). Apresentamos 3 casos pediátricos com diagnóstico de EoE de acordo com o consenso de 2007 (excluindo-se RGE por pHmetria), antes da consideração de EER-IBP como diagnóstico diferencial.

Caso 1: 18 meses, sexo masculino, com história de má progressão ponderal, referenciado após diagnóstico de EoE. Da avaliação, a destacar IgE específica positiva para ovo. Iniciou-se IBP em dose convencional (DC), 1mg/Kg/dia e evicção de ovo, com remissão clínica e histológica. Após interrupção de IBP aos 3 anos, mantendo dieta sem ovo, objetivou-se recidiva e iniciou fluticasona tópica 500 mcg bid com resolução após 6 meses de tratamento. Aos 6 anos, após nova recidiva, foi iniciado IBP em dose dupla (DD), 2mg/Kg/dia, com remissão clínica e histológica.

Caso 2: 2 anos, sexo masculino, com diagnóstico de EoE no contexto de vômitos recorrentes, sem resolução após IBP DC e dieta de evicção de ovo. Iniciou fluticasona tópica com remissão histopatológica 3 meses depois. Por nova recidiva aos 4 anos iniciou dieta de evicção de leite com resolução. Posteriormente, aos 8 anos, por nova recidiva e dificuldade no cumprimento de dieta, iniciou-se IBP DD com resolução.

Caso 3: 15 meses, sexo masculino, com história prévia de atresia esofágica, referenciado após diagnóstico de EoE com clínica de impactação alimentar. Não se observou melhoria com dieta de evicção de ovo e terapêutica com IBP DC. A remissão foi alcançada com fluticasona tópica 500 mcg bid. Por recidiva aos 5 anos, iniciou-se IBP DD com remissão clínica e histológica.

Os 3 doentes permanecem assintomáticos sob terapêutica apenas com IBP.

Discussão: A EER-IBP é uma causa emergente de eosinofilia esofágica. A utilização inicial de IBP em dose dupla é, de acordo com as guidelines atuais, obrigatória para confirmar este diagnóstico e excluir EoE. Tal como descrito em adultos, nesta série de casos pediátricos, tanto esta abordagem como a terapêutica clássica com corticosteroide tópico alcançaram remissão clínica e histológica da eosinofilia esofágica. É plausível a suposição de que tanto a EoE como a PPI-REE poderão não ser entidades distintas, mas apresentações de uma mesma patologia com um espectro alargado de fenótipos.

PO 06 – Anti-histamínicos: quando os suspeitos não são os do costumeR. Fernandes¹, J Pita¹, C Ribeiro¹, I Carrapatoso¹, A Todo-Bom¹¹ Serviço de Imunoalergologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Caso clínico: os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino com 35 anos, enviada a consulta de Imunoalergologia por urticária e angioedema com 6 anos de evolução. Quadro iniciou imediatamente após o parto e caracterizava-se por exantema máculo-papular pruriginoso generalizado e angioedema periorbitário, face e lábios. Nega qualquer desencadeante, mas refere agravamento com a toma de anti-histamínicos (AH) na forma oral, tolerando a via injetável. Resolução das crises com corticoterapia oral. Nega antecedentes de doença alérgica. Realizou investigação complementar com teste cutâneos (TC) por picada a aeroalergénios e alergénio alimentares, auto-anticorpos, função tiroideia, serologias víricas, imunoglobulinas (Igs) séricas e complemento, sem alterações. Dado o amido de milho (AM) ser um dos excipientes de todos os comprimidos de AH tomados, optou-se por realizar TC prick-to-prick com farinhas que foram positivos para centeio, milho, cevada e AM. IgEs específicas negativas. Seguidamente realizou-se uma prova de provocação oral (PPO) com AM em dose crescente até uma dose cumulativa total de 1,2 g. Cerca de 4 horas após a última toma desenvolveu exantema máculo-papular na região abdominal, com generalização às 8 horas. Doze horas após iniciou dispneia, broncospasmos e sensação de aperto orofaríngeo pelo que foi observada no Serviço de Urgência, tendo realizado corticoterapia e AH endovenosos com resolução. O doseamento da triptase em crise foi normal. Além da evicção do AM como excipiente em medicamentos e alimentos, iniciou restrição alimentar em farinhas, mantendo-se assintomática 6 semanas após o início da evicção.

Conclusão: os sintomas cutâneos são uma forma rara de apresentação de alergia alimentar em adultos. No caso vertente, apesar da avaliação inicial ser sugestiva de um quadro de urticária crónica espontânea, a exploração detalha da história clínica levantou a suspeita de hipersensibilidade ao excipiente amido de milho. A confirmação da hipersensibilidade através de PPO, permitiu estabelecer-se um diagnóstico definitivo o que possibilitou uma evicção adequada com melhoria significativa da qualidade de vida da doente.

PO 07 – “O lado negro” dos suplementos alimentares proteicos – Alergia e paralisia periódica tireotóxicaM Paulino¹, L Ribeiro dos Santos², A C Costa¹, M Barbosa¹¹ Serviço de Imunoalergologia, CHLN -Hospital de Santa Maria, Lisboa, PORTUGAL² Serviço de Medicina 2, CHLN -Hospital de Santa Maria, Lisboa, PORTUGAL

Objectivo: Alertar para potenciais efeitos adversos graves, alérgicos e não-alérgicos, dos suplementos alimentares proteicos (SPr), ditos “naturais”. O consumo de SPr, de venda livre no mercado, é

frequentemente banalizado mas os efeitos adversos da sua toma não devem ser desprezados.

Métodos: Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 26 anos, chinês, residente em Portugal desde há 6 anos, desempregado, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, incluindo alergológicos. Em Abril de 2016, iniciou ingestão de SPr enriquecidos em proteína de soja. Cerca de 1 mês depois, mudou de SPr e passou a ingerir outros SPr, também contendo proteína de soja mas ricos em iodo, sendo preparados com leite de soja. Trinta minutos após a segunda ingestão deste preparado, desenvolveu lesões máculo-papulares eritematosas pruriginosas generalizadas, recorrendo a centro de medicina chinesa, onde foi medicado com betametasona ev. Na manhã do dia seguinte, teve diminuição da força proximal dos membros superiores com queda no domicílio, acompanhada de palpitações regulares, pelo que recorreu ao serviço de urgência. De referir, 1 episódio semelhante 1 mês antes, de resolução espontânea. Laboratorialmente: hipocaliémia grave, hipofosfatémia e alterações da função tiroideia compatíveis com hipertiroismo, pelo que iniciou correção hidroelectrolítica e foi internado. Após alta, foi enviado à Consulta de Alergia Alimentar (Consulta de Imunoalergologia), para investigação de possível alergia alimentar. Realizou testes cutâneos (TC) por picada (TCP) para alergénios inalantes e alimentares, incluindo os componentes dos preparados, TC prick-prick, doseamento de IgE total e específica (slgE).

Resultados: Foi diagnosticada Paralisia Periódica Tireotóxica, tendo iniciado terapêutica com tiamazol e propranolol. Os TC mostraram sensibilização à soja; IgE total (139 U/mL), slgE para soja 17kU/L, com indicação para dieta de evicção.

Conclusão: A alergia à proteína de soja é frequente, sendo considerada um dos 8 alergénios alimentares mais importantes, em que as crianças são as mais afectadas. No entanto, a sensibilização e alergia à soja associada à ingestão de suplementos proteicos é muito raro, desconhecendo-se até à data a existência de publicações na literatura. Apesar das reacções descritas serem raras e imprevisíveis, alerta-se para o facto destes suplementos serem ingeridos pela população em geral sem qualquer tipo de controlo ou orientação.

PO 08 – Impacto percebido da alergia alimentar no quotidiano dos doentesF Carolino¹, A Coimbra¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, E.P.E., Porto, PORTUGAL

Objectivo: Avaliar o impacto da alergia alimentar (AA) na vida quotidiana dos doentes e seus cuidadores.

Metodologia: Revisão dos processos clínicos dos doentes avaliados na nossa Unidade de Alergia Alimentar, nos anos de 2013 a 2015 (n=187). Selecção dos doentes (ou seus cuidadores) com AA confirmada (n=51; 27%) para responderem a uma entrevista telefónica estruturada.

Resultados: Aceitaram participar 21 doentes com AA (67% sexo feminino; idade média±DP 28±16 anos; 7 doentes <18 anos). Os

principais grupos alimentares envolvidos foram: crustáceos (26%), peixes (19%), frutos frescos (19%) e frutos de casca rija (16%); 9 doentes eram alérgicos a alimentos de mais do que um grupo. Vinte (95%) tinham reacções imediatas e 12 (57%) anafilaxia. Dois (10%) doentes confessaram não estarem a cumprir evicção absoluta dos alimentos a que eram alérgicos e um mantinha inclusivamente manifestações recorrentes de alergia (síndrome de alergia oral); 7 (33%) admitiram nem sempre trazer consigo a medicação de emergência, tendo um doente referido já ter necessitado dela. Onze (52%) doentes reportaram terem alterado os seus planos de férias devido à AA. Cinco (24%) referiram raramente ou nunca prestar atenção aos rótulos dos produtos alimentares embalados e 4 (19%) doentes já tinham tido uma reacção alérgica alimentar por exposição accidental. Cinco (24%) consideraram ter um aumento nas despesas mensais atribuível à AA e 10 (48%) doentes confirmaram sentir-se de algum modo prejudicados pela AA. Por outro lado, todos os doentes referiram estar mais confiantes com o diagnóstico e gestão da AA após avaliação em consulta de Imunoalergologia.

Conclusões: O impacto negativo da AA na vida diária dos doentes/cuidadores da população avaliada foi evidente, à semelhança de outros estudos, quer a nível económico quer a nível psicossocial. Também se notou uma atitude descuidada por parte de quase um quarto dos doentes em relação à sua AA. Todos admitiram maior confiança na gestão da AA após avaliação por Imunoalergologia contudo, a intervenção médica deve ser ainda mais abrangente e incluir todos os aspectos de modo a ajudar os doentes a lidarem com a sua AA, assim como a reduzir a interferência da mesma no seu quotidiano.

PO 09 – Sem ser frutas, leguminosas, frutos secos e cereais o que posso comer?

S Campina Costa¹, F Pineda, M Castillo

¹ Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, PORTUGAL

² Laboratório de Aplicações, Laboratório DIATER, Madrid, SPAIN

Introdução: a alergia alimentar múltipla constitui uma ameaça para o doente e um desafio diagnóstico para o médico. Quando confirmada permanecem dúvidas sobre o aconselhamento e terapêutica para além da evicção dos alimentos implicados.

Métodos: revisão de um caso clínico de alergia alimentar a diferentes fontes alergénicas. Resultados: mulher de 47 anos, ajudante de pasteleira, com os diagnósticos de rinite alérgica e asma brônquica controlada, e história de prurido oral ao encher balões e urticária imediata a luvas de borracha. Desde há 4 anos surge síndrome de alergia oral a cereja, ameixa, amêndoa, amendoim, feijão, banana e coco e anafilaxia a pêssego, maçã, pêra, manga, maracujá, noz, avelã, caju, pistáchio, ervilha e grão, bem como anafilaxia com ingestão de produtos contendo farinhas de centeio, cevada, trigo e mais recentemente com amido milho. Não há associação à prática de exercício físico ou toma concomitante de fármacos. Os testes cutâneos por picada (TC) a aeroalergénios (Bial®), foram positivos para o látex, gramíneas, cipreste, plátano e artemisia. Os TC a extratos alimentares (Bial®) foram

positivos para pêssego, maçã, amêndoa, lentilha, feijão, coco e farinhas de centeio, cevada, trigo e milho, tendo ocorrido anafilaxia durante os TC pelo que não se prosseguiu para TC com alimentos em natureza. O perfil molecular de reconhecimento de alergénios mostrou sensibilização a gramíneas (Phl p1 e Phl p4), a LTP de pólen e frutas (Art v3, Pla a3, Pru p3, Jug r3), a proteína de armazenamento da noz (Jug r2) e a Hev b6 do látex. Realizou-se immunoblotting (Diater®) que confirmou o reconhecimento de proteínas nos extratos de Phleum (Phl p 5, Phl p 1 e Phl p 4); látex (Hev b6) e reatividade cruzada com banana (Mus a2); pêssego (Pru p3) e noz (fracção lipossolúvel). Este método permitiu também diagnosticar alergia ao trigo, com gliadinas negativas, e ao milho (Zea m1).

Conclusão: nesta doente diagnosticou-se co-sensibilização a LTP e proteínas de armazenamento responsável por um síndrome pólen-frutos com anafilaxia a rosáceas e anafilaxia a frutos secos e leguminosas. Acresce um síndrome látex-frutos e anafilaxia a diferentes cereais. Perante a complexidade deste caso de alergia múltipla, os autores discutem qual a melhor abordagem e correção aconselhamento destes doentes.

PO 10 – Anafilaxia induzida por cerveja

J Badas¹, D Silva¹, A Coimbra¹

¹ Serviço de Imunoalergologia/Centro Hospitalar São João, porto, PORTUGAL

Introdução: A cerveja é amplamente consumida em todo o mundo, contudo os relatos de hipersensibilidade imediata são raros. O objetivo deste trabalho é apresentar o estudo diagnóstico de um caso clínico de anafilaxia de repetição com suspeita de reação de hipersensibilidade à cerveja.

Métodos: Homem de 71 anos de idade, com doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão, dislipidemia e osteoartrópia, polimedicado com atorvastatina, carvedilol, lisinopril e associação de brometo de glicopirronio e indacaterol. Referenciado à consulta por 3 episódios de anafilaxia nos últimos seis meses, com necessidade de ventilação mecânica e internamento em unidade de cuidados intensivos no último episódio. Os episódios ocorreram imediatamente (<15 min) após ingestão dos seguintes alimentos, respetivamente: 1) cerveja com gasosa e 2) rissóis de carne; 2) cerveja com gasosa e 3) cerveja acompanhada de carne de porco fumada. Boa tolerância ao consumo de carne de porco e de vaca, pão de trigo, ovo e especiarias como pimenta e pimentão após os episódios. Efetuou estudo diagnóstico que incluiu doseamento de triptase sérica, testes cutâneos e IgE específicos.

Resultados: Os testes cutâneos por picada com aeroalergénios, LTP, profilina, noz, avelã, amêndoa, pinhão, amendoim, trigo e soja foram negativos. Analiticamente apresentava eosinófilos de 470/mm³, triptase normal (3,25µg/L), IgE total de 549kU/L, IgE específicas para carne de porco, paprica, trigo, centeio, amêndoa, tremçoço, noz, tremçoço lupino e mistura de cereais (trigo, centeio, cevada, arroz) negativas. Os testes cutâneos por picada-picada foram positivos para o malte de cevada (6mm de maior diâmetro

de púpula) e a cerveja Super-Bock® (15mm), mas negativos para a cevada, centeio, pimenta branca e pimentão-doce (histamina 7mm). **Conclusão:** A história clínica e o estudo complementar de diagnóstico foram concordantes com a suspeita de alergia a cerveja por sensibilização ao malte de cevada. O tratamento com inibidor da enzima de conversão da angiotensina e betabloqueador mais a ingestão de álcool podem ter contribuído como co-fatores de agravamento das reações. O processamento do grão de cevada em malte poderá explicar a ausência de sensibilização à cevada.

PO 11 – Alergia ao glúten, uma forma rara de apresentação clínica

M Bento¹, C Rio², F Pineda³

¹ SAMS, Lisboa, PORTUGAL,

² SAMS, Lisboa, PORTUGAL,

³ DIATER Laboratórios, Madrid, SPAIN

Objetivo: Alertar para formas clínicas de alergia alimentar causadas por proteínas alimentares comuns, veiculadas através de alimentos com elevado potencial alergénico. **Metodologia – Caso clínico:** lactente, F., nascida de parto de termo eutócico, PN-3 KG, suplemento formula standard na maternidade, LM desde o nascimento até 5M, seguido de fórmula LA. 4 M introdução de legumes, carne, fruta, farinhas lácteas sem glúten, boa tolerância. 7 meses quadro clínico imediato (20 minutos) urticária generalizada após introdução de yogourt. A análise do yogourt mostrou trigo na composição. Diagnóstico provável: alergia IgE mediada ao trigo. Diagnóstico Alergológico: TC; IgEs; SDS-PAGE; Western Blot. RESULTADOS: TC N (leite de vaca e PLV); P (trigo, glúten e yogourt). IgEs N (leite de vaca e PLV), IgEs P (trigo 5,10 KU/L., glúten 4,32 KU/L). Western Blot, anticorpos IgEs fracções hidrosolúveis e liposolúveis do trigo (gliadinas e gluteninas). **Discussão:** os cereais com glúten (trigo, centeio, cevada), são introduzidos na alimentação infantil após o quarto mês de vida. As proteínas alergénicas major do trigo (*triticum estivatum*) são gliadinas e gluteninas. A sensibilização pode ter ocorrido via leite materno, o que explica a reacção alérgica imediata após primeira ingestão de yogourt contendo trigo. No diagnóstico salienta-se: importância da HC e do inquérito alimentar (chave do diagnóstico); TC e IgEs positivos para trigo e glúten. O estudo imunoeletroforetico (SDS-PAGE e Western Blot) permitiu identificar as proteínas alergénicas nas fracções hidro e liposolúveis do trigo, (gliadina e glutenina). A prova de provocação oral “gold standard” do diagnóstico em alergia alimentar, é dispensável no lactente com história clínica recente sugestiva, T e IgEs positivas. O prognóstico é favorável, com uma evolução provável para tolerância.

Conclusões: O trigo e cereais com glúten são alergénios alimentares importantes na idade pediátrica. Um quadro clínico inaugural de alergia imediata ao trigo após ingestão de yogourt não é frequente. A combinação de métodos de diagnóstico alergológico in vivo e in vitro, permitiu, neste caso, confirmar o diagnóstico e caracterizar o perfil de sensibilização alérgica.

PO 12 – Esofagite eosinofílica e corticoterapia tópica: Em busca de uma dose mínima eficaz

D Pina Trincão¹, M Paiva¹, E Finelli¹, S Prates¹, J Cabral², P Leiria Pinto¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

² Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: De acordo com as guidelines atuais, a abordagem terapêutica da esofagite eosinofílica (EoE) preconiza em primeira linha, a par da dieta de evicção alimentar, o uso de corticosteroides tópicos (CST). A dose utilizada varia nos diferentes estudos, não sendo consensual a dose mínima eficaz. Apresentamos um estudo retrospectivo dos doentes com EoE que realizaram terapêutica com CST.

Métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico de EoE que realizaram tratamento com CST (propionato de fluticasona [PF] 500 mcg 2id, administrado por inalador pressurizado durante mínimo de 3 meses) de 2006 a 2015, inclusive. Avaliou-se a eficácia terapêutica, definida como resolução clínica e histológica da EoE, bem como a evolução da doença tendo em conta a interrupção ou manutenção do tratamento com CST.

Resultados: Foram analisados 53 doentes acompanhados em consulta. A mediana foi de 8 anos (mínimo: 0,5 anos máximo: 15 anos), 79% (n=42) eram do sexo masculino e 69% atópicos (n=39). Dos 47 doentes com follow-up, verificou-se resolução em 44 (93%). Nos doentes em que o tratamento foi suspenso e foi realizado follow-up (n=33) verificou-se recidiva em todos. Em 10 doentes foi tentada redução da dose diária de CST, com controlo clínico e histológico em 7, nomeadamente nas doses de PF 500 mg/dia (n=4) e de 250 mg/dia (n=3). Observou-se recidiva em 3 doentes com PF500 mcg/dia, motivando re-escalada terapêutica com resolução.

Conclusão: A eficácia do uso de CST para tratamento da EoE é elevada, contudo, é de salientar a elevada taxa de recidiva após a sua suspensão. Nos doentes que mantiveram tratamento com CST foi possível reduzir a dose em 70% dos casos, mantendo-se o controlo da EoE. No tratamento da EoE com CST dever-se-á avaliar a dose mínima eficaz para o seu controlo, o que permitirá redução o risco de eventuais efeitos secundários e maior comodidade posológica para o doente.

PO 13 – Polissensibilização a peixe, mariscos e leguminosas – Um caso clínico

A Ciobanu¹, C Loureiro¹, A Todo-Bom¹

¹ Serviço de Imunoalergologia do CHUC, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: A alergia alimentar a peixes e mariscos assim como ao amendoim, com início na infância, na maioria dos casos persiste durante a vida. As proteínas alérgicas destes alimentos são termoestáveis no processo de preparação sendo pouco modificadas pela acidez do suco gástrico e por enzimas intestinais. Assim, os seus epítopos alcançam a circulação sanguínea na sua forma inicial possibilitando o desenvolvimento de reações alérgicas de

vários graus de gravidade desde a síndrome de alergia oral (SAO) até anafilaxia às vezes fatal.

TSV de 8 anos de idade, sexo masculino frequenta a consulta de IA desde 2012 por alergia alimentar. Amamentação até aos 2 meses. Aos 8 meses a ingestão de peixe desencadeou edema dos lábios, prurido oral, erupção papular, pruriginosa peribucal com resolução em algumas horas. Ao contacto com peixe cozinhado apresentava erupção maculo-papular pruriginosa e edema das pálpebras, prurido das mãos e ocular. Os vapores de cozedura de peixe desencadeavam obstrução nasal, rinorreia e ligeiro edema de pálpebras. Nunca ingeriu camarão, não teve reações a polvo.

Dos exames realizados destacam-se: hemograma com eosinofilia $1200/\text{mm}^3$; testes cutâneos de alergia por picada para aeroalergénios negativos e para alimentos (salmão, pescada, bacalhau, sardinha, feijão branco, soja, tremoço e amendoim) positivos; doseamento de rDer p 10 de 0,19 KU/L; r Gad c I de 2,71 KU/L; estudo funcional respiratório sem alterações.

Desde 2013 efetua eviçã total de peixes, mariscos e leguminosas, com exceção de amendoim e tremoços que ingere em baixa quantidade até 5 unidades, sem desencadear sintomas.

A monitorização dos níveis de IgE específicas séricas para salmão, pescada, bacalhau, soja e tremoço evidenciou uma diminuição significativa e ligeira diminuição para feijão branco e amendoim.

Discussão: Apresentamos um caso de alergia alimentar a peixe com reação de SAO. Possível polisensibilização a leguminosas e mariscos sem relevância clínica. Eviçã total de peixes, mariscos e parcialmente de leguminosas (como tremoços e amendoim) teve como resultado diminuição significativa de IgE específicas. Discute-se a influência da ingestão de amendoim e tremoços em quantidades toleradas na aquisição de tolerância.

SESSÃO DE POSTERS II ALERGIA A FÁRMACOS / VENENO DE HIMENÓPTEROS / LÁTEX

Dia: 7 de Outubro

Horas: 10h30 – 11h30

Local: Sala 2

Moderadores: Marta Chambel, Marta Neto

PO 14 – Hipersensibilidade a anti-inflamatórios não esteróides por inibição da ciclooxigenase-I – Casuística de 10 anos de consulta

M Ferreira Neto¹, M Pereira Barbosa¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: As reações de hipersensibilidade (Hs) aos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) foram recentemente reclassificadas, de modo a tornar mais prática e mais uniforme a nomenclatura utilizada para definir o quadro clínico e permitir a melhor precisão do diagnóstico (dgx). As reações não imunológicas (reatividade cruzada), foram divididas em 3 grupos: Doença respiratória exacerbada por AINEs (NERD), Doença cutânea exacerbada por AINEs (NECD) e Urticária /Angioedema induzida por AINEs (NIUA). Neste tipo de entidade os doentes têm Hs a AINEs não relacionados quimicamente, cuja fisiopatologia assenta na semelhança de padrão de inibição da Ciclooxigenase-I (COX-I).

Métodos: Entre os 357 doentes referenciados à consulta de Alergia medicamentosa com história de Hs a AINEs, de Janeiro de 2006 a Março de 2016, analisámos retrospectivamente 173 doentes (dts) com Hs confirmada a AINEs. Estabeleceu-se o dgx de Hs a AINEs por história clínica sugestiva e por teste cutâneo (unicamente Metamizol) e/ou prova de provocação oral aberta com o AINE suspeito ou com ácido acetil salicílico; ou com AINE alternativo se episódios múltiplos com clínica reproduzível ou anafilaxia. Excluíram-se desta análise os dts com Hs seletiva a AINEs..

Resultados: De 128 doentes, 88 pertenciam ao sexo feminino; idade média $45 \pm 14,88$. O AINE suspeito mais frequentemente reportado na história foi o Ácido acetil salicílico, seguido do Ibuprofeno (73/70). A Hs aos AINEs foi imediata em 67 dts (52,3%), tardia em 38 (29,7%), acelerada em 12 (9,4%) e retardada em 11 (8,6%). Realizaram-se 91 provas alternativas e 37 diagnósticas. Foram identificados 92 dts (71,8%) do subgrupo NIUA, e 18 dts (14,1%) quer no subgrupo NERD quer no NECD. Do subgrupo NIUA, 47 dts (51,1%) descreveram reação imediata ($\leq 1h$), 26 (55,3%) dos quais com anafilaxia como quadro clínico de apresentação.

Conclusões: Nesta população com Hs a AINEs, a maioria foi classificada como subgrupo NIUA, com realce para a descrição de reação imediata em mais de metade dos doentes e da elevada percentagem de anafilaxia neste subgrupo. Destaca-se ainda o número de provas alternativas comparativamente às diagnósticas. Discute-se a relevância da metodologia diagnóstica no estabelecimento correto do diagnóstico na Hs a AINEs.

PO 15 – Hipersensibilidade não imediata a betalactâmicos – Análise retrospectivaA Castro Neves¹, S Cadinha¹, A Moreira¹, P Barreira¹, D Malheiro¹, J Moreira da Silva¹¹ Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Introdução: Os betalactâmicos são os antibióticos mais frequentemente prescritos e a causa mais comum de alergia a fármacos. A Benzilpenicilina, principal responsável por alergia aos betalactâmicos, tem sido progressivamente substituída pela Amoxicilina, Cefalosporinas ou outros antibióticos. O estudo teve por objectivos caracterizar um grupo de indivíduos com suspeita de hipersensibilidade não imediata (HNI) a Penicilinas naturais e Aminopenicilinas/Ácido clavulânico e avaliar a utilidade de diferentes procedimentos de diagnóstico no estudo destas reacções.

Material e métodos: Dos 391 doentes com suspeita de hipersensibilidade a beta-lactâmicos (HB) referenciados à consulta de alergia a fármacos entre 2009 e 2015 foram estudados aqueles com reacção não imediata, sendo excluídas as reacções cutâneas graves. Avaliaram-se dados demográficos, clínicos e resultado da investigação diagnóstica. O diagnóstico foi confirmado se testes cutâneos (TC), prova de provocação (PP) ou administração continuada (AC) positivos e foi considerado provável se história sugestiva e/ou teste de transformação linfocitária (TTL) positivo. Os TC foram realizados com PPL, MDM, Penicilina G, Amoxicilina, Amoxicilina/Ácido clavulânico, Ampicilina e a PP com Amoxicilina, Amoxicilina/Ácido clavulânico e Penicilina.

Resultados: 158 (40,4%) doentes com suspeita de HNI: 68,4% do sexo feminino; idade mediana de 39 anos (I-81); 34,2% atópicos; 16,5% com diagnóstico de rinite/rinoconjuntivite, 15,2% asma e rinite e 7,6% urticária crónica/angioedema. As reacções cutâneas foram referidas por 89,9% dos doentes. Os TC por picada foram negativos em todos os doentes (119); os testes intradérmicos realizados em 102 doentes foram positivos em 10 (leitura tardia); os testes epicutâneos foram positivos em 6 de 101 doentes. O TTL foi positivo em 5 de 8 doentes. A PP foi realizada em 116 doentes, sendo positiva em 10. A AC foi realizada em 80 doentes e foi positiva em 7. O diagnóstico de HB foi confirmado em 27 doentes.

Conclusão: O nosso estudo sugere que a HB ocorre principalmente em adultos e as manifestações cutâneas são as mais frequentes, de acordo com o descrito na literatura.

O diagnóstico de HB foi confirmado em 17% dos doentes, em 26% dos quais através da AC. Segundo as atuais recomendações do ENDA, a PP é o gold-standard para o diagnóstico definitivo de HB, contudo 7 doentes não teriam sido diagnosticados se não tivesse sido realizada AC.

PO 16 – Reações de hipersensibilidade a beta-lactâmicos em idade pediátrica: Estudo retrospectivoJ Lopes¹, S Cadinha¹, L Brosseron¹, D Malheiro¹, P Barreira¹, J P Moreira da Silva¹¹ Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Introdução: A suspeita de reacções de hipersensibilidade (RH) a beta-lactâmicos (BLs) é frequente em idade pediátrica, embora após estudo alergológico adequado, apenas 10 a 15% das crianças com suspeita sejam de facto alérgicas. Mesmo quando o diagnóstico é excluído alguns doentes permanecem rotulados como alérgicos, mantendo o recurso a terapêuticas alternativas.

Objetivo: Avaliar e caracterizar um grupo de crianças com suspeita de RH a BLs e determinar se, naqueles em que foi excluído RH, houve reexposição e tolerância ao fármaco.

Metodologia: Estudo retrospectivo de crianças referenciadas à consulta de Alergia a Fármacos, (abril de 2009 a março de 2016), por suspeita de RH a BLs (amoxicilina ou amoxicilina/ácido clavulânico). Avaliaram-se dados demográficos, clínicos e procedimentos diagnósticos. O diagnóstico foi confirmado se determinação de IgE específica, testes cutâneos (TC), prova de provocação oral (PPO) ou administração continuada (AC) positivos e considerado provável se história clínica sugestiva e/ou teste de transformação linfocitária (TTL). Foram contactados telefonicamente os pais dos doentes nos quais foi excluída RH, para avaliar reexposição ao fármaco e sua tolerância.

Resultados: Das 67 crianças referenciadas, 57 completaram estudo (10 excluídas por recusa ou falta de comparência): mediana de idade 9 anos [1-18]; 51% do sexo masculino; 46% atópicos. Os fármacos suspeitos foram a amoxicilina e amoxicilina/ácido clavulânico. Vinte por cento referiram reacções imediatas e 75% reacções tardias. As manifestações cutâneas foram descritas em 89% dos doentes. O diagnóstico foi confirmado em 12%, 2 reacções imediatas (1 IgE específica positiva, 1 TC positivos) e 5 tardias (1 PPO positiva, 4 AC positivos), considerado provável em 5% (2 TTL positivos, 1 história sugestiva que contraindica PPO) e excluído em 83% das crianças. Das 47 (83%) crianças em que se excluiu RH, 45% toleraram BLs, 47% não voltaram a fazer BLs (20 por não necessitarem, 2 por receio de reacção) e 8% não atenderam a chamada.

Conclusão: Apenas em 12% das crianças avaliadas foi confirmada alergia a BLs, o que está de acordo com a literatura. Cerca de metade das crianças em que se excluiu diagnóstico foram reexpostas e toleraram BLs, reforçando a necessidade de uma explicação adequada das conclusões do estudo alergológico e suas implicações no futuro.

PO 17 – Hipersensibilidade ao cloridrato de fenilefrina – Caso clínicoS Carvalho¹, F Cabral Duarte¹, P Barreto², M Pereira Barbosa¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa, CHLN, Lisboa, PORTUGAL² Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: O cloridrato de fenilefrina é um agonista alfa adrenérgico usado como midriático na observação do fundo ocular,

tendo efeito máximo em 20 a 90 minutos. As reações alérgicas aos colírios midriáticos são raras apesar do seu uso extensivo por parte dos oftalmologistas sendo o cloridrato de fenilefrina responsável pela maioria dos casos reportados, com uma incidência entre 53,8% e 93,5%.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 65 anos de idade, referenciada à consulta de Imunoalergologia por episódio em 2001 de edema, eritema pruriginoso e doloroso palpebral e hiperemia conjuntival cerca de 4 horas após uso de colírios (oxibuprocaina, tropicamida e fenilefrina) para realização de fundoscopia em contexto de oclusão vascular retiniana no olho direito. Realizou terapêutica tópica, não especificada, durante 15 dias com resolução do quadro. Referia uso recorrente de colírios na avaliação do fundo ocular, sem qualquer reação anteriormente. Até 2013 referiu vários episódios posteriores semelhantes ao descrito, altura em que suspendeu a administração dos colírios tropicamida e cloridrato de fenilefrina. Desde então, tem tolerado outros colírios nomeadamente povidona k25 e cloridrato de oxibuprocaina. Realizou Testes Cutâneos por Picada para aeroalergénios que foram positivos para pólen de acácia. Nos Testes Epicutâneos apresentou resultados positivos para mistura de Caínas (dibucaina, percaína, tetracaína) e Cloridrato de Fenilefrina. A doente teve indicação para fazer evicção do cloridrato de fenilefrina e alternativamente utilizar outros colírios midriáticos em que apresentou testes epicutâneos negativos, nomeadamente a tropicamida.

Discussão: O aparecimento dos sintomas poucas horas após a administração do colírio podia levar a admitir, erradamente, uma reação alérgica do tipo imediato. No entanto, na literatura as reações alérgicas à fenilefrina são descritas como reações tardias, causada pela interação do antigénio com linfócitos T inflamatórios e/ou citotóxicos. Assim sendo, este caso trata-se de uma alergia com base num mecanismo celular e não IgE mediado.

Conclusão: Admite-se o diagnóstico de hipersensibilidade tardia ao Cloridrato de fenilefrina tratando-se de uma reação de hipersensibilidade do tipo IV, não IgE mediada. O uso de testes epicutâneos confirmou que estas consistem em reações de hipersensibilidade tipo IV e permitiu a escolha de uma opção terapêutica para esta doente.

PO 18 – Reações de hipersensibilidade a anti-inflamatórios não esteróides em idade pediátrica: Estudo retrospectivo M Vieira¹, J Lopes¹, S Cadinha¹, P Barreira¹, J P Moreira da Silva¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Introdução: As reações de hipersensibilidade (RH) a anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) são as mais frequentes, ainda que poucos estudos documentem a sua prevalência em idade pediátrica. O esclarecimento do diagnóstico é de grande importância, evitando o recurso a fármacos alternativos menos adequados.

Objetivo: Avaliar e caracterizar um grupo de crianças com suspeita de RH a AINEs e determinar se, naquelas em que foi excluída RH, houve reexposição e tolerância ao fármaco.

Metodologia: Estudo retrospectivo de crianças referenciadas à consulta de Alergia a Fármacos (abril 2009 – março 2016) por suspeita de RH a AINEs. Avaliaram-se dados demográficos, clínicos e resultados da investigação diagnóstica. O diagnóstico foi confirmado por prova de provocação oral (PPO) e considerado provável se história clínica sugestiva. Foram contactados telefonicamente os pais dos doentes nos quais foi excluída RH, para avaliar reexposição ao fármaco e sua tolerância.

Resultados: Avaliaram-se 34 doentes por suspeita de RH a AINEs: 68% do sexo feminino; idade mediana de 11 anos [3-18]; 65% atópicos; 38% com diagnóstico de asma e rinite e 27% com rinoconjuntivite. Os principais fármacos suspeitos foram Ibuprofeno e Paracetamol, sendo que 18% dos doentes referiam queixas com mais do que um AINE. As manifestações cutâneas foram as mais comuns (76%); as RH tardias foram referidas em 16 doentes (47%) e as imediatas em 15 doentes (44%). Trinta e um doentes completaram estudo, 6 não realizaram PPO com o AINE suspeito (4 por história clínica sugestiva e 2 por comprovada tolerância posterior). Três das 25 PPO foram positivas (2 Ibuprofeno e 1 Paracetamol). Oito doentes fizeram administração continuada sem intercorrências. O diagnóstico foi confirmado em 3 doentes (9,7%), considerado provável em 4 (12,9%) e excluído em 24 (77,4%). Os doentes com diagnóstico confirmado ou provável realizaram PPO com AINE alternativo com boa tolerância. Dos 24 doentes em que se excluiu RH a AINEs, 54,2% voltaram a tomar o AINE suspeito com boa tolerância, 29,2% não necessitaram, 8,3% não voltaram a tomar por receio e 8,3% não atenderam o telefone.

Conclusão: O diagnóstico de RH a AINEs foi estabelecido em 9,7% dos doentes, sendo a PPO fundamental na confirmação do mesmo e na documentação de alternativas seguras. Os resultados obtidos são concordantes com estudos realizados noutros centros. A maioria dos doentes em que se excluiu RH voltaram a tomar o AINE suspeito com boa tolerância

PO 19 – Utilidade dos alergénios moleculares no diagnóstico de alergia a veneno de himenópteros C Cruz¹, R Reis¹, A P Pires¹, E Tomaz¹, F Inácio¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal, PORTUGAL

Introdução: O doseamento de IgE's específicas para veneno de himenópteros é muito sensível no diagnóstico de alergia a venenos. No entanto, muito frequentemente, os doentes alérgicos a veneno de abelha ou vespas (*Vespa* ou *Polistes*) apresentam IgE específica para vários venenos. As duplas ou triplas positividade séricas, associando-se a testes também positivos para dois ou três venenos levantam questões na seleção da imunoterapia. Esta positividade múltipla em testes diagnósticos pode ser devida a sensibilização a vários venenos ou a reações cruzadas. Os estudos de inibição de IgE podem ajudar a distinguir estas duas situações, mas por serem dispendiosos e difíceis de interpretar, são pouco usados por rotina. Os alergénios moleculares podem ajudar a distinguir sensibilização múltipla verdadeira de reatividade cruzada.

Sexo	Idade	Suspeita	Reação	Abelha	Api m 1	Vespula	Ves v 1	Ves v 5	Polistes	Pol d 5
M	28	Abelha	Edema da glote	54,2	29,3	0,02	0,02	0,06	0,11	0,22
M	67	Abelha	Choque anafilático	5,81	0,00	0,13	0,00	0,20	0,00	0,08
F	64	Abelha	Anafilaxia	6,3	4,86	0,22	0,01	0,00	0,50	0,00
M	54	Abelha	Anafilaxia	0,46	0,11	0,23	0,22	0,00	1,21	0,01
F	30	Abelha	Anafilaxia	3,73	0,04	0,06	0,01	0,03	0,04	0,03
M	30	Abelha	Anafilaxia	16,00	9,78	0,02	0,02	0,01	0,02	0,00
F	48	Abelha	Anafilaxia	8,89	1,08	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
M	14	Abelha	Anafilaxia	11,00	0,43	0,02	0,02	0,00	0,01	0,01
M	71	Abelha	Anafilaxia	35,2	14,40	1,45	0,08	0,10	0,19	0,05
M	36	Abelha	Urticária	6,06	0,35	1,06	0,13	0,02	0,44	0,02
F	42	Abelha	Anafilaxia	155,00	99,00	3,19	0,00	0,04	2,71	0,02
F	70	Vespa	Anafilaxia	1,78	0,07	7,85	3,70	5,63	7,97	8,34
M	46	Vespa	Anafilaxia	0,02	0,00	0,04	0,01	0,02	0,96	0,69
F	62	Vespa	Anafilaxia	0,09	0,02	1,29	1,14	1,36	43,30	42,10
M	27	Vespa	Anafilaxia	0,08	0,01	0,80	0,56	0,14	2,46	1,33
M	48	?	Anafilaxia	0,63	0,03	0,06	0,01	0,00	0,07	0,00
M	29	?	Anafilaxia	0,04	0,02	0,12	0,06	0,03	0,46	0,27
M	18	?	Choque anafilático	0,23	0,08	0,24	0,11	0,15	0,54	0,28

Material e métodos: Estudo retrospectivo de 18 doentes com história de reação sistémica após picada de himenóptero. Foram analisados os doseamentos de IgE específica para os extratos totais de veneno de abelha (VA), vespa (VV), vespa do papel (VP) e para os alérgenos moleculares (Api m 1, Ves v 1, Ves v 5 e Pol d 5).

Resultados: Treze doentes apresentavam sensibilização ao extrato total de VA, no entanto apenas 8 estavam sensibilizados a Api m 1. Seis doentes tinham sensibilização para extrato total de VV, sendo que apenas 3 apresentavam sensibilização para Ves v 5 ou Ves v 1. Dez doentes estavam sensibilizados ao extrato total de VP, mas apenas 4 ao Pol d 5. De entre os 18 doentes estudados, 8 tinham doseamentos positivos de IgE específica para extratos totais de 2 ou 3 venenos, mas através dos alérgenos moleculares apenas em 3 se verificou sensibilização a dois venenos.

Discussão: A utilização de alérgenos moleculares permitiu diferenciar em 8 doentes reatividade cruzada de polissensibilização, que apenas se confirmou em 3 doentes. É um método de diagnóstico que deve ser utilizado quando o doseamento de IgE específica é positivo para mais do que um extrato total de venenos, e assim planejar a imunoterapia específica. Apenas 62% dos doentes com IgE específica positiva para extrato total de veneno de abelha estavam sensibilizados para Api m 1, sugerindo que outros alérgenos moleculares podem ter um papel importante na alergia a VA.

PO 20 – A imunostimulação bacteriana da mucosa reduz acentuadamente a necessidade de tratamento cirúrgico em doentes com amigdalite recorrente

L A García¹, M Tejera², M Guzmán-Fulgencio², R Caballero², E Fernández-Caldas², JL Subiza², M Casanovas²

¹ ORL Department, Hospital Carmen y Severo Ochoa, Asturias, SPAIN

² INMUNOTEK, MADRID, SPAIN

Introdução: A amigdalite recorrente em adultos é uma doença otorrinolaringológica comum. Atualmente, o tratamento padrão é a amigdalectomia. Como medida profilática da cirurgia, está indicada a profilaxia contínua com antibióticos. BACTEK[®] é um imunostimulante bacteriano utilizado com sucesso na prevenção de infeções recorrentes do trato respiratório.

Objetivo: Avaliar se o uso de um imunostimulante bacteriano em conjunto com a antibioterapia profilática reduz a frequência e a severidade da amigdalite e evita a amigdalectomia.

Materiais e métodos: Foi revisto o registo clínico de 88 doentes (24 homens e 64 mulheres, média 25 anos, 20-31 anos) com amigdalite recorrente. Todos os doentes sofriam de amigdalite recorrente com inflamação crónica (mínimo de 3 episódios agudos nos últimos 12 meses) e eram candidatos a tratamento cirúrgico. Sessenta e seis doentes foram tratados com antibióticos (penicilina im ou azitromicina). Vinte e dois doentes foram tratados com antibióticos e o imunostimulante polibacteriano (BACTEK[®]) durante o mesmo período de tempo. A média de tempo de tratamento foi de 4.4 (± 2.2) meses por doente. BACTEK[®] é uma suspensão de seis concentrados de

bactérias inteiras inativadas: *Staphylococcus aureus* 15%; *Staphylococcus epidermidis* 15%; *Streptococcus pneumoniae* 60%; *Klebsiella pneumoniae* 4%; *Moraxella catarrhalis* 3%; *Haemophilus influenzae* 3%. A administração do tratamento foi através via perlingual. Considerou-se uma falha do tratamento a ocorrência de 2 novos episódios de amigdalite após o início do tratamento correspondente.

Resultados: Globalmente, 53 (60%) doentes apresentaram melhorias clínicas e 35 (40%) foram amigdalectomizados. No grupo que recebeu apenas tratamento com antibióticos como tratamento profilático 35 (53%) evitaram a amigdalectomia e 31 (47%) apresentaram pelo menos 2 novos episódios de amigdalite e requereram cirurgia. No grupo tratado com antibióticos e BACTEK® 18 (82%) doentes apresentaram melhorias clínicas e evitaram a amigdalectomia. A diferença verificada entre os dois grupos apresenta significância estatística ($P=0.0230$). Não foram reportados efeitos adversos relativamente à administração de BACTEK® e todos os doentes terminaram o tratamento profilático.

Conclusão: Em condições de "vida real", em doentes adultos com amigdalite recorrente, suportam a administração de imunostimulantes polibacterianos por via sublingual, como uma estratégia efetiva na redução da necessidade da amigdalectomia.

PO 21 – Alergia ao látex: Caso clínico

A Castro Neves¹, C Alves¹, A Margarida Romeira¹, P Leiria Pinto¹
¹ Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A alergia ao látex é uma causa importante de alergia ocupacional e é responsável por inúmeras reações alérgicas em indivíduos sensibilizados, sendo mais frequente nos profissionais de saúde. A sua prevalência diminuiu após os anos 90 com a introdução das luvas sintéticas (vinil e nitrilo), particularmente em ambiente hospitalar.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 51 anos, empregada de limpeza, com antecedentes pessoais de asma e rinite, referenciada à consulta de Imunoalergologia por episódios de urticária aguda sem factor desencadeante aparente. Iniciou anti-histamínico (AH) em dose dupla com melhoria da sintomatologia. Posteriormente teve episódio de urticária associado a sensação de dispneia, que relacionou com ingestão de camarão. A destacar na história ocupacional que a doente foi auxiliar de acção médica dos 32 aos 46 anos e continuou a fazer apoio ao domicílio até à actualidade. Um ano após iniciar a sua actividade como auxiliar, iniciou queixas de rinite e prurido cutâneo generalizado que atribuiu ao pó das luvas de látex, nunca tendo sido feita qualquer investigação. Com a implementação do uso de luvas de nitrilo no trabalho, melhorou. Refere queixas de prurido orofaríngeo e edema da língua durante tratamento dentário e prurido cutâneo com chinelos de borracha. Na consulta de Imunoalergologia, realizou testes cutâneos por picada para aeroalergénios e crustáceos em natureza que foram positivos para Dermatophagoides pteronyssinus e Látex e negativos para crustáceos e fez doseamento sérico de IgE específica para látex que foi de 14,8 KUA/L. Foram instituídas medidas de evicção e passou a usar luvas de nitrilo nas actividades de apoio domiciliário, sem novos episódios de urticária.

Conclusão: Embora a prevalência da alergia ao látex tenha diminuído, como resultado das várias medidas de evicção que têm sido im-

plementadas, continua a ser elevada (9,7% nos profissionais de saúde, 7,2% em doentes susceptíveis e 4,3% na população geral). Este continua a ser um alérgico relevante, em particular nos principais grupos de risco, e só uma história clínica detalhada relativamente à actividade profissional do doente (todas as actividades exercidas ao longo da vida e exposições associadas), hobbies/actividades de lazer permitem a sua identificação como agente etiológico nalgumas situações clínicas.

PO 22 – Omalizumab na imunoterapia com veneno de himenóptero – Caso clínico

T Lourenço¹, A Lopes¹, J Caiado¹, A Mendes¹, E Pedro¹, M Pereira Barbosa^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL

² Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Na Europa a prevalência de reacção sistémica com a picada de himenóptero varia entre 0,3-7,5%, sendo maior nos apicultores. A imunoterapia com veneno (ITV) de himenóptero oferece protecção em 80-100% dos casos. Reações alérgicas podem ocorrer com a ITV sobretudo durante a iniciação com ultra-rush, impedindo a sua progressão. O omalizumab pode ser usado como tratamento imunomodulador em associação à ITV, com o objetivo de reduzir as reações alérgicas.

Caso clínico: Homem de 53 anos, apicultor nos tempos livres, recorre à urgência por clínica de obstrução nasal, rinorreia anterior, dispneia e eritema facial com início 10 minutos (min) após picada de abelha no dedo indicador direito. À observação, 3 horas após a picada, apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneico, sem broncospasmo, com obstrução nasal e eritema facial. Fez terapêutica com corticoide, clemastina e ranitidina ev. com melhoria. A triptase doseada na urgência foi de 16,6 ug/L. A investigação imunoalergológica revelou IgE específica para veneno de abelha >100 kUA/l e testes cutâneos intradérmicos positivos para veneno de abelha na concentração 0,01 ug/mL. Iniciou IT com veneno de abelha sob pré-medicação com clemastina e montelucaste com suspensão por reacção anafilática 30 min após administração de 10 ug. Fez adrenalina, metilprednisolona e broncodilatadores, com melhoria. Ficou medicado em ambulatório com montelucaste e anti-histamínico durante 15 dias, repetiu o protocolo com aparecimento 30 min após administração de 10 ug de eritema na face e pescoço, com regressão após corticoterapia e ranitidina ev. No mesmo dia repetiu a administração de 10 ug, com reaparecimento das queixas cutâneas, sensação de corpo estranho na orofaringe e edema da úvula à observação. Fez hidrocortisona, ranitidina e ácido aminocaproico ev, com melhoria. Efetuou-se novo ultra-rush sob omalizumab, mantendo antihistamínico e montelucaste diário. Inicialmente, fez 2 administrações de omalizumab, 7 dias e 1 hora antes do ultra-rush, com aparecimento de eritema da face e obstrução nasal. Fez posteriormente 4 ciclos de 300 mg de omalizumab com 15 dias de intervalo. Ao 7.º dia reiniciou ultra-rush com boa tolerância.

Conclusões: Omalizumab tem sido utilizado em associação com a IT no controlo de reações alérgicas com bom resultado. Os autores descrevem um caso clínico em que a utilização de omalizumab permitiu com sucesso a progressão do ultra-rush com veneno de himenóptero.

SESSÃO DE POSTERS III ALERGIA CUTÂNEA / ANAFILAXIA

Dia: 7 de Outubro
Horas: 16h30 – 18h00
Local: Sala 2

Moderadores: Cristina Arêde, Teresa Vau

PO 23 – Alergia a peixes e anafilaxia

I Rezende¹, M Marques¹, L Cunha¹, H Falcão¹

¹ Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

Objetivo: A maioria das reações alérgicas ao peixe desencadeia sintomas cutâneos, no entanto estão descritas reações anafiláticas. Sabe-se que os principais alérgenos responsáveis por reatividade cruzada entre espécies de peixe são as parvalbuminas. Este estudo tem como objetivo avaliar as características clínicas e imunológicas num grupo de doentes com alergia ao peixe.

Metodologia: Foi realizado um estudo retrospectivo, que englobou doentes (30) em idade pediátrica seguidos em consulta ativa de Imunoalergologia, desde Janeiro de 2015 a Junho de 2016, por alergia alimentar ao peixe. Foram avaliados os seguintes parâmetros:

“Idade de início de doença”; “sintomas”; “tipos de contacto com o alérgeno desencadeante de sintomas”; “resultados dos testes cutâneos pelo método prick e/ou prick-to-prick, das IgE’s específicas e dos alérgenos recombinantes (Cyp C1 e Gad C1) pelo método “ImmunoCap”. Foi realizado estudo estatístico com base em Excel, com o objetivo de caracterizar o grupo de doentes.

Resultados: Dos 30 doentes, 16 (53%) são do género masculino, e 16 (53%) apresentaram início dos sintomas com idade inferior a 3 anos. Dois terços dos doentes (20) têm antecedentes pessoais de alergia (rinite, asma e/ou outra alergia alimentar). Dezassete (56%) têm sintomas por ingestão, 4 (13%) por ingestão e inalação, e 6 (20%) por ingestão, inalação e contacto cutâneo com o alérgeno. Treze doentes (43%) com sintomas brônquicos e nasais após exposição ao alérgeno, e outros 13 (43%) com anafilaxia. Dos doentes com anafilaxia, 8 (61%) tiveram sintomas com inalação e ingestão e os restantes 5 (39%) sintomas com os 3 tipos de contacto com o alérgeno. Destes, 9 (69%) tiveram anafilaxia com idade inferior a 3 anos, 7 (54%) têm doseamento de Cyp C1 e Gad C1 > 0,36 kUA/L (a maioria > classe II). Nove doentes (69%) com clínica de anafilaxia são do género masculino.

Conclusões: Este estudo sugere a precocidade das reações ao peixe em crianças com história de atopia; a gravidade parece estar associada à positividade de marcadores imunológicos (Cyp C1 e Gad C1).

PO 24 – Anafilaxia alimentar: Um caso de sensibilização ocupacional

A Galamba Palhinha¹, D Pina Trincão¹, M Paiva¹, P Leiria Pinto¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, CHLC, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: O trigo-mourisco (*Fagopyrum esculentum*) é uma planta da família Polygonaceae que é utilizada na produção de farinha consumida, tradicionalmente, em países asiáticos. A alergia ao trigo mourisco é uma forma rara de alergia alimentar na Europa, mas a “globalização” dos hábitos alimentares tem vindo a gerar um número crescente de casos, que incluem formas de sensibilização em contexto ocupacional.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 56 anos, padeiro, antecedentes pessoais de rinite alérgica intermitente ligeira, referenciado a consulta de Imunoalergologia na sequência de episódio de urgência caracterizado por urticária generalizada e broncospasma. Cerca de 4 meses antes desta situação iniciou episódios de broncospasma e prurido nasofaríngeo desencadeados pela inalação de farinha de trigo-mourisco em contexto laboral. Posteriormente, descreve episódio de prurido orofaríngeo imediatamente após contacto oral com pão de trigo-mourisco que não chegou a deglutir e outro episódio caracterizado por aparecimento de prurido orofaríngeo e dispneia imediatamente após ingestão de chocolate com avelãs.

No dia do episódio de urgência a sintomatologia iniciou-se imediatamente após refeição que incluiu alimentos que o doente ingere regularmente, possivelmente contaminados por manipulação prévia de farinha de trigo-mourisco.

Procedeu-se à realização de testes cutâneos por picada (bateria de aeroalérgenos, frutos secos, cereais, LTP e profilina) que foram positivos para extratos comerciais de amendoim, avelã, noz e artemísia. O teste prick-prick com farinha de trigo-mourisco, foi fortemente positiva (pápula de 20mm). O estudo ISAC revelou sensibilização a alérgeno primário do trigo-mourisco (nFag e2, 2S albumina), a artemísia (nArt v1, defensina) e a LTP da parietária e do pêssego (rParj2 e rPru p3, respetivamente).

Conclusões: De acordo com os resultados obtidos, podemos concluir estar perante um caso raro de anafilaxia ao trigo-mourisco em que a sensibilização ocorreu em contexto ocupacional, por via inalatória. A ausência de sintomatologia prévia com avelã e de sensibilização a alérgenos primários de frutos secos sugere envolvimento de alérgeno de reatividade cruzada entre o trigo-mourisco e os frutos secos, justificando a realização de estudo imunológico futuro (ex: immunoblotting) para sua melhor caracterização.

PO 25 – Omalizumab no controlo de urticária crónica:

Real life experience

S Campina Costa¹, A Silva¹

¹ Unidade de imunoalergologia, centro hospitalar lisboa ocidental, Lisboa, PORTUGAL

De acordo com as recentes recomendações internacionais de terapêutica da urticária crónica espontânea (UCE), o omalizumab (Omb) está indicado na refratariedade aos anti-histaminicos antiH1 não sedativos em doses elevadas.

Objectivo: avaliar a experiência da utilização de Omzb numa população de doentes (Dtes) com UCE. Métodos: análise retrospectiva de registos clínicos de Dtes com UCE submetidos a tratamento com Omzb, de Outubro 2013 a Junho 2016, numa Unidade de Imunoalergologia. Foi considerado controlo clínico total (CCT) um Urticaria Activity Score (UAS7) menor ou igual a 6 e controlo parcial (CCP) um UAS7 > 6 e mais de 50% de redução do UAS7. **Resultados:** incluíram-se 8 Dtes com UCE sob Omzb, 7 mulheres, idade média 53.5 anos, com uma duração média de UCE de 15±9 anos: 5 tinham angioedema, 6 urticária física concomitante, 6 teste do soro autólogo positivo e 4 doença cutânea exacerbada por anti-inflamatórios não esteroides. A ciclosporina foi utilizada pré-Omzb em 2 Dtes, com fraca eficácia e com elevação de TA. O UAS7 médio inicial era de 36.3±6.5. O Omzb foi iniciado na dose de 300mg de 4-4 semanas em 5 Dtes, e na de 150mg em 3 Dtes. O tempo médio de terapêutica com Omzb foi de 20±7 meses. Nos 3 Dtes com dose inicial de 150mg foi necessário o aumento para 300mg para obtenção de CCT. O CCT após a 1.ª administração de 300mg de Omzb foi alcançado em 6 Dtes (75%). Um Dte teve exacerbação sempre antes da 4.ª semana, pelo que o intervalo foi reduzido para 3 semanas, com posterior CCT. Um Dte só respondeu à 3.ª administração de Omzb com um CCP. Dos Dtes com CCT: o Omzb foi suspenso num Dte que se mantém assintomático sem terapêutica passados 10 meses, e em 4 Dtes foi espaçado o intervalo até às 6 semanas, sem recorrência de sintomas. Das 159 administrações realizadas verificaram-se 5 reacções adversas locais (3.1%), sem nenhuma sistémica. **Conclusão:** o Omzb revelou-se um tratamento eficaz e seguro na população estudada, com CCT em 87.5% dos casos. A dose de 300mg a cada 4 semanas mostrou maior taxa de CCT. A remissão da UCE ocorreu num Dte e o aumento de intervalo entre administrações foi possível sem deterioração clínica em 50% dos Dtes.

PO 26 – Testes epicutâneos em 154 doentes com suspeita de eczema de contacto

B Kong Cardoso¹, S Farinha¹, E Tomaz¹, E Matos¹, F Inácio¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. – Hospital de S. Bernardo, Setúbal, PORTUGAL

Introdução e objetivo: A dermatite de contacto é uma patologia frequente afetando cerca de 20% da população geral segundo dados europeus. É uma patologia com impacto socioeconómico importante e, tendo em conta que o tratamento se baseia principalmente na evicção, a deteção do alérgeno implicado é fundamental. O objetivo deste estudo é identificar e caracterizar as positividade mais prevalentes na nossa população.

Métodos: Recolha dos dados clínicos, baterias aplicadas e positividade dos 154 doentes que durante o ano de 2015 foram referenciados à consulta de imunoalergologia por suspeita de eczema de contacto.

Resultados: No nosso estudo, 115 (74,7%) eram do sexo feminino (F) e 39 do sexo masculino (M). A média das idades foi de 45.6 ± 19.5 (6 – 86).

Foi aplicada a bateria “standard” em 144 doentes, a bateria de cosméticos em 25, produtos personalizados em 32, bateria de medicina dentária e de corticoides em 7 doentes.

Em 50% dos doentes (n=77;F: 53; M:24) o estudo foi negativo, tendo sido encontradas nos restantes 77 doentes 140 positividade (média 1,8/doente). A positividade mais frequentemente encontrada foi ao níquel (n=40; ratio F/M= 3,3), seguindo-se as cainas mix (n=13, ratio F/M= 0,5), a metilisotiazolinona (n=9 ratio F/M= 3,6), e a mistura de perfumes (n=9, ratio F/M= 0,9), o tiuram mix (n=6, ratio F/M= 2,3), o cobalto (n=5, ratio F/M= 1,9), o crómio (n= 4, ratio F/M= 0,5), a p-fenilenediamina (n=4, F= 100%). Reacções positivas a outros alérgenos foram observadas com frequências inferiores.

Conclusão: Tal como já reportado noutras séries, a alergia ao níquel é a principal sensibilização no sexo feminino. Nesta série as cainas mix são as mais frequentes no sexo masculino. A frequência de sensibilização à metilisotiazolinona nesta série é relevante, estando de acordo com os dados europeus, em que um aumento desta frequência se tem verificado, associado à autorização, em 2005, da utilização de uma maior concentração em cosméticos na Europa e nos EUA.

PO 27 – Hipersensibilidade aos tiurans numa criança

S Carvalho¹, F Cabral Duarte¹, A Chin², M Pereira Barbosa¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

² Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Os tiurans são substâncias utilizadas como aditivos no fabrico de artigos de borracha e que podem ser encontrados em múltiplos objetos do quotidiano desde luvas de borracha a brinquedos e balões, vestuário impermeável ou mesmo pesticidas, insecticidas champôs e antissépticos.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 9 anos de idade, referenciada à consulta de Imunoalergologia por episódios recorrentes de edema e eritema palpebral, labial e peri-oral, sempre sem queixas respiratórias associadas. O primeiro episódio aos 5 anos de idade ocorreu após extração dentária (contacto com anestésicos locais, luvas de látex e toma de claritromicina profilática). Após dois meses teve episódio semelhante cerca de 72h depois de estar a brincar com balões. Menos de um mês depois referia novo episódio após contacto com uma bola de borracha na praia. Em todos os episódios houve resolução completa com a toma de anti-histamínico. Realizou testes cutâneos por picada (TCP) para aeroalérgenos, látex e prick-prick com látex que foram negativos. Realizou testes epicutâneos (TEpi) com bateria standard GPDC, bateria de Medicina Dentária, bateria de anestésicos locais, látex, cremes e champôs habituais da doente apresentando resultados todos negativos à exceção de tiurans, mistura de perfumes e luva de látex. Desde então, a doente mantém evicção de tiurans, estando assintomática até à data sem novos episódios de edema e eritema da face.

Discussão: As dermatites de contacto à borracha são reacções de hipersensibilidade tipo IV, tardias, mediadas por células e relacionadas com os aditivos da borracha como é o caso dos tiurans, o que se confirmou neste caso clínico através de testes epicutâneos positivos para os tiurans e luvas de látex que contêm tiurans na sua constituição.

Conclusão: Neste caso clínico o diagnóstico de dermatite de contacto com tiurans seria uma hipótese pouco espectável dada a sua baixa incidência em crianças, sendo uma patologia mais frequente em adultos, sobretudo naqueles com exposição profissional nomeadamente os trabalhadores da indústria da borracha. Atendendo ao diagnóstico esta criança tem indicação para fazer evicção do contacto com tiurans.

PO 28 – Eficácia do omalizumab em criança com eczema atópico grave

M Vieira¹, A Guilherme¹, A Oliveira², C Ferreira¹, C Sousa², A Baptista², J A Ferreira¹, J P Moreira da Silva¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

² Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Introdução: O eczema atópico é uma doença cutânea inflamatória, caracterizada por surtos e remissões de lesões intensamente pruriginosas e de localização variável. É relativamente comum, afetando entre 20-30% das crianças nos países desenvolvidos.

As formas moderadas a graves têm um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e seus familiares, com um elevado custo socioeconómico. Nestes casos, o tratamento convencional com emolientes, corticosteróides tópicos e inibidores da calcineurina tópicos, ou mesmo o tratamento imunossupressor sistémico poderão não ser eficazes.

Omalizumab é um anticorpo monoclonal humanizado recombinante anti-IgE aprovado na asma alérgica grave persistente e na urticária crónica espontânea refratária. A sua utilização em casos graves e selecionados de eczema atópico poderá ser benéfica.

Caso Clínico: Menino de 10 anos com eczema atópico desde os primeiros anos de vida, com agravamento aos 6 anos. Desde então com eczema atópico grave não controlado (SCORAD – 89.9), apesar de tratamento com corticosteróides tópicos, inibidores da calcineurina tópicos, fototerapia, ciclosporina e micofenolato de mofetil. Necessidade de ciclos de antibioterapia por sobreinfecção cutânea. Analiticamente a destacar: eosinofilia periférica de 1740 eos/mm³ (17.6%) e IgE sérica total de 10.765 UI/ml. Doseamento de Imunoglobulinas IgG, IgA e IgM normais. Eletroforese proteica normal e eletroimunofixação negativa. Os testes cutâneos por picada foram positivos para *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Lepidoglyphus destructor* e *Plantago lanceolata*. Sem queixas respiratórias ou história sugestiva de alergia alimentar. Proposta de terapêutica com omalizumab 300mg SC, a cada 2 semanas, que iniciou há 6 meses. Melhoria significativa das lesões cutâneas e do prurido, com redução do SCORAD para 20.4, permitindo suspensão dos corticosteróides tópicos e dos inibidores da calcineurina tópicos. Nenhum efeito adverso foi observado.

Conclusão: O omalizumab foi eficaz numa criança com eczema atópico grave, permitindo a suspensão dos corticosteróides tópicos e dos inibidores da calcineurina tópicos e o controlo do eczema. Tal como reportado em trabalhos anteriores, este caso mostra que o omalizumab poderá ter um papel decisivo no tratamento de eczema atópico na população pediátrica, refratário a outros tratamentos sistémicos.

PO 29 – IGE específica para *Malassezia* e *Candida Albicans* está associada a maior gravidade da dermatite atópica em adolescentes e adultos

C Lopes¹, O Sokhatska¹, A Moreira^{1,3}, L Delgado¹

¹ Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

² Unidade de Alergologia Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, PORTUGAL

³ Departamento Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, PORTUGAL

Contexto: A Dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crónica cutânea caracterizada por disfunção do microbioma cutâneo. Espécies fúngicas como a *Malassezia* e *Candida* podem promover a inflamação alérgica

Objectivo: avaliar a relação entre a gravidade da DA e IgE específica para espécies de *Malassezia* e *Candida albicans*

Métodos: avaliação transversal de 75 doentes com mais de 12 anos de idade e diagnóstico médico prévio de DA. Foram excluídos doentes com outras patologias cutâneas imunomediadas e comorbilidades significativas como Diabetes mellitus tipo II. A gravidade da DA foi avaliada através do SCORAD das suas classes (ligeiro SCORAD < 25, moderado 26-49, grave > 50) e necessidade de tratamento corticoide oral/imunossupressor sistémico para atingir controlo no último ano. Foram determinadas as concentrações séricas de Phadiatop inalatório, IgE total, IgE específica para *Malassezia* spp (M spp) (n=75) e *Candida albicans* (n=52) (IMMUNOCAP-*FEIA*, Thermofisher®). Foi utilizada estatística não paramétrica: teste Kruskal-Wallis e correlação de Spearman, no SPSS.22

Resultados: 60% dos incluídos eram do sexo feminino, com idade média (DP) de 29 (13) anos, 77% atópicos, 18 doentes com SCORAD ligeiro, 32 com moderado, 25 grave, 34 (45%) com necessidade de tratamento com corticoide oral. Verificou-se uma correlação positiva entre níveis de IgE total e IgE específica para *Malassezia* spp com valor de SCORAD (p=0.006 e p=0.004), classes gravidade da DA (p< 0.001 e p= 0.049) e utilização de corticoide oral (p< 0.001 e p < 0.001), correlação do valor IgE específica para *Candida albicans* e SCORAD (p=0.388), classes gravidade DA (p=0.689) e necessidade de corticoide oral (p=0.028).

Conclusão: os níveis de IgE específica para *Malassezia* e *Candida Albicans* podem constituir um marcador sérico da gravidade da Dermatite Atópica em adolescentes e adultos

PO 30 – Dimetilfumarato, um alergénio esquecido na dermatite de contacto

R Duarte Ferreira¹, L Soares de Almeida², T Correia²

¹ Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

² Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

O dimetilfumarato (DMF) é um metil-éster do ácido fumárico com propriedades imunomoduladoras, ainda hoje utilizado no tratamento da esclerose múltipla. Comercialmente, é também utilizado

como um potente inibidor do crescimento fúngico, sobretudo no fabrico de mobiliário e calçado. Em 2008, o DMF foi celebrenemente identificado por Rantanen como causa de dermatite de contacto alérgica (DCA), após serem reportados vários casos em relação com sofás e cadeiras importadas da China que posteriormente se verificou conterem DMF. O presente trabalho pretende alertar para a relevância deste alergénio que, em concentrações muito baixas, continua a ser uma causa importante de DCA.

Apresentamos o caso de uma mulher de 49 anos, empregada de limpeza em estações de comboio, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. A doente foi referenciada à consulta de Dermatites de Contacto por dermatose com cerca de um ano de evolução, eritematodescamativa, pruriginosa, fissurada, que afectava de forma bilateral e simétrica os dois terços posteriores das plantas, e liquenificação do dorso dos pés. Encontravam-se poupadas as pregas interdigitais e as unhas, sem evidência de outras lesões cutâneas, nomeadamente, sugestivas de psoríase. Por dificuldades económicas, a doente comprava o seu calçado em feiras. Foram realizados testes epicutâneos com a série básica do Grupo Português de Estudo de Dermatites de Contacto e série de calçado (Chemotechnique®), à qual se adicionou o DMF, com leituras às 48h, 96h e após uma semana.

Os testes epicutâneos realizados foram positivos em D2, D4 e após uma semana para DMF. Em D2 e em D4, obtiveram-se também positividade para níquel e cobalto. Perante estes resultados, considerou-se relevante para o eczema dos pés a positividade ao DMF, pelo que foi aconselhada evicção de produtos de calçado de origem não controlada, tendo-se verificado melhoria gradual das lesões cutâneas.

Conclusão: Apesar de ter sido proibido o uso ou importação de produtos com DMF na União Europeia, este composto continua a estar presente em vários produtos que entram no país de forma ilegal ou menos controlada. Este parece ser um alergénio importante, a pesquisar quando se está perante um quadro de dermatite de contacto com envolvimento dos pés. Uma história clínica detalhada e dirigida é fundamental para que sejam testados os alergénios relevantes para cada doente.

PO 31 – Tentativa de suicídio através de anafilaxia alimentar – Caso clínico

J Marcelino¹, A Célia Costa¹, M Branco Ferreira¹, F Cabral Duarte¹, M Neto¹, R Prata², J Santos², L. C. Pestana², D Sampaio², M Pereira-Barbosa¹

¹ Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa, CHLN, EPE, Lisboa, PORTUGAL

² Departamento de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A anafilaxia é uma reacção de hipersensibilidade grave, potencialmente fatal e é uma emergência médica. A identificação do agente desencadeante, educação do doente e criação de um plano de emergência são passos essenciais no seguimento destes doentes. No entanto, em casos raros, os doentes expõem-se deliberadamente ao agente responsável numa perspectiva de auto-mutilação.

Caso clínico: Reportamos o caso clínico de uma mulher de 39 anos, com história de esclerose múltipla, perturbação da personalidade borderline, depressão (com 10 episódios prévios de ideação suicida com recurso ao Serviço de Urgência) e hipersensibilidade documentada a frutos frescos (rosáceas), frutos secos e amendoim.

Na semana após alta do seu 5.º internamento no Departamento de Psiquiatria, a doente deixou de tomar a terapêutica recomendada, tendo um agravamento da sua depressão e subseqüentemente ingeriu um sumo de pêsego numa tentativa de suicídio.

Em 10-15 minutos após a ingestão, desenvolveu prurido generalizado, edema das mãos, pieira e dispneia. Recorreu ao Serviço de Urgência, onde se objectivou hipoxémia além do quadro descrito, tendo sido medicada com adrenalina intramuscular, corticóides e anti-histamínicos endovenosos e broncodilatadores inalados, observando-se controlo sintomático. No Serviço de Urgência, a doente confessou que bebera o sumo como tentativa de suicídio. A doente foi internada no Serviço de Imunoalergologia.

Durante os primeiros 3 dias de internamento, a doente permaneceu dependente de oxigénio e terapêutica inalatória para evitar dessaturação. Ao sétimo dia de internamento, foi transferida para o Departamento de Psiquiatria para estabilização psiquiátrica.

Conclusão: Os alergénios alimentares são um agente causal comum de reacções anafiláticas. No entanto, a descrição do seu uso intencional é incomum, mesmo internacionalmente.

Tentativas de suicídio por reacção anafilática são um evento raro e, quando ocorrem, devem ser documentadas, para que a verdadeira prevalência seja conhecida.

Imunoalergologistas e psiquiatras que seguem doentes com depressão e história de reacção anafilática devem estar cientes desta possibilidade, estabelecendo um seguimento mais frequente.

PO 32 – Testes intradérmicos para a alergia à picada de himenópteros em cães

H Pereira¹, M Moraes de Almeida², B São Braz¹, A M Lourenço¹

¹ Departamento de Clínica da Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

² Serviço de Imunoalergologia do Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

Em medicina veterinária, existem poucos estudos relativamente à eficácia e segurança dos métodos de diagnóstico disponíveis para estudar hipersensibilidade aos himenópteros. Este trabalho teve como objetivo avaliar a rentabilidade diagnóstica e a segurança de testes cutâneos intradérmicos (IDs) em cães, com três venenos específicos de himenópteros (*Apis* spp., *Vespula* spp. e *Polistes* spp.).

Dez cães com história clínica de reacção alérgica ao veneno de himenópteros e sete cães sem história conhecida de reacção a picadas de insectos, foram submetidos a IDs. Os três extratos de venenos foram reconstituídos de acordo com o fabricante (Bial-Aristegui®) e testados sequencialmente, sendo que as inoculações de concentrações crescentes dos alergénios foram feitas de forma gradual, iniciando-se pela concentração mais baixa de 0,0001 µg/

RESULTADOS DAS PROVAS CUTÂNEAS NOS ANIMAIS SUSPEITOS DE REACÇÃO ALÉRGICA À PICADA AOS HIMENÓPTEROS

Alergénio/ Paciente	A1 *	A2 **	A3 ***	A4 ****	A5 *****	V1 [†]	V2 ++	V3 +++	V4 ++++	V5 *****	P1 [‡]	P2 ○○	P3 ○○○	P4 ○○○○	P5 ○○○○○
Paciente 1	X	X	X	+++		X	X	X	++		X	X	X	++	
Paciente 2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	+
Paciente 3	X	X	++++			X	X	X	X	++	X	X	X	X	X
Paciente 4	X	X	X	+++		X	X	X	+++		X	X	X	++	
Paciente 5	X	X	X	+++		X	X	X	X	+++	X	X	X	X	X
Paciente 6	X	X	X	++		X	X	X	X	X	X	X	X	++	
Paciente 7	X	X	X	X	++	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Paciente 8	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Paciente 9	X	X	X	X	+++	X	X	X	X	+++	X	X	X	X	+++
Paciente 10	X	X	X	X	++	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

* *Apis mellifera* 0,0001µg/ml † *Vespa* 0,0001µg/ml ‡ *Polistes* 0,0001µg/ml
 ** *Apis mellifera* 0,001µg/ml ‡ *Vespa* 0,001µg/ml ‡ *Polistes* 0,001µg/ml
 *** *Apis mellifera* 0,01µg/ml ‡ *Vespa* 0,01µg/ml ‡ *Polistes* 0,01µg/ml
 **** *Apis mellifera* 0,1µg/ml ‡ *Vespa* 0,1µg/ml ‡ *Polistes* 0,1µg/ml
 ***** *Apis mellifera* 1µg/ml ‡ *Vespa* 1µg/ml ‡ *Polistes* 1µg/ml

□ - não realizada
 X - negativo
 + - positivo

ml. Na ausência de resposta após 15 minutos, inoculava-se a concentração seguinte e assim sucessivamente com as outras concentrações até perfazer um máximo de 1µg/ml, altura em que se dariam por terminados os testes. No caso de resposta positiva, as concentrações superiores não eram realizadas sendo as provas concluídas.

Foi usado como controlo positivo a histamina e como negativo a solução salina fenolada 0,5% com albumina sérica humana A 0,03%. A resposta foi avaliada de acordo com os critérios para os IDs. Os animais foram vigiados em permanência durante as provas.

Dos resultados obtidos nos IDs verificámos que 8 dos cães alérgicos apresentavam sensibilização ao veneno de *Apis*, 5 ao veneno de *Vespa* e 4 ao veneno de *Polistes*. Os animais responderam positivamente a concentrações entre 0,01 a 1µg/ml. Seis cães tiveram positividade para mais do que um dos venenos. Apenas um cão com história compatível não evidenciou qualquer positividade. O grupo controlo não apresentou qualquer tipo de reatividade para todos os extratos testados. Todos os testes foram bem tolerados.

Os resultados deste estudo preliminar mostram que os IDs podem ser realizados com segurança e eficácia na investigação da hipersensibilidade à picada de himenópteros. O estudo revela também que, além do agente suspeito, alguns dos cães tendem a apresentar dupla positividade nos IDs, ficando por saber qual a influência das reações cruzadas nestes resultados. Este estudo abre portas no diagnóstico de cães alérgicos a venenos de himenópteros, permitindo desenhar novos tratamentos, nomeadamente com recurso à imunoterapia específica para cães alérgicos com alto risco de exposição.

PO 33 – Anafilaxia ao frio e procedimentos cirúrgicos – A propósito de um caso clínico

J Pita¹, R Gomes¹, C Loureiro¹, A Todo-Bom¹

¹ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: A anafilaxia ao frio pode ser ameaçadora da vida. A evicção da exposição ao frio é essencial para controlo sintomático. Contudo, para procedimentos cirúrgicos, a exposição ao frio é necessária.

Caso Clínico: Doente de sexo feminino, 52 anos, refere angioedema das mãos em contacto com água fria desde 2010. Em 2014, episódio de edema da língua após ingestão de gelado. Em Junho de 2015, poucos minutos após mergulho no rio iniciou eritema e calor facial, angioedema das mãos e face, visão turva, palpitações e dispneia, com resolução espontânea. Quinze dias após este episódio, após nadar no mar durante 10 minutos, iniciou angioedema da face e dispneia, tendo-se auto-medicado com desloratadina. Poucos minutos depois iniciou palpitações e teve síncope subsequente. Não recorreu ao Serviço de Urgência. Após esses episódios faz evicção de contacto com água fria.

Trata-se de doente com antecedentes pessoais de artrite psoriática, tireoide auto-imune, hipertensão arterial e obesidade mórbida, com necessidade de remoção de banda gástrica e realização de sleeve gástrico. Medicada diariamente com anti-concepcional, etoricoxib e indapamida. Ao exame objectivo, IMC 52,6 kg/m², lesões de psoríase nos cotovelos. Analiticamente, a salientar: velocidade de sedimentação 30mm/1.^oh, PCR 2,63 mg/dL, anticorpos anti-nucleares e citoplasmáticos:

padrão granular fino denso; anticorpo anti-tiroglobulina 420 UI/ml; beta 2-microglobulina 4.57 mg/L. Crioaglutininas negativas. Triptase basal 3,3 ug/L. Teste do cubo de gelo positivo aos 10 minutos.

Realizado plano escrito com recomendações para o período operatório: nos 5 dias prévios, administração de cetirizina 10 mg 2id; nos 3 dias prévios, metilprednisolona 48 mg id; no dia anterior à cirurgia e no próprio dia, montelucaste 10mg id. Recomendado internamento no dia anterior à cirurgia, com administração de 125 mg de metilprednisolona endovenosa (ev) 12h antes da cirurgia e antes da indução anestésica. Temperatura do bloco operatório > 20 °C (ou aquecimento periférico da doente). Fluidoterapia à temperatura ambiente – evicção de terapêutica sujeita a temperaturas inferiores a 20 °C. Nos pós-operatório, manter clemastina 2id ev até a alta. Na alta, manter terapêutica diária com bilastina 10mg 2id. O procedimento decorreu sem intercorrências.

Conclusões: Apesar da anafilaxia ao frio ser ameaçadora da vida, é possível realizar procedimentos cirúrgicos sem risco acrescido, com pré-medicação.

PO 34 – Concentrado de CI inibidor – Impacto do consumo

T Lourenço¹, M Fernandes^{1,2}, A Lopes¹, A Spínola Santos¹, J Cosme¹, J Marcelino¹, R Ferreira¹, R Aguiar¹, L Pestana^{1,2}, P Almeida¹, J Caiado¹, F Duarte¹, M Neto¹, A C Costa¹, E Alonso¹, M Branco Ferreira^{1,3}, E Pedro¹, M Pereira Barbosa^{1,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

² Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

³ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: O angioedema hereditário (AEH) caracteriza-se pelo défice quantitativo e/ou funcional de CI inibidor (CI-INH), podendo levar a crises de edema de vários órgãos. CI-INH é um dos tratamentos da crise, também utilizado na profilaxia a curto e longo prazo.

Objectivo: Caracterizar o consumo de CI-INH dos doentes (dtes) seguidos na consulta de Imunoalergologia (IA) com o diagnóstico AEH e comparar com o consumo nacional.

Método: Análise retrospectiva do registo de dtes da consulta de IA com diagnóstico de AEH que fizeram terapêutica com CI-INH desde Janeiro 2011 a Junho de 2016. Foram caracterizados quanto a dados demográficos, tipo de AEH e modalidade terapêutica – crise, profilaxia a curto e longo prazo. Avaliou-se ainda o consumo de CI-INH comparativamente aos dados do consumo nacional no SNS fornecidos pelo Infarmed.

Resultados: Caracterizados 114 dtes (45,5%M;54,5%F; média de idade 43,1anos com DP ± 18,9 anos-min3,max85) com o diagnóstico AEH (AEH1-43,8%;AEH2-52,7%;AEH com CI-INH normal-3,5%). 64 dtes recorreram em crise à urgência ou hospital de dia num total de 263 crises, sendo que 162 foram tratadas com CI-INH. 6% teve necessidade de repetição de terapêutica e 15% necessidade de internamento. A média de crises/dte neste grupo foi 4 em 5 anos (min1;max23). 35 dtes realizaram profilaxia a curto prazo, com uma média de realização/dte de 1,5 vez em 5 anos (min1; max4). O motivo mais frequente foi a extração dentária (68,6%), seguida de cirurgia (24%) e exames complementares de diagnóstico (7,4%). 31,4% dos dtes foram submetidos a mais do que um procedimento. Fez-se profilaxia a longo prazo em 4 dtes. Neste grupo a média de realização/dte foi de 1,5 vez em 5 anos e o número médio de administrações foi de 21. O motivo mais frequente foi a gravidez (60%), seguida do mau controlo da doença (40%). Os consumos de CI-INH do CHLN estão caracterizados em quadro anexo de acordo com a modalidade de terapêutica realizada e comparados com o consumo nacional.

Conclusão: O Serviço de IA do CHLN funciona como centro de referência para o AEH, representando cerca de 50% do consumo nacional de CI-INH. Focando a realidade do CHLN, verifica-se que é na crise que o consumo de CI-INH é maior, com um aumento progressivo e significativo nos últimos 3 anos, nomeadamente 2015. Constata-se ainda que apesar do número reduzido de dtes a realizar profilaxia a longo prazo, o número de administrações foi elevado devido à especificidade deste tratamento.

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Consumo de CI inibidor (500 U=1)	Nacional/SNS (Infarmed*)	210	313	275	176	319	202	
	CHLN	Crise	32	29	47	103	119	24
		Profilaxia a curto prazo	12	20	29	16	24	14
		Profilaxia a longo prazo	25	118	15	12	80	58
	Total	69	167	91	131	223	93	
% total do CHLN em relação com SNS(Infarmed)		32,9	53,4	33,1	74,4	69,9	47,5	

*Dados fornecidos pelo Infarmed

PO 35 – Icatibant: Apenas no tratamento de crises de angioedema hereditário?

M. Fernandes^{1,2}, T. Lourenço¹, A. S. Santos¹, A. Lopes¹, J. Cosme¹, J. Marcelino¹, R. Ferreira¹, R. Aguiar¹, L. Pestana^{1,2}, P. Almeida¹, J. Caiado¹, F. Duarte¹, M. Neto¹, A. C. Costa¹, E. Allonso¹, M. B. Ferreira^{1,3}, E. Pedro¹, M. P. Barbosa^{1,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE, Lisboa, PORTUGAL

² Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

³ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: O icatibant está indicado no tratamento das crises graves de angioedema hereditário (AEH) em adultos. Alguns estudos recentes demonstraram a sua eficácia no tratamento das crises de angioedema induzido por inibidores da enzima de conversão da angiotensina com risco de asfíxia.

Objetivo: Quantificar a administração de icatibant e caracterizar o perfil clínico da população submetida a este tratamento no CHLN, avaliando ainda o impacto deste consumo comparativamente ao consumo do fármaco no país.

Métodos: Análise retrospectiva do processo clínico dos dtes tratados com icatibant através dos registos de consumo do fármaco da farmácia hospitalar entre janeiro/2011 e junho/2016. Calculou-se também o impacto do uso do fármaco comparativamente aos dados do SNS/Infarmed respetivos ao mesmo período.

Resultados: Foram tratados com icatibant um total de 52 dtes, 42 com diagnóstico de AEH (média de idade de 44 DP ± 13,9 anos min 19; máx 75, F54,8%) que pertencem a uma população total de 114 com diagnóstico de AEH (AEH I 43,8%, AEH II 52,7%, AEH com CI inibidor normal 3,5%) com média de idade 43 DP ± 19,04 anos. Dos restantes dtes, 9 recorreram ao serviço de urgência (SU) por angioedema associado a IECA e I com suspeita de AEH mas sem confirmação. Nos AEH tratados com icatibant, a forma mais frequente de manifestação da crise foi o atingimento oro-laríngeo (26,1%) seguindo-se as crises abdominais (16,6%). Destes dtes 21,4% (7,8% do total) possui icatibant para autoadministração na crise tendo sido consumidas 28 unidades do fármaco nestas condições. Nas crises induzidas por IECA (média de idade 59 DP ± 16,1 anos min 40; máx 90, F78%) havia envolvimento dos lábios e/ou língua em todos os dtes, mas nenhum teve necessidade de entubação orotraqueal. Apenas 1 dte teve necessidade de repetir a dose do fármaco. A distribuição do consumo de icatibant por ano de acordo com os dados CHLN bem como o seu consumo nacional e a proporção do consumo no CHLN face ao consumo nacional, são descritos no quadro I em anexo.

Conclusão: Assiste-se a um aumento crescente no consumo de icatibant ao longo dos anos neste centro hospitalar; este corresponde a cerca de 50% do consumo do SNS de todo o país. Nota-se que a partir de 2014 o icatibant tem sido utilizado no tratamento do angioedema grave por IECA, o que demonstra que os profissionais estão atentos para esta realidade. No entanto, os critérios da eventual indicação do fármaco nesta situação precisam ainda de ser sistematizados e divulgados.

Quadro 1: Consumo de icatibant 2011-2016

		Consumo Icatibant (dose 30mg/3ml)				
		AEH	Angioedema induzido por IECA	Consumo total CHLN	Consumo Nacional/SNS (Infarmed*)	% consumo anual no CHLN comparativamente ao consumo Nacional/SNS
Anos	2011	11	0	11	31	35,5
	2012	32	0	32	51	62,7
	2013	25	0	25	39	64,1
	2014	25	1	26	49	53,1
	2015	32	4	36	74	48,6
	2016	11	5	16	23	69,5
Total		136	10	146	267	

* dados fornecidos pelo Infarmed

SESSÃO DE POSTERS IV ASMA

Dia: 8 de Outubro
Horas: 11h00 – 12h30
Local: Sala 2

Moderadores: Diana Silva, Susana Carvalho

PO 36 – Estudo da prevalência e características clínicas da asma brônquica em crianças de 13-14 anos da província de Luanda, Angola

M Arrais¹, O Lulua¹, F Quifica¹, J Rosado-Pinto², J M R Gama³, L Taborda-Barata^{4,5}

¹ Hospital Militar de Luanda, Luanda, ANGOLA

² Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz, Lisboa, PORTUGAL

³ Departamento de Matemática, Faculdade de Ciências, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

⁴ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã

⁵ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL

Objectivo: Avaliar a prevalência de asma brônquica e outras doenças alérgicas em adolescentes angolanos, bem como factores de risco para a asma, nesta população.

Metodologia: Estudo observacional, transversal, usando a metodologia do estudo ISAAC, na província de Luanda, Angola de Agosto a Novembro de 2014, em adolescentes de 13 e 14 anos. Foram seleccionadas aleatoriamente, por município, 23 (12%) escolas públicas, de um total de 186 escolas públicas do 1.º ciclo, do ensino secundário. Asma, rinite e eczema foram definidas de acordo com o protocolo ISAAC, com base em sintomas nos 12 meses prévios. A comparação de proporções foi efectuada através do teste do Qui-Quadrado ou Teste Exacto de Fischer. Para a caracterização de factores de risco ambientais para a asma brônquica, foi usado o Odds Ratio e foi construído um modelo de regressão logística. Os dados foram analisados no programa SPSS Statistics, versão 22.0 e a significância estatística foi definida para um valor de $p < 0,05$.

Resultados: A amostra final consistiu em 3128 adolescentes de 13 e 14 anos com questionários validados. A prevalência de asma brônquica foi de 13,4%. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre raparigas e rapazes e a medição do peak flow nestas crianças demonstrou que 90% tinham obstrução brônquica leve, 9% moderada e 1% grave. A prevalência de sintomas de rinite foi de 27% e a de eczema 20%, sendo ambas mais prevalentes nas crianças do sexo feminino. A presença de rinite estava associada a um maior número de episódios de tosse nocturna em crianças com asma brônquica provável. Em relação aos factores de risco analisados, a presença de rinite e de eczema, a utilização de ar condicionado do tipo Split como sistema de refrigeração, a toma frequente de paracetamol e a existência de cão no domicílio, estavam significativamente associadas com a presença de asma brônquica.

Conclusões: A asma e doenças alérgicas relacionadas, como a rinite e o eczema, são um problema de saúde pública nas crianças de Luanda. Medidas preventivas e de controlo devem ser encorajadas.

PO 37 – Técnica inalatória e suas condicionantes em asmáticos idosos e não idosos

V Pinto¹, E Ferreira², G Ferreira², A Pascoal², B Rodrigues², F Pais², S Valente³, M J Valente³, J Gama⁴, L Taborda-Barata^{2,5}

¹ Centro de Saúde de Belmonte, ACES Cova da Beira, Belmonte, PORTUGAL

² Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

³ Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, Covilhã, PORTUGAL

⁴ Departamento de Matemática, Faculdade de Ciências, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

⁵ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL

Objectivos: Comparar a frequência e tipo de erros na técnica inalatória entre asmáticos idosos e não idosos; comparar a auto-percepção da técnica inalatória com a execução real, e analisar factores determinantes de erros na técnica.

Metodologia: Estudo observacional transversal, com 92 asmáticos idosos e 100 asmáticos não idosos, seguidos em consultas de especialidade. Um questionário estandardizado foi aplicado e a técnica inalatória foi avaliada num total de 130 demonstrações em doentes não idosos e 118 em idosos. Os erros foram avaliados de acordo com critérios baseados nas instruções standardizadas dos fabricantes. A técnica inalatória foi classificada como correcta, aceitável ou incorrecta, de acordo com critérios previamente publicados. Os resultados foram analisados através de testes do Qui-quadrado ou Exacto de Fischer, usando o Software Package for Social Sciences®, versão 23.0.

Resultados: Em asmáticos idosos, a técnica estava correcta em 13,6% dos casos, aceitável em 61,0% e incorrecta em 25,4%, em comparação com 15,4%, 55,4% e 29,2% dos casos, respectivamente, em asmáticos não idosos. O inalador pressurizado associou-se a pior técnica com apenas 7,7% dos idosos e 19,6% dos não idosos tendo uma técnica correcta. Em contraste, o Diskus® teve uma boa performance em ambos os grupos. Não se observaram diferenças na técnica inalatória, entre idosos e não idosos. Apenas 11,1% dos idosos que consideravam a técnica “Fácil” e 12,7% dos idosos que afirmavam ter uma técnica correcta não tinham, de facto, nenhum erro observável. Embora quase todos os doentes tivessem tido ensino inicial na técnica inalatória, apenas 49,2% dos idosos e 55,4% dos não idosos recebiam treino regular. Um ensino frequente estava associada a uma melhor técnica nos doentes não idosos mas não nos doentes idosos. Não se encontrou nenhuma associação entre a técnica, o sexo, o grau de educação, a classe social ou o número de inaladores usados.

Conclusões: Uma técnica inalatória incorrecta é bastante frequente, em qualquer grupo etário, particularmente com inaladores pressurizados. Os doentes tendem a sobrestimar a sua técnica como correcta e são necessárias abordagens diferenciadas para os doentes idosos, de forma a diminuir a percentagem de erros.

PO 38 – Aspectos ligados ao auto-conhecimento sobre asma brônquica em idosos asmáticos:**Comparação com idosos não asmáticos e com adultos jovens com e sem a doença**

V Pinto¹, A Pascoal², B Rodrigues², E Ferreira², F Pais², G Ferreira², M Loureiro³, M J Valente⁴, S Valente⁴, J Gama⁵, L Taborda Barata^{2,6}

Affiliations

¹ Centro de Saúde de Belmonte, ACES Cova da Beira, Belmonte, PORTUGAL

² Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

³ Centro de Saúde da Covilhã, ACES Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL

⁴ Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL

⁵ Departamento de Matemática, Faculdade de Ciências, Universidade da Beira Interior, Covilhã, PORTUGAL

⁶ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, PORTUGAL

Objectivos: Analisar se o conhecimento sobre asma é inferior em doentes asmáticos idosos, em comparação com doentes mais jovens; avaliar se ter asma afecta o nível de conhecimento; determinar os factores que podem estar associados a um conhecimento pior sobre asma.

Metodologia: Estudo observacional transversal, com 92 asmáticos idosos e 100 asmáticos não idosos, seguidos em consultas de especialidade, e com grupos controlo de 100 idosos e 100 não idosos não asmáticos. Todos os voluntários assinaram consentimento informado, após aprovação do estudo pelas Comissões de Ética envolvidas. Questionários estandardizados e validados foram usados para avaliar depressão, estado cognitivo, controlo da asma, qualidade de vida, conhecimento acerca da doença. Foi avaliada também a técnica inalatória. Os resultados foram analisados através dos seguintes testes, conforme aplicável: Teste de K-S Lilliefors ou Teste de Shapiro-Wilk e Teste de Levene, Teste do Qui-quadrado; teste t de Student ou teste de Mann-Whitney U, Teste de ANOVA ou Teste de Kruskal-Wallis; Correlação rho de Spearman. Foi usado o programa Software Package for Social Sciences®, versão 23.0.

Resultados: Os quatro grupos tinham um predomínio de mulheres e asma de início tardio. Os asmáticos idosos eram predominantemente não atópicos enquanto que os asmáticos não idosos eram preferencialmente atópicos. A maior parte dos asmáticos tinham a doença controlada. Os doentes asmáticos, independentemente do grupo etário, tinham um grau de conhecimento sobre asma significativamente superior ao dos não asmáticos. Os asmáticos idosos demonstraram um nível de conhecimento semelhante ao de asmáticos não idosos. Os asmáticos idosos com depressão tinham pior conhecimento sobre a doença. Não houve associações entre o nível de conhecimento e a técnica inalatória, mas observou-se um grau de associação negativa com o grau de controlo da doença e a qualidade de vida.

Conclusões: Doentes asmáticos idosos regularmente seguidos em consultas de especialidade têm conhecimentos sobre a doença semelhantes aos de doentes mais jovens. Contudo, em doentes idosos, a presença de depressão é um factor associado a um pior nível de conhecimento.

PO 39 – Doenças pulmonares obstrutivas em doentes muito idosos

J Gaspar-Marques^{1,2}, T Palmeiro², I Caires², P Leiria-Pinto^{1,2}, A Botelho², N Neuparth^{1,2}, P Carreiro-Martins^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

² CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Campo dos Mártires da Pátria, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A investigação acerca das doenças pulmonares obstrutivas em indivíduos muito idosos é muito diminuta, bem como da utilidade da medição da fração exalada de óxido nítrico(FeNO) e da eosinofilia periférica nesta faixa etária.

Objectivos: Estimar a frequência e características clínicas e fisiopatológicas das doenças pulmonares obstrutivas em indivíduos muito idosos. Avaliar a associação entre o FeNO e a eosinofilia periférica no seguimento destes doentes.

Métodos: No âmbito do Projeto OLDER(Obstructive Lung Diseases in Elders) aplicou-se um questionário médico padronizado, espirometria com prova de broncodilatação(BD), medição do FeNO, quantificação da eosinofilia periférica e testes cutâneos por picada(TCP) para aeroalergénios a indivíduos muito idosos(>=75 anos) residentes em lares. Foram excluídos os idosos com contra-indicações para espirometria com prova de BD, ou sem desempenho cognitivo suficiente. Identificaram-se os idosos com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC; FEV1/FVC<0,70 pós-BD), asma(pieira nos últimos 12 meses e prova de BD positiva; ou diagnóstico médico de asma) e síndrome de sobreposição asma-DPOC(ACOS; critérios de DPOC e asma simultaneamente) e efetuaram-se comparações entre os grupos de doentes.

Resultados: Avaliaram-se 112 idosos, com uma idade média de 85,7 anos (±5,4 anos), sendo 71,5% do sexo feminino. Identificaram-se 44 doentes com DPOC (39,3%; IC95%:30,7-48,6%), 13 com asma (11,6%; IC95%:6,9-18,9%), e 9 com ACOS. Estes 9 doentes correspondem a 8,0% do total de idosos(IC95%:4,3-14,6%) e a 20,4% dos doentes com DPOC(IC95%:11,1-34,5%). Comparando os doentes com ACOS com os doentes exclusivamente com DPOC, observou-se uma proporção significativamente maior de mulheres(78% e 40%, respectivamente; p<0,05) e de doentes com TCP positivos para aeroalergénios(56% e 20%, respectivamente; p<0,05). Não se observaram outras diferenças estatisticamente significativas quanto às restantes variáveis analisadas, nomeadamente, idade, tabagismo, FeNO e eosinofilia periférica. A correlação entre o FeNO e a eosinofilia periférica não foi significativa.

Conclusões: Encontrou-se um número significativo de doentes com ACOS na amostra de idosos estudada, estando este síndrome associado ao sexo feminino e à sensibilização a aeroalergénios. Nesta amostra de doentes não houve uma correlação significativa entre o FeNO e a eosinofilia periférica, contrariamente a outros estudos.

Financiamento: AstraZeneca–Produtos Farmacêuticos Lda.

PO 40 – Polimorfismo do receptor beta2 adrenérgico na asmaM Cortez¹, A Matos², M Lourenço², J Ferreira², M Bicho²¹ CHLN_HSM, ImmunoAllergy, Lisbon, Portugal, Lisboa, PORTUGAL² Lisbon Medical School, Lisbon, Portugal, Lisboa, PORTUGAL

Objectivo: O polimorfismo no receptor Beta2 adrenérgico (ADRB2)- Arg16Gly (rs1042713) – pode contribuir para uma melhor adaptação a terapêuticas alvo e a uma resposta específica do genótipo ao tratamento da asma associadas a diferentes endótipos-fenótipos da doença.

Metodologia: Asmáticos (n = 84) e grupo controle (n = 91). Polimorfismos analisados por PCR-RFLP. Controlo da asma avaliada por (ACQ7 e PAQLQ). Análise estatística com o IBM SPSS versão 18, com um nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** A média de idade dos 84 asmáticos foi: $37,08 \pm 18,488$ (7 – 86 anos); 47 do sexo feminino e 37 do sexo masculino; 75 atópicos e 9 não-atópicos; 58 com asma controlada e 26 com asma não controlada. Em asmáticos as frequências do alelo A é de 0,61 e alelo G 0,39. No grupo controlo as frequências do alelo A é 0,59 e alelo G 0,41. Há diferença estatística entre os grupos ($p > 0,05$). OS genótipos em asmáticos foram: AA: 21 (25%); AG: 61 (72,6%); GG: 2 (2,4%). Os genótipos do grupo controlo foram: AA: 23 (25,3%); AG: 61 (67%); GG: 7 (7,7%); não há diferença estatística ($p > 0,05$). No grupo controlo, a idade média foi de $52,31 \pm 14,219$ (20 – 85 anos); 75 do sexo feminino e 16 do sexo masculino. Em asmáticos não há diferença estatística ($p > 0,05$) na distribuição de genótipos: entre atópicos e não atópicos; asma controlada e não controlada; nas diferentes faixas etárias e por sexo. No grupo de controlo, não há diferença estatística ($p > 0,05$) em genótipos por sexo; há uma tendência para ser o genótipo GG mais frequente no grupo com menos de 30 anos ($p = 0,051$). Para aqueles que expressam o alelo A, e com idade menor de 30 anos, 7,134 mais risco de serem asmáticos do que aqueles que são homozigóticos para o alelo G (OR: 7,134 [IC: 1,064-47,842; $p = 0,043$]). **Conclusões:** Na amostra deste estudo, demonstrámos a influência do polimorfismo Arg16Gly no gene do receptor beta-2 sobre a asma e seu possível papel na medicina estratificada / personalizado

PO 41 – Prova de broncodilatação: Dever-se-á realizar independentemente do valor basal de FEV1?N Pinto¹, J Gomes Belo¹, J Gaspar Marques^{1,2}, I Peralta¹, S Serranho¹, N Neuparth^{1,2}, P Carreiro Martins^{1,2}, P Leiria Pinto^{1,2}¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., Lisboa, PORTUGAL² CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: De acordo com as recomendações internacionais GINA, a asma parcialmente controlada associa-se a uma maior variabilidade na função pulmonar do que a asma controlada.

Uma variabilidade excessiva pode ser identificada através da prova de broncodilatação (BD), podendo esta ser rotineiramente efectuada independentemente do valor de FEV¹ basal.

A evidência acerca de que parâmetros espirométricos se associam a uma prova de broncodilatação positiva é escassa.

Objectivo: Avaliar a sensibilidade e especificidade do FEV¹ basal reportado em percentagem do previsto (FEV¹%) e da razão FEV¹/FVC, na discriminação dos doentes com prova de BD positiva. Adicionalmente pretendeu-se determinar o melhor ponto de corte do FEV¹ basal e da razão FEV¹/FVC para uma prova de broncodilatação positiva.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo no qual foram incluídos doentes em idade pediátrica (6-17 anos), avaliados no nosso Serviço por espirometria com prova de BD, entre Janeiro de 2013 e Junho de 2015. Uma prova de BD foi considerada positiva se houvesse um aumento de 12% do FEV¹ após administração do broncodilatador.

A sensibilidade, especificidade e pontos de corte foram calculados através da análise das curvas ROC para o FEV¹ basal (Equação de referência: Global Lung Initiative 2012) e razão FEV¹/FVC.

Resultados: Foram incluídos 362 doentes, com uma idade média de 12,6 anos (DP: 2,9), a maioria do sexo masculino (68%). As médias do FEV¹% e da razão FEV¹/FVC foram de 96,3% (DP: 14,4%) e 0,81 (DP: 0,08), respectivamente. O FEV¹% apresentou uma área abaixo da curva (AUC) de 0,76, e o seu melhor ponto de corte foi de 88,4% (sensibilidade de 56,5% e especificidade de 83,3%). Para a razão FEV¹/FVC a AUC foi de 0,89, correspondendo ao ponto de corte de 0,78 (sensibilidade de 83,7% e especificidade de 84,1%).

Conclusão: Na nossa amostra, a razão FEV¹/FVC demonstrou ser mais precisa na discriminação dos doentes com uma prova de broncodilatação positiva do que o FEV¹ basal. Em idade pediátrica, uma razão FEV¹/FVC superior a 0,78 poderá dispensar a realização de prova de broncodilatação.

PO 42 – Broncoespasmo após higiene oralA Ferrão Silveira¹, C Castro Sousa¹, C Simão¹, C Parda¹, F Rodrigues¹¹ Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Lisboa, PORTUGAL

O caso apresentado refere-se a uma doente de 18 anos, raça negra, estudante, natural de Cabo Verde, a residir em Portugal desde há 3 anos, não fumadora com antecedentes de asma, diagnosticada há 1 ano, mal controlada.

A doente vem à Consulta Externa de Asma grave por internamento recente por mal asmático (sem factor desencadeante identificado) com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Tinha recorrido várias vezes ao Serviço de urgência por broncoespasmo. Nunca cumpriu medicação receitada.

Na Consulta refere agravamento das queixas com o esforço e que o contacto com produtos que contenham mentol, nomeadamente pastas de dentes, despoletam crises de broncoespasmo. Nega história prévia de rinite alérgica, queixas oculares ou cutâneas, alergias alimentares ou agravamento na Primavera. ACT 21, CARAT: N 10 A 16 T 26

Deste modo realiza provas de função respiratória que mostram obstrução das pequenas vias aéreas com aumento das resistências reversível com o broncodilatador.

Analiticamente destacam-se: Eosinofilia: 500; IgE: 67; Rast-pediatop e phadiatop negativos; gasometricamente sem alterações; a telerradiografia do tórax não mostra alterações pleuro-parenquimatosas ou sinais de hiperinsuflação. Os testes de sensibilidade cutânea inalatórios e alimentares são negativos (não foi testado mentol).

De maneira a testar a alergia ao mentol enviam-se colheitas de sangue para um laboratório especializado. Os resultados, após western blot com extracto de folhas de menta, mostram que o mentol pode ser responsável pela clínica da doente e sugere-se a realização de uma prova provocatória com pasta de dentes com e sem mentol.

Deste modo, a doente realiza provas provocatórias que são positivas para a pasta de dentes com mentol.

Desde essa altura não volta a utilizar produtos com mentol e não volta a ter episódios de broncoespasmo (nomeadamente durante a higiene oral).

A alergia ao mentol é rara e existem apenas alguns casos descritos na literatura. A colheita de uma anamnese detalhada e o alerta em relação a alérgenos, presumivelmente inócuos, são fundamentais no diagnóstico de alergias raras.

PO 43 – Provas de broncoprovocação em idade pediátrica – Casuística de 2015

J Azevedo¹, B Tavares¹, M Matos²

¹ Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

² Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: As provas com estímulos físicos ou químicos podem ser necessárias para a avaliação da broncomotricidade em doentes com suspeita de asma, particularmente em idades pediátricas.

Objectivo: Avaliação das provas de broncoprovocação com metacolina ou esforço em doentes com diagnóstico ou suspeita de asma, em idade pediátrica, analisando a evolução da resposta de FEV1 e de MMEF75-25 ao longo da prova.

Métodos: Analisadas 19 provas de esforço e 21 provas de metacolina no ano de 2015. Consideradas provas de esforço positivas se descida de FEV1 \geq 10% e provas de metacolina positivas se descida de FEV1 \geq 20%, segundo critérios de ATS. Avaliaram-se os casos em que ocorreu descida de MMEF75-25 \geq 25% e se a queda precedeu a descida de FEV1.

Resultados: Provas de Esforço: Realizada em 19 doentes, média de idades: $12,7 \pm 2,57$ anos, 10 do sexo masculino. A maioria dos doentes era atópica (94,7%). Verificaram-se apenas 2 provas positivas, ambas aos 5 minutos, com descida de FEV1 e MMEF75-25. Uma outra prova sem descida de FEV1 mas com quebra de 25% de MMEF75-25 aos 10 minutos e com reprodução de sintomas. As restantes, negativas, sempre sem diminuição significativa de FEV1 e MMEF75-25.

Provas de Metacolina: Realizada em 21 doentes com tosse persistente, média de idades: $12,1 \pm 2,79$ anos, 13 do sexo masculino. 80,9% eram atópicos. Foram consideradas 15 provas positivas

(71,4%), das quais em 12 (57,1%), a queda de MMEF75-25 (\geq 25%) precedeu a descida de FEV1. Em 2 das 6 provas consideradas negativas também o MMEF75-25 atingiu uma queda de 25%. Verificou-se com 95% de confiança que as médias de descida de FEV1 foram inferiores às médias de descida de MMEF75-25 nas doses de 0,045mg, 0,09mg e 0,18mg.

Discussão: Observou-se uma baixa positividade da prova com o esforço. Em relação às provas de broncoprovocação com metacolina, salienta-se a importância da análise das pequenas vias aéreas na avaliação da broncomotricidade em crianças e adolescentes.

PO 44 – Óxido nítrico no ar exalado e sibilância recorrente na idade pré-escolar

P Martins¹, J Belo¹, E Finelli¹, C Alves¹, I Peralta¹, I Caires², J Gaspar-Marques^{1,2}, N Neuparth^{1,2}, P Pinto^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

² CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A medição da fração exalada de óxido nítrico (FeNO) tem sido utilizada como biomarcador da inflamação eosinofílica das vias aéreas. É um teste não invasivo e simples, admitindo-se que possa ser útil na abordagem da criança com sibilância recorrente, em idade pré-escolar.

Objectivo: Avaliar a associação do FeNO com a atopia, o grau de controlo da asma e com a função respiratória em crianças com sibilância recorrente, em idade pré-escolar.

Métodos: Estudo transversal efectuado em 98 crianças entre os 3 e os 5 anos, com sibilância recorrente e que realizaram espirometria animada no nosso laboratório de função respiratória, entre Julho de 2014 e Julho de 2016. Procedeu-se à medição da FeNO e avaliação do controlo da asma usando os critérios GINA (Global Initiative for Asthma). Estudou-se a associação dos níveis de FeNO com a atopia, FEVt e o grau de controlo da asma. Não foi feita suspensão prévia da corticoterapia inalada brônquica (CI).

Resultados: Foram obtidas medições de FeNO em 84 de 98 crianças (86%), sendo que destas, 62% era do sexo masculino, com uma idade média 4,9 anos. Em relação à caracterização da asma, 48% estava controlada, 42% tomava CI e a atopia foi detetada em 47% dos casos. A mediana dos valores do FeNO foi de 8,0 ppb (P25-75: 5,0-12,0 ppb). Na amostra global, não se encontraram associações significativas dos níveis de FeNO com a atopia, grau de controlo da asma, FEVt nem com a toma de CI. Nove por cento das crianças (n=8) tinham níveis de FeNO superiores a 20 ppb, os quais se associaram com a presença de atopia (p=0.002).

Discussão: A medição do FeNO foi realizada com sucesso na maioria das crianças avaliadas. Os valores de FeNO não se associaram com o grau de controlo da asma nem com a função respiratória. No entanto, níveis aumentados de FeNO poderão refletir a existência da inflamação eosinofílica nas crianças atópicas em idade pré-escolar, com sibilância recorrente.

PO 45 – O que os professores de educação física sabem sobre asma – Impacto de um curso de formação

R Câmara¹, M Paiva², J Marques², D Silva³, T Jacinto⁴, M Correia¹, A Borge⁵, M Couto⁶

¹ Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

² Serviço de Imunoalergologia Dona Estefânia, Lisboa, PORTUGAL

³ Serviço de Imunoalergologia – Centro Hospitalar São João, Porto, PORTUGAL

⁴ Laboratório de Alergia, Inflamação e Respiração Hospital & Instituto CUF Porto, Porto, PORTUGAL

⁵ Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

⁶ Imunoalergologia – Hospital & Instituto CUF Porto, Porto, PORTUGAL

Objectivos: A asma é a doença crónica mais frequente em idade escolar. Os sintomas de asma são frequentemente desencadeados, no contexto da prática de exercício físico na escola, relevando a importância da formação dos professores de educação física sobre esta doença. Este estudo pretendeu avaliar o impacto de um curso de formação, nos conhecimentos sobre asma, de um grupo de professores de educação física.

Metodologia: No âmbito de um curso para professores de educação física organizado pelo grupo de interesse de Asma e Alergia no Desporto da SPAIC que decorreu em diferentes regiões do país (Açores, Coimbra, Lisboa, Madeira e Porto) foi aplicado um questionário para avaliação de conhecimentos antes e após a conclusão da formação. O questionário incluiu 20 perguntas de avaliação de conhecimentos e 3 perguntas finais inquirindo sobre antecedentes pessoais e familiares de asma e contacto prévio com alunos asmáticos. Aplicado os teste de t student para amostras emparelhadas e Mann-Whitney para tratamento dos dados.

Resultados: Foram incluídos um total de 86 professores provenientes de 5 regiões diferentes com média etária de $47,9 \pm 8$, 1 anos e predomínio do sexo feminino ($n=58$, 67%). A classificação média obtida no início do curso foi de $15,57 \pm 1,86$ registando-se uma subida de cerca de 1,65 valores na classificação média obtida após a formação, que foi de $17,23 \pm 1,67$. Para os o grupo de perguntas referentes ao conhecimento em geral da doença asmática, esta diferença foi estatisticamente significativa (mean rank 110,75 vs 62,25, $p<0,05$) enquanto que para o grupo de perguntas relacionadas com mitos sobre a doença, não há diferenças significativas.

Conclusões: O curso de formação permitiu melhorar de forma significativa os conhecimentos sobre asma, deste grupo de professores de educação física. Será importante avaliar se o ganho obtido com este tipo de formação, se manterá no tempo. Estes dados reforçam a importância da partilha, de conhecimento entre diferentes grupos profissionais, como forma de melhorar o diagnóstico e controlo da asma e de outras doenças crónicas.

PO 46 – Asma induzida pelo exercício: Quando a doença não é desculpa

M Fernandes¹, A J Cabral², C Pestana³, C Freitas², A C Marques²

¹ Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

² Serviço de Pediatria, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

³ Serviço de Cardiologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

Introdução: A asma induzida pelo exercício (AIE) traduz-se pela obstrução transitória das vias aéreas após o exercício físico. O número de crianças e adolescentes que referem queixas de dispneia ou broncospasmo com exercício é elevado.

Objetivo: Caracterizar a população pediátrica com diagnóstico de asma e/ou rinite que realizou prova de esforço por queixas de dispneia ou tosse com o exercício físico.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes em idade pediátrica com diagnóstico de asma e/ou rinite que relatam queixas de dispneia com o exercício físico tendo realizado provas de esforço no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015. As provas de esforço foram realizadas de acordo com protocolo próprio em tapete rolante.

Resultados: Caracterizou-se uma população total de 20 doentes com média de idade 13 anos (min. 7-máx. 17) sendo 12 do sexo feminino (60%). O principal diagnóstico de consulta foi asma associada a rinite (50%), seguido dos doentes apenas com asma (40%) e os doentes com rinite (10%). Do total de doentes, 80% referia queixas com o esforço, os restantes apresentavam apenas asma e não relatavam exacerbação com o exercício. Salienta-se que 70% de provas foram negativas e só 6 doentes (30%) tiveram prova positiva. Dos doentes com provas positivas 4 praticavam desporto federado (1 patinagem, 3 futebol) – todos com diagnóstico de asma e queixas com o esforço. Antes da realização da prova 70% dos doentes com queixas com o esforço estavam medicados com broncodilatadores de curta acção antes do exercício, reduzindo-se a sua utilização após a realização da prova.

Conclusão: Queixas de dispneia, cansaço ou tosse podem ser observadas em crianças e adolescentes de diferentes idades e níveis de condicionamento físico. A prova de esforço tem assim um papel importante no diagnóstico da AIE. Pelos nossos resultados a maioria das queixas não evidenciam alterações nas provas de função respiratória. Apesar da maioria dos doentes apresentar queixas com o esforço, só um pequeno número de provas de esforço se revelou positiva o que pode ser explicado pelo mau condicionamento físico do doente e não pela patologia em si. Como já foi demonstrado em outros estudos, neste demonstra-se também que a percentagem de provas positivas nos doentes que praticam exercício físico federado é elevada.

PO 47 – Evolução das necessidades de saúde em imunoalergologia

I Abreu¹, M Fernandes¹, A Borges², F Sousa¹, S Oliveira¹, R Câmara¹

¹ Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

² Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

Introdução: A avaliação das necessidades de saúde dum população permite adequar a disponibilização de serviços de saúde dum forma mais equilibrada. É necessário criar estratégias, para que nesta época de fracos recursos económicos, se continue a prestar os melhores cuidados de saúde possíveis.

Objectivo: Avaliação da evolução das necessidades de saúde em Imunoalergologia – análise do padrão de referenciação antes e após a aplicação do Plano Nacional de Controle da Asma.

Metodologia: Análise e comparação das populações referenciadas em 2012 e 2015.

Resultados: A Imunoalergologia realiza 5000 consultas/ano sendo que, 20% correspondem a primeiras consultas verificando-se um aumento significativo de referenciações: 2012 (n=373) e 2015 (n=757). No último ano, 7% das referenciações corresponderam a exames pedidos. Houve predomínio do sexo feminino nos dois anos, consequência da prevalência das patologias alérgicas emergentes, associada ao envelhecimento da população. A diminuição da natalidade na Região justifica o decréscimo da referenciação em idade pediátrica de 40% para 34% em 2015. Verificou-se um aumento da especificidade do motivo de referenciação, nomeadamente para as seguintes hipóteses de diagnóstico: anafilaxia, alergia medicamentosa, alimentar e cutânea. A colaboração entre os diversos níveis de cuidados de saúde, condicionou não só o aumento substancial das referenciações mas também uma abordagem diagnóstica mais precisa, o que se comprova pelo nível elevado de concordância entre a hipótese diagnóstica atribuída e o diagnóstico estabelecido pela Imuno-

alergologia. Esta diferenciação tem como consequência um número crescente de episódios de hospital de dia, 613 em 2015 sendo os principais responsáveis: a alergia medicamentosa (25%), himenópteros (15%) e alimentar (13%). A necessidade de hospitalização em contexto de hospital de dia para confirmação de diagnóstico teve um incremento superior a 50% entre 2012 e 2015.

Conclusão: O aumento significativo das necessidades de saúde na Imunoalergologia resulta não só da mudança de estilos de vida, à semelhança do que se passa noutras regiões do mundo ocidental, mas também pela melhor identificação da doença alérgica, associada a uma melhor resposta na abordagem diagnóstica. A formação dos profissionais de saúde, estabelecendo pontes entre as diferentes especialidades, permitiu uma adequação da referenciação, com a consequente otimização de recursos, imprescindível para gestão moderna em saúde.

PO 48 – Utilização de medicinas tradicionais, complementares e alternativas em doentes adultos da consulta de imunoalergologia

N Santos¹, P Morais-Silva¹, L Arez²

¹ Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., Unidade de Imunoalergologia, Portimão, PORTUGAL

² Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., Serviço de Medicina 4, Portimão, PORTUGAL

Introdução: Entre 25 a 50% das doenças alérgicas são tratadas com Medicinas Tradicionais, Complementares e Alternativas (MTCA). Algumas das razões apontadas para a sua utilização incluem a ausência de confiança na medicina convencional, uma interação médico-doente não satisfatória e a crença de que são isentas de efeitos secundários.

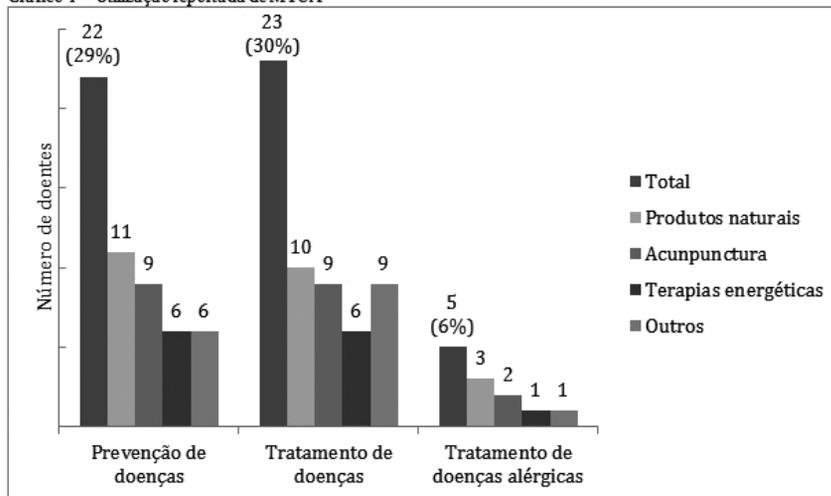
Objectivo: Avaliar a utilização de MTCA em doentes adultos seguidos em consulta de Imunoalergologia no Centro Hospitalar do Algarve.

Tabela 1 – Descrição dos doentes incluídos

Nacionalidade/ascendência		Seguimento por Imunoalergologia	
Portuguesa	67 (87)	Primeira consulta	19 (25)
Outro país europeu	3 (4)	≤ 1 ano	40 (53)
Outro país	7 (9)	1 a <5 anos	11 (15)
Habilitações académicas		5 ou mais anos	5 (7)
<9º ano	12 (16)	Controlo da doença imunoalérgica	
9º ano	29 (38)	Controlado	19 (27)
12º ano	24 (32)	Parcialmente controlado	36 (51)
Licenciatura / bacharelato	10 (13)	Não controlado	15 (22)
Mestrado	1 (1)	Eficácia dos tratamentos prescritos	
Doutoramento ou superior	0 (0)	Muito eficazes	18 (35)
Patologia alérgica		Algo eficazes	31 (61)
Rinite / Conjuntivite	31 (46)	Não eficazes	2 (4)
Asma	22 (33)	Relação médico-doente	
Eczema / Dermatite atópica	11 (16)	Excelente	32 (47)
Urticária / Angioedema	11 (16)	Muito boa	17 (25)
Outro / Não especificado	11 (16)	Boa	13 (19)
Duração da doença alérgica		Razoável	6 (9)
≤ 1 ano	9 (12)	Fraca	0 (0)
1 a <5 anos	20 (27)	Subsistema de saúde	
5 a <20 anos	30 (40)	Sim	24 (36)
20 ou mais anos	16 (21)	Não	43 (64)

Os resultados são apresentados em frequência absoluta e frequência relativa correspondente aos doentes com resposta válida, n (%)

Gráfico 1 – Utilização reportada de MTCA



Metodologia: Foi entregue um questionário contendo dados demográficos, clínicos e de utilização de MTCA no âmbito do tratamento da patologia alérgica, bem como questões relativas à satisfação com os tratamentos e com a relação médico-doente, a 100 doentes consecutivos ≥ 18 anos da consulta de Imunoalergologia, para preenchimento pelo doente de forma anónima.

Resultados: Foram devolvidos 83 questionários; excluídos 6 por não cumprirem os critérios de inclusão, resultando em 77 questionários válidos de doentes com idade média (DP) de 45 (17,1) anos, 55 (71%) do sexo feminino. As características demográficas e clínicas dos doentes estão descritas na Tabela 1 e a utilização de MTCA no Gráfico 1. Os 5 doentes que referiram a utilização de MTCA para a patologia alérgica eram todos consultas subsequentes, 4 eram mulheres e 3 referem ter utilizado nos últimos 12 meses; estas 3 eram já seguidas por Imunoalergologia quando iniciaram a utilização de MTCA e referem ter informado o médico Imunoalergologista; 2 doentes mantiveram a utilização no último mês, ambas grávidas. As razões mais frequentemente citadas para a utilização de MTCA foram “Para complementar o tratamento médico” e “Já utilizava para outras questões de saúde”, sendo que 3 doentes consideraram estas terapêuticas como “Muito eficazes”, 1 como “Algo eficaz” e 1 não respondeu à questão. Todos estes doentes tinham escolaridade obrigatória ou superior, sintomas de rinite e/ou asma há pelo menos 5 anos, consideraram a relação médico-doente excelente ou muito boa e os tratamentos convencionais muito ou algo eficazes; 4 eram Portugueses e uma doente é holandesa residente em Portugal.

Conclusões: Dos 45 doentes com rinite e/ou asma, 5 (11%) utilizam ou já utilizaram MTCA para o tratamento da sua doença alérgica, um número inferior ao habitualmente reportado em estudos de base populacional em outros países. Nestes doentes, a utilização de MTCA parece estar mais baseada num sistema de crenças do que na falência dos tratamentos convencionais.

SESSÃO DE POSTERS V AEROBIOLOGIA / IMUNOTERAPIA / IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS

Dia: 8 de Outubro

Horas: 16h30 – 18h00

Local: Sala 2

Moderadores: Daniel Machado, Sara Silva

PO 49 – Calendário polínico da região do Alentejo (interior sul de Portugal)

E Caeiro^{1,2}, R Ferro^{1,2}, L Lopes¹, M Morais de Almeida^{1,3}, C Nunes^{1,4}

¹ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) – Grupo de Interesse de Aerobiologia, Lisboa, PORTUGAL

² Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas (ICAAM), Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

³ Centro de Alergia, Hospitais CUF-Descobertas e CUF Infante Santo, Lisboa, PORTUGAL

⁴ Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão, PORTUGAL

Introdução: O pólen atmosférico causa alergia respiratória, por conseguinte o conhecimento do conteúdo em pólen de uma atmosfera de uma dada região ao longo do tempo é importante para a saúde da população.

Objetivos: Elaborar o calendário polínico da região do Alentejo e analisar a influência dos fatores meteorológicos sobre as concentrações de pólen na atmosfera.

Metodologia: Neste trabalho, utilizaram-se os dados diários do pólen atmosférico, de 2002 a 2013, da estação de monitorização de Évora (38° 34' N; 7° 54' W) da Rede Portuguesa de Aerobiologia (RPA-SPAIC) e os valores diários dos parâmetros meteorológicos desse período do Instituto Português do Mar e da Atmos-

fera (IPMA). As monitorizações de pólen atmosférico basearam-se na metodologia de Hirst com o uso de um captador Burkard Seven Day Volumetric Spore-trap®. Através da análise de correlação de Spearman avaliou-se a influência dos parâmetros meteorológicos sobre as concentrações de pólen.

Resultados: O índice médio anual de pólen foi de 75.156 ± 12.514 grãos de pólen, o índice mais elevado registou-se em 2011 (91.623 grãos de pólen) e o mais baixo em 2002 (52.076 grãos de pólen). Na atmosfera de Évora predominaram os seguintes tipos polínicos: Quercus (26%), Poaceae (20%), Cupressaceae (10%), Olea europaea (9%), Urticaceae (9%, com Urtica membranacea a representar 7%), Platanus hispanica (9%), Plantago (3%), Rumex (2%), Pinaceae, Amaranthaceae e Asteraceae (1%). 91% do pólen total foi coletado entre Fevereiro e Junho; Durante este período registaram-se níveis importantes de pólenes considerados com elevada capacidade alergizante: Poaceae, Olea europaea, Platanus, Cupressaceae, Amaranthaceae e Plantago. Da análise das correlações obtidas entre as concentrações diárias de pólen e os parâmetros meteorológicos verificou-se a existência de uma correlação positiva das temperaturas máxima e média do ar, da insolação, da radiação global, da velocidade do vento e dos ventos provenientes de N e NW sobre os níveis de pólen e uma correlação negativa da temperatura mínima, da humidade relativa, da precipitação e dos ventos provenientes de SE e SW, todas estatisticamente significativas.

Conclusão: O calendário polínico da região de Évora ao mostrar os vários tipos de pólen com capacidade alergizante existentes na atmosfera e as suas concentrações ao longo do tempo torna-se uma ferramenta extremamente útil na prática clínica da região contribuindo para um melhor controlo e tratamento de polinoses.

PO 50 – Calendário polínico da região da Beira Litoral (centro norte de Portugal)

R. Ferro^{1,2}, E. Caeiro^{1,2}, A. Todo-Bom^{1,3}, M. Morais de Almeida^{1,4}, C. Nunes^{1,5}

¹ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) – Grupo de Interesse de Aerobiologia, Lisboa, PORTUGAL

² Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas (ICAAM), Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

³ Serviço de Imunoalergologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

⁴ Centro de Alergia, Hospitais CUF-Descobertas e CUF Infante Santo, Lisboa, PORTUGAL

⁵ Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão, PORTUGAL

Introdução: O conteúdo de pólen atmosférico de uma região e a influência das condições climáticas nos níveis polínicos pode condicionar o estado de saúde de uma percentagem significativa da população. Objectivos: Elaborar o calendário polínico da região de Coimbra e analisar a influência dos factores meteorológicos sobre as concentrações de pólen na atmosfera. **Metodologia:** Utilizaram-se os dados polínicos diários das monitorizações, de 2002 a 2012, da estação localizada em Coimbra (40.º12'25"N; 8.º25'30"W) da Rede Portuguesa de Aerobiologia (RPA-SPAIC),

obtidas com o uso de um colector Burkard Seven Day Volumetric Spore-trap®, e os dados meteorológicos diários locais obtidos pelo Instituto Português do Mar e da Atmosfera (IPMA). O efeito dos factores meteorológicos sobre as concentrações de pólen atmosférico foi avaliado através da análise estatística de correlação de Spearman. Resultados: O índice médio anual registado foi de 17.203 ± 6.730 grãos de pólen. O conteúdo em pólen da atmosfera de Coimbra apresentou variações inter e intra-anuais. Em 2012 registou-se o índice mais elevado (29.909 grãos de pólen) e em 2005 o mais baixo (7.225 grãos de pólen). As concentrações polínicas mais elevadas registaram-se entre Fevereiro e Junho, período em que em média foi coletado 79% do pólen total e as mais baixas entre Agosto a Novembro (£2%). O índice mensal relativo variou entre 25 a 10% dependendo do mês do ano. Os tipos polínicos mais representativos foram: Cupressaceae (23%), Urticaceae (16%; com Urtica membranacea e Parietaria/Urtica, ambos a representar 8%) Olea europaea (14%), Poaceae (13%), Pinaceae (10%), Quercus (9%), Platanus hispanica (5%), Betulaceae (3%), Castanea sativa (3%), Plantago (2%), Rumex e Myrtaceae (1%). Constatou-se um claro efeito dos parâmetros meteorológicos sobre as concentrações de pólen atmosféricas. A radiação global, insolação, velocidade e direcção do vento NE apresentaram uma correlação positiva estatisticamente significativa com os níveis de pólen enquanto as temperaturas média e mínima, a humidade relativa, a precipitação e as direcções do vento S e SW apresentaram uma correlação negativa estatisticamente significativa.

Conclusão: O calendário polínico de uma região permite conhecer os principais tipos polínicos presentes na sua atmosfera e a distribuição das suas concentrações ao longo do tempo. Esta informação é muito útil na área clínica pois facilita o controlo da doença alérgica respiratória.

PO 51 – Sensibilização ao pólen de diferentes cultivares de oliveira numa população portuguesa

R. Duarte Ferreira¹, C. Ornelas¹, J. Cosme¹, A. Spínola¹, M. Branco Ferreira¹, M. Pereira Barbosa¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

Objetivo: Estão descritos polimorfismos e quantidades diferentes de alérgenos no pólen dos diferentes cultivares de oliveira (Olea europaea). A utilização de extratos alérgicos de diferentes cultivares nos testes cutâneos por picada (TCP) pode permitir identificar doentes alérgicos que tenham TCP negativo para oliveira. Pretendeu-se avaliar a pertinência de testar estes extratos como forma de rastreio adicional da sensibilização ao pólen de oliveira.

Metodologia: Durante o ano de 2015, nos doentes observados em primeira consulta de Imunoalergologia no nosso serviço que realizaram TCPs com a nossa série básica de aeroalérgenos (que inclui oliveira), também foram testados extratos (Immunal) de quatro cultivares de oliveira (Arbequina, Blanqueta, Hojiblanca e Picual). Analisaram-se os diâmetros registados das púpulas, considerando positivas apenas as com diâmetro médio > 3 mm.

Resultados: Registaram-se 832 sessões individuais de TCPs, em que 613 tinham pelo menos uma sensibilização. Destes, 236 doentes (38,5%) tinham TCP positivo para pólen de oliveira, sendo que apenas um se encontrava monossensibilizado. Vinte e dois doentes (5,9% dos doentes polínicos) apresentavam a oliveira como único pólen ao qual estavam sensibilizados. A sensibilização a cultivares específicos, no total de doentes, foi mais frequente com os cultivares Hojiblanca (31,5%) e Arbequina (31,3%), seguidos dos cultivares Picual (29,2%) e Blanqueta (27%).

Vinte e seis doentes (11% das sensibilizações a oliveira) tinham TCP positivo para o extrato convencional e negativo para os cultivares; e 196 doentes (83%) tinham TCP positivo para ambos. Verificou-se que 7,6% (n=18) dos doentes sensibilizados a oliveira tinham TCP negativo com o extrato convencional e positivo para cultivares. O cultivar Hojiblanca foi o mais frequente neste grupo (66,7%, n=12), seguido do cultivar Arbequina (55,6%, n=10). No total dos doentes, existia uma correlação significativa entre os resultados dos TCPs com extrato convencional e o dos diferentes cultivares. Esta correlação era mais fraca com o cultivar Hojiblanca ($r=0.785$).

Conclusões: Alguns doentes sensibilizados apenas a cultivares de oliveira não são indentificados com o extrato convencional. O TCP com o cultivar Hojiblanca pode identificar a maioria destes doentes, pelo que deve ser considerado em doentes com clínica de polinose e TCP negativo para pólen de oliveira.

PO 52 – Perfil de sensibilização a alérgenos ambientais numa pequena amostra populacional de Luanda

H da Mata Amado Jacinto¹

¹ Clínica Girassol, Luanda, ANGOLA

Objectivo: As doenças alérgicas afectam cerca de um quarto da população mundial. As doenças respiratórias crónicas (entre elas rinite e asma alérgicas) diminuem a qualidade de vida e são causa importante de absentismo laboral e escolar.

O objectivo deste trabalho foi caracterizar o perfil de sensibilização a aeroalérgenos em pacientes atendidos na cidade de Luanda (Angola) de forma a melhorar o manuseamento destas patologias.

Metodologia: Para o objectivo proposto, analisaram-se os processos clínicos de 33 pacientes, atendidos em consulta de Imunoalergologia numa clínica privada, entre Novembro de 2013 e Maio de 2014, com queixas respiratórias; esses pacientes tinham sido submetidos a testes cutâneos por picada (prick tests ou PT), tendo os PT sido realizados com os seguintes extractos: *Blomia tropicalis*, *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Lepidoglyphus destructor*, *Periplaneta americana*, *Aspergillus fumigatus*, *Alternaria alternata* e *Cladosporium herbarum*, epitélios de cão e gato, mistura de penas (galinha, pombo, canário) e pólenes de gramíneas selvagens, parietária, plátano e oliveira. Foram considerados positivos os PT cujas pápulas apresentaram um diâmetro igual ou superior a 3 mm. Foram considerados válidos os PT cuja pápula obtida com histamina (controlo positivo) foi igual ou superior a 3mm.

Resultados: As queixas respiratórias foram referidas por um total de 48 pacientes avaliados em consulta (72,7%). Destes, 33

foram submetidos a PT e, portanto, analisados nesta casuística, e em 28 deles os PT foram considerados válidos. A idade média dos 28 pacientes incluídos foi de 25,04 anos (57,2% sexo feminino). O controlo negativo (soro fisiológico) foi completamente negativo em todos os PT realizados. O maior número de positividade observou-se para *B. tropicalis* e *D. pteronyssinus* (para cada um: n=12; 42,9%) e *L. destructor* (n=9; 32,1%). O PT para *P. americana* ou para epitélio de cão foi positivo em 8 pacientes cada um (28,6%). A positividade para o resto dos aeroalérgenos foi menos frequente.

Conclusões: As queixas respiratórias são muito prevalentes. Luanda caracteriza-se por um clima tropical seco, sendo expectável a sensibilização frequente a *B. tropicalis* e a baratas. A população estudada é pequena e pertence a classes sociais privilegiadas. O acesso a exames diagnósticos, para a maioria da população, é limitado. Impõe-se a necessidade de outros estudos, mais abrangentes e mais detalhados, para definir estratégias mais eficientes, como a imunoterapia.

PO 53 – Alergia ocupacional ao limão: Um caso clínico

A Soares dos Reis¹, F Pineda², M Castillo²

¹ Clínica ASFE SAUDE, Mafra, PORTUGAL

² Lab de Aplicaciones. DIATER Laboratorios, Madrid, SPAIN

Introdução e Objectivo: O cultivo e consumo de citrinos encontra-se generalizado a nível mundial mas estão relatados poucos casos de alergia. Descrevemos o caso de um produtor de limões com alergia ao limão e à flor de limoeiro.

Metodologia e Resultados: Trata-se de 44 anos com antecedentes de rinite com sensibilização a ácaros. Desde há alguns anos refere episódios de rinoconjuntivite associados a sibilância com agravamento de intensidade progressiva ao longo do tempo e de difícil controlo com medicação anti-histamínica e broncodilatadora, tendo que por vezes ser medicado com ciclos curtos de corticoterapia oral. As provas funcionais respiratórias não revelaram alterações.

Estes sintomas ocorrem apenas no período de polinização dos limoeiros que acontecem duas vezes por ano, estando assintomático no restante época do ano. Nega queixas com contato ou ingestão de limão.

Foram realizados prick-prick com casca, polpa, sementes de limão e estames, pétalas e pistilos da flor de limoeiro que foram negativos. A IgE específica a limão foi negativa (<0,35 ku/l).

Caracterizaram-se as proteínas presentes no limão (casca, polpa e sementes) e flor de limoeiro (estames, pétalas e pistilos) através de SDS PAGE. O soro do doente reconheceu uma série de proteínas compreendidas entre os 25-70 kDa da casca do limão e das diferentes partes da flor. As proteínas presentes nas pétalas foram reconhecidas com maior intensidade.

Conclusão: Estes dados mostram que a IgE específica e os testes cutâneos, sendo negativos, não permitiram constatar a presença de algumas das proteínas do limão e flor de limoeiro, cuja sensibilização é evidenciada pela clínica.

PO 54 – Gravidade de sintomas e eficácia clínica da imunoterapia específica na alergia a ácarosF Semedo¹, E Tomaz¹, A P Pires¹, F Inácio¹¹ Hospital de São Bernardo – Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., Setúbal, PORTUGAL

Objetivo: Caracterizar uma população de doentes alérgicos aos ácaros quanto a fatores que podem influenciar a gravidade de sintomas na asma e rinite e a eficácia da Imunoterapia Específica (ITE).

Metodologia: Seleccionaram-se 183 doentes seguidos em consulta de Imunoalergologia com diagnóstico de atopia (asma e/ou rinite) e com sensibilização aos ácaros *Dermatophagoides pteronyssinus* (Der p) e *Lepidoglyphus destructor* (Lep d), avaliada por testes cutâneos por picada e doseamento de IgE específicas. Foram analisados os scores de gravidade de sintomas na asma e na rinite e a sua alteração após o cumprimento de ITE.

Resultados: Incluíram-se 183 doentes com idade média de 26,8 anos \pm 15,7, 51,9% do sexo masculino. Todos os doentes residiam na mesma região geográfica e apresentavam IgE específicas para ambos os ácaros. Concomitantemente, 29,0% (n=53) tinha polinose. Relativamente à patologia alérgica, 4,9% (n=9) tinha apenas asma, 23,0% (n=42) rinite e 72,1% (n=132) ambas. De acordo com o score de sintomas referente às guidelines da Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA), 5,5% tinha rinite intermitente ligeira, 14,2% intermitente moderada/grave, 9,3% persistente ligeira e 66,1% persistente moderada/grave. Quanto ao score de gravidade da asma, de acordo com a Global Initiative for Asthma (GINA), 35,0% apresentava asma ligeira, 35,5% moderada e 6,6% grave.

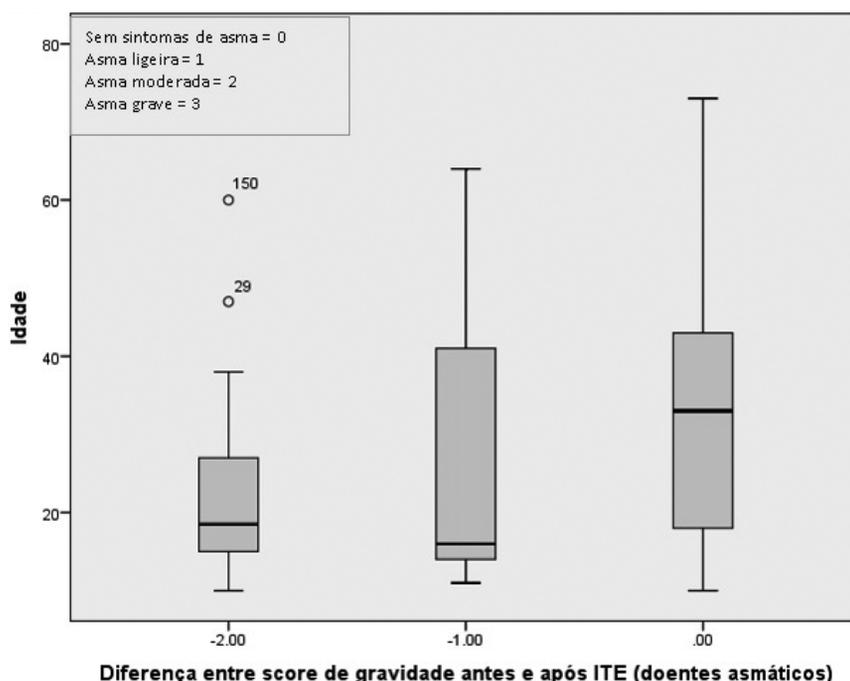
Tendo em conta a duração da doença, verificou-se que indivíduos com asma há menos de 5 anos apresentaram um score de gravidade de sintomas significativamente inferior (Kruskal-Wallis, $p < 0,000$). Na rinite, não foi encontrada diferença significativa.

Do total de doentes, 27% realizou ITE para ácaros: Der p (n=19), Lep d (n=7) ou Der p + Lep d (n=23). A ITE mostrou-se tendencialmente mais eficaz em doentes asmáticos com idade média inferior (24 anos), com diferença significativa entre score de gravidade antes e após a realização da terapêutica, quando comparado ao grupo de doentes mais velhos (idade média: 33 anos). No score de sintomas na rinite, tal não se verificou.

Conclusões: No grupo de doentes analisado, a gravidade de sintomas diferiu, sendo superior se maior o tempo de duração da doença apenas relativamente à asma. Não obstante, a ITE revelou maior eficácia, quando avaliada sob o ponto de vista clínico, em doentes asmáticos com menor média de idades. Desta forma, pode ser relevante para o sucesso terapêutico na asma de etiologia alérgica com sensibilização a ácaros, o início precoce da ITE.

PO 55 – Alergia à parietaria na unidade local de saúde de MatosinhosA Santos Pereira¹, R Fonseca¹, M Barros¹, H Sousa¹, R Alves¹, C Soares¹¹ Serviço de Patologia Clínica, Unidade de Saúde Local de Matosinhos, Matosinhos, PORTUGAL

Objetivo: Com este trabalho pretendeu-se caracterizar a alergia à *Parietaria officinalis* (w19) e *Parietaria judaica* (w21) na população referenciada pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos.



Metodologia: Foram incluídos 197 doentes com idade superior a 12 anos e clínica sugestiva de doença respiratória alérgica (asma e rinite alérgica), a realizarem o primeiro estudo alergológico, com teste Phadiatop positivo e residentes na área há mais de 5 anos. Neste grupo dosearam-se as IgE específicas para w19 e w21 usando o ImmunoCAP250 (Phadiar[®]).

Resultados: Dos 197 doentes, 103 eram do sexo masculino e 94 do sexo feminino tendo 51 doentes idade compreendida entre os 12 e 18 anos. 40 doentes tiveram IgE positiva para w19 e 46 doentes para w21, sem diferenças significativas de sexo ou idade; das IgE positivas a maioria foi classe 2 ou 3 tanto para w19 (13 e 16 doentes respectivamente) como para w21 (12 e 15 doentes). A concordância para IgE positiva entre w19 e w21 foi alta, com kappa = 0,91 (0,84 a 0,98), mantendo-se também quando considerada a divisão por classes – kappa = 0,95 (0,92 a 0,98). Não houve diferenças significativas, quer na percentagem de positivos quer na classe, entre os doentes com asma ou rinite.

Conclusões: Verificou-se uma concordância muito elevada entre a sensibilização à w19 e w21, incluindo na divisão por classes, o que está de acordo com o descrito na literatura. Não foram verificadas diferenças de sexo, idade ou diagnóstico

PO 56 – Estudo retrospectivo de segurança de Clustek[®] Max com diferentes misturas e crianças em adultos

M Guzmán¹, M Tejera-Alhambra¹, R Caballero¹, B Lara¹, A Sastre¹, E Fernández-Caldas¹, JL Subiza¹, M Casanovas¹

¹ Inmunotek, Madrid, Spain, Spain

Introdução: A modificação dos alérgenos com glutaraldeído confere aos polimerizados resultantes uma diminuição da capacidade de união à IgE e a redução da atividade proteolítica relativamente aos extratos nativos. Assim a imunoterapia com polimerizados permite misturar num único tratamento, diferentes tipos de alérgenos e administrar doses mais elevadas em menos tempo, sem comprometer a segurança do tratamento.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar os dados de segurança de vacinas Clustek[®] Max com misturas de diferentes alérgenos polimerizados com glutaraldeído em doses ótimas num grupo de doentes crianças e adultos.

Materiais e Métodos: Efetuou-se um estudo multicêntrico no qual se obtiveram os dados de segurança de 1001 doentes (664 adultos e 337 crianças) com rinoconjuntivite (n=540) e/ou asma (n=461) para avaliar o perfil de segurança da imunoterapia usando vacinas com misturas de diferentes alérgenos modificados com glutaraldeído. Os doentes estavam polissensibilizados e receberam tratamento com uma vacina terapêutica com alérgenos polimerizados com glutaraldeído adsorvidos em hidróxido de alumínio. Para avaliar os dados de segurança recolheram-se todas as reações adversas relacionadas com a administração destas vacinas. Utilizou-se o teste exato de Fisher para avaliar as diferenças no número de reações adversas entre crianças e adultos.

Resultados: As reações locais clinicamente relevantes foram 52 (0,81% de injeções), sendo 29 imediatas e 23 tardias. Destas, 14 (0,22% do total de injeções) foram detetadas em crianças (4 imediatas e 10 tardias) e 38 (0,59% de injeções) em adultos (25 ime-

diatas e 13 tardias). As reações sistémicas foram 19 (0,29% de injeções) (10 em adultos e 9 em crianças). Duas reações sistémicas foram imediatas (em crianças; de grau 1) e 17 foram tardias (10 em adultos e 7 em crianças; 13 de grau 1 e 4 de grau 2). Todas as reações sistémicas foram moderadas e resolveram-se espontaneamente sem necessidade de medicação. Não se verificaram diferenças significativas entre crianças e adultos no número de reações (P>0,05).

Conclusão: A imunoterapia específica com vacinas com alérgenos polimerizados com glutaraldeído de misturas de diferentes alérgenos em doses ótimas é segura. A percentagem de reações adversas detetadas é baixa quando comparado ao reportado na literatura com alérgenos nativos não modificados.

PO 57 – Sensibilizações a Alternaria e Aspergillus numa consulta hospitalar de imunoalergologia

M Branco Ferreira^{1,2}, R Ferreira¹, C Ornelas¹, J Cosme¹, A Spinola Santos¹, M Pereira Barbosa^{1,2}

¹ Serviço Imunoalergologia – CHLN-HSM, Lisboa, PORTUGAL

² Clínica Universitária de Imunoalergologia -FML-UL, Lisboa, PORTUGAL

Objetivo: Dado que os fungos *Alternaria alternata* (Aa) e *Aspergillus fumigatus* (Af) são considerados uma fonte alérgica na alergia respiratória mas a sua relevância clínica não está bem esclarecida, foi nosso objetivo determinar a percentagem de positividade de testes cutâneos em picada para Aa ou Af em doentes atópicos, bem como as outras sensibilizações associadas.

Material e Métodos: Em 832 doentes de primeira consulta da nossa consulta de Imunoalergologia que efectuaram em 2015 TCP para estudo alergológico com a nossa bateria standard (que inclui fungos e outros aeroalergenos), analisaram-se os diâmetros registados das pápulas, considerando positivas apenas as >3mm de diâmetro médio. Análise descritiva e comparativa bivariada (teste qui-quadrado) das restantes sensibilizações entre os doentes sensibilizados ou não a Aa ou Af. Adicionalmente nos doentes sensibilizados a um destes fungos avaliaram-se os seus dados demográficos e os dados clínicos relevantes.

Resultados: 613 dos 832 doentes (73,6%) tinham pelo menos um teste positivo a aeroalérgenos. 71 dos 613 doentes (11,6%) tinham TCP positivos para um destes dois fungos: 52 (8,5%) com sensibilização a Aa e 30 (4,9%) a Af, sendo que 11 doentes (1,8%) tinham dupla sensibilização a Aa e Af. A idade média destes 71 doentes era de 30,6 anos sendo 57% do sexo feminino e, na sua grande maioria, estavam polissensibilizados. Apenas 2 dos 71 doentes eram monossensibilizados a estes fungos. No quadro 1 encontram-se indicadas as outras principais sensibilizações encontradas nos doentes sensibilizados a fungos. De uma forma geral estes doentes têm, em comparação com os doentes não sensibilizados a fungos, uma maior percentagem de sensibilizações para outros aeroalergenos, sendo significativamente maiores para *Dermatophagoides*, *Tyrophagus* e epitélio de gato.

Do ponto de vista clínico, há a assinalar que cerca de 1/3 dos doentes com sensibilização a Aa tinham quadro de rinosinusite crónica.

	n	Dermato	Outros ácaros	Cão / Gato	Gram	Oliveira	Ervas (Parietaria ou Artemisia)
Alt + e Asp +	11	9	10	6 / 4	6	5	4
Asp +	30	21	22	16 / 10	17	11	9
Alt +	52	43	46	26 / 23	33	27	15
Alt ou Asp +	71	55	60	36 / 29	44	33	20

Conclusões: A sensibilização a fungos ocorreu, sobretudo no contexto de polisensibilização, em 12% dos doentes com TCP+ a aeroalergenos. Apesar de não serem raras, mais estudos são necessários para se avaliar a relevância clínica destas sensibilizações, nomeadamente relativamente à gravidade dos quadros respiratórios e à presença de rinosinusite crónica.

PO 58 – Sensibilização a epitélios de animais domésticos – Realidade de uma consulta de imunoalergologia

C Ornelas¹, R Duarte Ferreira¹, J Cosme¹, S Spínola¹, M Branco Ferreira^{1,2}, M Pereira Barbosa^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

² Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Objetivo: Os epitélios de animais domésticos são uma fonte aeroalérgica importante, sendo a sua frequência e características de sensibilização pouco descritas. Foi nosso objetivo descrever a sensibilização a epitélios de cão e gato em doentes (dts) atópicos seguidos em consulta, assim como eventuais sensibilizações associadas.

Metodologia: Análise retrospectiva dos resultados de testes cutâneos por picada (TCP) realizados durante 2015 em primeiras consultas de Imunoalergologia, utilizando a nossa série básica de aeroalergénios. Analisaram-se os diâmetros médios das pápulas, considerando positivas as >3mm. Análise descritiva e comparativa (teste exacto Fisher) das restantes sensibilizações.

Resultados: Do total de 832 TCP realizados, 613 (74%) tinham pelo menos um aeroalergénio positivo. Verificou-se sensibilização a epitélio de cão em 49% dos dts (n=302, sendo 171 não co-sensibilizados a gato) e a epitélio de gato em 27% (n=163, com 32 sem co-sensibilização a cão). Apenas 1 doente era monossensibilizado a pêlo de cão e 2 a pêlo de gato; co-sensibilização a gato e cão, sem outros aeroalergénios, foi verificado em 1 doente. Constatou-se que 96% dos dts sensibilizados a cão (sem gato) tinham TCP positivos para pelo menos 1 ácaro, verificando-se menor frequência (75%) nos sensibilizados a gato (sem cão). O ácaro mais frequente nos 2 grupos foi o Dermatophagoides pteronyssinus (cão-95%;gato-63%). Verificou-se que os sensibilizados a cão e bisensibilizados apresentavam maior sensibilização a todos os ácaros testados, com exceção do Acarus siro, quando comparados com os sensibilizados a gato. Relativamente a sensibilização a pó-

lenes, observou-se maior frequência nos sensibilizados a gato (75% com TCP positivo para pelo menos 1 pólen) do que a cão (57%), sendo a mistura de gramíneas o mais frequente nos 2. Os sensibilizados a gato apresentavam maior sensibilização a gramíneas comparativamente com os sensibilizados a cão e bisensibilizados, não se registando o mesmo de forma significativa com outros pólenes.

Conclusões: Verificou-se uma frequência de sensibilização a epitélio de cão e gato em 1/2 e 1/3, respetivamente, dos doentes referenciados à Consulta de Imunoalergologia, parecendo haver uma maior associação de sensibilização a epitélio de cão com ácaros e de epitélio de gato com pólenes, nomeadamente gramíneas. Constatou-se, também, nesta amostra, que a monossensibilização a epitélios de animais foi rara.

PO 59 – Reatividade cutânea intradérmica a um extrato de imunoterapia com Dermatophagoides Pteronyssinus e Lepidoglyphus Destructor

M Boquete¹, M Tejera-Alhambra², M Guzmán-Fulgencio², R Caballero², E Fernández-Caldas², JL Subiza², M Casanovas²

¹ Hospital Lucus Augusti, Lugo, SPAIN

² Immunotek, Madrid, Spain

Introdução: Os alergénios polimerizados com glutaraldeído (alergoides) são preparações hipoalérgicas muito utilizadas em imunoterapia. Os alergoides apresentam menos alergenicidade (menor união a IgE) enquanto mantêm a sua antigenicidade (união a IgG). Os testes intradérmicos são mais sensíveis e apresentam resultados mais consistentes do que os testes prick. Nestes testes, habitualmente são utilizadas soluções de antigénios mais diluídas devido ao risco de reações anafiláticas.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi monitorizar a resposta alérgica a uma solução de imunoterapia Clustek® Max (20 000 UT/mL) com mistura dos alergoides Dermatophagoides pteronyssinus (DPT) e Lepidoglyphus destructor (LD), imunoterapia subcutânea administrada aos doentes.

Material e métodos: Quinze doentes (9 mulheres e 6 homens, mediana 26 anos, 8-53 anos) sensibilizados a DPT e LD participaram neste estudo. Os doentes apresentavam rinite, rinoconjuntivite e/ou asma; três doentes também apresentavam dermatite atópica. Todos os doentes estavam tratados com imunoterapia com Clustek® Max (DPT e LD). Os doentes realizaram um teste intradérmico inicial ou controlo e outro teste intradérmico de

seguimento, separadas por uma mediana de 7 meses. O teste consistiu na injeção intradérmica de 0,02 mL de Clustek® Max DPT e LD não diluído ou numa diluição 1/10; como controlo positivo utilizou-se histamina e como controlo negativo soro fisiológico. A área da pápula induzida por cada preparação mediu-se mediante PrickFilm e o resultado expresso em mm². Os resultados descritivos expressam-se como a mediana e os primeiro e terceiro quartil.

Resultados: Na prova intradérmica de seguimento tanto as amostras diluídas como as não diluídas provocaram um menor diâmetro de pápula após uma mediana de sete meses de tratamento com Clustek® Max (DPT + LD). A mediana da área da pápula obtida após injeção da vacina não diluída foi de 85,09 (51,96 – 97,54) na visita inicial face a 40,63 (26,92 – 55,02) na visita de seguimento ($p < 0.0005$). A mediana da área da pápula obtida após injeção da vacina diluída foi de 34,52 (27,04 – 55,86) na visita inicial face a 26,11 (13,25 – 32,47) na visita de seguimento ($p < 0.05$).

Conclusão: Os resultados deste estudo evidenciam que a imunoterapia subcutânea com Clustek® Max (DPT + LD) diminui a sensibilidade cutânea devida à vacina após sete meses de tratamento.

PO 60 – Deficiência de anticorpos específicos com imunoglobulinas normais em idade pediátrica: diferentes fenótipos

A Moura¹, E Almeida², A Todo-Bom¹, E Faria^{1,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, PORTUGAL

³ Consulta de Imunodeficiências Primárias, Hospital Pediátrico de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: A deficiência de anticorpos específicos com imunoglobulinas normais (DAEIN) é uma imunodeficiência primária (IDP) subdiagnosticada e de difícil diagnóstico, sobretudo em idade pediá-

trica. Caracteriza-se pela deficiência na produção de anticorpos anti-polissacarídeos com valores séricos normais de imunoglobulinas.

Descrição dos casos: Descrevem-se 3 casos, P1, P2 e P3, atualmente com 15, 17 e 22 anos, as duas primeiras do género feminino e irmãs, o último do género masculino, com clínica de infeções respiratórias de repetição desde os primeiros anos de vida.

P1 com história de infeções recorrentes entre os 5 e os 8 anos, nomeadamente pneumonias, otites e adenofleimão, tratadas com antibioterapia em ambulatório. Clinicamente estável após os 8 anos, com necessidade de menos de um ciclo de antibiótico/ano.

P2 apresentou má progressão estatoponderal desde os primeiros meses de vida, infeções respiratórias de repetição com início aos 4 meses de idade, abscesso inguinal aos 9 meses, pneumonia complicada com derrame pleural com isolamento de *Mycoplasma pneumoniae* e hepatite diagnosticados aos 12 meses, internamento por pneumonia arrastada aos 14 meses com isolamento de Citomegalovirus, *Candida albicans* e *Pseudomonas aeruginosa* e cerca de 5 infeções/ano dos 2 aos 7 anos. Melhoria clínica significativa após início de gamaglobulina endovenosa nos meses Outubro a Janeiro.

P3 com história de otites supuradas e infeções respiratórias de repetição desde os 2 anos. Agravamento dos 13 aos 17 anos com necessidade de 4-5 internamentos/ano e antibioterapia mensal no período Outono/Inverno. Iniciou gamaglobulina endovenosa que cumpriu durante 1 ano, com melhoria clínica acentuada, mantendo-se controlado sem terapêutica nos últimos 3 anos.

Nos 3 casos o estudo imunológico revelou apenas deficiência de produção de anticorpo anti-polissacarídeo da cápsula do pneumococo IgG e IgG2 (determinação por método imunoenzimático que inclui os 23 serótipos), 4 a 6 semanas após vacinação anti-pneumocócica 23-valente em pelo menos 2 doseamentos distintos. Foram excluídas outras causas de imunodeficiência primária.

Discussão: Estes casos expressam a heterogeneidade clínica desta entidade e a sua evolução imprevisível. Os autores discutem a indicação terapêutica da gamaglobulina na prevenção de períodos críticos infecciosos ou a necessidade desta terapêutica mantida durante toda a vida.

