



Sociedade Portuguesa de Alergologia
e Imunologia Clínica

36ª REUNIÃO ANUAL SPAIC

COIMBRA

HOTEL VILA GALÉ

9 A 11 DE OUTUBRO DE 2015

IMUNOTERAPIA E IMUNOMODULAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA



PROGRAMA

Caras/os Colegas e Amigas/os,

Em nome da Direção da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica e da comissão organizadora, temos o maior gosto em lhes apresentar as boas-vindas a Coimbra e à 36.^a Reunião Anual da SPAIC, este ano sob o tema **“Imunoterapia e Imunomodulação na Prática Clínica”**.

Contando com a presença e a participação ativa de um grande número de membros da nossa sociedade, este é, sem dúvida, o mais relevante evento anual na área da formação em Alergologia e Imunologia Clínica em Portugal. Este ano, estarão também entre nós colegas vindos do Brasil, Canadá, Espanha, Itália, Holanda e Inglaterra que permitirão, certamente, uma troca de experiências mais variada e enriquecedora.

Ao longo das últimas décadas, a imunoterapia e imunomodulação da patologia alérgica têm sido palco de avanços consideráveis. Iniciada há mais de 100 anos pelas vacinas com alérgenos, graças ao pensamento inovador de Charles Blackley, admirador e correspondente de Darwin, assistiremos nesta reunião a uma actualização do estado da arte e das novas perspectivas deste tratamento etiológico. Além disso, as mais recentes terapêuticas biológicas e abordagens moleculares ao diagnóstico, bem como as estratégias de controlo no doente de difícil tratamento, serão fontes para a troca de informação e experiências entre todos os que participam nesta 36.^a 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 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 posters, estes últimos com exposição e discussão interativa sob a forma eletrónica (e-posters). Na exposição técnica, haverá ainda oportunidade de apreciar as últimas inovações terapêuticas e de diagnóstico no campo da Alergologia e Imunologia Clínica.

No ano em que a SPAIC comemora os seus 65 Anos, é com particular gosto que os recebemos em Coimbra, cidade onde se encontra a mais antiga Universidade do país e uma das mais antigas do mundo. Aqui fundada por D. João III em 1537 mas originada no Estudo Geral que D. Dinis tinha criado em 1290, a Universidade de Coimbra é hoje um conjunto arquitetónico notável considerado pela Unesco, desde 2013, Património Mundial (**Universidade de Coimbra – Alta e Sofia**), título que partilha com outras quatro Universidades em todo o mundo.

Portanto, além do encontro científico e do convívio entre colegas e amigos, gostaríamos que esta reunião fosse também uma oportunidade de conhecerem a história e a tradição desta cidade universitária cuja beleza continua a inspirar a voz dos seus cantores.

Bem-vindos a Coimbra! Bem-vindos à 36.^a Reunião Anual da SPAIC!



José Ferraz de Oliveira
Presidente de Honra



Luís Delgado
Pela Direção da SPAIC



PRESIDENTE DE HONRA DA REUNIÃO

José Ferraz de Oliveira

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 (GRESP)

Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC)

Sociedade Luso-Brasileira de Alergologia e Imunologia Clínica (SLBAIC)

CREDITAÇÃO



Ordem dos Médicos

Conselho Nacional para a Avaliação da Formação



CONVIDADOS ESTRANGEIROS

Andrea Leonardi | Itália
Ángel Barahona | Espanha
Antonio Valero | Espanha
Carmen Rondon | Espanha
Carmen Vidal | Espanha
Dirceu Solé | Brasil
Fatima Ferreira | Austria
Helen Chapel | Reino Unido

Herbert Watchel | Alemanha
Ignacio Dávila | Espanha
Joaquin Sastre | Espanha
Martin Church | Reino Unido
Paul O'Byrne | Canadá
Ronald Van Ree | Holanda
Wilson Aun | Brasil

PALESTRANTES E MODERADORES NACIONAIS

Alexandra Santos
Alice Coimbra
Amélia Spínola Santos
Ana Célia Costa
Ana Margarida Pereira
Ana Margarida Romeira
Ana Mendes
Ana Morête
Ana Reis Ferreira
Ana Todo-Bom
Anabela Lopes
Ângela Gaspar
Antero Palma Carlos
Beatriz Tavares
Carlos Loureiro
Carlos Lozoya
Carlos Nunes
Cátia Alves
Celso Pereira
Cristina Santa Marta
Daniel Machado
Diana Silva
Elisa Pedro
Elza Tomaz
Emilia Faria
Eva Gomes
Fátima Duarte
Filipe Froes
Filipe Inácio
Graça Loureiro
Helena Canhão
Helena Falcão
Helena Pité
Isabel Carrapatoso
Joana Caiado
João Fonseca

Joao Ramires
José Ferraz de Oliveira
José Ferreira
José Geraldo Dias
José Luis Plácido
José Pedro Moreira Silva
José Torres da Costa
Josefina Rodrigues Cernadas
Luís Araújo
Luís Delgado
Luís Miguel Borrego
Luís Taborda Barata
Luísa Geraldés
Manuel Branco Ferreira
Manuel Santos Rosa
Margarida Gonçalo
Maria Conceição Pereira Santos
Maria Graça Castel-Branco
Maria João Sousa
Mário Morais Almeida
Marta Neto
Miguel Paiva
Natacha Santos
Paula Alendouro
Paula Leiria Pinto
Pedro Martins
Pedro Morais Silva
Raquel Gomes
Rita Câmara
Rodrigo Rodrigues Alves
Rui Costa
Sara Prates
Susana Lopes da Siva
Susana Oliveira
Susana Piedade
Susel Ladeira



Dia		09 de Outubro 2015 - Sexta-feira		
Hora	Sala 1	Sala 2	Sala 3	
08:30 - 09:00	Comunicações Orais I		Workshop I Hipersensibilidade a fármacos: Para além dos antibióticos e anti-inflamatórios	
09:00 - 09:30		Curso I Alergénios e Imunoterapia Parte I		
09:30 - 10:00				
10:00 - 10:30	Coffee Break			
10:30 - 11:00	Mesa Redonda I Terapêuticas biológicas na asma brônquica	Curso I Alergénios e Imunoterapia Parte II	Posters I	
11:00 - 11:30				
11:30 - 12:00	Conferência I Diversidade dos fenótipos na ICDV			
12:00 - 12:30	Sessão de Abertura			
12:30 - 13:00				
13:00 - 13:30				
13:30 - 14:00	Almoço			
14:00 - 14:30				
14:30 - 15:00				
15:00 - 15:30				
15:30 - 16:00				
16:00 - 16:30	Coffee Break			
16:30 - 17:00	Mesa Redonda II Abordagem molecular da doença alérgica		Workshop II Angioedema hereditário – Da patogenia às terapêuticas biológicas	
17:00 - 17:30				
17:30 - 18:00				
18:00 - 18:30	Simpósio Menarini – SPAIC Antihistaminas: Current status and future expectations		Posters III	
18:30 - 19:00				
19:00 - 19:30				
19:30 - 20:00				
20:30				



36ª REUNIÃO ANUAL SPAIC

10 de Outubro 2015 - Sábado			11 de Outubro 2015 - Domingo	
Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 1	Sala 2
Mesa Redonda III Simpósio SPAIC-SEAIC: Imunoterapia com aeroalergénios	Curso II Infecções recorrentes	Posters IV		Comunicações Orais III
Conferência II Alergologia molecular no diagnóstico e tratamento da alergia alimentar			Simpósio Thermo Fisher – SPAIC Da intuição à evidência	
Coffee Break			Coffee Break	
Mesa Redonda IV	Curso II Anafilaxia	Comunicações Orais II	Mesa Redonda VI Imunoterapia – Novas Perspetivas	Workshop JIPs Alergia a proteínas do leite de vaca
Conferência III Controlo da asma na criança – como será o futuro?			Conferência IV Imunoterapia na rinite alérgica local?	
Almoço			Sessão de Encerramento Almoço	
Simpósio AstraZeneca – SPAIC The future of respiratory medicines in asthma		Posters V		
Coffee Break				
Mesa Redonda V Terapêuticas Biológicas – Evidência e Novas Perspetivas	Posters VI	Workshop III Imunoterapia com alergénios		
Assembleia-Geral SPAIC				
Jantar Conferencistas				



SEXTA-FEIRA, DIA 9 DE OUTUBRO

SALA 1

08h30 – 10h00
**COMUNICAÇÕES
ORAIS I**

*Moderadores: Alice Coimbra,
Anabela Lopes, Ana Morête*

SALA 2

09h00 – 10h00
CURSO I
**Curso de Alergénios e
Imunoterapia – A abordagem
molecular**

*Coordenadores: Amélia Spínola
Santos, Conceição Pereira Santos,
Elisa Pedro, Filipe Inácio,
Isabel Carrapatoso*

SALA 3

08h30 – 10h00
WORKSHOP I
**Hipersensibilidade a Fármacos:
Para Além dos Antibióticos
e Anti-inflamatórios**

*Coordenadores: Eva Gomes,
Josefina Cernadas*

Anti-neoplásicos
Joana Caiado

Contrastes radiológicos
Fátima Duarte

Inibidores de Bomba de Protões
Diana Silva

10h00 – 10h30 Coffee Break

10h30 – 11h30
MESA REDONDA I
**Terapêuticas biológicas na asma
brônquica**

*Moderadores: Ana Mendes,
João Fonseca*

Anti-IgE no presente e no futuro
Ana Margarida Pereira

Terapêutica com anti-IL-5.
Endótipos à medida
Pedro Morais Silva

Apoio: Novartis

10h30 – 12h00
CURSO I
**Curso de Alergénios
e Imunoterapia
– A Abordagem molecular**

10h30 – 12h00
SESSÃO DE POSTERS I

*Moderadores: Carlos Lozoya,
Joana Caiado, Rita Câmara*

11h30 – 12h00
CONFERÊNCIA I

*Presidente: Antero Palma Carlos
Moderadora: Emília Faria*

Phenotypes diversity in CVID
Diversidade dos Fenótipos
na ICDV
Helen Chapel

12h00 – 13h00

SESSÃO DE ABERTURA

13h00 – 14h30 Almoço
(Apoio: Boehringer Ingelheim)

SEXTA-FEIRA, DIA 9 DE OUTUBRO

36ª REUNIÃO ANUAL SPAIC

SALA 1

14h30 – 16h00

SIMPÓSIO

Boehringer Ingelheim – SPAIC

**Asma, DPOC ou ambos?
– Terapêutica e implicações clínicas**

Introdução & Boas-vindas
Ana Todo-Bom

Asma não controlada com terapêutica
combinada: O que fazer baseado
na evidência?

Manuel Branco Ferreira

Síndrome de sobreposição asma/
DPOC: implicações clínicas

Mário Morais de Almeida

Respimat® in Asthma and COPD

Herbert Wachtel

Questões & Discussão

Conclusões

SALA 2

14h30 – 16h00

CURSO I

**Curso de Alergênios
e Imunoterapia
– A Abordagem molecular**

16h00 – 16h30 Coffee Break

SALA 3

14h30 – 16h00

SESSÃO DE POSTERS II

*Moderadores: Ana Morête,
Graça Loureiro, Susana Oliveira*

16h30 – 18h00

MESA REDONDA II

**Abordagem Molecular da Doença
Alérgica**

*Moderadores: Filipe Inácio,
José Luís Plácido*

Na alergia a himenópteros
Elisa Pedro

No risco da anafilaxia
Ângela Gaspar

Na alergia a fungos
Ana Todo-Bom

18h00 – 19h30

SIMPÓSIO

MENARINI – SPAIC

**Antihistamines: current status
and future expectations**

*Moderador: Luís Taborda Barata
Palestrantes: Martin Church,
Mário Morais de Almeida*

16h30 – 18h00

WORKSHOP II

**Angioedema Hereditário –
da Patogenia às Terapêuticas
Biológicas**

*Coordenadores: Manuel Branco
Ferreira, Maria Graça Castel-Branco*

Genética

Celso Pereira

Da patogenia às opções
farmacológicas

Luís Araújo

Terapêuticas biológicas

Miguel Paiva

18h00 – 19h30

SESSÃO DE POSTERS III

*Moderadores: Paula Alendouro,
Susana Piedade, Rodrigo Rodrigues
Alves*

SÁBADO, 10 DE OUTUBRO

SALA 1

08h30 – 10h00

MESA REDONDA III

**Simpósio SPAIC-SEAIC:
Imunoterapia com Aeroalergénios**

*Moderadores: Joaquin Sastre,
Luís Delgado*

Imunoterapia para quem e como?

Manuel Branco Ferreira

Mechanisms of action

Mecanismos de ação

Ignacio Dávila

Immunotherapy with mites, new issues

Imunoterapia para ácaros, novas

perspetivas

Carmen Vidal

10h00 – 10h30

CONFERÊNCIA II

Presidente: Luís Delgado

Moderadora: Conceição Pereira Santos

*Molecular allergology in diagnosis
and treatment of food allergy*

Alergologia Molecular no diagnóstico

e tratamento da alergia alimentar

Ronald Van Ree

11h00 – 12h30

MESA REDONDA IV

**Imunomodulação no Doente de
Difícil Tratamento**

*Moderadores: Elza Tomaz,
Mário Morais de Almeida*

Ocular Allergy – Alergia Ocular

Andrea Leonardi

Abordagem na alergia alimentar

Alexandra Santos

Approach in nasal disease

Abordagem na patologia nasal

Antonio Valero

12h30 – 13h00

CONFERÊNCIA III

Presidente: Wilson Aun

Moderadora: Helena Falcão

Controlo da asma na criança – como
será o futuro?

Dirceu Solé

SALA 2

08h30 – 10h30

CURSO TEMÁTICO II

**Grupo de Interesse de
Cuidados de Saúde Primários**

*Coordenadores: Ana Morête,
João Ramires, Rita Câmara,
Rui Costa, Susel Ladeira*

INFEÇÕES RECORRENTES

Como excluir a imunodeficiência
primária

Emília Faria

Infecções recorrentes

e Imunomoduladores inespecíficos
em diferentes situações clínicas

Luís Miguel Borrego

Vacina anti-pneumocócica

Filipe Froes

Vacina anti-gripal

Diana Silva

10h30 – 11h00 Coffee Break

11h00 – 13h00

CURSO TEMÁTICO II

**Grupo de Interesse de
Cuidados de Saúde Primários**

ANAFILAXIA

Anafilaxia – risco de morte

Ana Morête

Segurança na administração de

terapêutica parentérica

Rita Câmara

Discussão de casos clínico

13h00 – 14h30 Almoço

SALA 3

08h30 – 10h00

SESSÃO DE POSTERS IV

*Moderadores: Ana Célia Costa,
José Geraldo Dias, Pedro Martins*

11h00 – 13h00

COMUNICAÇÕES ORAIS II

*Moderadores: Beatriz Tavares,
José Pedro Moreira Silva,
Pedro Martins*

SÁBADO, 10 DE OUTUBRO

36ª REUNIÃO ANUAL SPAIC

SALA 1

14h30 – 16h00

SIMPÓSIO ASTRAZENECA – SPAIC The Future of Respiratory Medicines in Asthma

*Moderador: João Almeida Fonseca
Palestrante: Paul O'Byrne*

Introduction

*Update ACOS – The Overlap
Syndrome Asthma/COPD*

*What is the Future of SABAs
in Asthma*

Future Asthma Therapies and Studies

Discussion

SALA 2

SALA 3

14h30 – 16h00

SESSÃO DE POSTERS V

*Moderadores: Ana Margarida Romeira,
Daniel Machado, Elisa Pedro*

16h00 – 16h30 Coffee Break

16h30 – 18h00

MESA REDONDA V Terapêuticas Biológicas – Evidência e Novas Perspetivas

*Moderadores: Celso Pereira,
Cristina Santa Marta*

*Na patologia cutânea
Margarida Gonçalves*

*Na patologia imuno-alérgica
Luís Taborda Barata*

*Na patologia auto-imune
Helena Canhão*

18h00 – 19h00

ASSEMBLEIA GERAL

16h30 – 18h00

SESSÃO DE POSTERS VI

*Moderadores: Emilia Faria, Helena Pité,
João Fonseca*

20h30 Jantar para Conferencistas

16h30 – 18h00

WORKSHOP III

Imunoterapia com Alergénios

*Coordenadores: Carlos Nunes,
José Ferraz de Oliveira*

*Imunoterapia subcutânea
versus sublingual
Marta Neto*

*Alergénios major disponíveis
para imunoterapia
Amélia Spínola Santos*

*Normas portuguesas
para a imunoterapia revisitadas
Rodrigo Rodrigues Alves*



DOMINGO, 11 DE OUTUBRO

SALA 1

09h00 – 10h30

SIMPÓSIO THERMO FISHER – SPAIC Da Intuição à Evidência

Moderador: Manuel Branco Ferreira

α -helix, α -sheet and loops, um mergulho no mundo dos alérgenos
Fátima Ferreira

IgE e IgG4 na alergia alimentar
Alexandra F. Santos

Reactividade cruzada e implicações clínicas
Ângela Gaspar

SALA 2

08h30 – 10h30

COMUNICAÇÕES ORAIS III

Moderadores: João Fonseca, José Torres da Costa, Luísa Gerales

10h30 – 11h00 Coffee Break

11h00 – 12h30

MESA REDONDA VI Imunoterapia – Novas Perspetivas

Moderadores: Ana Todo-Bom, Paula Leiria Pinto

Indução de tolerância imune – conceito e mecanismos
Manuel Santos Rosa

Indução de tolerância oral aos alimentos
Sara Prates

Indução de tolerância a fármacos e seus mecanismos
Josefina Cernadas

12h30 – 13h00

CONFERÊNCIA IV

*Presidente: Carlos Loureiro
Moderador: José Ferreira*

Immunotherapy in local allergic rhinitis?
Imunoterapia na rinite alérgica local?
Carmen Rondon

13h00 – 13h30

11h00 – 13h00

WORKSHOP JIPs Alergia a proteínas do leite de vaca

Coordenadores: Ana Célia Costa, Ana Reis Ferreira, Pedro Morais Silva

Formas mistas ou não mediadas por IgE – Como diagnosticar?
Raquel Gomes

Fórmulas para lactentes na prevenção e tratamento
Cátia Alves

Dessensibilização / indução de tolerância – Pró e Contra
Natacha Santos, Maria João Sousa

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

13h30 – 14h30 Almoço

CURSO TEMÁTICO I

CURSO DE ALERGÉNIOS E IMUNOTERAPIA – A ABORDAGEM MOLECULAR

SEXTA-FEIRA, DIA 09 DE OUTUBRO

SALA 2

- 09h00-09h30 **Introdução**
SPAIC – Luís Delgado
Thermo Fisher – Paulo Dias
- 09h30-10h00 **Resposta imune e alergia**
Filipe Inácio
- 10h30-11h00 **Diagnóstico *in vitro*.**
Componentes isolados e *microarray*.
Ángel Barahona
- 11h00- 11h30 **Alergia respiratória: Marcadores de sensibilização e reatividade cruzada.**
(Casos clínicos – questionário)
Amélia Spínola Santos
- 11h30-12h00 **Alergia alimentar: Marcadores de sensibilização e reatividade cruzada.**
(Casos clínicos – questionário)
Isabel Carrapatoso
- 14h30-14h50 **Alergia a veneno de himenópteros: Marcadores de sensibilização e reatividade cruzada. (Casos clínicos – questionário)**
Elisa Pedro
- 14h50-15h20 **Discussão prática dos casos clínicos apresentados com resultados de diagnóstico molecular. (Avaliação do Questionário)**
Moderação:
Maria da Conceição Santos
Painel de discussão:
Amélia Spínola Santos
Isabel Carrapatoso
Elisa Pedro
- 15h20-15h45 **Demonstração Thermo Fisher**
Contato com as técnicas de diagnóstico *in vitro* (Cap e ISAC)
- 15h45-16h00 **Algoritmos de apoio ao Diagnóstico e Conclusões**
Maria da Conceição Santos
Ángel Barahona
Filipe Inácio

Apoio:

ThermoFisher
S C I E N T I F I C

Comissão Organizadora:

SPAIC / Grupo de Interesse Alergénios e Imunoterapia

Amélia Spínola Santos, Elisa Pedro, Luís Delgado, Maria Conceição Santos

Inscrição limitada a 20 participantes

CURSO TEMÁTICO II

GRUPO DE INTERESSE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

SÁBADO, 10 DE OUTUBRO

SALA 2

1.^a PARTE
08h30 – 10h30

INFEÇÕES RECORRENTES

Como excluir a imunodeficiência primária
Emília Faria

Infecções recorrentes e Imunomoduladores inespecíficos em diferentes situações clínicas
Luís Miguel Borrego

Vacina anti-pneumocócica
Filipe Froes

Vacina anti-gripal
Diana Silva

Apoio:



2.^a PARTE
11h00 – 13h00

ANAFILAXIA

Anafilaxia – risco de morte
Ana Morête

Segurança na administração de terapêutica parentérica
Rita Câmara

Discussão de casos clínicos

Coordenadores: Ana Morête, Susel Ladeira, Rita Câmara, Rui Costa, João Ramires

Trata-se de um curso dirigido à prática clínica de várias especialidades e em particular a médicos de Medicina Geral e Familiar. Tem como objetivo melhorar os conhecimentos e atitudes em duas áreas da maior importância clínica: as infeções de repetição e as manifestações sistémicas de alergia. O Curso é dividido em duas sessões com a duração de 2 horas cada.

A frequência das duas sessões proporcionará um diploma confirmativo.

O curso terá um número limitado de inscrições.

Valor do Curso – € 100,00 *

*desconto de 50% para participantes inscritos na Reunião Anual da SPAIC.

WORKSHOPS TEÓRICO-PRÁTICOS

Workshops de formação Teórico-Prática

(máx. 15 participantes)

Workshop I

Hipersensibilidade a Fármacos: Para além dos Antibióticos e Anti-Inflamatórios

Sexta-feira, 9 de Outubro: 08h30 – 10h00 (Sala 3)

Coordenadores: Eva Gomes, Josefina Cernadas

Workshop II

Angiodema Hereditário – da Patologia às Terapêuticas Biológicas

Sexta-feira, 9 de Outubro: 16h30 – 18h00 (Sala 3)

Coordenadores: Manuel Branco Ferreira, Maria Graça Castel-Branco

Workshop III

Imunoterapia com Alergénios

Sábado, 10 de Outubro: 16h30 – 18h00 (Sala 3)

Coordenadores: Carlos Nunes, José Ferraz de Oliveira

Workshop JIPs

Alergia a proteínas do leite de vaca

Domingo, 11 de Outubro: 11h00 – 13h00

Coordenadores: Ana Célia Costa, Ana Reis Ferreira, Pedro Morais Silva

PROGRAMA SOCIAL

Sábado, dia 10 de Outubro: 20h30

Jantar de Conferencistas (por convite)

Quinta do Encontro

Apoio: A. Menarini

INFORMAÇÕES GERAIS

SECRETARIADO

Dia 9 de Outubro – 08:00 – 19:00

Dia 10 de Outubro – 08:00 – 19:00

Dia 11 de Outubro – 08:00 – 13:30

DATA DESK

Dia 9 de Outubro – 08:00 – 19:00

Dia 10 de Outubro – 08:00 – 19:00

dia 11 de Outubro - 08:00 – 13:30

Website da Reunião:

www.spaic2015.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 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 (1.º prémio no valor de 350 euros e o 2.º prémio no valor de 250 euros) e melhor poster (1.º prémio no valor de 200 euros e o 2.º prémio no valor de 150 euros).
4. Serão nomeados pela Direção 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.

Hotel Vila Galé Coimbra



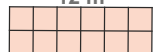
Major Sponsors:

- | | | | |
|---------|---------------|---|------------------------|
| 1 | - A. MENARINI | 5 | - BOEHRINGER INGELHEIM |
| 2 | - NOVARTIS | 6 | - THERMO FISHER |
| 3 + 3.1 | - ASTRAZENECA | 7 | - LABORATÓRIOS VITÓRIA |
| 4 | - LETI | | |

6 m²



12 m²



A ORGANIZAÇÃO DA 36.ª REUNIÃO ANUAL DA SPAIC E A DIREÇÃO DA SPAIC
AGRADECEM AOS PATROCINADORES PRINCIPAIS:



A. MENARINI PORTUGAL



ThermoFisher
SCIENTIFIC

E AINDA A PRESENÇA NA EXPOSIÇÃO TÉCNICA E O APOIO DE:



SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS I

Dia: 9 de Outubro

Horas: 08H30 – 10H00

Local: Sala I

Moderadores: Alice Coimbra, Anabela Lopes, Ana Morête

CO 01 – Fenótipos de patologia respiratória em idade pré-escolar

R Amaral¹, A M Pereira², M Morais-Almeida^{1,3,4}, J A Fonseca^{1,2,4,5}

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

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

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

⁴ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), Lisboa, PORTUGAL

⁵ Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

Objetivos: Este estudo pretende identificar e caracterizar fenótipos de patologia respiratória (sibilância e rinite) em crianças em idade pré-escolar.

Métodos: Foi efetuado um estudo transversal, de base populacional, com uma amostra representativa de 5018 crianças entre os 3 os 5 anos. Os dados foram colhidos por entrevista face-a-face com os pais/cuidadores, usando um questionário adaptado do ISAAC. Nesta análise post-hoc foram selecionadas as 2557 crianças com pelo menos 1 sintoma nasal (espirros em salva e/ou prurido nasal, obstrução nasal >1 hora ou rinorreia sem infeção das vias aéreas superiores) ou sibilância nos últimos 12 meses. Os fenótipos foram identificados por análise de classes latentes (LCA, latent class analysis) usando dados relativos a sintomas e/ou diagnóstico médico e características demográficas (2161 incluídas). Foram testados modelos com 2 a 6 classes, sendo selecionado o que apresentava menor BIC (Bayesian information criteria).

Resultados: O modelo selecionado identificou quatro fenótipos. As crianças no fenótipo 1 (n=392, 18,1%) apresentavam todas rinite e mais de metade tinham sibilância (57,4%); a rinite era predominantemente intermitente ligeira (94,9%), caracterizada por rinorreia (100%) e quase sempre sem diagnóstico prévio (94,9%) ou tratamento nos últimos 12 meses (95,1%). O fenótipo 2 (n=782, 36,2%) tinha maioritariamente rinite intermitente ligeira (88,5%), com predomínio de obstrução (93,9%) e de espirros/prurido nasal (38,1%); 12% tinham feito tratamento para a rinite no último ano e apenas 16,5% tiveram sibilância. As crianças do fenótipo 3 (n=629, 29,1%) apresentavam a maior proporção de rinite persistente moderada-grave (20,0%) e de sintomas oculares concomitantes (72,2%); quase 60% tinham diagnóstico médico de rinite e tinham feito tratamento no último ano; 60% tiveram sibilância, dos quais 62,2% tiveram >3 episódios e 62,2% precisaram de tratamento, e

20,8% reportavam diagnóstico médico de asma; este fenótipo apresentou a proporção mais elevada de alergia alimentar (12,7%) e de história familiar de atopia (52,9%). O fenótipo 4 (n=358, 16,6%) caracterizou-se pela presença de sibilância (95,8%) sem rinite; 26% tiveram >3 episódios de sibilância, 36% tinham feito tratamento no ano anterior e 15,9% referiam diagnóstico médico de asma. **Conclusões:** Os quatro fenótipos de doença respiratória identificados em idade pré-escolar diferem na prevalência de rinite e sibilância e nas suas gravidades e necessidades de tratamento.

CO 02 – Avaliação da gravidade da rinite em crianças em idade pré-escolar: utilização da escala visual analógica preenchida pelos cuidadores

A Pereira¹, M Morais-Almeida^{2,3,4}, N Santos⁵, J A Fonseca^{1,2,4,6}

¹ Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Instituto e Hospita, Porto, PORTUGAL

² CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

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

⁴ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), Lisboa, PORTUGAL

⁵ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João E.P.E., Porto, PORTUGAL

⁶ Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

A Escala Visual Analógica (VAS) é uma ferramenta simples que pode ser usada na avaliação da gravidade da rinite em adultos; no entanto, a sua utilização em idade pré-escolar não foi estudada.

Objetivos: Este estudo pretende: 1) avaliar se os cuidadores de crianças em idade pré-escolar conseguem preencher a VAS de gravidade da rinite; 2) descrever os resultados da VAS e compará-los com a classificação ARIA.

Métodos: Foi efetuado um estudo transversal, de base populacional, com uma amostra representativa de 5018 crianças entre os 3 e os 5 anos. Os dados foram colhidos por entrevista face-a-face com os pais/cuidadores, usando um questionário adaptado do ISAAC. Nesta análise post-hoc foram incluídas as 2179 crianças com pelo menos 1 sintoma nasal, considerando espirros em salva e/ou prurido, obstrução >1 hora ou rinorreia sem infeção das vias aéreas superiores. O questionário incluiu uma VAS para classificação da gravidade da rinite de 0 a 10 (mínima e máxima, respetivamente). Foi feita classificação de acordo com o ARIA; o impacto nas atividades foi avaliado numa escala de 4 pontos: “nenhum”, “um pouco” [rinite ligeira], “mais ou menos” e “muito” [rinite moderada-grave].

Resultados: De acordo com o ARIA, 69% das crianças tinham rinite intermitente ligeira, 6% persistente ligeira, 17% intermitente moderada-grave e 8% persistente moderada-grave. Noventa e cinco por cento dos participantes (n=2078) conseguiram preencher a VAS, com uma pontuação mediana [âmbito interquartil, AIQ] de 3[4]. A mediana da pontuação na VAS aumentou com o aumento

do número de sintomas nasais: 2[3] nas com 1 sintoma vs. 4[4] nas com 2 vs. 6[3] nas com todos ($p < 0.001$). As crianças com rinite persistente moderada-grave apresentaram a pontuação mais elevada (7[3] vs. 6[3] nos com intermitente moderada-grave vs. 5[3] na persistente ligeira vs. 2[3] na intermitente ligeira; $p < 0.001$). A VAS foi mais precisa na avaliação da gravidade (ligeira vs. moderada-grave; AUC, area under the curve=0,903) do que da duração dos sintomas (intermitente vs. persistente; AUC=0,766; $p < 0.001$). Usando um ponto de corte de >4 cm, a VAS (vs. gravidade de acordo com o ARIA) tem sensibilidade de 86%, especificidade de 81%, valor preditivo positivo de 82% e valor preditivo negativo de 85%.

Conclusões: A escala visual analógica preenchida pelos cuidadores pode ser usada para avaliar objetivamente a gravidade da rinite em crianças em idade pré-escolar. No entanto, são necessários estudos de avaliação longitudinal.

CO 03 – Ventilação de edifícios e doença respiratória em idosos

J Belo¹, P Martins^{1,2,3}, A L Papoila^{3,4}, M Alves³, I Caires², T Palmeiro², J Marques^{1,2}, C Geraldes⁴, M M Cano⁵, A S Mendes⁶, J Viegas⁷, M A Botelho², P Leiria-Pinto^{1,2}, J P Teixeira^{6,8}, N Neuparth^{1,2}

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

² CEDOC Grupo de Doenças Respiratórias, Nova Medical School, Lisboa, PORTUGAL

³ Gabinete de Apoio Estatístico e Epidemiológico, Centro de Investigação do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

⁴ Departamento de Bioestatística e Informática, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Nova de Lisboa, CEAL, L, Lisboa, PORTUGAL

⁵ Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

⁶ Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Porto, Porto, PORTUGAL

⁷ Laboratório Nacional de Engenharia Civil, Lisboa, PORTUGAL

⁸ Unidade de Epidemiologia, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

Introdução: O número de idosos na Europa, particularmente em Portugal, tem vindo a aumentar nas últimas décadas, sendo que grande parte do seu tempo é dispendido em ambientes interiores. Apesar de a ventilação deficitária dos edifícios ser apontada como fator de risco para doença respiratória, é pouco clara a existência de uma associação entre a qualidade do ar interior e doença respiratória nesta faixa etária.

Objetivos: Estudar a associação entre os níveis de CO₂ estacionário (indicador do nível de ventilação) medidos em lares de terceira idade e a existência de doença respiratória.

Métodos: No âmbito do estudo GERIA (Geriatric Study in Portugal on Health Effects of Air Quality in Elderly Care Centers), selecionaram-se 17 lares da cidade de Lisboa, por amostragem estratificada, seguida de análise de clusters. As instituições foram submetidas à avaliação da qualidade do ar interior durante o In-

verno 2013/2014. Neste mesmo período, foi aplicada a versão portuguesa do questionário do estudo BOLD, do Mini Mental State e da Geriatric Depression Scale (GDS-15). Para a análise de dados utilizaram-se modelos de regressão hierárquicos. Foram consideradas como variáveis resposta a existência de diagnóstico médico de asma e a presença de pieira nos últimos doze e três meses. O valor de CO₂ estacionário, medido no quarto durante a noite, foi considerado como exposição. O género, a idade, o nível de educação, estado civil, hábitos tabágicos, exposição ocupacional a poeira, tempo de residência no lar, capacidade cognitiva e estado de depressão foram as variáveis de confundimento estudadas.

Resultados: Obtiveram-se 587 questionários válidos, sendo a grande maioria (76%) dos respondedores do sexo feminino. A idade média foi de 85 anos (SD: 7 anos). O valor mediano de CO₂ estacionário foi de 1189 ppb (P25-P75: 1004-1443 ppb). Na análise multivariável, o CO₂ estacionário associou-se com o diagnóstico médico de asma (OR: 1.27, 0.98-1.66; $p = 0.076$) e com a presença de pieira nos últimos três meses (OR: 1.29, 1.06-1.57; $p = 0.010$).

Conclusões: Níveis de dióxido de carbono elevados no ar interior sugerem a existência de uma menor taxa de ventilação. Neste sentido, os resultados indicam a presença de uma associação entre níveis de ventilação noturnos nos quartos dos idosos e doença respiratória.

Financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia – Projeto GERIA PTDC/SAU-SAP/116563/2010.

CO 04 – Fatores determinantes no controlo da asma na população adulta portuguesa

R Amaral¹, H Sousa², A Sá-Sousa¹, M Morais-Almeida^{1,3}, L Araújo⁴, L F Azevedo¹, A Bugalho-Almeida^{3,5}, J A Fonseca^{1,6}

¹ CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Faculdade Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

² Unidade de Saúde Familiar Fânzeres, Porto, PORTUGAL

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

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

⁵ Ex-Coordenador da Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma, Lisboa, PORTUGAL

⁶ Instituto e Hospital CUF, Porto, PORTUGAL

Objetivo: Identificar os fatores demográficos e clínicos determinantes no controlo da asma na população adulta Portuguesa.

Métodos: Análise post-hoc de adultos com asma que participaram no Inquérito Nacional da Asma (INAsma) em Portugal. Foram analisados os dados demográficos e clínicos. O controlo da asma foi definido se pontuação global no Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica (CARAT) >24 ou vias aéreas inferiores $>$ ou igual a 16. Foi realizada análise por regressão logística univariada para incluir as variáveis independentes com $p < 0.20$ no modelo de re-

gressão logística multivariada. Foram calculados os Odds Ratio ajustados (aOR) e respetivos intervalos de confiança (IC). A multicolinearidade das variáveis independentes foi avaliada pelo Variance Inflation Factors, o teste de Hosmer-Lemeshow (HL) avaliou o ajustamento do modelo e a curva Receiver Operator Characteristic (ROC) o seu poder discriminativo.

Resultados: Foram incluídos nesta análise 277 participantes; 47% tinham asma não-controlada (95%IC 41%-52%). No modelo de regressão logística multivariada foram incluídas as seguintes variáveis significativamente associadas com o controlo da asma: grupos etários, género, índice massa corporal, nível actividade física, sintomas nasais, presença de comorbilidades (doença pulmonar obstructiva crónica, doença cardiovascular, patologia gástrica e psiquiátrica), consultas de asma agendadas e participação nas decisões terapêuticas. O teste de ajustamento HL foi adequado ($p=0.467$) e a área sob a curva ROC foi de 0.823 (95%IC 0.776-0.871). No modelo final verifica-se uma associação positiva entre doença não-controlada e sintomas nasais (aOR 9.00, 95%IC 4.47-18.11), género feminino (aOR 4.00, 95%IC 1.94-8.25) e presença de comorbilidades: doença cardiovascular (aOR 5.25, 95%IC 2.58-10.68) e patologia gástrica (aOR 2.85, 95%IC 1.24-6.55).

Conclusões: Estes resultados demonstram que o controlo da asma na população adulta Portuguesa está associado ao género e a fatores modificáveis: sintomas nasais e outras co-morbilidades.

CO 05 – Relevância da medição do FEF25–75% e do FEF75% na avaliação funcional respiratória em idade pediátrica

F Carolino¹, C Martins¹, A Vilela¹, M Miranda¹, J L Plácido¹

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

Introdução: A medição do fluxo expiratório forçado (FEF) a baixos volumes pulmonares poderá ser a forma mais adequada de deteção precoce de alterações das pequenas vias aéreas, na asma em idade pediátrica.

Objetivo: Determinar se a avaliação do FEF25–75% e do FEF75% fornece informação adicional, relativamente aos parâmetros VEF1 e VEF1/CVF, no diagnóstico funcional de asma em crianças.

Métodos: Análise retrospectiva das espirometrias [com prova de broncodilatação após 400 µg salbutamol (PBD)] e dos respetivos dados clínicos, das crianças com idades entre os 3 e os 8 anos, avaliadas entre janeiro/2011 e dezembro/2014 no Laboratório de Exploração Funcional Respiratória do nosso Serviço. As espirometrias com padrão restritivo, ou que não cumpriam critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade, foram excluídas.

Resultados: Foi realizada espirometria a 377 crianças (59,4% sexo masculino) – 256 (67,9%) com o diagnóstico clínico de asma. Com base na redução do VEF1/CVF z-score ($<-1,64$), 59 (17,0%) espirometrias foram classificadas como obstructivas (22,3% com vs. 1,7% sem o diagnóstico de asma, $p<0,001$); 19 (5,0%) revelaram apenas obstrução das pequenas vias aéreas, com FEF25–75% z-score $<-1,64$ (6,3% com vs. 2,5% sem o diagnóstico de asma, $p=0,12$). Foi observada uma variabilidade significativa do FEF25–75% após PBD (delta FEF25–75% $\geq 30,0\%$) em 53 (20,4%) das 260 crianças com

VEF1/CVF normal e PBD negativa (delta VEF1 $<12,0\%$) e apenas 2 tinham redução do FEF25–75% z-score na avaliação basal. Quando o critério funcional diagnóstico de asma de positividade da PBD (delta VEF1 $\geq 12,0\%$) estava ausente ($n=281$), as curvas ROC demonstraram que os z-scores basais do FEF25–75% e do FEF75% e o delta FEF25–75%, tiveram insuficiente acuidade para o diagnóstico de asma, em crianças que cumpriam critérios clínicos – AUC: 0,60, 0,58 e 0,51, respetivamente.

Conclusão: Os z-scores do FEF25–75% e do FEF75%, bem como o delta FEF25–75%, têm utilidade limitada no diagnóstico de asma, relativamente aos parâmetros funcionais atualmente estabelecidos, no grupo etário estudado.

CO 06 – Síndrome de sobreposição asma-doença pulmonar obstructiva crónica em indivíduos idosos

J Gaspar-Marques^{1,2,3}, P Carreiro-Martins^{1,2,3}, J Gomes-Belo¹, T Palmeiro², I Caires^{2,3}, J Belo¹, P Leiria-Pinto^{1,2}, A Botelho², N Neuparth^{1,2,3}

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

² CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, FCM, Universidade Nova de Lisboa, 1169-056 Lisboa, Portugal, Lisboa, PORTUGAL

³ Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A investigação clínica e fisiopatológica da asma e doença pulmonar obstructiva crónica (DPOC) excluiu durante muitos anos o fenótipo de sobreposição das duas doenças e portanto a evidência disponível sobre a frequência e características clínicas do síndrome de sobreposição asma-DPOC (ACOS) é reduzida.

Objetivos: Avaliar a frequência de ACOS e comparar as características clínicas dos doentes com esta entidade numa amostra de idosos residentes em lares.

Métodos: No âmbito da Fase II do Projeto GERIA (Estudo Geriátrico dos Efeitos na Saúde da Qualidade do Ar Interior em Lares da 3.ª idade de Portugal) realizou-se uma avaliação espirométrica com prova de broncodilatação (BD) a aos idosos residentes nos 17 lares selecionados. Foram excluídos os idosos com contra-indicações para a espirometria com prova de BD ou sem desempenho cognitivo suficiente. Aplicou-se a todos os avaliados um questionário médico englobando o questionário BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease), Mini-Mental State e Geriatric Depression Scale. Foram identificados os idosos com diagnóstico de DPOC (FEV1/FVC $<0,70$ pós-BD), asma (pieira nos últimos 12 meses e prova de BD positiva; ou diagnóstico médico de asma) e ACOS (critérios de DPOC e asma simultaneamente) e efetuadas comparações entre os grupos de doentes.

Resultados: Realizou-se espirometria com prova de BD a 242 idosos. A idade média dos idosos avaliados foi 83,5 anos ($\pm 6,8$ anos), sendo 71,5% do sexo feminino. Identificaram-se 17 doentes com ACOS, correspondendo a 7,0% (IC95%: 4,4-11,0%) do total de idosos e 18,9% (IC95%: 12,1-28,2%) dos doentes com FEV1/FVC pós-BD $<0,7$ ($n=90$). Comparando os doentes com ACOS com os doentes com DPOC, verificou-se que os primeiros têm maior frequência de rinite alérgica (41,2% vs 15,1%, $p=0,012$), não se

verificando diferenças em termos de sexo, idade, índice de massa corporal, tabagismo, demência ou depressão. Fazendo a mesma análise para os doentes com asma (n=10), não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as características avaliadas.

Conclusões: Foi encontrado um número significativo de doentes com ACOS na amostra de idosos estudada. Nesta amostra não existiram diferenças significativas entre os doentes com ACOS, DPOC e asma, exceptuando a maior frequência de rinite alérgica entre os doentes com ACOS em comparação com os doentes com DPOC.

Financiamento: Fundação para a Ciência e Tecnologia
– Projeto GERIA PTDC/SAU-SAP/116563/2010.

CO 07 – Temperatura do ar exalado: influência de fatores inerentes às crianças?

H Pité^{1,2}, I Almeida¹, A C Henriques¹, C Camarinha¹, I Marques¹, A V Lourenço¹, L Pimenta¹, L M Borrego^{1,2}, E C Monteiro², M Morais-Almeida^{1,3}

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

² CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

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

Introdução: A temperatura do ar exalado (EBT) tem sido proposta como um parâmetro para avaliação não invasiva da inflamação das vias aéreas, sendo reportadas diferentes taxas de sucesso nesta medição em crianças. Permanecem por esclarecer os fatores intrínsecos que influenciam a EBT nas crianças.

Objetivos: Em crianças saudáveis em idade escolar: 1) avaliar a exequibilidade da medição da EBT e 2) determinar a existência de associação entre a EBT e parâmetros demográficos, antropométricos e funcionais respiratórios.

Metodologia: Estudo observacional, transversal em crianças saudáveis com idades entre 6 e 12 anos de idade. A medição da EBT foi efetuada de manhã, após pelo menos 1 hora de jejum, utilizando o dispositivo X-Halo®, em volume corrente, com inspiração nasal e expiração bucal. Foi registada a temperatura da sala e considerada a EBT obtida em plateau e o tempo necessário para a sua obtenção. Para cada participante foi registada a idade, género, altura, peso, temperatura timpânica e os parâmetros funcionais respiratórios (TLC, FEV1 e VC) obtidos por pletismografia corporal e espirometria forçada. Os dados foram descritos usando a média e desvio-padrão (SD) ou a mediana e extremos, conforme apropriado. As correlações foram feitas utilizando o coeficiente de correlação de Spearman. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética, tendo sido obtido o consentimento informado.

Resultados: Foram incluídas 26 crianças (média de idades 8,8 anos, SD 1,9); 54% do sexo masculino. Foi possível efetuar a medição da EBT em todas as crianças, que variou entre 27,47°C e 34,17°C (mediana 32,41°C). O tempo necessário para medição da EBT foi em média 4,13 minutos (SD1,13). A temperatura

ambiente variou entre 20,5°C e 23,8°C, sem correlação com a EBT (R=0,109; p=0,596). Entre as variáveis em estudo, observou-se apenas correlação positiva fraca entre a EBT e a idade (R=0,403; p=0,041) e os parâmetros funcionais respiratórios TLC e VC, sendo a TLC a variável que melhor explicou a variação dos valores da EBT (TLC, R=0,440 p=0,024; VC, R=0,436 p=0,026).

Conclusões: A medição da EBT foi exequível em todas as crianças. A ausência de correlação entre a EBT e a temperatura timpânica apoia a EBT enquanto medida fisiológica, distinta da temperatura corporal. As correlações encontradas sugerem a necessidade de ter em conta os volumes pulmonares ou a idade na avaliação da EBT em crianças. No entanto, são necessários estudos de maior dimensão.

CO 08 – Asma e rinite ocupacionais – casuística de 5 anos

L Vieira¹, J A Ferreira¹, I Rosmaninho¹, J P Moreira da Silva¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho, E.P.E, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Introdução: A asma é uma das doenças ocupacionais mais frequentes, em que 10-25% dos casos de asma com início na idade adulta são de causa ocupacional. O diagnóstico de asma ocupacional (AO) é geralmente feito 2-4 anos após o início dos sintomas, sendo causa frequente de incapacidade com consequências para o trabalhador e para a sociedade.

Objetivo: Caracterizar os doentes com suspeita de doença respiratória profissional (DP) seguidos na Consulta de Doenças Ocupacionais (CDO).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com suspeita de DP observados na CDO entre 2010 e 2014. Avaliaram-se: sexo, idade, profissão, matérias-primas, período de latência até início dos sintomas, história tabágica, atopia, incapacidade para o trabalho. O estudo foi efetuado em períodos de exposição e de afastamento dos materiais suspeitos, consistindo em: testes cutâneos prick (TCP) e/ou IgE específicas, PFR, prova de metacolina e registos de DEMI. Análise estatística com teste t-student para amostras emparelhadas (significância se p<0.05).

Resultados: 130 doentes (65M;65F), idade média: 46±11 anos. Fumadores: 26 (20%). 16% apenas com sintomas brônquicos e 11% apenas nasais. Profissões mais frequentes: panificação (19%), indústria do calçado (12%), da cortiça (10%), têxtil (8%), carpinteiros (7%), metalúrgicos (5%) e cabeleireira (5%). Matérias-primas mais frequentes: tintas/colas/diluentes (23%), farinhas (20%), madeiras (7%), cortiça (6%), desinfetantes (5%) e produtos de cabeleireiro (5%). Período de latência médio: 11±9 anos, sendo de 3 anos para resinas epóxi, 4 para isocianatos, 9 para farinhas e desinfetantes e mais de 10 anos para tintas/colas/diluentes, cortiça e madeiras. Atópicos: 51%. Melhoravam ao fim-de-semana e férias: 79%. Os valores do DEMI e FEV1 em exposição foram significativamente menores que em afastamento (389 vs 429 L/min; p=0,002) e (80% vs 93%; p<0,05), respetivamente. Em 35 doentes (27%) foi diagnosticada AO, destes, 26 (74%) foram participados à CNPRP, dos quais 16 (62%) viram

reconhecida DP. Houve uma associação significativa entre atopia e patologia ocupacional ($p < 0,05$).

Conclusões: As profissões mais frequentes foram panificação, indústria do calçado e da cortiça. A patologia ocupacional foi diagnosticada em 27% dos doentes. O reconhecimento precoce e o afastamento destes trabalhadores são fundamentais para evitar a progressão da doença.

CO 09 – comparação de diferentes equações de referência na avaliação da função respiratória de crianças com asma

J. Gaspar-Marques^{1,2,3}, P. Carreiro-Martins^{1,2,3}, J. Belo¹, S. Serranho¹, I. Peralta¹, N. Neuparth^{1,2,3}, P. Leiria-Pinto^{1,2}

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

² CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, FCM, Universidade Nova de Lisboa, 1169-056 Lisboa, Portugal, Lisboa, PORTUGAL

³ Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Em 2012, a Global Lung Function Initiative (GLI) estabeleceu as primeiras equações de referência universais aplicáveis a todas as faixas etárias. Estas equações estão a ser progressivamente adoptadas, embora o impacto desta mudança na prática clínica não seja ainda claro. O objectivo deste trabalho foi comparar a aplicação das equações GLI 2012 com as equações utilizadas em crianças com asma, no nosso laboratório de função respiratória.

Métodos: Análise retrospectiva das crianças (6-18 anos) com diagnóstico médico de asma e que realizaram espirometria em 2014, no laboratório de função respiratória do Hospital de Dona Estefânia. Foi avaliada a concordância das equações da GLI 2012 com a de Zapletal para três diferentes critérios de obstrução: FEV1 < 80% do valor previsto, FEV1 < LLN (limite inferior do normal) e FEV1/FVC < LLN. Todas as análises de concordância foram realizadas através do teste Kappa de Cohen.

Resultados: Foram avaliadas 391 crianças (61% rapazes), com uma idade média de 12,4 anos (desvio-padrão: 3,1 anos). Considerando a equação de Zapletal, as percentagens de crianças classificadas como tendo obstrução brônquica para os diferentes parâmetros analisados foram: 7,7% para FEV1 < 80% do valor previsto, 8,7% para FEV1 < LLN e 26,3% para FEV1/FVC < LLN. Considerando as equações da GLI 2012 as percentagens correspondentes foram: 12,0% para FEV1 < 80% do valor previsto, 11,8% para FEV1 < LLN e 29,2% para FEV1/FVC < LLN. Utilizando a razão FEV1/FVC < 0,70 como critério, 10,2% dos doentes foram classificados como obstruídos. Os coeficientes de concordância entre a equação de Zapletal e da GLI 2012 para os parâmetros analisados foram: 0,67 para FEV1 < 80% do valor previsto, 0,64 para FEV1 < LLN e 0,85 para FEV1/FVC < LLN.

Conclusões: Observou-se uma boa concordância entre a equação utilizada no nosso laboratório (equação de Zapletal) e as equações da GLI 2012. A equação de Zapletal poderá constituir uma alternativa na avaliação da função pulmonar de crianças com asma, caso as da GLI 2012 não se encontrem disponíveis.

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS II

Dia: 10 de Outubro

Horas: 11H00 – 13H00

Local: Sala 3

Moderadores: José Pedro Moreira Silva, Beatriz Tavares, Pedro Martins

CO 10 – “Alergia ao iodo” contra-indica o uso de meios de contraste iodados? A propagação de um mito

S. Carvalho¹, J. Marcelino¹, F. Cabral Duarte¹, A. C. Costa¹, M. Pereira Barbosa¹

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

Introdução: Antes de qualquer exame com necessidade de administração de meios de contraste (MC), os doentes são questionados acerca da possível “alergia ao iodo”, dada a crença global entre doentes e médicos de que há reactividade cruzada entre MC iodados (MCI) e outras substâncias ricas em iodo. Há décadas que se difunde esta ideia, mesmo entre a comunidade médica, mas não passará da propagação de um mito?

Objectivo: Avaliar se doentes com história sugestiva de reação alérgica a MCI terão uma possível alergia ou sensibilização ao iodo.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo em que foram seleccionados todos os doentes observados em consulta de Imunoalergologia por reação a MC entre Junho de 2006 a Abril de 2015. Os doentes foram caracterizados quanto a dados demográficos, via de administração do MCI, tempo entre a administração do MCI até à reação, tipo de reação ao MCI; perfil de sensibilização aos vários MCI por testes cutâneos por picada (TCP), intradérmicos (TID) e epicutâneos (TEpi) e perfil de sensibilização ao iodo, iodopovidona e povidona por TEpi. Foram excluídos todos os doentes que não apresentassem simultaneamente estudo de sensibilização a MCI, iodo, iodopovidona e povidona.

Resultados: Dos 109 doentes observados, foram seleccionados 101, aqueles que apresentavam história de reação com MCI (38% sexo masculino, 62% sexo feminino, com média de idades 60 ± 15 anos). A via de administração mais frequente do MCI foi a endovenosa (62%). 52% das reações desenvolveram-se até 1h após a administração de MCI (reações imediatas) e as restantes 48% foram reações tardias. Dos 101 doentes, 45% tinham testes cutâneos positivos para MCI: 24% TID e 34% TEpi. Destes doentes, apenas 2(2%) apresentaram TEpi positivos com iodo, 19(21%) com iodopovidona e 4(4,5%) com povidona. Dos 19 doentes sensibilizados a iodo/iodopovidona, 9(47%) tinham testes cutâneos positivos para MCI. Nenhum doente referiu clínica associada à exposição a produtos com iodo.

Conclusão: Apesar da maioria dos doentes com história de reação alérgica após administração de MC Radiológicos ocorrer com MCI, apenas 2% parecem estar sensibilizados ao iodo e 21% à iodopovidona, sem clínica. Não parece haver correlação ($p = 0,86$) entre “alergia ao iodo” e reação após administração de MCI, pelo que a referência a esta alergia ou a reação após contacto com produtos ricos em iodo não deve ser contra-indicação para a realização de exames com administração de MCI, nem indicação para realização de terapêutica profilática.

CO II – Síndrome DRESS em idade pediátrica

E Finelli¹, M Paiva¹, AM Romeira¹, S Prates¹, S Rosa¹, C Gouveia², R Maia³, P Leiria Pinto¹

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

² Unidade de Infeciologia, Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

³ Serviço de Hematologia, Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

Introdução e objetivo: A síndrome DRESS (Reacção a Fármacos com Eosinofilia e Sintomas Sistémicos) é uma reacção de hipersensibilidade a medicamentos, rara e potencialmente fatal, que se caracteriza por envolvimento cutâneo e sistémico. Estão descritos poucos casos na idade pediátrica. Procuramos caracterizar uma serie de casos de DRESS de doentes internados no Hospital de Dona Estefânia (HDE) entre Janeiro de 2014 e Junho de 2015.

Métodos: Realizou-se uma análise retrospectiva dos doentes referenciados ao Serviço de Imunoalergologia do HDE com suspeita de síndrome DRESS no último ano e meio. Incluíram-se os doentes que cumpriam os critérios do RegiSCAR (European Registry of Severe Cutaneous Adverse Reactions).

Resultados: Foram incluídos 4 doentes, 3 do sexo masculino (idade média 12,5 anos, mínimo 5, máximo 17). 3 encontravam-se internados na Infeciologia e um na Hematologia. O tempo entre o início da administração do fármaco suspeito e o aparecimento dos sintomas variou entre 8 dias até 6 semanas. Todos apresentaram febre, rash micropapular pruriginoso e adenomegalias. Analiticamente destaca-se eosinofilia presente em todos os doentes e alterações da função hepática (em 1 caso, hepatite colestática). Uma relação causal com um fármaco suspeito foi encontrada em todos os doentes, na maioria antibioticos (n=3; cefotaxime, ceftriaxone e flucloxacilina), e num caso sulfasalazina. Assistiu-se à resolução completa das manifestações cutâneas e regressão das alterações analíticas em todos após suspensão do fármaco suspeito e instituição de corticoterapia sistémica. 2 dos 4 doentes realizaram testes epicutâneos com o fármaco, que foram positivos às 48H, respectivamente para cefotaxime e ceftriaxone. Os outros doentes ainda se encontram em investigação.

Conclusões: A síndrome DRESS é um diagnóstico desafiante, que, apesar de raro, necessita, pela sua gravidade, de reconhecimento e tratamento rápido. Apesar dos anticonvulsivantes aromáticos serem os fármacos mais frequentemente responsáveis por esta síndrome, os antibioticos e salicilatos podem estar envolvidos. Salienta-se que, tratando-se de uma reacção de hipersensibilidade de tipo IV, os testes epicutâneos podem ter um papel na investigação etiológica.

CO 12 – Teste cutâneo positivo para parietária.

Qual o significado?

B Kong Cardoso¹, F Semedo¹, E Tomaz¹, A P Pires¹, F Inácio¹

¹ Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, PORTUGAL

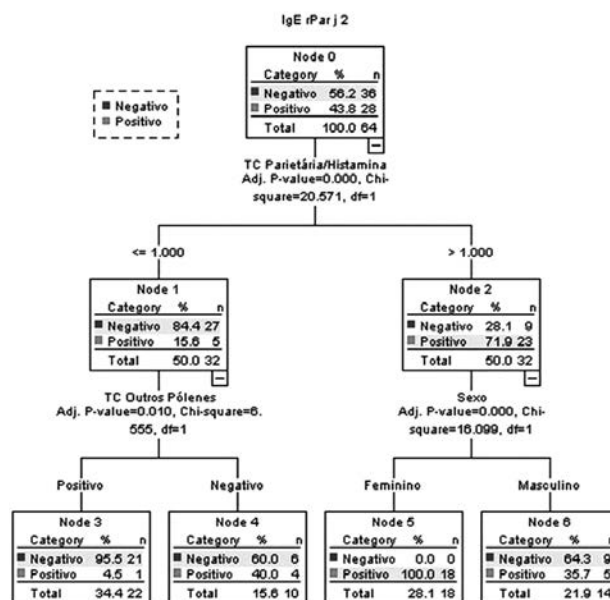
Objetivo do trabalho: A positividade do teste cutâneo prick (TCP) ao pólen de parietária é frequente em Portugal e na maioria dos casos acompanhada de positividade de TCP a outros pólenes.

Por outro lado, uma percentagem significativa destes doentes não apresenta IgE específicas para rPar j 2, considerado atualmente como marcador de alergia à parietária. O objetivo deste trabalho foi encontrar critérios preditivos de alergia ao pólen de parietária, em doentes com teste TCP positivo a este pólen.

Metodologia: Foram recolhidos dados clínicos, resultados dos TCP e doseamentos de IgE específicas para rPar j 2 de 64 doentes com TCP positivos à parietária – pápula com diâmetro médio (dm) igual ou maior que 3mm. Com base nos dados recolhidos, foi construída uma Árvore de Classificação de alergia à parietária (tomando como referência de “verdadeira alergia” a positividade da IgE rPar j 2), utilizando o algoritmo CHAID (Qui-squared Automatic Interaction Detection).

Resultados: O grupo estudado, 36 doentes do sexo feminino e 28 do masculino, com idades entre os 6 e os 65 anos (média 25,0±15,0) apresentava: quadro de rinoconjuntivite em 67,2% dos casos, rinoconjuntivite e asma em 18,8% e rinite e asma em 14,1%; sintomas estacionais em 67,2%; TCP positivos para ácaros do pó em 70,3%, para gramíneas em 84,4%, para oliveira em 78,1% e para “outros pólenes” (pólenes que não as gramíneas ou a oliveira) em 62,5%. Os fatores preditivos do melhor modelo obtido foram a relação entre as dimensões da pápula do TCP à parietária e à histamina, o sexo e o resultado dos TCP a “outros pólenes”. Assim, os doentes com pápula do TCP à parietária superior à da histamina do sexo feminino tiveram IgE rPar j 2 positiva em 100% dos casos. Por outro lado, um dm de pápula igual ou inferior à histamina acompanhado de TCP positivos para “outros pólenes” associou-se a uma probabilidade de negatividade a este recombinante de 95,5%. O modelo gerado pela árvore de decisão apre-

Diagrama da Árvore de Classificação
Modelo preditivo da positividade/negatividade da IgE rPar j 2 em doentes com teste cutâneo positivo para parietária



sentou bom ajuste, tendo estimativa de risco de 0,16 (erro-padrão=0,04), mostrando-se estável, considerando-se que o risco estimado pela validação cruzada foi próximo do modelo final (risco=0,19; EP=0,05).

Conclusão: Foi possível, com base nos resultados de um estudo alergológico básico, criar um modelo preditivo de alergia ao pólen de parietária, com classificação correta em 84% dos casos e boa capacidade de generalização.

CO 13 – Hipersensibilidade a fármacos: caracterização dos internamentos por eritema multiforme e reacções cutâneas adversas graves

B Sousa-Pinto¹, C Correia², L Gomes², S Gil-Mata², L Araújo², L Delgado¹

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

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

Introdução: O eritema multiforme (EM) e as reacções cutâneas adversas graves (SCARs) constituem reacções de hipersensibilidade tardias, imunologicamente mediadas, com um risco imunogenético, e desenvolvendo-se após exposição a agentes externos, tais como fármacos.

Objectivo do trabalho: Caracterizar os internamentos ocorridos em hospitais públicos portugueses com diagnóstico associado de EM e SCARs, relativamente a parâmetros demográficos e clínicos dos pacientes, mortalidade intra-hospitalar e classes de fármacos mais frequentemente associadas.

Metodologia: Utilizando dados fornecidos pela Autoridade Central do Sistema de Saúde contendo todos os internamentos ocorridos em hospitais públicos de Portugal Continental, procedeu-se à análise dos episódios com diagnóstico associado de EM e SCARs: síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), síndrome de sobreposição SSJ/necrólise epidérmica tóxica (TEN) e TEN. Estes diagnósticos foram comparados relativamente a características demográficas e clínicas dos pacientes (idade, género e comorbilidades), tempo de hospitalização, grau de severidade e risco de mortalidade (classificações APR-DRG) e mortalidade intra-hospitalar. Procedeu-se ainda à avaliação das classes de fármacos mais frequentemente associadas a estes diagnósticos, estimando-se o número de eventos por milhão de embalagens de medicamentos vendidas.

Resultados: Entre 2009 e 2014, registaram-se 142 internamentos com diagnóstico associado de EM e 134 com diagnóstico de SCARs. A maioria dos episódios de EM (69%) e SCARs (55%) ocorreu em mulheres. A idade mediana foi de 58 e 63 anos para EM e SCARs, respectivamente. A frequência de infecção HIV revelou-se superior entre os episódios de SCARs. A mortalidade intra-hospitalar variou entre 6% (EM) e 42% (TEN), sendo mais comum em pacientes com elevados graus de severidade e risco de mortalidade. As classes de fármacos para as quais se registou maior número de episódios de EM e SCARs por milhão de embalagens vendidas foram os anti-viricos (1,9 e 9,4, respectivamente), os hipouricemiantes (2,1 e 4,4, respectivamente) e os anti-neoplásicos/imunossuppressores (19,1 e 5,2, respectivamente).

Conclusões: As SCARs associam-se a elevada mortalidade. Os anti-viricos e hipouricemiantes constituem as classes de fármacos mais frequentemente associadas ao desenvolvimento destas reacções nos hospitais portugueses, podendo este conhecimento revelar-se útil para a adopção das medidas preventivas mais adequadas.

CO 14 – Dessensibilização a fármacos: Experiência de um serviço de imunoalergologia durante 10 anos

C Ribeiro¹, E Faria¹, F Ribeiro¹, G Calado¹, E Almeida¹, D Machado¹, A R Gomes¹, J Viana¹, N Sousa¹, L Geraldès¹, A Todo-Bom¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, CHUC, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: A dessensibilização (DZ) a fármacos constitui um tratamento excepcional e altamente diferenciado, que consiste na administração progressiva e em doses crescentes do fármaco ao qual o doente é alérgico.

Objetivos: Caracterizar os casos clínicos submetidos a DZ no Serviço de Imunoalergologia do CHUC nos últimos 10 anos. Métodos: Desde 2006 até 2015, inclusive, foram realizadas 137 DZ segundo os protocolos publicados pelo grupo ENDA/EAACI, verificando-se um aumento exponencial do número de tratamentos realizados nos últimos anos. Os protocolos realizados corresponderam a 55 doentes (28 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 23 e os 74 anos. As principais especialidades que referenciaram os doentes tratados foram: a Oncologia (16 doentes, 7 com carcinoma do ovário, 3 do recto, 3 do pulmão, 1 do cólon, 1 da mama e 1 timoma), Infecção (9 doentes por sífilis e 1 por HIV), Reumatologia (10 doentes por gota) e o SIA-CHUC (9 doentes para DZ a AAS). As reacções de hipersensibilidade que motivaram DZ foram: anafilaxia em 14 doentes (8 a citostáticos, 2 a AAS, 2 a alopurinol, 1 a ciprofloxacina, 1 a AINES), urticária em 10 doentes, doença respiratória exacerbada pelos AINES em 9 e, nos restantes casos, as reacções foram cutâneas tardias ou inespecíficas. Os fármacos utilizados por doente foram: citostáticos (5 doentes a carboplatina, 3 cisplatina, 2 docetaxel, 2 5-FU, 1 oxaliplatina, 1 nabpaclitaxel e 1 panitumumab), 10 benzilpenicilina, 10 alopurinol, 9 AAS, 2 insulina, 2 cianocobalamina, 1 ceftazidima, 1 ciprofloxacina, 1 cotrimoxazol, 1 ácido zoledrónico, 1 ondansetron, 1 vacina anti-tetânica, 1 metilprednisolona. O número médio de DZ por doente foi 2,5; os 2 doentes com maior número de tratamentos realizados foram à carboplatina (17 DZ) e à ceftazidima (11). Foram realizadas 4DZ em grávidas. A maioria das DZ foi bem tolerada (102 casos, 74,4%) e, nas restantes, as reacções foram ligeiras e bem toleradas. Só 3 doentes necessitaram suspender DZ: 2 a alopurinol por toxidermia e 1 doente a cotrimoxazol por persistência de urticária e angioedema. No caso da DZ a AAS, 8 dos 9 doentes atingiram a dose diária de 650mg. Para o alopurinol, a maioria dos doentes atingiu uma dose inferior a 300mg.

Conclusão: Na nossa experiência, a realização de protocolos de DZ a fármacos constituiu uma intervenção terapêutica segura e bem tolerada, mas é frequentemente necessário adaptar os protocolos ao caso do doente.

CO 15 – Tradução e adaptação cultural do Vespid Allergy Quality of Life Questionnaire

D Silva^{1,2}, A M Pereira^{3,4}, N Santos¹, L Amaral¹, L Delgado^{1,2,4,5}, O Elberink⁶, A Coimbra¹

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

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

³ Unidade de Alergologia, CUF Porto Hospital e Instituto, Porto, PORTUGAL

⁴ Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁵ Laboratório de Imunologia/ Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar de São João E.P.E., Porto, PORTUGAL

⁶ Department of Allergology, University Medical Center of Groningen, the Netherlands, Groningen, NETHERLANDS

A alergia a veneno de himenópteros (AVH) apresenta reconhecido impacto na qualidade de vida (QoL).

O nosso objetivo foi traduzir e adaptar culturalmente para a população portuguesa o questionário Vespid Allergy Quality of Life Questionnaire (VQLQ) e avaliá-lo em alérgicos a veneno de vespa ou abelha, não apicultores.

Métodos: A tradução/adaptação cultural foi efetuada de acordo com as recomendações (Allergy 2010;65:290-295), tendo-se efetuado tradução, tradução de volta para a língua original e teste de compreensibilidade em 5 doentes alérgicos a veneno de vespa. Após obtida a versão final (VQLQ-P) foi enviada por correio aos indivíduos seguidos na Unidade de AVH até Dezembro de 2013 e aos que tinham IgE positiva a veneno de vespa ou abelha na base de dados do Laboratório de Imunologia/Patologia Clínica (2008-2011) do mesmo hospital, conjuntamente com o questionário de expectativa de outcome (QEO), escala visual analógica (VAS) sobre a interferência da AVH na QoL (0 a 10) e a versão portuguesa da escala de saúde global EQ-5D. A consistência interna foi avaliada com o alfa de Cronbach e a validade de construto com correlações de Spearman. O teste de transformação Fisher Z avaliou a diferença entre os coeficientes de correlação (r) dos alérgicos a veneno de vespa vs. abelha.

Resultados: Dos 137 indivíduos selecionados, 67 responderam. Dos respondedores, 59 tinham diagnóstico confirmado de AVH (40 à abelha e 19 à vespa), 10 foram excluídos por serem apicultores; a taxa de resposta nos com confirmação diagnóstica foi de 63%. Para alérgicos a veneno de vespa a correlação entre o score total médio do VQLQ-P e a média do QEO foi $r=0,758$; $p<0,01$. Considerando o EQ-5D houve correlação significativa com as dimensões atividades diárias ($r=0,553$; $p<0,05$) e ansiedade/depressão ($r=0,561$; $p<0,05$), não se verificando com as de autocuidado, mobilidade, desconforto, nem com a pontuação total. A VAS correlacionou-se com o VQLQ-P ($r=0,614$; $p<0,01$). O alfa de Cronbach para os 14 itens nos alérgicos a veneno de vespa foi 0,88. Nos alérgicos a veneno de abelha, não apicultores, a correlação com o QEO foi 0,669 ($p<0,01$) e o alfa de Cronbach de 0,83. Os coeficientes de correlação VQLQ-P / QEO para alérgicos a veneno de vespa vs. abelha não diferiram ($z=0,58$; $p=0,56$).

Conclusão: O VQLQ foi adaptado para a população portuguesa em alérgicos a veneno de vespa. Nos alérgicos a veneno de abelha não apicultores foi demonstrada uma boa fiabilidade, contudo é necessária uma avaliação longitudinal.

CO 16 – Internamentos por reações alérgicas e choque anafilático em Portugal entre 2010-2014

A Sá-Sousa¹, João A. Fonseca^{1,2,3}, Mariana Lobo¹, Ana M Pereira^{1,3}, Alberto Freitas^{1,2}

¹ Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

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

³ Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Instituto e Hospital, Porto, PORTUGAL

O objetivo deste trabalho é descrever os internamentos por reações alérgicas e especificamente, por choque anafilático no Serviço Nacional de Saúde e a sua tendência entre 2010 e 2014.

Foram obtidos dados de admissões hospitalares em hospitais públicos a partir da base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH), fornecidos pela da Administração Central do Sistema de Saúde, com alta no para o período de 2010 a 2014. Os episódios de internamento com diagnóstico principal associado a reações alérgicas foram identificados pelos códigos da Classificação Internacional de Doenças, 9.^a Revisão, Modificação Clínica (ICD-9-CM) (995.0-995.7, excepto 995.1 e 995.5), incluindo nomeadamente, por choque anafilático (995.0, 995.4, 995.6). A proporção de hospitalizações por ano para a população portuguesa foi ajustada por sexo e idade de acordo com os dados populacionais do Instituto Nacional de Estatística, do período em estudo. A evolução temporal do número de internamentos foi estimada pela razão de variação e respectivo intervalo de confiança a 95% (RR; IC95%), usando o ano de 2010 como referência.

Entre 2010 e 2014 foram registados 881 internamentos por reações alérgicas, dos quais 577 (65%) por choque anafilático. A maioria (69%) dos choques anafiláticos deveram-se a efeitos adversos a medicamentos e outras causas (códigos 995.0 e 995.4) e cerca de 31% foram classificados como reações adversas a alimentos, cuja principal causa foram, para os menores de 18 anos, os produtos lácteos (38%); para os adultos entre os 18 e 65 anos, os frutos secos (15%) e os frutos e vegetais (13%) e para os adultos com 65 ou mais anos, os crustáceos (36%). A mediana de dias de internamento foi de 2 dias (P25-P75, 1-5; máx=97) e 19 hospitalizações resultaram em morte (mortalidade intra-hospitalar = 2,2%). Entre 2010 e 2014, as hospitalizações ajustadas por idade e sexo, aumentaram de 154 por 100 000 pessoas-ano para 200 (RR=1,3; IC95%, 1,1-1,5) por reações alérgicas; e de 65 por 100 000 pessoas-ano para 147 (RR=2,3; IC95%, 2,0-2,6) por choque anafilático.

A incidência de internamentos por reações alérgicas aumentou 1,3 vezes e por choque anafilático 2,3 vezes, entre 2010 e 2014.

CO 17 – Imunodeficiências primárias (IDP) no adulto – Contributo da imunologia para a realidade nacional
 R. Duarte Ferreira¹, S. Silva¹, I. Carrapatoso², F. Regateiro³, D. Silva³, F. Sousa⁴, S. Oliveira⁴, M. Paiva⁵, J. Torres da Costa³, R. Câmara⁴, E. Faria², S. L. Silva¹

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

² Serviço de Imunologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, Coimbra, PORTUGAL

³ Serviço de Imunologia, Hospital de São João, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto, PORTUGAL

⁴ Unidade de Imunologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL

⁵ Serviço de Imunologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

Objetivo: A facilitação do acesso ao diagnóstico e divulgação das Imunodeficiências Primárias (IDPs) tem contribuído para o aumento do número de doentes identificados. A esperança média de vida destes doentes tem crescido, a par com a melhoria dos cuidados que lhes são prestados. As recomendações internacionais reforçam a necessidade do seguimento das IDPs em centros diferenciados. Pretendeu-se fazer um levantamento dos casos de IDP em idade adulta seguidos em Serviços de Imunologia no nosso país.

Metodologia: Os elementos do grupo de interesse de IDPs da SPAIC reuniram dados demográficos e clínicos relativos aos doentes com IDP seguidos nos respetivos serviços, com base na revisão dos seus processos clínicos. Foram usados os critérios de diagnóstico para registo na European Society for Immunodeficiencies, e incluídos apenas doentes com >18 anos. Foram excluídos casos de angioedema hereditário.

Resultados: Reuniram-se dados relativos a 314 doentes (idade média 41±16 anos) seguidos em 5 centros de Imunologia, desde os 34±17 anos. Os diagnósticos mais frequentes foram de imunodeficiências predominantemente humorais (92%), como imunodeficiência comum variável (IDCV, n=113 doentes), deficiência seletiva de IgA (n=112); defeito de produção de anticorpos específicos ± defeito de subclasses de IgG (n=18); agamaglobulinemia ligada ao X (n=17); timoma e imunodeficiência (n=4), hiper IgM (n=3) e outras hipogamaglobulinemias não classificadas, após exclusão de causas secundárias (n=20). Entre os restantes diagnósticos, incluem-se casos de doença granulomatosa crónica (n=6), síndrome de hiper IgE (n=3), candidíase mucocutânea-crónica (n=3), síndrome linfoproliferativa autoimune (n=3), defeito de C3 (n=3), linfopenia CD4 idiopática (n=2) e casos isolados de susceptibilidade a candidíase invasiva, síndrome de Pilon-Lefèvre, displasia metafisária de McKusick e defeito de ZAP 70. Encontram-se sob terapêutica substitutiva com IgG 124 doentes, sendo ainda privilegiada a via endovenosa (~ 60%).

Conclusões: Estes dados preliminares revelam elevado subdiagnóstico/não notificação de IDPs, espelhados sobretudo no baixo número de IDPs não predominantemente humorais, mas também na baixa prevalência relativa de doentes com ausência de IgA. Salienta-se a experiência alargada no seguimento da IDCV, IDP sintomática mais frequente no adulto. A Imunologia deverá assumir um papel dinamizador e centralizador no diagnóstico/seguimento das IDPs.

CO 18 – Testes cutâneos para aeroalergénios – Proposta de uma bateria mínima para identificação de atopia em estudos epidemiológicos em Portugal continental

L. Araújo¹, H. Pité², A. Sá-Sousa³, M. Couto¹, T. Jacinto⁴, A. M. Pereira⁴, M. M. Almeida⁵, L. Delgado⁶, J. A. Fonseca⁴

¹ Serviço e laboratório de Imunologia e CINTESIS, Fac. de Med. Porto, Unidade de Imunologia, CUF Porto Instituto e Hos. Porto, PORTUGAL

² Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

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

⁴ CINTESIS e CIDES, Fac. de Med. Porto, Unidade de Imunologia CUF Porto Instituto e Hosp. Porto, PORTUGAL

⁵ Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa e CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Lisboa, PORTUGAL

⁶ Serviço e Laboratório de Imunologia e CINTESIS, Fac. de Med. Porto, Porto, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: Definir o número mínimo de alergénios a ser testados in vivo para identificar sensibilização a aeroalergénios em estudos epidemiológicos em Portugal, quer na população adulta quer pediátrica (<18 anos).

Metodologia: Os dados foram obtidos num estudo observacional de base populacional – estudo ICAR – Impacto e Controlo da Asma e Rinite (FCT PTDC/SAU-SAP/119192/2010) – realizado em Portugal Continental. Para a descrição dos resultados são utilizadas as frequências absolutas e relativas. A sensibilização foi avaliada por testes cutâneos por picada (TCP) utilizando até 30 aeroalergénios (Stallergenes, França), incluindo os da bateria GA2LEN, nos participantes que não apresentavam contra-indicações para a realização dos mesmos. A positividade foi considerada por um diâmetro médio maior ou igual a 3mm com controlo negativo não reativo e histamina (10mg/ml) positiva.

Resultados: Dos 828 participantes elegíveis (707 com idade superior a 17 anos), 486 (58,7%) estavam sensibilizados a pelo menos um alergénio – 414 (58,9%) na população maior de 17 anos e 72 (57,6%) na população pediátrica. Do total de 30 aeroalergénios testados, 8 detetaram mais de 5% dos adultos atópicos: 2 ácaros – Dermatophagoides pteronyssinus (Dp) e Lepidoglyphus destructor (LD), mistura de pólenes de gramíneas, 3 pólenes de árvores – Videiro Plátano e Cipreste, 1 pólen de ervas – Parietaria judaica e I fanera – Epitélio de cão. Na população pediátrica, 3 alergénios (Dp, LD e Oliveira) detetam mais de 95% das crianças com sensibilização a aeroalergénios.

Conclusões: Em estudos epidemiológicos em Portugal continental 8 alergénios permitem identificar 95% dos indivíduos com pelo menos uma sensibilização a aeroalergénios. A relação destes achados com possíveis variações regionais deverá ser avaliada em estudos futuros.

CO 25 – Eficácia e segurança de têxteis com quitosano em doentes com dermatite atópica: Estudo randomizado controlado

C Lopes^{1,2}, J Soares³, F Távora³, A Duarte⁴, O Correia⁴, O Sokhatska¹, M Severo^{5,6}, D Silva^{1,7}, M Pintado³, L Delgado¹, A Moreira^{1,7}

¹ Laboratório de Imunologia, Unidade de Imunologia Básica e Clínica Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

² Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos, Porto, PORTUGAL

³ CBQF Centro de Biotecnologia e Química Fina Laboratório Associado, Escola Superior de Biotecnologia, Universidade Ca, Porto, PORTUGAL

⁴ Centro Dermatologia Epidermis, Instituto CUF, Porto, Portugal, Porto, PORTUGAL

⁵ Departamento de Simulação e Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁶ Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁷ Departamento Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal, Porto, PORTUGAL

Objetivos: Os doentes com Dermatite atópica podem beneficiar da utilização de têxteis revestidos com compostos moduladores do microbioma cutâneo. Quitosano, um biopolímero natural com propriedades imunomoduladoras e antimicrobianas foi considerado potencialmente útil. Este estudo randomizado controlado pretende avaliar a utilidade clínica de um têxtil revestido com quitosano na dermatite atópica.

Metodologia: De 102 doentes avaliados, 78 adolescentes e adultos foram alocados de forma randomizada para a utilização de camisolas e calças com e sem quitosano durante a noite por um período de 8 semanas. O outcome primário foi a alteração na gravidade da doença avaliada pelo índice de gravidade de dermatite atópica (SCORAD). Outros outcomes foram as alterações na qualidade de vida, sintomas de prurido e perda de sono, dias com necessidade de medicação e alívio, número de exacerbações, número de semanas com total controlo dos sintomas e eventos adversos. Foi realizada uma análise de variância e de medidas repetidas para o outcome primário. O termo de interação entre o tempo e a intervenção foi utilizado para comparar tendências entre grupos.

Resultados: O grupo com quitosano melhorou 43.8%, (95%CI: 30.9 a 55.9) P < .05 a partir do valor inicial de SCORAD e o grupo placebo melhorou 16.5% (21.6 a 54.6); P < .05 sem diferenças significativas entre os grupos. O score da qualidade de vida dermatológica melhorou significativamente no grupo do quitosano que também teve um aumento significativo dos estafilococos coagulase negativos.

Conclusões: Os têxteis com quitosano poderão ter impacto na gravidade da doença através da modulação do perfil estafilocócico cutâneo. Um potencial efeito na qualidade de vida deve ser considerado.

CO 20 – Reações de hipersensibilidade a fármacos no internamento e contribuição do teste de transformação linfocitária no diagnóstico alergológico

F Semedo¹, B Cardoso¹, R Viseu¹, E Tomaz¹, F Ferreira¹, F Inácio¹

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

Objetivo do trabalho: As reações adversas a fármacos (RAF) atingem 10-20% dos doentes internados. Estima-se que 1/3 serão reações de hipersensibilidade (RHF). Num estudo americano 106.000 doentes internados morreram por RAF em 1994 (RHF em 25%). A investigação alergológica, nomeadamente o teste de transformação linfocitária (TTL), poderá ser útil no diagnóstico das RHF, principalmente não imediatas. O objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência do diagnóstico de RHF num Serviço de Medicina Interna, compará-la com estudos internacionais publicados e analisar a contribuição do TTL no diagnóstico das RHF num Serviço de Imunoalergologia.

Metodologia: Análise dos processos clínicos dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna em 2013-2014 com codificação diagnóstica compatível com RHF; avaliação da eficácia diagnóstica do TTL a fármacos numa Consulta de Imunoalergologia.

Resultados: Em 3498 processos de doentes internados, foram identificadas 36 possíveis RHF (1%), cujos pacientes apresentavam idade média de 67,1 anos ±18, sendo 52% do sexo feminino. Verificaram-se 13 reações com envolvimento predominantemente cutâneo (exantema maculopapular, urticária, eritema multiforme e síndrome de Stevens-Johnson), 4 anafilaxias, 5 hepatites, 4 citopenias, 4 alterações iónicas, 3 manifestações neurológicas, 1 pneumonite, 1 nefropatia e 1 hipotensão arterial. Nenhuma foi causa de morte. Em 50% dos casos os fármacos implicados foram antibióticos e em 25% fármacos com ação no Sistema Nervoso Central. O estudo alergológico foi feito em 4 doentes (1 teste cutâneo e 3 TTL), tendo sido diagnóstico em 3.

A análise dos resultados do TTL em 289 doentes de uma consulta de Imunoalergologia com RHF, provenientes de 5 centros hospitalares nacionais revelou para este teste uma sensibilidade de 88% e especificidade superior a 90%.

Conclusão: Existe provavelmente um subdiagnóstico das RHF ao nível do internamento hospitalar. O recurso ao estudo alergológico foi pouco frequente, nomeadamente a utilização do TTL, método com razoável eficácia essencialmente nas RHF não imediatas, de presumível causa imunológica.

CO 21 – Pericardite infecciosa a *Campylobacter Coli* em doente com agamaglobulinémia ligada ao x – Caso clínicoF Regateiro¹, E Faria¹, F Vilão², A Todo-Bom¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL² Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

A agamaglobulinémia ligada ao X (ALX) é uma imunodeficiência primária rara com défice grave da imunidade humoral causada por mutações do gene que codifica a tirosina cinase de Bruton.

Doente do sexo masculino de 27 anos com ALX diagnosticada aos 4 anos de idade, desde então sob imunoglobulina humana IV/SC, mantendo sempre níveis terapêuticos de IgG sérica (>7 g/L). Sem outros antecedentes pessoais relevantes mas com múltiplos episódios infecciosos em relação com a ALX: rinosinusite crónica, infeções respiratórias superiores, pneumonias, bronquiectasias e gastroenterites.

Em Março de 2015 inicia quadro indolente de temperaturas sub-febris e dor retroesternal com irradiação dorsal, agravada pela inspiração profunda e decúbito dorsal. Sem dispneia, tosse, expectoração, alterações do ECG ou da radiografia do tórax. Por suspeita de infeção respiratória fez levofloxacina (10 dias) seguida de amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina, com melhoria parcial. Ao 6º dia do segundo ciclo recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento da dor, tendo sido diagnosticada pericardite aguda de provável causa infecciosa: apresentava leucocitose com neutrofilia, elevação da PCR e VS, marcadores de necrose miocárdica normais, ecocardiografia com derrame pericárdico circunferencial de pequeno volume, sem sinais de compressão das cavidades cardíacas, e TAC tórácica com espessamento generalizado do pericárdio e pequeno derrame pericárdico antero-lateral direito.

Foi internado sob meropenem e azitromicina. As hemoculturas e urocultura colhidas à entrada foram negativas. A evolução clínica teve flutuações com períodos de agravamento da dor retroesternal, febre e subida dos parâmetros inflamatórios (máx. PCR 25, VS 69). Hemoculturas em dia 14 de internamento foram positivas para *Campylobacter coli* resistente a todos os antibióticos testados. Iniciou empiricamente doxiciclina com melhoria clínica e laboratorial. Teve alta após 7 dias de doxiciclina mantendo antibio-terapia no domicílio.

Um mês após a alta, e ainda sob doxiciclina, mantinha hemoculturas positivas para *Campylobacter coli* multirresistente, sensível apenas a meropenem e gentamicina. Fez erradicação em internamento com antibio-terapia IV. A ecocardiografia de controlo mostrou regressão dos sinais de pericardite.

A pericardite por *Campylobacter* é um evento raro com apenas alguns casos por *C. jejuni* descritos na literatura. Aqui descrevemos, pela primeira vez, um caso de pericardite associado a bacteriémia por *C. coli*.

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS III**Dia:** 11 de Outubro**Horas:** 08H30 – 10H30**Local:** Sala 2*Moderadores:* José Torres da Costa, Luisa Geraldês, João Fonseca**CO 22 – Indução de tolerância oral ao leite de vaca:****Eficácia e segurança a longo prazo**J Mota¹, F Benito-Garcia¹, S Piedade¹, A Gaspar¹, G Sampaio¹, L M Borrego¹, C Ârede¹, G Pires¹, C Santa-Marta¹, M Morais-Almeida¹¹ Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Na alergia persistente ao leite de vaca (LV), a indução de tolerância oral (ITO) surge como uma alternativa terapêutica inovadora à evicção alérgica. Atingida a fase de manutenção recomenda-se a ingestão diária de LV como forma de assegurar o estado de tolerância. Dados relativos ao seguimento destes doentes a longo prazo são escassos.

Objetivo: Estudar a segurança e a eficácia da fase de manutenção de um protocolo terapêutico de ITO-LV.

Métodos: Estudo prospectivo aberto, não controlado, de avaliação sistemática dos casos que, em idade pediátrica, completaram com sucesso a fase de indução de um protocolo de ITO-LV desenvolvido pelos autores (Rev Port Imunoalergologia 2011;19:161-9), e com um período mínimo de seguimento de 12 meses (fase de manutenção).

Resultados: Foram analisados 43 casos [mediana das idades 11 anos (mín. 5 / máx. 22), 58% do género masculino, com história prévia de anafilaxia (35%), asma (53%) e alergia alimentar múltipla (23%)], com um tempo médio de seguimento de 44±18 meses (± desvio-padrão); 88% cumprem ingestão diária de 200mL de LV, 91% fazem dieta livre, em 14% houve interrupções transitórias da ingestão (reação alérgica-2, esquecimento-3, por opção-1) e em 7% interrupção definitiva (por opção-3). Durante a fase de manutenção 42% apresentaram reações ligeiras-moderadas, tendo ocorrido mais de 3 episódios em 7% dos casos, todos com resolução em ambulatório, sem recurso a adrenalina. Encontrou-se uma associação positiva entre a existência de reações durante a fase de manutenção e a clínica prévia de anafilaxia [80% de reações no grupo com história de anafilaxia versus 21% no grupo sem anafilaxia prévia, p<0,0001; odds-ratio 14,7 (intervalo de confiança a 95% 3,1-69,4)]. A história de asma foi ligeiramente mais frequente nos doentes com reações durante a manutenção, não se identificando uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis.

Conclusões: Este estudo da vida real suporta a eficácia e a segurança da ITO-LV a longo prazo, identificando a história prévia de anafilaxia como um fator de risco para a ocorrência de reações ligeiras a moderadas durante a fase de manutenção. A ingestão diária parece assegurar a manutenção da tolerância, com impacto positivo na qualidade de vida.

CO 27 – Padrões de crescimento e composição corporal em crianças com alergia alimentarM. Pinto¹, P. Padrão^{2,3}, J. Madureira⁴, L. Delgado^{1,5}, E. Oliveira Fernandes⁴, P. Moreira^{2,6}, A. Moreira^{1,5}¹ Serviço de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL² Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL³ Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL⁴ Instituto de Ciência e Inovação em Engenharia Mecânica e Engenharia Industrial, Faculdade de Engenharia, Universidade do Porto, PORTUGAL⁵ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São João⁶ Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer, Universidade do Porto

Objetivo: Na alergia alimentar, as restrições impostas pela evicção do alergénio ofensivo podem comprometer o estado nutricional das crianças. Este estudo tem como objectivo a avaliação dos padrões de crescimento e composição corporal em crianças com alergia alimentar.

Métodos: Estudo transversal que incluiu 1600 crianças de escolas primárias da cidade do Porto. A composição corporal das crianças foi obtida por impedância bioelétrica. O peso e a altura foram determinados de acordo com as normas internacionais. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado e as crianças foram classificadas de acordo com os intervalos de IMC para a idade da Organização Mundial de Saúde (OMS). Alergia alimentar foi definida pela resposta positiva, pelos pais, ao diagnóstico médico de alergia alimentar. A análise final incluiu 914 crianças, com idades compreendidas entre os 8,8 ± 0,8 anos, 52 (5,7%) das quais foram descritas como tendo alergia alimentar.

Para estimar a associação entre o crescimento, composição corporal e a alergia alimentar foram utilizados modelos lineares gerais, após ajuste para confundidores. Todos os valores foram expressos como média ± erro padrão.

Resultados: Não foram identificadas diferenças significativas nos z-scores de IMC para a idade [IC 95%: 0.7±0.2 (0.2 a 1.0) vs 0.8±0.2 (0.4 a 1.2) p= 0.677], peso para a idade [IC 95%: 0.9±0.2 (0.5 a 1.3) vs 1.0±0.2 (0.6 a 1.5) p= 0.578] e altura para a idade [IC 95%: 0.7±0.2 (0.3 a 1.0) vs 0.8±0.2 (0.5 a 1.2) p= 0.507], nem para a percentagem de massa gorda [IC 95%: 23.7%± 0.1 (21.7 a 25.6) vs 23.1%±1.0 (21.0 a 25.1) p= 0.690], massa gorda [IC 95%: 8.6kg±0.8 (7.0 a 10.0) vs 8.2±0.8 (6.6 a 9.7) p= 0.712], massa livre de gordura [IC 95%: 25.2kg±0.8 (23.7 a 26.8) vs 25.5kg±0.8 (23.8 a 27.0) p= 0.827] e água corporal total [IC 95%: 18.5kg±0.6 (17.3 a 19.6) vs 18.7kg±0.6 (17.5 a 19.8) p= 0.819], entre, respectivamente, crianças sem e com alergia alimentar, após ajuste para o peso, altura, atopia e diagnóstico de asma.

Conclusão: A alergia alimentar não está relacionada com variações no crescimento ou composição corporal de crianças em idade escolar. No entanto, em estudos prévios, demonstramos que as crianças em evicção alimentar apresentam uma ingestão nutricional inadequada para a energia, hidratos de

carbono, cálcio, vitamina D, potássio e vitamina E. Contudo, este estudo não acrescenta nenhum impacto relativamente à influência da alergia alimentar no crescimento e composição corporal, nesta faixa etária.

CO 23 – Indução de tolerância oral ao trigo: Uma experiência positivaF. Benito Garcia¹, I. Mota¹, S. Piedade¹, M. Morais-Almeida¹¹ Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Na alergia ao trigo, um alergénio alimentar relevante em idade pediátrica, escasseiam dados sobre o papel da indução de tolerância oral (ITO) na sua abordagem.

Objetivo: Estudar a segurança e a eficácia das fases de indução e de manutenção de um protocolo terapêutico de ITO ao trigo.

Métodos: Estudo prospetivo aberto, não controlado, de avaliação de 3 casos de alergia alimentar IgE-mediada ao trigo (AT) que, em idade pediátrica, completaram com sucesso a fase de indução de um protocolo de ITO desenvolvido pelos autores, com um período mínimo de seguimento de 12 meses (fase de manutenção). O protocolo de ITO, utilizando como extrato alergénico o trigo (na forma de flocos, pão e/ou massa), iniciou-se com doses sublinguais seguidas da ingestão oral de doses progressivas de trigo até à dose alvo de 100g/dia. Os aumentos de dose aconteceram sempre em regime de hospital-de-dia.

Resultados: 3 crianças, do sexo masculino, diagnóstico de AT desde o 1.º ano de vida, com manifestações mucocutâneas (urticária e angioedema) e antecedentes pessoais de doença alérgica respiratória e sensibilização a aeroalergénios. Todas as crianças mantinham queixas à data de início do protocolo, 1 delas com prova de provocação oral positiva e as 2 restantes com queixas mucocutâneas associadas à ingestão acidental nos últimos 6 meses. Idades de início de protocolo de ITO 4, 10 e 13 anos, respetivamente. Todas as crianças alcançaram a dose alvo de 100g/dia de trigo em intervalo de tempo que variou entre 1 e 4 meses e em 4, 6 e 2 sessões de hospital-de-dia, respetivamente. Durante a fase de indução todas as crianças apresentaram apenas reações ligeiras a moderadas, mucocutâneas ou digestivas, que resolveram espontaneamente ou com terapêutica anti-histamínica. Atualmente as crianças mantêm ingestão diária de trigo, 2 delas em dieta sem restrições. Verificou-se uma diminuição da sensibilização alérgica ao trigo avaliada pelo doseamento da IgE específica.

Conclusão: O protocolo de ITO ao trigo utilizado revelou-se uma opção terapêutica segura e eficaz. A manutenção de um estado de tolerância clínica tem permitido, a todas as crianças envolvidas, uma melhoria muito significativa da sua qualidade de vida.

CO 24 – Tropomiosina (Pen a I): Incluir ou não nos testes cutâneos em picada?J_Cosme¹, S Carvalho¹, T Lourenço¹, A Spínola Santos¹, M Pereira Barbosa^{1,2}¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL² Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A tropomiosina (Pen a I) é um panalergénio. A homologia entre as tropomiosinas dos ácaros, crustáceos, moluscos, insetos e nemátodos é responsável pela reatividade cruzada entre estes. A sensibilização in vivo a Pen a I não está descrita, ao contrário da sensibilização in vitro que tem sido amplamente estudada.

Objetivos: Avaliar a frequência de sensibilização a Pen a I in vivo e a sua relação com história precisa de alergia aos crustáceos/moluscos numa população de doentes com alergia respiratória a ácaros.

Métodos: Estudo retrospectivo de 1030 doentes seguidos em consulta de Imunoalergologia no Hospital de Santa Maria (9 meses), avaliando-se dados demográficos, clínicos e resultados dos testes cutâneos por picada (TCP) – bateria standard de aeroalergénios, extracto de camarão e Pen a I (Leti[®]). Foram considerados os TCP positivos (maior diâmetro maior ou igual a 3 mm). Análise estatística com STATA13.

Resultados: Dos 1030 incluíram-se 450 com alergia respiratória (56% rinite; 8% asma; 35% ambas), todos sensibilizados a pelo menos

um ácaro e testados para Pen a I e extrato de camarão. Os resultados dos dados demográficos, percentagem de doentes com história precisa de alergia clínica aos crustáceos e/ou moluscos, a percentagem de sensibilização a *D. pteronyssinus* e *L. destructor* e o respetivo diâmetro médio das pápulas está indicada no quadro I. Foi feita a comparação entre os sensibilizados e não sensibilizados para Pen a I e para o extrato de camarão. O TCP com Pen a I tem maior especificidade (96,67%) e valor preditivo positivo (41,67%) para confirmação de alergia clínica a crustáceos/moluscos, já o extrato de camarão mostrou maior sensibilidade (53,33%). Avaliando a concordância da sensibilização a Pen a I e a camarão, verificou-se resultados semelhantes em 90 % dos casos (pares discordantes predominantes: Camarão+/Tropomiosina-), kappa de Cohen de 0,39 (concordância moderada).

Conclusões: Na população estudada 5,33% estavam sensibilizados a Pen a I. Os sensibilizados a Pen a I têm maior intensidade de reatividade cutânea aos ácaros (pápulas com diâmetro médio superior) e têm maior frequência de história clínica de alergia a crustáceos/moluscos relativamente aos não sensibilizados e aos sensibilizados a camarão. Apesar do TCP com extrato de camarão ter maior sensibilidade, o TCP com Pen a I, ao apresentar maior especificidade, torna-se uma ferramenta importante na confirmação diagnóstica de alergia aos crustáceos/moluscos em doentes alérgicos a ácaros.

	Sensibilização à Tropomiosina (n = 450)		Valor p	Sensibilização ao Camarão (n = 450)		Valor p
	Sim (n=24)	Não (n=426)		Sim (n=57)	Não (n=393)	
Idade±DP	32,49 ± 14,33	32,49 ± 14,33	0,84*	28,85 ± 11,05	33,05 ± 14,64	0,04*
% Mulheres (IC95%)	45,83 (25,90-65,76)	57,75 (53,06-62,44)	0,25**	47,37 (34,41-60,33)	58,52 (53,65-63,40)	0,12**
% Clínica de alergia aos crustáceos/moluscos (IC95%)	41,67 (21,94-61,39)	4,69 (2,68-6,70)	<0,001**	28,07 (16,41-39,73)	3,56 (1,73-5,39)	<0,001**
<i>D. pteronyssinus</i> % Sensibilização (IC95%)	100,00 (100,00-100,00)	88,73 (85,73-91,73)	0,08**	100,00 (100,00-100,00)	87,79 (84,55-91,02)	0,005**
Diâmetro médio (x̄=DP)	8,54 ± 2,85	6,95 ± 3,79	0,02*	9,16 ± 3,18	6,73 ± 3,74	<0,001*
<i>L. destructor</i> % Sensibilização (IC95%)	79,17 (62,92-95,41)	60,56 (55,92-65,20)	0,07**	84,21 (74,74-93,68)	58,27 (53,39-63,14)	<0,001*
Diâmetro médio (x̄=DP)	5,81 ± 3,9	3,77 ± 3,52	0,0003*	5,75 ± 3,43	3,61 ± 3,52	<0,001*

Legenda: DP – Desvio-padrão; IC95% - Intervalo de confiança a 95% para a proporção; * Teste t de Student; ** Teste de diferença de proporções

CO 19 – Impacto imunológico da redução aguda da atividade física

D. Silva^{1,2}, R. Moreira³, M. Pinto¹, O. Sokhatska¹, M. Beltrão¹, A. Pizarro⁴, L. Delgado^{1,2}, J. Carvalho⁴, P. Moreira³, A. Moreira^{1,2}

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

² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João E.P.E., Porto, PORTUGAL

³ Faculdade de Ciências da Nutrição e da Alimentação da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁴ Centro de Investigação da Atividade Física e Lazer Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física da U. Porto, Porto, PORTUGAL

O sedentarismo agudo tem um impacto metabólico conhecido, contudo a resposta imune a este estímulo não foi ainda esclarecida.

Objetivo: Avaliar o impacto da redução aguda da atividade física nas subpopulações linfocitárias do sangue periférico

Metodologia: Ensaio clínico não controlado em adultos com 18 a 35 anos, recrutados por anúncio público; excluíram-se todos com doença ou qualquer medicação ou condição que interferisse com a intervenção. Inicialmente, 846 pessoas inscreveram-se, 226 foram contactadas aleatoriamente para obter 20 participantes com asma e 20 saudáveis, 46 aceitaram participar. Na avaliação basal colheram-se dados demográficos/antropométricos, foi avaliada atopia, função respiratória (espirometria e prova de broncodilatação) e atividade física basal (questionário de Baecke; IPAQ; uso de acelerómetro (Actigraph®WGT3Xmonitor) e pedómetro (Lifecorder Plus®) durante 7 dias). Após este período, foi pedida a redução do número médio de passos por dia para metade. Antes e após intervenção avaliaram-se as subpopulações linfocitárias por citometria de fluxo do sangue periférico, incluindo NK, B, T e T reg. O teste de wilcoxon ou o teste t para amostras emparelhadas foram usados como apropriado.

Resultados: Completaram o estudo 39 participantes, 22 mulheres, mediana de 25 anos de idade âmbito interquartil(AIQ) [22;30], e IMC de 25AIQ[21;28], 26 atópicos e 11 com asma. Em média a atividade física moderada a vigorosa (MVPA) foi 46,4 min/dia IC95%[40,0;52,8] o score total de Baeck médio 8,6 IC95%[7,7;9,6]. Pelo IPAQ 19(49%) tinham uma atividade física baixa, 5(13%) moderada e 15(39%) elevada. Com a intervenção o número médio de passos/ dia passou de 9648[8628;10668] para 5870[5315;6426], $p < 0.001$; 12(31%) reduziram mais de 50% e 30(77%) mais de 30%. A MVPA diminuiu para 24,7min/dia IC95%[20,0;29,3]. Comparando a avaliação basal com o período após redução o número relativo de CD19+ diminuiu(11,8[9,3;15,6] vs 10,5[8,7;15,8], $p = 0,015$) e o CD3-CD16+56+ aumentou(9,9[7,6;17,9] vs 11,8[7,8;19,9], $p = 0,013$). No subgrupo com excesso de peso, as alterações associaram-se à redução do CD4+. Aqueles com nível elevado de atividade física, apresentaram uma redução significativa do valor de CD3+, mas nos asmáticos verificou-se um aumento.

Conclusão: Este estudo sugere que o potencial impacto da redução a curto prazo da atividade física nas subpopulações linfocitárias poderá ser modelado pela atividade física basal, metabolismo ou doenças inflamatórias como a asma.

CO 26 – Provas de provocação a aditivos alimentares – Experiência de treze anos

C. Ornelas¹, F. Cabral Duarte¹, J. Caiado¹, A. C. Costa¹, M. Pereira Barbosa¹

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

Introdução: As reações de hipersensibilidade a aditivos alimentares são raras, com uma prevalência estimada de 0,23% na população geral. O seu diagnóstico é dificultado por ausência de métodos validados, sendo fundamental uma elevada suspeição clínica e a realização de provas de provocação.

Objetivo: Caracterização das provas de provocação oral(PPO) com aditivos alimentares realizadas em Hospital de Dia(HD) de Imunoalergologia.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes(dts) que realizaram PPO com aditivos alimentares entre março de 2002 e junho de 2015.

Resultados: Foram realizadas 191 PPO em 90 dts(77% do sexo feminino, média de idades 44,75 anos). 20 dts (22%) tinham rinite, 14 dts(16%) rinite e asma e 12 dts(13%) urticária crónica. 33% dos dts(n=30) eram atópicos (TCP positivos >1 aeroalergénio). As PPO foram efetuadas por suspeita de hipersensibilidade a: múltiplos alimentos em 66(73%) dts, múltiplos fármacos-18(20%) dts e alimentos+fármacos-6(7%) dtes. Em 81 dts(90%) os sintomas cutâneos foram a principal manifestação clínica. O número médio de PPO/doente foi de 2,53(1-5). Os aditivos testados nas PPO foram o metabissulfato de sódio(MBS)-63, amido de milho(AM)-37, benzoato de sódio(BS)-36, glutamato de sódio(GS)-33, tartrazina(Tz)-19, sulfato de níquel(SN)-2 e frutose-1. 16%(n=30) das PPO foram positivas(MBS-9, GS-7, BS-5, AM-5, Tz-3, SN-1):6(20%) com início de sintomatologia <1h, 16(54%) entre 1-6h, 1(3%) entre 6-12h e 7(23%) >12h. Em 28 (93%) das PPO positivas observaram-se sintomas cutâneos e em 2 (7%) queixas respiratórias. Dos 18 dts com PPO positivas, 5(28%) tinham antecedentes de patologia respiratória e 3(17%) de patologia cutânea.

Nos últimos 7 anos (2008-2015), triplicou-se o n.º de PPO com aditivos (de 49 para 142) e duplicou-se o n.º de doentes (de 30 para 60), sobretudo com aumento das PPO com GS (de 6% para 21%), em comparação com o 1.º período (2002-2008) analisado em estudo prévio, com diminuição ligeira da percentagem de PPO positivas (de 20 para 14%).

Conclusões: Destaca-se o elevado n.º de PPO com aditivos alimentares, com aumento nos últimos anos, possivelmente devido a maior suspeição clínica. A hipersensibilidade alimentar foi a principal causa de referenciação, sendo a sintomatologia cutânea a mais frequente. O MBS foi o aditivo mais testado, tendo ocorrido um aumento importante das PPO com GS, eventualmente por alterações do padrão alimentar populacional. A percentagem de resultados positivos é reduzida.

CO 28 – Alergénios envolvidos na alergia ao amendoim e frutos secos

M. Sousa¹, A.R. Ferreira, L. Brosseron, J.P. Moreira Silva

¹ Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: A alergia ao amendoim (AA) e frutos secos (AFS) é a principal causa conhecida de anafilaxia fatal indu-

zida por alimentos nos EUA. Em Portugal, a sua prevalência é desconhecida. Nos EUA, Ara h 1 e Ara h 3 são os principais alérgenos na AA, enquanto os non-specific Lipid Transfer Proteins (nsLTP) são os principais alérgenos em Espanha. O objetivo deste estudo foi avaliar os alérgenos envolvidos na AA e AFS na consulta de Alergia Alimentar do CHVNG/E.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com AA e/ou AFS; colhidos dados referentes a demografia, atopia, testes cutâneos por picada (TCP) com extratos comerciais e por picada-picada. Foi determinada IgE específica (sIgE) por ImmunoCAP® para alérgenos potencialmente envolvidos (rPru p 3, rCor a 8, rBet v 1, rAra h 1, rAra h 2 e rAra h 3), considerada positiva se superior a 0.34 kU/L. Em doentes selecionados foi realizado ISAC®.

Resultados: Foram incluídos 19 doentes, 12 (63.2%) do sexo masculino, mediana de idades 28 anos [9-50], todos atópicos; 11 (57.9%) referiram anafilaxia.

Dezasseis (84.2%) estavam sensibilizados a nsLTP (rPru p 3) [1.31-19.7 kUA/L], dos quais 9 isoladamente, 4 em associação com sensibilização a Bet v 1 [1.82-3.34 kUA/L] e 3 em associação a proteínas de armazenamento (1 sensibilizado a Ara h 1, outro a Ara h 2 e uma criança a globulinas 7S, 2S e 1 IS). Dos 16 doentes com sensibilização a Pru p 3, 14 tiveram Cor a 8 positivo [0.68-9.2 kUA/L] e 6 dos doentes não apresentavam sintomas com frutos frescos.

Três doentes estavam sensibilizados a Ara h 2; todos apresentavam sintomas com o amendoim, tolerando frutos secos. Um destes apre-

sentava sintomas com kiwi (sIgE=1.43 UK/L) e sensibilização a nsLTP, mas sem queixas e TCP negativos a outros frutos frescos.

Um doente com AA e AFS estava sensibilizado a Ara h 3 (0.36 UK/L); por ISAC® verificou-se sensibilização a outras globulinas IIS, nomeadamente, rAna o 2, nCor a 9 e nGly m 6 [4.7-25 ISU-E].

Conclusão: Na nossa população, as nsLTPs foram o principal alérgeno identificado nos doentes com AA e AFS, isoladamente ou associado a outros alérgenos (PR-10 e proteínas de armazenamento). Pru p 3 revelou-se um melhor marcador de alergia a nsLTP que Cor a 8, devendo ser utilizado no estudo de doentes com AA e AFS. A sensibilização a Ara h 2 parece relacionar-se com alergia exclusivamente ao amendoim.

CO 29 – Sensibilização a LTP (Pru p 3) numa consulta de imunoalergologia

S Carvalho¹, T Lourenço, J Cosme, F Cabral Duarte, A Spínola Santos, A C Costa, M Pereira Barbosa

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

Introdução: As Proteínas Transportadoras de Lípidos(LTP) existem em alimentos de origem vegetal e aeroalérgenos. Causam sensibilização, sobretudo, por via gastrointestinal e para além de Síndrome

População		TCP - LTP Positivo 5% (n=47)	TCP - LTP Negativo 95% (n=912)
Género	Feminino	64% (30)	64% (587)
Média de Idades		34±11 Anos	38±18 Anos
Antecedentes Pessoais	Rinite	78,7% (37)	74,3% (678)
	Asma	21,2% (10)	28,3% (259)
	Eczema	14,8% (7)	11,5% (105)
	Urticária Crónica	14,8% (7)	12,6% (115)
	Sintomas com Látex	6,3% (3)	0,5% (5)
Alergia alimentar	Frutos Frescos - Rosáceas	31,9% (15)	1,8% (17)
	Frutos Frescos - Outros	19,1% (9)	2,3% (21)
	Amendoim	10,6% (5)	0,6% (6)
	Frutos Secos	17,0% (8)	0,9% (9)
Clínica da Alergia Alimentar às rosáceas	SAO	46,6% (7)	58,8% (10)
	SAO + Manifestações Sistémicas	20% (3)	5,8% (1)
	Manifestações Sistémicas	33,3% (5)	35,2% (6)
Sensibilização a Pólens	Gramíneas Selvagens	72,3% (34)	32,6% (298)
	Gramíneas Cultivadas	70,2% (33)	28,9% (264)
	<i>Cynodon dactylon</i>	42,5% (20)	14,5% (133)
	<i>Phleum pratense</i>	63,8% (30)	25,6% (234)
	Plátano	36,1% (17)	5,5% (51)
	<i>Parietaria judaica</i>	31,9% (15)	8,4% (77)
	Oliveira	57,4% (27)	24,8% (227)
	<i>Artemisia vulgaris</i>	29,7% (14)	6,3% (58)
	<i>Plantago lanceolata</i>	51,0% (24)	19,7% (180)
Sensibilização a Látex		14,8% (7)	2,4% (22)
Sensibilização a Profilinas		10,6% (5)	2,8% (26)

de Alergia Oral(SAO), são associadas a reações maioritariamente sistêmicas e graves.

Objectivo: Avaliar a frequência de sensibilização a LTP(Pru p 3) nos doentes(dtes) que recorrem à consulta de Imunoalergologia e correlacionar com a sensibilização a pólenes, látex e alimentos e eventual relação com a gravidade da reacção.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo em que foram seleccionados 959 dtes em consulta durante 9 meses, submetidos a testes cutâneos por picada(TCP), conforme bateria standard na instituição. Caracterizou-se a população quanto a dados demográficos, diâmetro médio da pápula de cada TCP e tipo de clínica apresentada. Análise estatística: SPSS versão 20.

Resultados: Dos 959 dtes observados em consulta(36% sexo masculino, 64% sexo feminino, média de idades-38±18 anos); 47(5%) tinham sensibilização a LTP. Os dtes foram divididos em 2 grupos conforme sensibilização ou não a LTP e caracterizados(ver Quadro 1). Nos TCP, o diâmetro médio das pápulas com LTP nos dtes com reacção alérgica a rosáceas foi de 8,7mm(SAO), 7mm(SAO e manifestações sistêmicas) e 8,7mm(manifestações sistêmicas). A referir uma associação estatisticamente significativa($p<0,01$) entre sensibilização a LTP e sensibilização a Pólenes de Gramíneas, *Cynodon dactylon*, *Phleum pratense*, *Plátano*, *Parietaria judaica*, *Oliveira*, *Artemisia vulgaris*, *Plantago lanceolata* e *Látex*. Observou-se que quanto maior o número de sensibilizações a pólenes maior a percentagem de doentes sensibilizados a LTP(de 0 a 6 pólenes: 1,8%, 4,0%, 4,1%, 11,3%, 12,2%, 22,7% e 41,7% de sensibilização respectivamente). Não se objetivou associação significativa($p=0,015$, intervalo de confiança de 99%) entre sensibilização a LTP e *Profilina*(Pho d 2).

Conclusão: Nos dtes sensibilizados a LTP, salienta-se maior frequência de alergia ao látex e alergia alimentar, o que ocorreu com uma frequência significativamente maior com frutos frescos da família das rosáceas. Nestes doentes, não se verificou maior diâmetro das pápulas nos TCP com LTP nos dtes com sintomatologia mais grave; a gravidade das reações foi sobreponível nos dtes sensibilizados e não sensibilizados a LTP. Há ainda correlação entre sensibilização a LTP e pólenes(aumento da frequência de sensibilização a LTP conforme o maior número de sensibilizações a pólenes) e LTP e látex.

CO 30 – Omalizumab e urticária: Experiência real de um hospital central

J. Marcelino¹, A Célia Costa¹, P Silva¹, A Mendes¹, P Aguiar², M Pereira-Barbosa¹

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

² Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Existem poucos estudos sobre a experiência real do tratamento de doentes(dts) com urticária crónica(UC) com Omalizumab(Omab)em centros especializados.

Objectivo: Avaliação da eficácia e segurança do Omab em dts com UC, tratados por >6 meses, até 31/7/2015.

Métodos: Estudo retrospectivo: dados demográficos, caracterização da UC, avaliação laboratorial pré-Omab, terapêuticas realizadas pré e pós-Omab, evolução da gravidade da UC(UAS, UAS7 e DLQI). Análise estatística: SPSS.

Resultados: 26 dts incluídos, 3 com UC induzida(UCInd) e 23 UC espontânea(UCE).

UCInd: 67% eram homens. Média de idades(anos) no início de UC-54±11 e Omab-57±12. Duração média do tratamento: 29±15 meses. Medicação pré-Omab: 33%-IgIV; 100%-anti-HI(AHI)4id, anti-H2(AH2), montelucaste(LTRA) e corticóides orais(CO). Após Omab nenhum fazia CO, 33%-AH2+LTRA e 100%AH-AHI até 2id ou em SOS. Atingiu-se UAS=0, em média, após 4 sessões. Nos primeiros 12 meses de Omab houve redução percentual no UAS por aumento da sessão de 16%($p<0,001$) e no UAS7 de 15%($p<0,001$).

UCE: 87% eram mulheres. Média de idades(anos) no início da UC-38±15 e início do Omab-43±13.

Medicação pré-Omab: 13%-ciclosporina, 17%-IgIV, 4%-azatioprina, 100%-AHI4id, LTRA, CO 65%-AH2. Após Omab, nenhum doente fazia CO, 30%AH2, 15%LTRA e 45%AHI até 2id ou em SOS.

Atingiu-se UAS=0, em média, após 4 sessões. Nos primeiros 12 meses de Omab houve redução percentual no UAS por aumento da sessão de 16%($p<0,001$) e no UAS7 de 20%($p<0,001$). A descida dos scores foi significativamente superior em mulheres versus(VS) homens[15%($p<0,001$)VS2%no UAS e 17%($p<0,001$)VS8%($p<0,001$) no UAS7] e também em doentes com IgE > 500U/mL[28%($p<0,001$) no UAS e 41%($p<0,001$) no UAS7], comparativamente com dtes com IgE total entre 100-500U/mL[11%($p<0,001$) no UAS] ou <100U/mL[12%($p<0,001$) no UAS e UAS7].

Houve diminuição do DLQI($p<0,001$) de uma média inicial de 18±6 para 6±0,7 após Omab.

7dts já suspenderam Omab (média de tratamento 30±18 meses). 16dts mantêm Omab; destes, 4 tentaram suspensão/aumento do intervalo de Omab mas por recorrência da UC com a mesma gravidade inicial, reiniciaram Omab com a mesma eficácia.

Nenhum grupo reportou efeitos adversos do Omab.

Conclusão: O Omab é uma terapêutica eficaz e segura em UC refractárias, permitindo uma redução significativa dos scores e a suspensão de CO. Na UCE, o seu efeito parece estar relacionado com o género e o valor da IgE total. Alguns doentes necessitam de fazer Omab durante vários anos (Omab-dependentes) mas a resposta parece ser idêntica com o reinício após a suspensão.

CO 31 – Sensibilização ocupacional a peixe e mariscos

R. Aguiar¹, N.P. Fernandes¹, A Mendes¹, A Lopes¹, M.A. Pereira-Barbosa¹

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

Introdução: A prevalência estimada de sensibilização a peixe na população em geral na Europa é de 0,22%. A sensibilização ocupacional ao peixe e mariscos está descrita em trabalhadores do sector da indústria da pesca. A exposição por outras vias que não a gastrointestinal, poderá representar um factor de risco para aquisição desta sensibilização.

Métodos: Estudo realizado em 25 trabalhadores da fábrica de peixe e 25 pescadores da doca pesca. Todos os participantes preencheram um questionário clínico administrado por médico, sobre a atividade profissional, duração da exposição, tipo e grau de exposição, sintomas ocorridos no local trabalho (SRT), melhoria e/ou remissão aos fins de semanas e feriados e história familiar e pessoal de rinite, asma e/ou eczema.

Todos os participantes realizaram testes cutâneos em picada (TCP) com extratos comerciais de peixes, crustáceos e moluscos e aeroalérgenos.

Resultados: A taxa de sensibilização a peixes e mariscos na amostra foi de 18%. No grupo de trabalhadores da fábrica, a média de idades foi de 39±8 anos, 9 dos trabalhadores estavam sensibilizados a, pelo menos, um dos alérgenos testados.

No grupo dos trabalhadores fabris a prevalência de sensibilização às diferentes espécies testadas foi de: camarão 16%, tamboril 8%, sardinha 8%, linguado 4%. Apenas 2 dos trabalhadores apresentavam co-sensibilizações (camarão-tamboril e camarão, sardinha e tamboril). Quatro trabalhadores apresentaram SRT; 2 com dermatite de contato, 1 com asma e 1 com rinite. 20% dos trabalhadores tinham história prévia de alergia (3 rinite, 2 dermatite atópica).

No grupo de pescadores, média de idades 48±7 anos, 12 estavam sensibilizados.

A prevalência de sensibilização foi de: camarão 24 %, tamboril 8%, sardinha 8%, anisakis 4%, lula 4%. Apenas 1 dos 25 pescadores profissionalmente expostos apresentou co-sensibilização (camarão, anisakis e lula). Cinco pescadores reportaram SRT com, dermatite de contato no dorso das mãos e superfície volar dos antebraços.

Discussão: A exposição ocupacional ao peixe e mariscos associa-se a maior sensibilização a estes alérgenos. Neste estudo, obtivemos uma taxa de sensibilização ocupacional de 18%, superior à da população geral europeia. O tipo de atividade condicionou a clínica; observámos apenas dermatite de contacto nos pescadores, enquanto nos trabalhadores da fábrica constatámos manifestações respiratórias e cutâneas. Estes dados precisam de ser confirmados em estudos com amostras maiores.

CO 32 – Vinho tratado com quitosana é seguro em doentes alérgicos ao camarão

L. Amaral¹, D. Silva^{1,2}, M. Couto², C. Nunes³, S. M. Rocha³, M. A. Coimbra³, A. Coimbra¹, A. Moreira^{1,2}

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

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

³ QOPNA, Departamento de Química, Universidade de Aveiro, Aveiro, PORTUGAL

Introdução: A quitosana é um polissacárido extraído a partir de diversas fontes, essencialmente do exoesqueleto de crustáceos e tem sido utilizada na produção e conservação de vinhos. No entanto, a sua segurança nunca foi investigada em doentes com alergia ao camarão.

Objectivo: Avaliar a segurança do vinho tratado com quitosana em doentes alérgicos ao camarão e com história de reações sistémicas graves/anafilaxia.

Métodos: Foi realizado um ensaio clínico controlado por placebo, duplamente cego em doentes adultos (mais de 18 anos), consumidores regulares de vinho, seguidos na Unidade de Alergia Alimentar, com diagnóstico de alergia ao camarão. O diagnóstico foi confirmado previamente através de testes cutâneos e IgE específica e/ou prova de provocação oral. Incluiu-se um grupo controlo de indivíduos não atópicos emparelhado para a idade e género. Foram testados dois vinhos, indistinguíveis em cor ou sabor. O vinho ativo foi tratado com folhas de quitosana e o controlo foi conservado pelo método tradicional com sulfitos. No mesmo dia, todos os participantes foram submetidos a provas de provocação oral e a testes cutâneos picada-picada com os dois vinhos. Durante as provas de provocação oral foram administradas doses sucessivas crescentes até um total de 100mL, para cada vinho. O estudo foi aprovado pela comissão de ética para a saúde local.

Resultados: Foram incluídos 19 indivíduos, 13 doentes com anafilaxia ao camarão e 6 controlos; 15 do sexo feminino; mediana de idade (intervalo interquartil) de 34 (26-42) anos.

Um participante alérgico ao camarão apresentou testes cutâneos positivos a ambos os vinhos, todos os restantes foram negativos. Não se observaram reações imediatas nem tardias para nenhum dos vinhos testados.

Conclusões: Os vinhos tratados com quitosana foram bem tolerados em doentes com anafilaxia ao camarão, corroborando que não há nenhuma evidência clínica de qualquer risco na ingestão deste vinho em alérgicos ao camarão.

CO 33 – Perfil laboratorial nos doentes com suspeita clínica de alergia ao trigo

J. Azevedo¹, N. Silva², G. Loureiro¹, B. Tavares¹, A. Todo-Bom¹, R. Cunha², F. Rodrigues²

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

² Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: O trigo é um dos principais alimentos envolvidos em reações IgE-mediadas, incluindo anafilaxia. Estão identificadas proteínas específicas de sensibilização, nomeadamente Tri a 14 e Tri a 19, as quais condicionam o tipo de reação, pelo que é importante o seu doseamento.

Objectivo: Avaliar a relação entre o doseamento de IgEs específicas a Tri a 14, Tri a 19 e trigo.

Métodos: Seleção de todos os pedidos de doseamento de Tri a 19 e/ou Tri a 14, solicitados entre 01/07/2013 e 30/06/2015, ao laboratório de Imunologia do nosso hospital. Foi ainda analisado o doseamento de IgE a trigo.

Resultados: Foram pedidos 72 doseamentos de Tri a 14 e/ou Tri a 19, não realizados em 7 doentes. Dos 65 realizados, correspondem a 36 doentes do sexo feminino (36,25±17,73 anos); 29 do sexo masculino (37,03±17,68 anos). O Tri a 19 foi doseado

nos 65 doentes, média de $1,99 \pm 6,87$ kU/L (0,00-45,7 kU/L), enquanto o Tri a 14 foi doseado em 24, média de $2,80 \pm 5,92$ kU/L (0,00-19,9 kU/L). A IgE a trigo foi doseada em 47 doentes, média de $3,87 \pm 14,83$ kU/L (0,00->100 kU/L). Apenas 23 doentes têm doseamento para as 3 IgEs em simultâneo, desses, somente 2 têm valores $>0,35$ kU/L nos 3 extratos. Dos doentes com Tri a 19 positivo (10/65), apenas 7 têm doseamento de IgE a trigo, sempre inferior ao valor do molecular. Em todos os doentes com Tri a 14 positivo (9/24) doseou-se também IgE a trigo, cujo resultado foi inferior ao valor do molecular em 7 casos. Da análise da relação entre IgEs a trigo, Tri a 14 e Tri a 19, verificou-se correlação entre as variáveis IgE a trigo e Tri a 14 (Spearman

$\rho=0,543$; $p=0,007$) e correlação entre as variáveis IgE a trigo e Tri a 19 ($\rho=0,549$; $p=0,000$). Não se verificou correlação entre as variáveis Tri a 14 e Tri a 19 ($\rho=-0,013$; $p=0,951$). Quando analisada a relação entre IgEs positivas a trigo, Tri a 14 e Tri a 19, não se verificou correlação entre IgE a trigo e Tri a 14 ($\rho=0,361$; $p=0,339$), nem entre IgE a trigo e Tri a 19 ($\rho=0,314$; $p=0,544$).

Conclusão: O resultado do doseamento de IgE específica a Tri a 14 e/ou Tri a 19 foi, maioritariamente, superior ao valor de IgE a trigo. Não se verificou relação entre o valor de Tri a 14 e Tri a 19. Um valor de IgE a trigo negativo não deve restringir a pesquisa de alérgenos moleculares na suspeita clínica.

SESSÃO DE POSTERS I

Dia: 9 de Outubro

Hora: 10:30 às 12:00

Local: Sala 3

Moderadores: Carlos Lozoya, Joana Caiado, Rita Câmara

PO 01 – Hipersensibilidade tardia ao budesonido inalado
F D.¹, G O.², S C.¹, M B.¹

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

² Interno do Ano Comum, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa,

Introdução: O budesonido é um glucocorticóide usado no tratamento de várias patologias, entre elas a asma brônquica e a rinite. As reações de hipersensibilidade ao budesonido têm sido descritas ocasionalmente e são na sua maioria reações tardias.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 59 anos de idade, com rinite persistente moderada a grave com 10 anos de evolução medicada com furoato de fluticasona 27,5 mcg nasal, tendo já feito outros tratamentos prévios nasais que não soube especificar. A doente apresentava, ainda, quadro com 6 meses de evolução de tosse persistente e pieira recorrente, tendo-lhe sido proposto terapêutica inalatória (budesonido 160 mcg+formoterol 4,5 mcg). Uma semana após o início deste tratamento teve, 4 horas após a última toma, episódio de dispneia, ardor orofaríngeo de agravamento progressivo seguido de edema da úvula. Por esse motivo, recorreu ao serviço de urgência e teve resolução total da sua sintomatologia 3 horas após administração de terapêutica endovenosa que não soube referir. Na consulta de Imunoalergologia pediu-se prova de função respiratória-obstrução bronquiolar ligeira com reversibilidade na prova de broncodilatação e realizou testes cutâneos por picada para aeroalergénios-negativos; testes epicutâneos com a bateria standard do Grupo Português de Dermatites de Contacto-positivos para o budesonido (0,1%) às 96h e testes epicutâneos com produtos da doente e outros corticoides-positivos às 96h para o fármaco da associação budesonido 160 mcg+formoterol 4,5 mcg. A doente teve indicação para evicção de todos os produtos contendo budesonido. Indicou-se como terapêutica inalatória alternativa a associação propionato de fluticasona 250 mcg+salmeterol 25 mcg que a doente tolerou e para a qual tinha sido feito teste epicutâneo prévio que foi negativo.

Discussão: Foi assim, estabelecido o diagnóstico de reação de hipersensibilidade tardia ao budesonido inalado numa doente com asma brônquica persistente ligeira e rinite não alérgica persistente moderada a grave. Apesar dos sintomas apresentados neste caso (dispneia, ardor orofaríngeo com edema da úvula) sugerirem hipersensibilidade tipo I, os testes cutâneos demonstraram hipersensibilidade tipo IV ao budesonido.

Conclusões: Mesmo não estando estandardizados os testes epicutâneos com corticosteróides, permitiram neste caso estabelecer um diagnóstico de hipersensibilidade tardia, mediada por células T, ao budesonido e encontrar uma terapêutica alternativa para o tratamento desta doente.

PO 02 – Hipersensibilidade a citostáticos e atopia: Existe alguma relação?

C Ornelas¹, R Ferreira¹, N Fernandes¹, A Mendes¹, J Caiado¹, M Pereira Barbosa¹

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

Introdução: Tem sido reportado que os doentes com reações de hipersensibilidade (RHS) a citostáticos têm maior frequência de atopia do que a população geral. Os citostáticos que mais frequentemente induzem RHS são os platinos e taxanos. RHS a platinos são geralmente IgE-mediadas, enquanto que os taxanos são associados a desgranulação direta e inespecífica de mastócitos e basófilos.

Objetivo: Caracterização da presença de atopia em doentes oncológicos com RHS a citostáticos e comparação entre os 2 grupos de fármacos (platinos e taxanos).

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes (dts) com RHS a citostáticos que foram submetidos a dessensibilização medicamentosa (DM) em Hospital de Dia (HD) de Imunoalergologia até junho de 2015. Em todos os dts foi investigada história clínica sugestiva de alergia e doseadas a IgE sérica total e Phadiatop inalante[®] antes da primeira DM. Atopia definida como presença de clínica sugestiva e Phadiatop[®] positivo. Análise estatística efetuada através do teste de Mann-Whitney.

Resultados: Foram observados 76 doentes com RHS a citostáticos (carboplatina-19, oxaliplatina-23, docetaxel-21, paclitaxel-13), sendo a maioria do sexo feminino (n=67,88%) e com idade média de 55,92 anos (26-89). Apenas 8 (10.5%) dts apresentavam clínica sugestiva de alergia, respiratória em todos: 4 (9,5%) com RHS a platinos e 4 (11,8%) a taxanos. O Phadiatop[®] foi positivo em 13 dts (17,1%): platinos-9 (21,4%), taxanos-4 (11,8%). Assim, a presença de atopia foi encontrada em apenas 5 dts (6,6%): 3 (8,8%) com RHS a taxanos e 2 (4,8%) a platinos. A mediana da IgE total foi superior ao valor de referência (<87mg/dL) para o grupo de RHS a platinos (90.05mg/dL) e superior à encontrada no grupo dos taxanos (26mg/dL) (p<0.0001).

Conclusões: Contrariamente ao reportado, nesta amostra de dts encontrou-se uma frequência de clínica sugestiva de alergia e atopia nos 2 grupos inferior à descrita na população geral. Curiosamente, a IgE total e o Phadiatop[®] foram claramente superiores no grupo de dts com RHS a platinos, o que poderá não só sugerir uma maior tendência atópica como também ser resultado da própria reação IgE mediada ao citostático induzir maior produção de IgE. Serão, no entanto, necessários estudos com maior número de dts e com quantificação da IgE total e Phadiatop[®] antes da reação a platinos para validação destes achados.

PO 03 – Reações cutâneas não imediatas a fármacos na criança: Os testes cutâneos serão mesmo necessários?A Moreira¹, C Abreu², E Gomes²¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE, Vila Nova Gaia, PORTUGAL² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

Introdução: As reações cutâneas do tipo maculo-papular ou urticariformes não imediatas associadas à toma de antibióticos são as causas mais frequentes de referenciação à consulta de alergia a fármacos em idade pediátrica. Neste contexto, vários estudos apontam para a utilidade limitada dos testes cutâneos, mesmo para os antibióticos b-lactâmicos, havendo alguns autores a defender a utilização de teste de provocação sem a necessidade de outros procedimentos diagnósticos prévios.

Objetivo: Apresentar uma casuística dos doentes observados no Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Porto nos quais se utilizou esta metodologia diagnóstica (teste de provocação diagnóstica exclusivo).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo com análise dos processos clínicos das crianças referenciadas à consulta de alergia a fármacos por suspeita de hipersensibilidade a antibióticos, que apresentaram reações não imediatas e manifestações cutâneas (exantema maculo papular ou urticariforme) sem sinais de gravidade ou envolvimento sistémico. Todas as crianças foram submetidas a teste de provocação com o fármaco implicado sem realização prévia de testes cutâneos. O teste de provocação foi prolongado até incluir o número de dias reportado como início da reação. Recolheram-se dados respeitantes ao sexo, idade à data da reação, fármacos implicados, sintomas aquando da reação em estudo e resultado dos testes de provocação.

Resultados: Foram avaliadas 213 crianças das quais 50% (n=107) eram do sexo masculino, com idade mediana de 3 anos (6 meses-17 anos) à data da reação. Em 97% (n=206) dos casos os antibióticos implicados eram B-lactâmicos (amoxicilina-ácido clavulânico em 92 doentes, amoxicilina em 89 e cefalosporinas em 5). Apenas 3 crianças apresentaram testes de provocação positivos. Em todos os casos os sintomas foram similares aos previamente reportados e facilmente controlados com antihistamínico oral.

Conclusão: A realização de testes de provocação como única ferramenta diagnóstica nos casos de reações cutâneas não imediatas e sem sinais de gravidade em crianças com suspeita de hipersensibilidade a antibióticos revelou ser uma abordagem segura e eficaz.

PO 04 – Reações adversas a fármacos na criança: Antibióticos ou vírus?A Moreira¹, C Abreu², E Gomes²¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE, Vila Nova Gaia, PORTUGAL² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

Introdução: Cerca de 10% das crianças portuguesas referem ter tido pelo menos uma reação adversa a fármacos e 6% reporta ser alérgica a pelo menos um medicamento, sendo os antibióticos os fármacos mais vezes implicados. A investigação diagnóstica revela que em 90% dos casos a suspeita de hipersensibilidade (HS) não se confirma o que se pensa estar relacionado com a elevada prevalência de exantemas de causa infecciosa/vírica na infância.

Objetivo: Avaliar os motivos de referenciação a uma consulta de alergia a fármacos pediátrica, caracterizar as reações referidas, sazonalidade das mesmas e resultados da investigação diagnóstica efetuada.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos dados clínicos dos doentes pediátricos avaliados em consulta de alergia a fármacos do Centro Hospitalar do Porto, nos últimos 6 anos.

Resultados: Foram estudados 364 crianças das quais 200 (55%) eram do sexo masculino. A idade mediana à data da reação suspeita foi de 3,5 anos (6 meses-17 anos). Os fármacos suspeitos eram antibiótico(s) em 84% (n=305) dos casos. Em 75% (n=274) dos doentes os sintomas referidos foram apenas cutâneos (exantema maculopapular ou urticariforme) e em 72%(n=262) as reações tinham caráter não imediato. Em 10 casos (3%) confirmou-se hipersensibilidade ao fármaco suspeito. O mês em que ocorreu a reação medicamentosa foi identificado por 51% (n=184) dos doentes, tendo sido o Inverno a estação mais frequente (31%) seguida da primavera (29%). Foram realizadas serologias víricas em 74 doentes que reportaram reações recentes e obtivemos resultados positivos para pelo menos 1 dos vírus pesquisados em 14 doentes (19% – IgM) e em 48 doentes (65% – IgG).

Conclusão: A maioria das crianças observadas por suspeita de HS a fármacos tem reações cutâneas do tipo exantema maculo papular ou urticariforme e refere reações não imediatas. A maioria das reações ocorre antes dos 3 anos de idade altura em que segundo a literatura são mais frequentes as erupções cutâneas de causa infecciosa. Há uma sazonalidade nas reações que é semelhante à descrita para as infeções víricas mais comuns da infância. A confirmação de HS ao fármaco suspeito foi possível em 10 de 364 doentes enquanto que uma possível etiologia vírica foi documentada em 14 de 74 doentes. Os nossos achados reforçam a ideia de que muitas das reações cutâneas que motivam a consulta são de causa infecciosa e não se relacionam com HS.

PO 05 – Síndrome hipotónico-hiporresponsivo pós-vacinação
C Alves¹, Am Romeira¹, P Leiria Pinto¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: O síndrome hipotónico-hiporresponsivo (SHH) caracteriza-se pela súbita diminuição do tónus muscular com hiporresponsividade e alteração da coloração cutânea (palidez ou cianose). Os sintomas podem iniciar-se imediatamente ou até 48h após a imunização e habitualmente duram 6 a 30 minutos. Não estando descritos eventos fatais.

Caso clínico: Menina de 2 anos, referenciada com 5 meses à consulta de Imunoalergologia por suspeita de reacção anafiláctica à Pentavac[®] (vacina pentavalente – DPT, VIP, Hib)/ Prevenar[®] (vacina pneumocócica 13-valente – Pn13).

Cumpriu o Plano Nacional de Vacinação (PNV) em vigor: nascença, BCG e 1.^a dose contra hepatite B (VHB); 2 meses, 1.^a dose da pentavalente (Ptv) e 2.^a da VHB e, extra plano, 1.^a dose da vacina contra rotavírus, sem intercorrências.

Aos 4 meses, cerca de 6 minutos após a administração da vacina Ptv e Pn 13, iniciou quadro de palidez cutânea acentuada, interrupção do choro, cianose labial, hipotonia e paragem respiratória. O quadro reverteu em poucos minutos após massagem cardíaca, administração de adrenalina, hidrocortisona e oxigenoterapia. Permaneceu em vigilância em SO sem novos sintomas. Foi observada, posteriormente, em consulta de Cardiologia, sendo excluída patologia cardíaca.

Na consulta de Imunoalergologia, fez testes cutâneos por picada com a vacina Ptv e Pn 13 na diluição de 1/10 e puro e intradérmicos na diluição de 1/100, que foram negativos.

Posteriormente, fez administração da 3.^a dose da Ptv, na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, sem intercorrências.

Os pais recusaram a administração da 2.^a dose da Pn 13.

Retomou o PNV, tendo já feito 3.^a dose da VHB, 1.^a dose da VAS-PR, vacina da Meningite C e Infarix Hib (DPT, Hib) sem reacções adversas. As administrações foram realizadas no local habitual, sem necessidade de vigilância adicional.

Discussão: Na literatura, o SHH foi descrito após a vacinação para difteria, tétano, Hib, VHB e Pn 13. É um síndrome raro, benigno e auto-limitado que deve ser considerado como uma precaução e não como uma contra-indicação para futuras vacinações. As administrações posteriores, quer da vacina implicada quer das restantes, decorrem sem intercorrências. Devem ser considerados outros diagnósticos diferenciais (episódios sincopais, patologia cardíaca, anafilaxia, ...), sobretudo nas crianças mais velhas.

É importante considerar este diagnóstico perante uma criança com diminuição do tónus muscular, hiporresponsividade e alteração da coloração cutânea após vacinação.

PO 06 – Hipersensibilidade à carbamazepina – Caso clínico
J Sousa Pita¹, R Gomes¹, C Loureiro¹, A Todo-Bom¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: As reacções adversas medicamentosas cutâneas representam 20-35% dos efeitos secundários dos fármacos. Os anti-convulsivantes e os antibióticos representam as classes de medicamentos com maior frequência de efeitos adversos com atingimento cutâneo. A carbamazepina tem sido amplamente prescrita, pela sua acção anti-convulsivante, estabilizadora de humor e pelo seu papel a nível da dor neuropática. Por este motivo se justifica a crescente documentação de efeitos secundários, entre eles, reacções de hipersensibilidade ao fármaco.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de uma doente do sexo feminino com 41 anos de idade que desenvolveu um exantema morbiliforme generalizado e pruriginoso, com agravamento progressivo mas sem evidência de outro envolvimento orgânico. O exantema ocorreu ao 15.^o dia após introdução de carbamazepina, numa doente com antecedentes pessoais de obesidade e síndrome depressivo, sem antecedentes de patologia atópica, sob terapêutica diária com venlafaxina 150mg id, trazodona 150mg id e alprazolam 1mg id.

Em D1 de doença, recorreu ao Centro de Saúde tendo sido medicada com anti-histamínico e corticóide oral, com melhoria discreta. Em D2 de doença, por agravamento, recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. À observação, apresentava-se apirética, com exantema disperso, mais evidente a nível do dorso e região torácica anterior. Analiticamente sem leucocitose ou eosinofilia, Proteína C Reactiva de 5.05 mg/dL, TGP 48 U/L com restantes parâmetros normais. Foi colocada a hipótese de toxidermia à carbamazepina e dada indicação para suspender este fármaco. Manteve terapêutica com anti-histamínico e corticóide oral, com resolução completa do quadro 72h após suspensão da carbamazepina.

Conclusões: O aumento do consumo de anti-convulsivantes associado ao aumento da sua potência terapêutica parece promover um aumento da frequência e da gravidade de efeitos adversos. O exantema cutâneo é uma complicação comum da administração de medicamentos anti-convulsivantes, afectando cerca de 7-12% dos doentes medicados com fenitoína ou carbamazepina.

A maioria das toxidemias são benignas e transitórias. No entanto, é importante relembrar a possibilidade de ocorrência de reacções adversas graves e ameaçadoras da vida, como é o caso da necrólise epidérmica tóxica e Síndrome de Stevens-Johnson, devendo o clínico estar alerta para estes diagnósticos.

PO 07 – Um caso de hipersensibilidade a aine no período peri-operatórioJ Almeida¹, A Lopes¹, J Caiado¹, E Pedro¹, M Barbosa¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Vários fármacos e substâncias, tais como os relaxantes musculares, os anestésicos gerais, os antibióticos, os opiáceos e o látex, podem estar implicados nas reacções do período peri-operatório. Os autores apresentam um caso de hipersensibilidade IgE-mediada a AINE no período peri-operatório.

Caso clínico: Doente de 74 anos, com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial e hipotiroidismo, medicada habitualmente com ramipril, hidroclorotiazida, atenolol e levotiroxina. Trata-se de uma doente com múltiplas intervenções cirúrgicas e com história de 3 reacções alérgicas em contexto cirúrgico. A primeira reacção (2010) ocorreu durante artroscopia do joelho esquerdo, estando a doente medicada com: bupivacaína, paracoxib, diclofenac, esomeprazol, metoclopramida, enoxaparina, metamizol, cefazolina, diazepam, atenolol, ramipril. Cerca de 24h após a cirurgia, há descrição de urticária generalizada. A 2.ª cirurgia (2012) consistiu em correcção de cistocelelo, sendo os fármacos envolvidos: bupivacaína, sufentanil, midazolam, cefoxitina, efedrina, paracetamol, metamizol, atenolol, ramipril, insulina. Varias horas após a cirurgia, há aparecimento de urticária generalizada, sem outra sintomatologia acompanhante. A 3.ª cirurgia consistiu na colocação de prótese do joelho direito (2013), com a administração dos fármacos: enoxaparina, esomeprazol, captopril, cefazolina, atenolol, ramipril, diazepam, levotiroxina, hidroxizina, granisetron, cetorolac, paracetamol, metamizol, tramadol, metoclopramida. A reacção foi sobreponível após várias horas da cirurgia.

Da investigação imunoalergológica salienta-se: (i) hipersensibilidade ao látex negativa; (ii) testes cutâneos negativos para sufentanil, fentanil, midazolam; (iii) prova de provocação negativa com bupivacaína; (iv) estudo de hipersensibilidade a betalactâmicos negativo (provas de provocação com cefazolina e cefoxitina negativas); (v) estudo de hipersensibilidade a AINEs: prova de provocação negativa com nimesulide e cetorolac; teste intradérmico positivo imediato para metamizol (1/10); tolerância a paracetamol, diclofenac, ibuprofeno e etoricoxib após estas reacções.

Em contexto de urgência, por queixas articulares, foi administrado metamizol endovenoso à doente, condicionando quadro de urticária cerca de 24h depois.

Conclusão: Trata-se de um caso de hipersensibilidade IgE-mediada a metamizol numa doente com múltiplas cirurgias e múltiplos fármacos envolvidos, cuja investigação foi morosa e exaustiva.

PO 08 – Enterocolite induzida por Saccharomyces BoulardiiC Alves¹, Am Romeira¹, P Leiria Pinto¹¹ Serviço Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Os probióticos com *Saccharomyces boulardii* (levadura) são fármacos habitualmente inócuos e bem tolerados nos distúrbios gastrointestinais, existindo poucas contra-indicações para a sua utilização.

Caso clínico: Lactente de 7 meses, sexo feminino, referenciada à consulta de Imunoalergologia (IAL) por suspeita de enterocolite induzida por *Saccharomyces boulardii*.

Aos 2 meses iniciou dejeções com muco e sangue tendo sido recomendada a evicção materna de proteínas do leite de vaca (PLV) com aparente melhoria. A mãe cumpriu irregularmente a evicção e por persistência das queixas realiza restosigmoidoscopia que confirmou o diagnóstico de colite alérgica.

A lactente foi medicada com UI-250[®], tendo feito apenas uma toma por aparecimento de vómitos cerca de 3 horas após a ingestão, que resolveram espontaneamente.

Aos 3 meses por persistência de fezes líquidas com muco, é novamente medicada com UL-250[®] com episódio de vómitos incoercentes 2 horas após a ingestão e prostração intensa com necessidade de observação em serviço de urgência e fluidoterapia. Tem mantido a toma de Biogaia[®] (probiótico – *Lactobacillus reuteri*) desde os 2 meses sem intercorrências.

Na consulta de IAL realizou testes cutâneos por picada e IgE específicas para leite de vaca e respectivas fracções proteicas que foram negativos. A mãe recusou prova de provocação com UI-250[®]. A lactente manteve sempre um bom desenvolvimento estaturo-ponderal e actualmente mantém-se em evicção de PLV.

Discussão: Considerando a reprodutibilidade do quadro clínico e o tipo de manifestações este caso clínico é sugestivo de uma reacção alérgica do tipo enterocolite induzida por proteínas.

Apesar do probiótico *Saccharomyces boulardii* ser relativamente seguro, a sua administração deve ser feita com precaução nos doentes com patologia alérgica.

Os autores têm conhecimento de apenas um caso descrito na literatura de reacção de hipersensibilidade a *Saccharomyces boulardii* (UL-250[®]).

PO 09 – Reação tardia ao ácido clavulânico – Caso clínico

T Lourenço¹, A Lopes¹, J Gama Prazeres¹, A Spínola Santos¹, M Pereira Barbosa¹

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

Introdução: O Ácido clavulânico (AC) é um potente inibidor de beta-lactamases cuja prescrição em associação com amoxicilina tem aumentado na prática médica diária. Estudos iniciais consideravam que o AC tinha uma fraca imunogenicidade, mais recentemente têm vindo a ser descritas reações de hipersensibilidade a esta molécula.

Caso clínico: Homem de 45 anos, raça caucasiana, analista químico, referenciado à Consulta de Imunoalergologia por aparecimento de exantema maculopapular, pruriginoso, não descamativo e generalizado ao 7.º dia de tratamento com amoxicilina em associação com AC e ibuprofeno por faringite.

Foi excluída hipersensibilidade aos AINés mediante execução de prova de provocação com ibuprofeno com prolongamento durante 2 dias, que foi negativa.

Para investigação de alergia aos beta-lactâmicos foram efectuados doseamentos de IgE específicas para beta-lactâmicos que foram negativos. Os testes cutâneos em picada (TCP) e intradérmicos (ID) com determinantes major (PPL) e minor (MDM), e com as moléculas nativas de penicilina, amoxicilina, amoxicilina em associação com AC, ampicilina e cefalosporinas também foram negativos em leitura imediata e tardia, tal como os testes epicutâneos. Efetuou-se então prova de provocação com amoxicilina em associação com AC (875+125 mg de 12h/12h) com prolongamento, que o doente cumpriu até ao 5.º dia de tratamento, data em que iniciou exantema maculopapular eritematoso pruriginoso, inicialmente localizado ao tronco mas com rápida generalização.

Foram então executados testes ao AC isoladamente com as concentrações 0,5; 5 e 20 mg/mL em TCP e ID com leitura imediata e tardia às 48 h. Observou-se positividade tardia às 48 h no ID efectuado com a maior concentração (20 mg/mL) e negatividade nos restantes ID e testes epicutâneos.

Posteriormente foi submetido a prova de provocação com amoxicilina durante 8 dias (amoxicilina 1 g de 8h/8h). Foi então estabelecido o diagnóstico de reação de hipersensibilidade tardia ao AC.

Conclusões: Apesar do AC ser uma molécula com fraca imunogenicidade o número de reações de hipersensibilidade descritas tem aumentado. Habitualmente estão envolvidas reações imediatas, mais raramente descrevem-se reações tardias. Os autores descrevem o caso clínico de uma reação tardia ao AC em que a possibilidade de utilização da molécula isolada de AC foi essencial para o diagnóstico.

PO 10 – Hipersensibilidade selectiva à cefazolina – Contributo do teste de activação de basófilos

J Almeida¹, A Lopes¹, A Melo¹, C Santos¹, M Barbosa¹

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

² Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

³ Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa, PORTUGAL

⁴ Unidade de Imunologia Clínica, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa, PORTUGAL

⁵ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A administração parentérica de cefazolina está associada a reações habitualmente imediatas e graves, a hipersensibilidade selectiva parece ser a forma de apresentação mais frequente. A investigação imunoalergológica inclui testes cutâneos e provas de provocação. O Teste de Activação de Basófilos (TAB) pode ser um contributo adicional nos casos de alergia imediata e grave ao permitir evitar uma prova com risco para o doente. Os autores apresentam dois casos de hipersensibilidade à cefazolina.

Caso 1: Mulher de 49 anos, com obesidade mórbida, submetida a colocação de banda gástrica em 2008 (história de urticária generalizada cerca de 3h após o procedimento), recolocação de banda em 2009 (sem reacção) e a sleeve gástrico em 2012, sendo que 15 minutos após a indução anestésica tem um quadro de anafilaxia grau IV com necessidade de ventilação mecânica durante 8 dias. Os fármacos comuns nas duas cirurgias com reacção alérgica foram rocurónio, propofol e cefazolina. Os testes cutâneos foram negativos para todos os fármacos, excepto o intradérmico que foi positivo imediato para a cefazolina na concentração 0,1mg/ml. Restantes testes a beta-lactâmicos negativos. Efectuou provas de provocação com penicilina, amoxicilina, cefuroxima e ceftriaxona que foram negativas. OTAB foi positivo, com uma percentagem de basófilos activados de 15.86% e um índice de estimulação de 10.

Caso 2: Há 6 anos durante cesariana com bloqueio epidural com ropivacaína e sufentanil e após administração de cefazolina, oxitocina e efedrina, iniciou quadro de eritema facial com angioedema da face e lábios, e hipotensão marcada. Da investigação, os testes foram negativos para todos os fármacos usados durante a reacção, excepto o intradérmico que foi positivo imediato para a cefazolina na concentração 10mg/ml. Restantes testes com beta-lactâmicos negativos. Provas de provocação com amoxicilina e penicilina negativas. Já tolerou múltiplos tratamentos com cefuroxima. O TAB foi negativo.

Conclusão: A investigação alergológica efectuada nestes 2 casos revelou uma alergia selectiva à cefazolina com tolerância aos outros beta-lactâmicos. O TAB foi positivo apenas no doente 1, correspondendo à reacção mais recente (2 anos antes), em comparação com o doente 2 (6 anos antes), há 6 anos. Este padrão de reactividade clínica está provavelmente associado à cadeia lateral em RI, que na cefazolina é diferente de todas as outras cefalosporinas.

PO 11 – Hipersensibilidade aos anti-inflamatórios não-esteróides no grupo etário pediátricoF. Carolino¹, L. Amaral¹, E. Dias de Castro¹, J. Rodrigues-Cernadas¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar São João E.P.E., Porto, PORTUGAL

Introdução: Os fármacos anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) são uma causa comum de reações de hipersensibilidade (HS) e são frequentemente prescritos para uso pediátrico. Poucos estudos avaliaram especificamente a HS-AINEs neste grupo etário.

Objetivo: Revisão dos casos de suspeita de HS-AINEs, em crianças e adolescentes seguidos na nossa consulta.

Métodos: Revisão dos processos clínicos de 37 doentes com idade <18 anos, estudados na Área de Alergia a Fármacos do nosso Serviço, por suspeita de HS-AINEs, durante um período de 3 anos. As reações foram classificadas de acordo com Kowalsky et al. (2013).

Resultados: A idade mediana dos doentes (54,1% sexo feminino) foi de 11,0 anos (intervalo interquartil 6,5-15,5; min-máx 1-17); 43,2% eram atópicos (81,3% sem sensibilidade cruzada aos AINEs). Foram reportadas reações com um único AINE por 30 doentes (81,1%) dos quais 30,0% com episódios reprodutíveis, sendo o ibuprofeno o fármaco mais frequentemente suspeito (83,3%). Neste grupo de doentes, 83,3% das reações eram agudas (até 24h após exposição), a manifestação clínica mais frequente foi urticária e/ou angioedema (76,7%) e 10,0% tiveram anafilaxia; a prova de provocação oral (PPO) diagnóstica foi efetuada em 76,7% dos casos. Dos 7 doentes (18,9%) com história de reação a múltiplos AINEs, 71,4% tiveram urticária e/ou angioedema e não ocorreu nenhuma anafilaxia.

Na amostra total, foi confirmado o diagnóstico de HS-AINEs em 4 dos 26 (15,4%) doentes que realizaram PPO diagnóstica:

- 3 com urticária aguda ao ibuprofeno (2 reagiram com a dose cumulativa total; todos toleravam o paracetamol e 1 realizou PPO alternativa com nimesulida, sem intercorrências);
- 1 com urticária aguda ao paracetamol (desencadeada pela dose cumulativa total; a criança tinha história de tolerância ao ibuprofeno e não foi testado outro fármaco alternativo);
- todas as reações ocorridas no decurso da PPO foram tratadas em ambulatório, com anti-histamínico +/- corticoide.

Os 14 doentes que efetuaram PPO com um AINE alternativo (85,7% com fármacos mais seletivos para a COX-2) toleraram o fármaco testado, incluindo os 3 casos de anafilaxia (ao ibuprofeno).

Discussão: A HS-AINEs foi confirmada em apenas 15,4% dos doentes que realizaram PPO. Os fármacos alternativos foram testados com segurança, mesmo em doentes com história de reação mais grave.

PO 12 – Reação de hipersensibilidade a anticonvulsivantes com teste epicutâneo positivo para eslicarbazepinaP. Custódio¹, O. Porovska, E. Finelli, S. Prates, P. Leiria Pinto¹ CHLC – Serviço de Imunoalergologia, Lisbon, PORTUGAL² CHLC – Serviço de Medicina do trabalho, Lisbon, PORTUGAL

Introdução: A eslicarbazepina (ESL) é um anti-convulsivante oral indicado para o tratamento adjuvante de convulsões parciais. Esta molécula tem semelhanças químicas com a carbamazepina (CBZ) mas apresenta um melhor perfil de segurança. Em estudos clínicos na população adulta o aparecimento de rash cutâneo verificou-se em 1-3% dos doentes medicados com ESL. Apresentamos o caso clínico de uma doente com uma reacção de hipersensibilidade desencadeada com ESL e exacerbada após mudança para CBZ.

Caso Clínico: Uma doente de 54 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, desenvolveu um rash maculo-papular, eritematoso e pruriginoso cerca de 12 dias após ter iniciado terapêutica com ESL, gabapentina e indometacina por queixas interpretadas como dor neuropática do trigêmeo. Foi inicialmente medicada com 25mg de hidroxizina por dia, com alívio parcial, e acabou por suspender a toma de EC e gabapentina, tendo iniciado pregabalina. Dois dias mais tarde, por agravamento da dor, recorreu ao SU, tendo sido medicada com CBZ, metamizol e diazepam. Após 2 dias de terapêutica voltou novamente ao SU por agravamento do rash acompanhado de ligeiro edema facial e articular, sem artralguas e sem febre. Analiticamente: eosinofilia (800 cels/mL) e transaminases no limiar superior do normal (ALT 46 U/L e AST 41 U/L), sem outras alterações. Teve indicação para parar toda a medicação e iniciou prednisolona registando melhoria progressiva das lesões cutâneas com resolução em cerca de 4 semanas. Na avaliação laboratorial efectuada meses mais tarde apresentava leucograma normal e redução significativa das transaminases. Em consulta de Imunoalergologia foram realizados testes epicutâneos com ESL, CBZ, gabapentina e pregabalina (20% em vaselina), com leituras positivas às 48 e 96 horas somente para o primeiro composto. Apesar do resultado negativo para CBZ optou-se por aconselhar a evicção de todos os fármacos deste grupo.

Discussão: Dada a história clínica e resultados dos exames complementares de diagnóstico acreditamos que a doente sofreu de uma reacção de hipersensibilidade tipo IVb à ESL, posteriormente agravada pela exposição à CBZ, quimicamente aparentada. A positividade do teste epicutâneo à ESL reforça o diagnóstico. O recurso aos testes epicutâneos no diagnóstico de reacções de hipersensibilidade à CBZ está amplamente descrito mas não encontramos na literatura nenhum outro caso de hipersensibilidade à ESL com teste epicutâneo positivo.

PO 38 – Uma causa rara de alergia alimentar combinada com exposição a alergénio ocultoM. Correia^{1,2}, I. Mota¹, L. M. Borrego^{1,3}, M. Morais-Almeida¹¹ Centro de Imunoalergologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, PORTUGAL² Unidade de Imunoalergologia, Hospital Central do Funchal, SE-SARAM, EPE, Funchal, PORTUGAL³ CEDOC, NOVA Medical School, Imunologia, Lisboa, PORTUGAL

Descreve-se o caso de um lactente de 18 meses, do sexo masculino, com eczema atópico desde os 2 meses de vida, e com alergia às proteínas de leite de vaca (APLV) e à batata.

Fez aleitamento materno exclusivo até aos 4 meses, apresentando quadro de urticária generalizada cerca de 1 hora após a primeira ingestão de papa preparada com fórmula láctea adaptada. Aos 5 meses desenvolve quadro de urticária com angioedema da face, 2 horas após ingestão da primeira sopa (com batata, curgete e cenoura). Previamente a este episódio foram descritos diversos episódios de urticária na face após aplicação de gel para erupção dentária (Lactoserum, Mitosyl gel gengival[®]), pelo que a reação descrita após a ingestão da sopa foi associada à repetida aplicação de gel dentário.

Efetuada referência à consulta de Imunoalergologia, no âmbito da qual se realizaram testes cutâneos por picada que foram positivos para extrato de leite de vaca (LV), proteínas de LV e batata, e negativos para curgete e cenoura. Foi ainda avaliada a constituição de Mitosyl gel gengival[®], tendo-se comprovado que continha proteínas de soro de leite e aconselhada a sua evicção. Avaliação analítica com IgE específicas positivas para batata (0,39 KUA/L), LV (0,99 KUA/L) e alfa lactoalbumina (0,93 KUA/L), sendo negativas para betalactoglobulina e caseína. Ingestão posterior de cenoura, curgete e batata-doce, sem reação adversa. Aos 16 meses de idade, episódio de urticária após ingestão acidental de sopa contendo batata. Reavaliação analítica aos 17 meses de idade com aumento da IgE específica para batata (1,62 KUA/L), sendo negativa para LV e proteínas. Mantém a positividade nos testes cutâneos para LV e respetivas proteínas.

Este caso ilustra em que medida o diagnóstico de alergia alimentar pode ser desafiante. A batata constitui uma causa rara de alergia alimentar em idade pediátrica, sendo a suspeição clínica essencial para efetuar o diagnóstico, mesmo na presença de outras causas que possam explicar a reação. Já se encontram descritos vários alergénios presentes na batata (incluindo alguns termo-estáveis), nomeadamente a patatina, considerado o alergénio major responsável pela sensibilização em crianças atópicas. Pretende-se igualmente salientar-se a ocorrência de reações acidentais em doentes com APLV por exposição a alergénios de forma oculta, como é o caso das formulações farmacêuticas, de utilização generalizada, que possam conter leite.

SESSÃO DE POSTERS II**Data:** 9 de Outubro**Hora:** 14:30 às 16:00**Local:** Sala 3*Moderadores:* Ana Morête, Graça Loureiro, Susana Oliveira**PO 13 – Calendário polínico da região de Entre Douro e Minho (Noroeste de Portugal)**E. Caeiro^{1,2}, R. Ferro^{1,2}, J. Plácido^{1,3}, J. Ferraz de Oliveira¹, 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, PORTUGAL² Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas – ICAAM, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL³ Serviço de Imunoalergologia, Hospital S. João, Porto, PORTUGAL⁴ Centro de Alergia, Hospitais CUF-Descobertas e CUF Infante Santo, Lisboa, PORTUGAL⁵ Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão, PORTUGAL

Introdução: A aerobiologia regional, influenciada pela meteorologia, pode condicionar o estado de saúde numa percentagem significativa da população.

Objectivo: Elaborar o calendário polínico da região de Entre Douro e Minho, considerando a influência dos fatores meteorológicos sobre as concentrações de pólen na atmosfera.

Metodologia: Consideraram-se os dados polínicos diários, de 2003 a 2013, das monitorizações obtidas da estação de captação da Rede Portuguesa de Aerobiologia (RPA-SPAIC), localizada no Porto (41.º 08' N; 8.º 36' W), onde se encontra instalado um captador Burkard Seven Day Volumetric Spore-trap[®], e os dados meteorológicos locais do mesmo período obtidos do Instituto Português do Mar e da Atmosfera. A análise da influência dos parâmetros meteorológicos locais sobre as concentrações polínicas foi realizada através da análise da correlação de Spearman's.

Resultados: O índice médio anual registado na região foi de 13.678 ± 6.386 grãos de pólen; o conteúdo atmosférico de pólenes apresentou variações inter e intra-anuais. Os tipos polínicos mais representativos foram: Urticaceae (21%, com *Urtica membranacea* a representar 11% e o tipo *Parietaria* 10%), Poaceae (15%), *Quercus* (14%), Pinaceae (11%), Cupressaceae (7%), *Platanus hispanica* (5%), Betulaceae (5%), *Olea europaea* (4%), *Plantago* (2%), *Castanea sativa* (3%), Myrtaceae (3%), *Rumex* (2%) e *Amaranthaceae* (1%). As concentrações polínicas mais elevadas registaram-se entre Março e Julho, período em foi coletado, em média, 83% do pólen total. Os índices mensais relativos mais elevados observaram-se nos meses de Março a Julho (entre 22% e 10%, consoante o mês) e os mais baixos nos meses de Outono (< 2%). Os níveis de Março deveram-se particularmente aos tipos *Platanus*, Pinaceae, Urticaceae e *Quercus*, os de Abril a *Quercus*, Urticaceae e Pinaceae, Maio a Urticaceae, *Quercus*, Poaceae e *Olea*, Junho a Poaceae, Urticaceae e *Quer-*

cus e os de Julho a Poaceae, Urticaceae e Castanea. Os fatores insolação e radiação global apresentaram uma correlação positiva com os níveis de pólenes e a humidade relativa, a precipitação e o número de dias de chuva uma correlação negativa, todas estatisticamente significativas.

Conclusão: O calendário polínico da região baseado numa década de amostragem permite conhecer com rigor os principais tipos polínicos presentes na atmosfera, bem como o período do ano em que prevalecem e as suas concentrações, informação que é útil no controlo da doença alérgica em todos os grupos etários.

PO 14 – Conteúdo em esporos de Cladosporium Sp. e Alternaria Sp. e o efeito dos parâmetros meteorológicos
E Almeida^{1,2}, E Caeiro^{3,4}, A Todo-Bom⁵, A Dionísio⁶, A Duarte⁷, R Brandão^{4,8}, L Gazarini^{4,8}

¹ Instituto de Investigação e Formação Avançada, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

² Serviço de Patologia Clínica, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, PORTUGAL

³ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) – Grupo de Interesse de Aerobiologia, Lisboa, PORTUGAL

⁴ Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas (ICAAM), Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

⁵ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

⁶ Departamento de Estatística, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, PORTUGAL

⁷ Consulta Externa de Cardio-pneumologia, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, PORTUGAL

⁸ Departamento de Biologia, Escola de Ciências e Tecnologia, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

Objetivos: Com este estudo pretendeu-se analisar o conteúdo fúngico, de esporos de Cladosporium e Alternaria da atmosfera da cidade de Beja e as principais características da Estação de Esporos Atmosféricos Principal (EEAP) destes tipos de esporos de fungos com importância alergológica e avaliar como as condições climáticas influenciam os níveis atmosféricos destes esporos de fungos.

Métodos: Analisaram-se os dados das concentrações médias diárias dos esporos de fungos atmosféricos de Cladosporium e Alternaria de Abril 2012 a Julho 2014. A metodologia de amostragem baseou-se no uso de um coletor volumétrico do tipo Hirst, de uma solução de silicone como substância adesiva, de uma solução de glicerogelatina com fucsina básica como solução corante e de um sistema de leitura de 4 linhas longitudinais a uma ampliação de 400x ao microscópio óptico. O coletor foi colocado no topo do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja. Os dados meteorológicos utilizados foram cedidos pelo Departamento de Meteorologia da Base Aérea n.º 11 de Beja e correspondem ao mesmo período de amostragem. Para as análises estatísticas efetuaram-se testes não paramétricos do programa de estatística SPSS 21.0.

Resultados: Verificou-se que os esporos de Cladosporium estão presentes no ar ao longo de todo o ano. A EEAP do ano de 2013 iniciou-se no dia 1 de Fevereiro e terminou no dia 11 de Dezembro. O mês Junho apresentou o índice mensal mais elevado, mas a concentração máxima diária registou-se em Novembro. Os níveis de esporos de Alternaria foram baixos nos primeiros meses do ano, aumentaram nos meses de Primavera, particularmente em Maio e Junho, e no mês de Outubro. A EEAP de Alternaria iniciou-se a 8 de Abril e terminou a 29 de Outubro de 2013. Os parâmetros temperatura, insolação, velocidade e direção do vento tiveram um efeito positivo nos níveis destes esporos fúngicos, enquanto a humidade relativa e a precipitação acumulada tiveram um efeito negativo.

Conclusão: Os esporos fúngicos encontram-se na atmosfera durante todo o ano, mas os seus níveis são particularmente mais importantes durante a Primavera e o Outono o período do ano mais sintomático para os alérgicos. As condições meteorológicas exercem claramente um efeito sobre as suas concentrações no ar. Este estudo aeromicológico é o primeiro efetuado na localidade de Beja e mostra como a monitorização deste tipo de bioaerossóis, com impacto alergológico, fornece informação importante para prática clínica dos doentes alérgicos.

PO 15 – Calendário polínico da região do Algarve (Sul de Portugal)E Caeiro^{1,2}, R Ferro^{1,2}, S Ladeira^{1,3}, M Morais de Almeida^{1,4}, C Nunes^{1,3}¹ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica – SPAIC – Grupo de Interesse de Aerobiologia, Lisboa, PORTUGAL² Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas – ICAAM, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL³ Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão, PORTUGAL⁴ Centro de Alergia, Hospitais CUF-Descobertas e CUF Infante Santo, Lisboa, PORTUGAL**Introdução:** O conteúdo da atmosfera em pólenes, influenciado pelas condições meteorológicas, tem impacto na saúde pública.**Objectivos:** Elaborar o calendário polínico da região do Algarve e avaliar a influência dos fatores meteorológicos sobre as concentrações polínicas na atmosfera.**Metodologia:** Utilizaram-se as concentrações médias diárias do pólen atmosférico, de 2002 a 2013, da estação de monitorização da Rede Portuguesa de Aerobiologia (RPA-SPAIC) localizada em Portimão (37.° 08' N; 8.° 32' W), obtidas através do uso de um Burkard Seven Day Volumetric Spore-trap®, e os valores diários dos parâmetros meteorológicos desse período do Instituto Português do Mar e da Atmosfera. A análise da influência dos parâmetros meteorológicos sobre as concentrações de pólen foi realizada através da análise de correlação de Spearman's.**Resultados:** Durante o período de estudo verificaram-se variações inter e intra-anuais. O índice médio anual de pólen foi de 38.887 ± 6910 grãos de pólen, o índice mais elevado registou-se em 2006 (50.310 grãos de pólen) e o mais baixo em 2002 (25.383 grãos de pólen). Esta variabilidade está relacionada, entre outros fatores, com a variação das condições meteorológicas, tendo-se verificado uma influência positiva da temperatura média do ar e da radiação global sobre os níveis de pólen e uma influência negativa da humidade relativa, da precipitação e do número de dias de chuva, todas estatisticamente significativas. Na atmosfera de Portimão predominaram os seguintes tipos polínicos: *Olea europaea* (36%), *Quercus* (13%), *Poaceae* (12%), *Urticaceae* (10%, com *Urtica membranacea* a representar 9%), *Cupressaceae* (5%), *Plantago* (4%), *Arecaceae* e *Amaranthaceae* (3%), *Pinaceae* (2%) e *Rumex* (1%). Em termos médios, 88% do pólen total foi coletado entre Fevereiro e Junho; 44% coletou-se durante o mês de Maio, devendo-se particularmente ao pólen de *Olea* (57%) seguido pelos pólenes de *Poaceae* (17%) e *Quercus* (11%). Nos meses de Abril e Maio registaram-se níveis importantes de pólenes considerados com elevada capacidade alergizante: *Poaceae*, *Olea europaea*, *Amaranthaceae* e *Plantago*.**Conclusão:** O calendário polínico da região mostra as variações sazonais e anuais do conteúdo em pólen da atmosfera que são reflexo dos padrões fenológicos da vegetação (fonte de pólen) da região. Dado o número de anos analisados, o calendário obtido é fidedigno podendo ser utilizado na prática clínica para um melhor controlo e tratamento das doenças alérgicas causadas por pólenes.**PO 16 – Calendário polínico da região da Grande Lisboa (Oeste de Portugal)**R Ferro^{1,2}, E Caeiro^{1,2}, M Paiva^{1,3}, Â Gaspar^{1,4}, 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, PORTUGAL² Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas – ICAAM, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL³ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, PORTUGAL⁴ Centro de Alergia, Hospitais CUF-Descobertas e CUF Infante Santo, Lisboa, PORTUGAL⁵ Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão, PORTUGAL**Introdução:** A aeropalinologia de uma região está relacionada com a flora e distribuição da vegetação, é afetada pelas condições climáticas e tem impacto na saúde dos indivíduos expostos e/ou geneticamente suscetíveis.**Objectivos:** Elaborar o calendário polínico da região da Grande Lisboa tendo em atenção a influência dos fatores meteorológicos sobre as concentrações de pólen na atmosfera.**Metodologia:** Utilizaram-se os dados polínicos diários das monitorizações, de 2002 a 2013, da estação localizada em Lisboa (38.° 43' N; 9.° 08' W) da Rede Portuguesa de Aerobiologia (RPA-SPAIC), obtidas com o uso de um Burkard Seven Day Volumetric Spore-trap®, e os dados meteorológicos diários locais do mesmo período obtidos do Instituto Português do Mar e da Atmosfera. Efetuaram-se análises estatísticas de correlação de Spearman's para avaliar o efeito dos fatores meteorológicos sobre as concentrações de pólen atmosférico.**Resultados:** O índice médio anual registado foi 40.749 ± 9.397 grãos de pólen. O conteúdo em pólen da atmosfera de Lisboa apresentou variações inter e intra-anuais. Em 2013 encontrou-se o índice mais elevado (40.749 grãos de pólen) e em 2002 o mais baixo (15.603 grãos de pólen). As concentrações polínicas mais elevadas registaram-se entre Fevereiro e Junho, período em que em média foi coletado 88% do pólen total. O índice mensal relativo mais elevado observou-se em Abril (25%) e os mais baixos registaram-se nos meses de Outono/Inverno (<3%). Os tipos polínicos mais representativos foram: *Urticaceae* (30%; com *Urtica membranacea* a representar 20%), *Cupressaceae* (13%), *Olea europaea* (12%), *Quercus* (11%), *Poaceae* (9%), *Platanus hispanica* (6%), *Pinaceae* (2%), *Myrtaceae* (2%), *Amaranthaceae* (2%), *Plantago* (2%), *Arecaceae* (1%) e *Rumex* (1%). Constatou-se um claro efeito dos parâmetros meteorológicos sobre as concentrações de pólen atmosféricas. Os parâmetros insolação, radiação global e velocidade do vento apresentaram uma correlação positiva com os níveis polínicos enquanto a humidade relativa, a precipitação e o número de dias de chuva apresentaram uma correlação negativa, todas estatisticamente significativas.**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, informação útil na clínica, pois facilita o diagnóstico, o tratamento e a prevenção da doença alérgica respiratória causada por pólenes, melhorando a qualidade de vida dos doentes.

PO 17 – Conteúdo polínico da atmosfera da cidade de Beja e a influência das condições meteorológicas

E Almeida^{1,2}, E Caeiro^{3,4}, A Todo-Bom⁵, A Dionísio⁶, A Duarte⁷, R Brandão^{4,8}, L Gazarini^{4,8}

¹ Instituto de Investigação e Formação Avançada, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

² Serviço de Patologia Clínica, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, PORTUGAL

³ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) – Grupo de Interesse de Aerobiologia, Lisboa, PORTUGAL

⁴ Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas (ICAAM), Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

⁵ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

⁶ Departamento de Estatística, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, PORTUGAL

⁷ Consulta Externa de Cardio-pneumologia, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, PORTUGAL

⁸ Departamento de Biologia, Escola de Ciências e Tecnologia, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

Objetivos: Neste estudo pretendeu-se: 1) Analisar o espectro polínico da atmosfera da cidade de Beja; 2) Determinar as características principais da Estação de Pólen Atmosférico Principal (EPAP) dos vários tipos polínicos com interesse alergológico; e 3) Analisar como as condições climáticas influenciam os níveis polínicos na atmosfera.

Métodos: Para o estudo utilizaram-se os dados das concentrações médias diárias de pólen atmosférico das monitorizações efetuadas na cidade de Beja, durante o período de Abril 2012 a Julho 2014. Para a monitorização polínica usou-se um Burkard Seven Day Volumetric Spore-trap[®] que foi colocado no Hospital José Joaquim Fernandes de Beja. A metodologia para a análise das amostras foi a padronizada pela Rede Portuguesa de Aerobiologia. Os parâmetros meteorológicos utilizados foram os seguintes: temperatura média do ar, humidade relativa, precipitação acumulada, insolação, direção e velocidade do vento. Os dados meteorológicos foram cedidos pelo Departamento de Meteorologia da Base Aérea n.º 11 de Beja e correspondem ao mesmo período de amostragem. Para as análises estatísticas realizaram-se testes não paramétricos do programa de estatística SPSS 21.0.

Resultados: Durante o período de amostragem coletou-se um total de 83.183 grãos de pólen. Os níveis polínicos foram mais elevados de Março a Junho, particularmente em Abril e Maio. Na atmosfera de Beja predominou o tipo polínico Poaceae, seguido pelos tipos: Oleaceae, Quercus, Urticaceae e Cupressaceae. No calendário polínico do ano 2013 elaborado pode-se visualizar as principais características da EPAP dos vários tipos polínicos com propriedades alergizantes. A temperatura média do ar, a insolação, a velocidade e direção do vento influenciaram positivamente as concentrações atmosféricas da maioria dos tipos polínicos analisados, enquanto a humidade relativa e a precipitação acumulada influenciaram de forma negativa.

Conclusão: O espectro polínico da atmosfera da cidade de Beja apresenta claramente características tipicamente Mediterrânicas. A predominância na atmosfera dos tipos Poaceae, Oleaceae, Urticaceae e Cupressaceae, fontes de aeroalergénios importantes na doença alérgica respiratória, dá ênfase à importância da monitorização dos níveis de bioaerossóis nesta região de estudo para a clínica dos doentes com alergia ao pólen.

PO 18 – Perfil alergénico de pólen de *Quercus Rotundifolia*
C Antunes¹, J Candeias², S Anacleto², A Galveias², I Ramos², A R Costa^{1,2,3}, R M Brandão^{3,4}, L Lopes⁵

¹ Instituto de Ciências da Terra & Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, IIFA, Universidade de Évora, EVORA, PORTUGAL

² Departamento de Química, ECT, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

³ Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas, IIFA, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL

⁴ Departamento de Biologia, ECT, Universidade de Évora, EVORA, PORTUGAL

⁵ Hospital de Santa Luzia, Elvas, PORTUGAL

Objetivos: Embora esteja descrito que os pólenes de Oliveira e das gramíneas são os principais responsáveis pela doença alérgica nesta região, têm-se registado agravamento de sintomas de alergia respiratória anteriores à época polínica principal destas espécies. No Alentejo, as árvores do género *Quercus* (azinheira e sobreiro) são responsáveis por elevados níveis polínicos no início da primavera, nos meses de Março e Abril, no entanto, desconhece-se o seu potencial alergénico. Assim, o objetivo deste trabalho consistiu em caracterizar o perfil em alergénios do pólen de azinheira (*Quercus rotundifolia*).

Métodos: Prepararam-se extratos de amostras de pólen de *Quercus ilex* (gentilmente cedido pela Bial-Aristegui), *Quercus rotundifolia*, *Olea europaea* ou *Dactylis glomerata* utilizando tampão bicarbonato. Os extratos foram liofilizados e conservados a -80.°C. O conteúdo em proteínas foi determinado pelo método de Bradford. O perfil em alergénios foi avaliado por western blot utilizando soros humanos (obtidos mediante consentimento informado de doentes do Hospital do Espírito Santo de Évora – HESE). Resultados: Metade dos soros testados apresentaram teste positivo para *Q. rotundifolia*. O perfil proteico de *Q. rotundifolia* revelou-se sobreponível ao de *Q. ilex*. O perfil em proteínas de *Q. rotundifolia* exibiu diversas bandas imunorreativas com massas moleculares compreendidas entre 10-90 kDa e com pI no intervalo 4,4-8,2. Cerca de metade das bandas parecem comuns a *D. glomerata*, tendo-se registado reatividade cruzada com esta espécie em alguns dos casos.

Conclusões: Este trabalho evidencia alguns alergénios encontrados em pólen de *Q. rotundifolia*. Para além disso mostra ainda a existência de reatividade cruzada com pólen de oliveira e gramíneas, espécies relevantes do ponto de vista alergológico. Estes resultados sugerem que o pólen de azinheira, dada a sua grande abundância no Alentejo, poderá contribuir para o agravamento sintomatológico registado no início da primavera nesta região.

Agradecimentos: Este trabalho foi financiado por fundos do FEDER através do Programa Operacional Fatores de Competitividade – COMPETE”. Um agradecimento especial ao nosso colega, já falecido, Prof. Rui Brandão, pelo estímulo que deu a este trabalho e pela sua dedicação para a implementação e desenvolvimento da Aerobiologia na Universidade de Évora. Temos a honra de dedicar este trabalho à sua memória.

PO 19 – Sensibilização a pólenes na região do Alto Ave
L Barata¹, L Galdes¹, P Alendouro¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Sra da Oliveira, Guimarães, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: Caracterização do padrão de sensibilização a pólenes na área de influência do Hospital Senhora da Oliveira.

Metodologia: Foi efetuado o estudo retrospectivo dos processos clínicos de todos os doentes submetidos a testes cutâneos por picada a aeroalergénios na consulta de Imunoalergologia durante o ano 2014; os testes foram efetuados com extratos comerciais (Bial-Aristegui) de vários ácaros, epitélios, pólenes, fungos, látex e baratas, escolhidos conforme a idade e a história clínica de cada paciente. Foram considerados positivos os testes que apresentavam pápula com diâmetro pelo menos 3 mm superior ao controlo negativo. Analisou-se a prevalência da sensibilização aos diferentes pólenes e as patologias apresentadas.

Resultados: Dos 652 pacientes analisados, 250 eram do sexo masculino e 402 do feminino, com média de idades de 29 anos (de 1 a 79 anos). Tinham sido referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários (63,5%) e por outros serviços do Hospital (36,5%), com sintomas de uma ou várias das seguintes patologias: rinite (487 / 74,7%), asma (271/41,6%), conjuntivite (132/20,3%), urticária (112/17,2%), dermatite (110/16,9%), angioedema (46/7,1%) e outras (25/3,8%). Foram encontrados testes positivos em 431 (66,1%) doentes, dos quais 238 (36,5% do total) apresentaram positividade a pólenes (média de idades 24 anos, de 3 a 67 anos) tendo 54 destes pacientes mostrado sensibilização só a pólenes. Nos testes positivos a pólenes a prevalência de cada alergénio foi a seguinte: Oliveira (24,9%), Plátano (16,3%), Bétula (11,2%), Carvalho (11,2%), Sobreiro (6,1%), Cipreste (3,6%), Choupo (2,6%), Gramíneas Selvagens (79,8%), Gramíneas Cultivadas (73,9%), Plantago (22,5%), Quenópódio (10,6%), Artemísia (8,2%), Dente de Leão (6,8%), Ambrósia (5,3%) e Parietária (3,8%). Nestes doentes a distribuição das patologias apresentadas foi a seguinte: rinite (89,1%), asma (46,7%), conjuntivite (30,3%), dermatite (15,1%), urticária (11,7%), angioedema (4,6%) e outras (4,2%).

Conclusões: Os pacientes com sensibilização a pólenes apresentavam uma média de idades mais baixa e uma maior prevalência de rinite, de asma e de conjuntivite que os restantes pacientes avaliados. A alergia a gramíneas foi a predominante, seguida pela oliveira e depois pelo plantago. A sensibilização a pólenes mostrou ser frequente nesta região e ter um peso significativo na patologia respiratória da sua população jovem.

PO 20 – Aerobiologia e sensibilização ao pólen de oliveira (*Olea Europaea L.*) na região de Évora (Sul de Portugal)E Caeiro^{1,2}, R. Ferro^{1,2}, L. Lopes¹, F. Almeida³¹ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica – SPAIC – Grupo de Interesse de Aerobiologia, Lisboa, PORTUGAL² Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas – ICAAM, Universidade de Évora, Évora, PORTUGAL³ Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo – EPE, Évora, PORTUGAL

Objectivos: Analisar a aerobiologia do pólen de *Olea europaea* em Évora, e relacionar os níveis desse pólen com a sensibilização ao pólen de *Olea* das amostras de utentes da Consulta de Apoio de Alergologia Infantil e da Consulta Externa de Imunoalergologia.

Metodologia: Para a análise aerobiológica utilizaram-se os dados das monitorizações do pólen de *Olea* da Rede Portuguesa de Aerobiologia – RPA da estação de Évora (38.º 34' N; 7.º 54' W), de 2001 a 2012. Para a análise clínica utilizaram-se os dados dos utentes que frequentavam as Consultas Externas de Imunoalergologia e de Apoio de Alergologia Infantil (< 6 anos) do Hospital do Espírito Santo de Évora e os dados dos inquéritos sintomatológicos preenchidos pelos doentes com polinose da Consulta Externa de Imunoalergologia.

Resultados: O pólen de *Olea* tem uma boa representação no espectro polínico da localidade, aproximadamente 9%. O índice de pólen mais elevado registou-se em 2011 (10.509 grãos de pólen) e o menor em 2002 (3.134 grãos de pólen). A Estação de Pólen Atmosférica Principal – EPAP do pólen de *Olea*, em média, deu início na primeira semana de Maio, atingiu a concentração máxima absoluta a meados de Maio, terminou a meados de Junho, apresentou curta duração, 32 dias. Quanto à análise clínica da amostra de crianças da Consulta de Apoio de Alergologia Infantil: 36% tinham sensibilização a aeroalergéneos, destas 71% eram do sexo masculino, 1/3 vivia em meio urbano, 53% apresentava rinite e 34% asma. Em termos de positividade dos testes cutâneos: 71% apresentava sensibilização a ácaros, 33% ao pólen de gramíneas e 15% ao pólen de *Olea*; 3 crianças apresentaram monossensibilização ao pólen de *Olea*. Pela análise da amostra dos utentes da Consulta Externa de Imunoalergologia: 24% apresentava sensibilização a pólenes, uma média de idades de 32 +/- 13 anos, 61% eram do sexo feminino, 2/3 vivia em meio urbano, 51% apresentava rinite e 7% asma. Em termos de positividade dos testes cutâneos: 99% apresentavam sensibilização ao pólen de Poaceae, 56% *Chenopodium*, e 47% *Olea*; não se detectaram doentes monossensíveis ao pólen de *Olea*. O mês de Maio foi o mês em que se registou maior frequência de sintomas de polinose sentidos pelos utentes.

Conclusão: O Alentejo é uma região com características geoclimáticas e económicas específicas, e com elevadas concentrações polínicas, havendo condições para que os pólenes desempenhem um papel importante na sensibilização alérgica, e muito em particular o pólen de *Olea*.

PO 22 – Prevalência da sensibilização a fungos – Casuística de 2014J. Sousa Pita¹, R. Gomes¹, C. Loureiro¹, A. Todo-Bom¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Objectivo: Os autores propõem-se a identificar a prevalência da sensibilização a fungos registada no Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) durante o ano de 2014.

Métodos: Realizou-se um estudo descritivo retrospectivo dos testes cutâneos (TC) realizados em 2031 doentes com alergia respiratória no Serviço de Imunoalergologia do CHUC, de Janeiro a Dezembro de 2014. Foi estudada uma população heterogénea, que incluiu crianças e adultos observados neste Serviço. Foram considerados positivos os TC com pápula maior ou igual a 3 mm.

Resultados: A população de doentes com alergia respiratória e sensibilização a fungos (TC maior ou igual a 3mm) observados na Consulta Externa de Imunoalergologia do CHUC em 2014 foi de 160 (n=160). Nesta amostra, o sexo feminino representa a maior percentagem de doentes, 53% (n=85), correspondendo o sexo masculino a 47% (n=75). A idade mínima observada foi de 5 anos de idade, e a máxima de 85. A média de idades dos doentes foi de 35.6 anos. A prevalência da sensibilização a fungos observada foi de 7.9%. As sensibilizações observadas correspondem em ordem decrescente ao *Aspergillus fumigatus* – com 91 doentes sensibilizados (56.8%), seguida da *Alternaria alternata* – 56 sensibilizações (35%) e do *Cladosporium herbarum* – igualmente com 56 sensibilizações (35%). Relativamente às sensibilizações menos frequentes, em ordem decrescente, são de referir ainda a *Curvularia spicifera* – 8 doentes (5%), *Rhizopus nigricans* – 6 doentes (3.75%), *Fusarium moniliforme* – 4 doentes (2.5%), *Penicillium notatum* – 3 doentes (1.8%), *Alternaria tenuis* – 2 doentes (1.25%), *Aspergillus niger* – 1 doente (0.6%). Relativamente às monossensibilizações, foi possível observar que 54 doentes eram monossensibilizados a *Aspergillus* (33.7%), 28 doentes a *Alternaria* (17.5%) e 22 doentes a *Cladosporium* (13.75%).

Conclusões: A prevalência da sensibilização a fungos observada em 2014 foi de 7.9%. Os resultados obtidos a partir deste estudo permitiram observar que a sensibilização a fungos mais prevalente no CHUC no ano de 2014 foi a *Aspergillus fumigatus*, positivo em 56.8% dos doentes. Comparativamente a estudos anteriores, os nossos resultados diferem de outros países da Europa, em que se verifica uma maior prevalência de *Alternaria*. Estes resultados são concordantes com resultados anteriores observados neste Serviço, em que a sensibilização a *Aspergillus* foi a mais prevalente.

PO 23 – Perfil em alergénios do pólen de *Platanus Hybrida*
 A. R. Costa^{1,2,3}, A Galveias², I Ramos², F Holtreman⁴, C Gonçalves⁴,
 T Yashechkina⁴, L Lopes⁵, C. M. Antunes^{1,2,3}

¹ Instituto de Ciências da Terra & Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas IIFA, Universidade de Évora, EVORA, PORTUGAL

² Departamento de Química, ECT, Universidade de Évora, EVORA, PORTUGAL

³ Instituto de Ciências Agrárias e Ambientais Mediterrânicas IIFA, Universidade de Évora, EVORA, PORTUGAL

⁴ Departamento de Biologia, ECT, Universidade de Évora, EVORA, PORTUGAL

⁵ Hospital St.^a Luzia, Elvas, PORTUGAL

Objetivos: O plátano (*Platanus hybrida*) é uma árvore frequentemente utilizada em ambiente urbano, com fins ornamentais. Sendo uma árvore de grande porte, produz pólen em grande quantidade. Embora seja responsável por níveis de exposição a pólen elevados no início da primavera, que são coincidentes com queixas da população, o seu potencial alergénico está pouco caracterizado. Este trabalho teve, assim, como objetivo caracterizar o perfil em alergénios do pólen de plátano na cidade de Évora, Alentejo.

Métodos: Prepararam-se extratos de amostras de pólen de *Platanus hybrida* ou *Dactylis glomerata* utilizando tampão bicarbonato. Os extratos foram liofilizados e conservados a -80.°C. O conteúdo em proteínas foi determinado pelo método de Bradford. O perfil em alergénios foi avaliado por western blot utilizando soros humanos (obtidos mediante consentimento informado de doentes do Hospital do Espírito Santo de Évora – HESE).

Resultados: Observou-se teste positivo a *P. hybrida* em metade dos soros testados. O perfil em proteínas de *P. hybrida* exibiu diversas bandas imunorreativas com massas moleculares compreendidas entre 10-90 kDa e com pI no intervalo 4,4-7,0. Foram encontradas imunorreativas comuns a *Q. rotundifolia* e/ou a *D. glomerata*. Duas bandas identificadas na gama de 50kDa e 60 kDa parecem específicas de *P. hybrida*. Também se registou reatividade cruzada com *D. glomerata* em alguns casos.

Conclusões: Este trabalho evidencia alguns alergénios encontrados em pólen de *P. hybrida*. Para além disso mostra ainda a existência de reatividade cruzada com pólen de gramíneas. Estes resultados sugerem que o pólen de plátano, dada a sua grande abundância na cidade de Évora, poderá contribuir para o agravamento a sintomatologia da população que sofre de polinose, em particular no início da primavera.

Agradecimentos: Este trabalho foi financiado por fundos do FEDER através do Programa Operacional Fatores de Competitividade – COMPETE”. Um agradecimento especial ao nosso colega, já falecido, Prof. Rui Brandão, pelo estímulo que deu a este trabalho e pela sua dedicação para a implementação e desenvolvimento da Aerobiologia na Universidade de Évora. Temos a honra de dedicar este trabalho à sua memória.

PO 24 – Sensibilização a aeroalergénios na população pediátrica – Resultados do estudo ICAR em Portugal Continental

L Araújo¹, H Pité², A Sá-Sousa³, M Couto¹, T Jacinto⁴, A M Pereira⁴,
 M M Almeida⁵, L Delgado⁶, J A Fonseca⁴

¹ Serviço e laboratório de Imunologia e CINTESIS, Fac. de Med. Porto, Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Intituto e Hos, Porto, PORTUGAL

² Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

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

⁴ CINTESIS e CIDES, Fac. de Med.Porto, Unidade de Imunoalergologia CUF Porto Intituto e Hosp, Porto, PORTUGAL

⁵ Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa e CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto Lisboa, PORTUGAL

⁶ Serviço e Laboratório de Imunologia e CINTESIS, Fac. de Med. Porto, Porto, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: Descrever a sensibilização a aeroalergénios nos participantes em <18 anos do estudo ICAR – Impacto e Controlo da Asma e Rinite (PTDC/SAU -SAP/119192/2010) realizado em Portugal Continental. Para a descrição dos resultados são utilizadas as frequências absolutas e relativas, que são comparadas às dos participantes adultos.

Metodologia: A sensibilização foi avaliada por testes cutâneos por picada utilizando até 30 aeroalergénios (Stallergenes, França) nos participantes que não apresentavam contra -indicações para a realização dos mesmos.

Resultados: Foram avaliados 828 participantes sendo 125 (15%) dos grupos etários pediátricos – 97 foram testados com 30 aeroalergénios 20 com 22, 6 com 14 e 2 com 10 aeroalergénios. Encontraram-se frequências de sensibilização na população pediátrica idêntica à dos adultos (57,6 vs 58,9%), caracterizando-se por uma sensibilização significativamente inferior aos pólenes de árvores e ervas, esporos fúngicos e alergénios da barata ($p < 0,05$). Verificamos um aumento progressivo da sensibilização desde a idade pré-escolar até à adolescência, que se acompanha de um aumento significativo da sensibilização a ácaros, pólenes de gramíneas e ervas.

Conclusões: No estudo ICAR a frequência de sensibilização a aeroalergénios é elevada (>50%) e semelhante entre a população pediátrica e adulta, com um sensibilização significativamente maior a ácaros e menor a pólenes de gramíneas e ervas abaixo dos 18 anos. É entre a idade pré-escolar e escolar que aumenta significativamente a sensibilização a aeroalergénios nos grupos pediátricos. A relação destes perfis com a expressão clínica da alergia respiratória deverá ser avaliada em estudos futuros.

PO 51 – Espirometria em idade pré-escolar:**Papel dos débitos médios**

F Benito Garcia¹, I Mota¹, M Correia¹, I Almeida¹, L Pimenta¹, S Matos¹, M Morais-Almeida¹, L M Borrego^{1,2}

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

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

Introdução: A espirometria em idade pré-escolar (PE) tem vindo a ser utilizada na abordagem da criança com asma brônquica (AB). Num estudo prévio do nosso grupo documentámos a importância de critérios de positividade da prova de broncodilatação (PB) adaptados a esta faixa etária (FEV_{0,75} ≥ 14%) de modo a evitar o sobre-diagnóstico de asma, em doentes com tosse crónica (TC) ou sibilância recorrente não atópica (SR) (em detrimento do critério clássico ≥ 12%, utilizado em adultos e crianças em idade escolar). A importância dos débitos médios (FEF₂₅₋₇₅) em doentes asmáticos em idade PE é controversa. Escasseia informação sobre a avaliação da variação dos FEF₂₅₋₇₅ em função da positividade da PB.

Objetivos: Comparar os parâmetros espirométricos em crianças em idade PE de acordo com diagnóstico clínico e variação de FEF₂₅₋₇₅, em função da PB.

Métodos: Foram efetuadas espirometrias a crianças em idade PE entre Janeiro e Julho de 2015, com diagnóstico clínico de AB, TC e SR. Foi registada a variação percentual de FEF₂₅₋₇₅ em função da PB. Esta foi classificada como positiva (FEV_{0,75} ≥ 14%), “parcialmente positiva” (FEV_{0,75} ≥ 12 e < 14%) ou negativa (FEV_{0,75} < 12%).

Resultados: Foram incluídas 231 crianças (mediana etária 4 (2;6) anos, 55% género masculino), das quais 65 com AB, 85 com SR e 81 com TC. Não se documentaram diferenças estatisticamente significativas no grau de sucesso para obtenção de FEV₁ em relação ao diagnóstico (p=0.506; teste de Chi-quadrado). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos na variação de FEF₂₅₋₇₅, em função dos resultados da PB (para FEV_{0,75} ≥ 14, p=0.832; para FEV_{0,75} ≥ 12 e < 14%, p=0.927 e para FEV_{0,75} < 12%, p=0.172; teste de Chi-quadrado)

Conclusões: A variação dos FEF₂₅₋₇₅, independentemente do critério de variação de FEV_t considerado, não permite a distinção entre as crianças com AB, SR e TC.

SESSÃO DE POSTERS III

Data: 9 de Outubro

Hora: 18:00 às 19:30

Local: Sala 3

Moderadores: Paula Alendouro, Susana Piedade, Rodrigo Alves

PO 25 – Consulta de dermatologia de contato e dermatoses profissionais do serviço de dermatologia de um hospital central – Análise retrospectiva de um ano

L Pestana¹, T Correia², A Mendes¹, M Sacramento Marques²

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

² Serviço de Dermatologia, Hospital Santa Maria /Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A dermite de contato (DC) é uma doença inflamatória da pele causada pelo contato com uma substância exógena que se manifesta, mais frequentemente, como eczema. A sua prevalência é elevada na população geral (0,7 a 18,6%), sendo o subtipo irritativo mais frequente que o alérgico. Os autores apresentam a análise retrospectiva da consulta de Dermatologia de Contato e Dermatoses Profissionais de um Hospital Central, referentes a 2014.

Resultados: Em 2014, foram testados pela primeira vez com a Bateria Padrão do Grupo Português para o Estudo das Dermatites de Contato (GPEDC) 189 doentes: 139 mulheres (74%) e 50 homens (26%). Do total, 80 mulheres (58%) apresentaram provas positivas enquanto dos homens apenas 16 (32%). O grupo etário mais prevalente foi o dos 31-40 anos de idade, seguido pelo dos 61-70 anos, sendo também o grupo com maior n.º de provas positivas. Foram avaliados 11 doentes entre os 11-20 anos, 2 deles tiveram provas positivas. Os alérgenos mais frequentemente positivos foram: sulfato de níquel(48,9%), metilisotiasolinona MI(22%), cloreto de cobalto(20,8%), mistura de perfumes Ie 2(12,5%), parafenilenodiamina(11,5%), dicromato de potássio(8,3%), mistura de cainas(8,3%), Bálsamo de Perú(7,3%), mistura tiurans(5,2%), liral e IPPD(4,2%), disperso laranja e azul(3,1%). Na origem da sensibilização houve predomínio dos Cosméticos(n=39), Adornos(n=25) e Profissional(n=14), seguidos do Calçado(n=7), Medicamentos tópicos(n=6), Materiais dentários(n=2) e Medicamentos sistémicos(n=1), na maioria com relevância atual.O Índice MOAHLFA, que permite avaliar de forma rápida as características da população estudada foi: M8,46%, O7,41%, A14,3%, H1,59%, L0,53%, F13,8% e A29,1%.

Conclusão: A DC é a principal doença dermatológica ocupacional, representando 20 a 30% dos motivos de consulta em Dermatologia, mas também é uma frequente causa de referenciação à Imunoalergologia. Nesta análise, verificou-se que as mulheres são o grupo mais atingido, adquirindo sensibilizações em idades mais precoces que os homens, sendo que o n.º de provas positivas aumenta com a idade, atingindo um máximo entre os 31 e os 40 anos. Foi notória a importância e relevância de alérgenos como sulfato de níquel, metilisotiasolinona, cloreto de cobalto, mistura de perfumes e parafenilenodiamina. A inclusão de alérgenos como a metilisotiasolinona na Bateria Padrão do GPDC veio detetar sensibilização numa percentagem de doentes que não revelavam positividade ao Kathon CG.

PO 26 – Eczema das mãos – Análise retrospectiva de 8 anos (2007-2014)I.Rosmaninho¹, A Moreira¹, M Vieira¹, A Guilherme¹, JP Moreira da Silva¹¹ Serviço de Imunoalergologia – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE, Vila Nova Gaia, PORTUGAL

Introdução: O eczema das mãos é uma dermatose muito frequente, sendo muitas vezes ocupacional ou agravado pelas condições de trabalho.

A atopia, alergénios e ocupação são fatores de risco conhecidos para o eczema das mãos.

Objetivo: Caracterizar os casos de eczema das mãos avaliados na Consulta de Imunoalergologia num período de 8 anos.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com eczema das mãos avaliados entre 2007 e 2014. Avaliaram-se dados relativos ao sexo, idade, ocupação, história de atopia /doença alérgica, área corporal afetada, resultado dos testes epicutâneos (Bateria Standard e Complementar do Grupo Português de Estudo das Dermatites de Contacto Bial-Aristegui[®]) e tipo de eczema encontrado.

Resultados: Analisaram-se 213 doentes (82% F) com idade média de 40 anos (\pm 14,4). As ocupações mais frequentes foram doméstica/empregada de limpeza (21%), cabeleireira/esteticista (11%),cozinheira(o)/ajudante de cozinha (8,5%), profissional de saúde (8%) e funcionário(a) de loja (6,6%). O tempo de evolução do eczema foi entre 1 e 5 anos em 60% dos casos. Os tipos de eczema encontrados foram: dermatite de contacto irritativa (DCI) (42%), dermatite de contacto alérgica (DCA) (27%), DCA+DCI (26%) e eczema desidrótico (ED) (11%). Em 70% dos casos as mãos estavam afetadas de forma isolada e nos restantes 30% havia atingimento de outras partes do corpo. A atopia foi encontrada em 42% dos doentes e os testes epicutâneos foram positivos em 54%. Não houve associação significativa entre a presença de atopia e os diferentes tipos de eczema ($p>0.05$).

Os alergénios mais prevalentes foram o sulfato de níquel (50%), dissulfureto de dialilo (15%), tiuram mix (10%), PPDA (10%), fragâncias mix (6%), cloreto de cobalto e crómio (5%).

Conclusões: O grupo etário mais implicado correspondeu ao mais ativo profissionalmente e o sexo feminino foi o mais afetado. A DCI foi o diagnóstico mais frequente seguido da DCA. A imersão frequente das mãos em água e o contacto repetido com sabões e detergentes nas ocupações referidas poderão ser os principais agentes envolvidos.

A presença de atopia não influenciou o tipo de eczema.

O sensibilizante mais frequente foi o níquel, substância que está difusamente presente no meio ambiente o que poderá contribuir para a perpetuação das lesões.

PO 27 – Prevalência de testes epicutâneos positivos para os metais na consulta de alergia cutânea no serviço de dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra nos anos 2013 e 2014A.Ciobanu¹, M Gonçalo², C Loureiro¹, A Todo Bom¹¹ Serviço de Imunoalergologia – CHUC, Coimbra, PORTUGAL² Serviço de Dermatologia – CHUC, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: O níquel (Ni), cobalto (Co) e crómio (Cr) são comumente responsáveis por testes epicutâneos positivos e por dermatite de contato alérgica, profissional ou não. São incluídos na maioria das séries básicas de alérgenos para testes epicutâneos. São frequentes reacções positivas concomitantes a vários metais, na maioria das vezes por co-sensibilização, devido à exposição simultânea a materiais contendo estes metais.

Objetivo: Determinar a prevalência e relevância dos testes positivos ao Ni, Co e Cr na população submetida a testes epicutâneos e avaliar a associação entre sensibilização a estes metais e atopia (rinite, asma, ou eczema atópico).

Método: Estudo retrospectivo avaliando os processos clínicos dos doentes que, durante 2013/14, efetuaram testes epicutâneos com a série básica de alérgenos na Consulta de Alergia cutânea do Serviço de Dermatologia de CHUC, que inclui o sulfato de níquel a 5% em vas, o cloreto de cobalto a 1% em vas e o dicromato de potássio a 0.5% em vas (Trolab[®]) com oclusão durante 48h em Finn chambers (Epitest Ld) ou câmaras IQ ultra (Chemotechnique, Vellinge, Sweden). Efetuam-se leituras no dia (D) 2 ou 3 e D5-D7, de acordo com as orientações do International Contact Dermatitis Research Group.

Resultados:

Total doentes	650
Género feminino	450 (73%)
Género masculino	159 (27%)
Doentes com reacção positiva a pelo menos um metal	175 (28,7%)
Género feminino	149 (85%)
Género masculino	26 (15%)
Idade média	42,1 \pm 17,8
Pacientes reactivos ao Ni	151 (71 %)
Pacientes reactivos apenas ao Ni	118
Pacientes reactivos ao Co	38 (17 %)
Pacientes reactivos apenas ao Co	7
Pacientes reactivos ao Cr	23 (12 %)
Pacientes reactivos apenas ao Cr	3
Pacientes reactivos apenas ao 1 metal	128(73%)
Pacientes reactivos a 2 metais	26 (14%)
Pacientes reactivos aos 3 metais	10 (7,4%)
Sem relevância clínica para a dermatose que motivou os testes	110 (62%)
Relevância clínica	65 (38%)
Causas detetadas:	
Adornos (brincos, colares, pulseiras)	42
Actividade profissional (construção civil)	6
Pulseiras dos relógios	5
Botões das calças	3
Óculos	1
Próteses dentárias ou ortopédicas	2
Cintos	4
Calçado	2
Atopia em doentes sensibilizados a metais	32,5%
Atopia em todos doentes testados	34,5%

Conclusão: A maioria dos doentes sensibilizados a metais foram do sexo feminino, provavelmente por uso de adornos que, até recentemente continham alguns dos metais em causa. Apenas 37,5% de doentes apresentaram relevância clínica actual. A atopia não está particularmente associada à sensibilização aos metais.

PO 28 – Urticária ao frio em 2 irmãs – Familiar ou casual?D Pina Trincão¹, M Paiva¹, E Finelli¹, S Prates¹, P Leiria Pinto¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital D. Estefânia, CHLC, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A urticária ao frio (UF) é um tipo de urticária física que é rara em idade pediátrica e de etiopatogenia predominantemente idiopática. As formas de UF familiar são excecionais, caracterizando-se pelo seu início precoce e envolvimento sistémico. Apresentamos dois casos de irmãs com UF.

Caso 1: TS, sexo feminino, 21 anos, saudável até aos 19 anos, altura em que inicia quadro caracterizado por aparecimento de lesões máculo-papulares pruriginosas, generalizadas, decorrentes da exposição a estímulos frios (ex.: água do mar, ar frio), com 2 a 3 horas de duração e cessação espontânea, sem lesão residual. Realizou teste do cubo de gelo (TCG) que foi fortemente positivo aos 5 minutos. Posteriormente, desenvolveu dois episódios de anafilaxia, caracterizados por síncope e urticária imediatamente após exposição a estímulo frio. Neste contexto, foi diagnosticada UF primária do tipo III. Iniciou prevenção com anti-histamínico de 2.ª geração, apresentando atualmente episódios esporádicos de edema das mãos após contacto com objetos frios.

Caso 2: CS, sexo feminino, 15 anos, seguida em consulta desde os 6 anos por asma e rinoconjuntivite alérgica. Aos 12 anos, iniciou episódios de lesões máculo-papulares pruriginosas, localizadas em áreas expostas a estímulo frio. TCG positivo aos 20', tendo sido diagnosticada urticária ao frio do tipo I. Iniciou profilaxia com anti-histamínico não sedativo, com controlo clínico. Em ambos os casos, as doentes não apresentaram clínica de febre ou artralgias concomitantes ao aparecimento das lesões de urticária.

Discussão: O diagnóstico de UF em 2 irmãs constitui motivo para realizar diagnóstico diferencial com formas familiares desta patologia. A ausência de sintomas sistémicos acompanhantes, o TCG positivo com reação imediata, bem como o início da clínica acima dos 10 anos e a boa resposta à terapêutica com anti-histamínico permitem excluir o diagnóstico de UF familiar.

PO 29 – Qual é o impacto económico da urticária crónica espontânea grave em Portugal? A perspetiva do serviço nacional de saúde e da sociedade portuguesaJ Carrasco¹, C Costa², M Gonçalo³, M Guilherme⁴, A Rodrigues Martins¹¹ Novartis Farma Produtos Farmacêuticos, S.A, Porto Salvo, PORTUGAL² Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa³ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra⁴ Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Introdução e objetivo do trabalho: A Urticária Crónica Espontânea (UCE) é uma doença com um grande impacto na qualidade de vida (QoL) e atividades de vida diária, no entanto o mesmo é frequentemente subestimado devido à sintomatologia de carácter transitório e ao baixo impacto na mortalidade. Na literatura existem estudos que quantificam o real impacto da UCE mas a nível nacional não existem dados que o permitam quantificar. Este trabalho teve com o objetivo analisar a utilização de recursos e quantificar o impacto da UCE grave (UAS7 > 28) na perspetiva do SNS e da Sociedade.

Metodologia: Desenvolveu-se um modelo de avaliação económica que permitisse quantificar a utilização de recursos e os custos associados ao tratamento da UCE grave. O modelo base representa a evolução natural da UCE e foi complementado com informação sobre a prática clínica Nacional. Para assegurar que a análise reproduzia a evolução natural dos doentes com UCE em tratamento, o modelo assume os dados clínicos do braço comparador do estudo GLACIAL no qual se descreve a evolução de um grupo de doentes com UCE a receber tratamento ativo. A prática clínica nacional foi caracterizada recorrendo a um painel de peritos (metodologia de Delphi com a colaboração da imunoalergologia e dermatologia) e recolheu dados sobre os procedimentos de diagnóstico e tratamento e sobre o impacto da UCE no doente (absentismo laboral), e respetivos custos para o SNS e Sociedade. O estudo avaliou o impacto associado à UCE considerando um horizonte temporal de 5 anos.

Resultados: Ao fim de 5 anos, o custo médio de tratamento de um doente com UCE grave pode ascender a €6.220 (€4.216 correspondem a custos diretos para o SNS e €2.004 a custos indiretos). Com base na análise estima-se que o custo médio anual de tratar um doente com UCE grave seja de €1.244/doente/ano.

Conclusões: O impacto associado à UCE grave em Portugal é elevado. Mesmo sem entrar em consideração com o impacto na QoL, a utilização de recursos e os custos de tratamento para o SNS e para a sociedade são muito elevados, podendo atingir valores comparáveis com o custo médio de tratamento de outras doenças como a diabetes (custo médio anual de €1.653,55/doente).

PO 30 – Défice de glucose 6 fosfatase: A importância do despiste de Imunodeficiência Primária (IP)M Batista¹, R Reis¹, J Neves², L Varela²¹ Hospital São Bernardo, Setúbal, PORTUGAL² Hospital Dona Estefânia, Lisboa, PORTUGAL

O défice de glucose 6 fosfatase resulta de mutações no gene G6PC3 e caracteriza-se por neutropenia congénita grave, infeções bacterianas recorrentes, trombocitopenia intermitente, circulação venosa superficial e anomalias congénitas cardíacas e urogenitais. O espectro fenotípico é amplo e engloba o Síndrome de Dursun que inclui outras manifestações mais raras como atraso no crescimento, hipertensão pulmonar primária (HPP) e dismorfismo facial minor.

Rapaz de 8 anos, pais consaguíneos, paquistanês. História de tosse produtiva com vários anos de evolução, dispneia para pequenos esforços e internamentos por infeções respiratórias e abscessos cutâneos. Má progressão estatura-ponderal e atraso no desenvolvimento psicomotor. Seguimento em consultas de Pediatria, Pneumologia e Cardiologia, destacando-se da investigação realizada: Insuficiência respiratória crónica parcial; Padrão obstructivo; HPP; Pansinusite; Cardiopatia com regurgitação tricúspide ligeira; Anemia microcítica, hipocrómica e suspeita de IP por Hipoglobulinemia IgM com linfopenia global e neutropenia intermitente, dismorfia facial, microcefalia e baixa estatura. Internamento por agudização da dispneia e agravamento de hipoxemia, sendo diagnosticado com Pneumonia intersticial a VSR e Haemophilus influenza. Medicado com salbutamol, aminofilina, metilprednisolona e cefuroxime. Realizou mielograma (medula hiperplásica) e biópsia pulmonar por minioracotomia (pulmão cinzento friável, fibrina aderente ao pulmão). Pós-operatório em isolamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, ventilado em VCPR. Hb 5.5gr/dl; leucopenia (900) com neutropenia grave (100), PCR 49.1. Fez concentrado eritrocitário, piperacilina/tazobactam e gentamicina, analgesia com alfentanil. Extubado em DI. Dependência de O2 e neutropenia severa persistente no internamento. Diagnosticado défice de glucose 6 fosfatase em contexto de S. de Dursun. Iniciou fator de estimulação de colónias de granulócitos (G-CSF) com melhoria clínica.

O défice de glucose 6 fosfatase deve ser considerado no diagnóstico diferencial da neutropenia congénita, dado que a ausência de tratamento pode ser fatal. O tratamento com G-CSF permite aumentar a contagem de neutrófilos, bem como prevenir infeções e melhorar a qualidade de vida dos doentes. Nos doentes com formas mais leves da doença é possível o controlo apenas com antibioterapia profilática, por outro lado o prognóstico é reservado nos doentes mais severamente afetados e que não respondem ao G-CSF.

PO 31 – Imunodeficiência comum variável: Uma outra face?L Amaral¹, N Santos¹, H Bastos², J Torres da Costa¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto, PORTUGAL² Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto, PORTUGAL

Introdução: A imunodeficiência comum variável (IDCV) é a imunodeficiência primária sintomática mais frequente em adultos. Associa-se habitualmente a uma maior predisposição para infeções, que podem apresentar-se com frequência e gravidade muito variáveis.

Objetivo: Caracterizar clínica e imunologicamente doentes com diagnóstico provável de IDCV, sem clínica significativa de infeções.

Metodologia: Análise retrospectiva com revisão dos processos clínicos dos doentes com IDCV seguidos em consulta de Imunodeficiências Primárias. Foram selecionados doentes sem clínica infecciosa significativa e sem necessidade de tratamento de reposição com gamaglobulina.

Resultados: Dos 15 doentes com diagnóstico provável de IDCV identificaram-se 3 (20%) que cumpriam os critérios de inclusão: **Caso clínico 1)** Sexo masculino, 55 anos, com hipogamaglobulinemia identificada aos 48 anos (IgG=101mg/dL, IgA=12mg/dL e IgM=14mg/dL), antecedentes de asma não alérgica diagnosticada aos 7 anos de idade e esplenomegalia homogénea. Referência a infeções de repetição na infância, incluindo otites e pneumonias, sem necessidade de internamento. Última pneumonia em 2006. Desde então apresenta infeções das vias aéreas superiores com necessidade de antibioticoterapia até 1x/ano.

Caso clínico 2) Sexo feminino, 30 anos, com hipogamaglobulinemia identificada aos 25 anos (IgG=238mg/dL; IgA<6mg/dL e IgM=53,1mg/dL), antecedentes de diarreia crónica e má evolução estatura-ponderal dos 3 meses aos 2 anos, hipertensão arterial idiopática desde os 21 anos e candidíase genital de repetição. Apresenta infeções das vias aéreas superiores com necessidade de antibioticoterapia até 1x/ano.

Caso clínico 3) Sexo masculino, 44 anos, com hipogamaglobulinemia identificada aos 39 anos (IgG=547mg/dL; IgA=58mg/dL e IgM=22mg/dL), antecedentes de pneumonite organizativa criptogénica, esplenomegalia homogénea e adenomegalias infracentimétricas generalizadas, tendo sido excluída causa secundária de hipogamaglobulinemia. Sem antecedentes infecciosos.

Conclusões: Apresentamos 3 doentes adultos que, durante o período de seguimento (>5 anos), não apresentaram infeções de relevo e consequentemente mantêm-se em vigilância sem tratamento de reposição com gamaglobulina. Esta evolução clínica não tem relação aparente com o perfil imunológico, nomeadamente com o grau de hipogamaglobulinemia.

PO 32 – Enterite em criança com imunodeficiência combinada grave (SCID)M Batista¹, R Reis¹, J Neves², L Varela²¹ Hospital São Bernardo, Setúbal, PORTUGAL² Hospital Dona Estefânia, Lisboa, PORTUGAL

As SCID são doenças raras que resultam de defeitos graves das células T e B e/ou NK, podendo apresentar-se com fenótipos diferentes de acordo com as linhas celulares afetadas. Os sintomas ocorrem normalmente nos primeiros meses de vida pelo que o diagnóstico precoce é fundamental para a implementação de terapêutica, tanto profilática, como dirigida às intercorrências, que podem ser fatais.

Rapaz de 7 anos. Familiares com morte por causa desconhecida antes do ano de vida. Antecedentes de estomatites, diarreia arrastada e má progressão estaturó-ponderal desde o primeiro ano de vida; pneumonia pneumocócica complicada de empiema aos 22 meses, altura em que é diagnosticado SCID hipomorfo. Linfopenia CD4 e CD8 naive. Células B e NK normais, proliferações a mitogénios normais, ausentes a antigénios. Confirmação genética de defeito ligado ao X aos 5 anos (defeito da cadeia gama comum). Iniciou terapêutica de reposição com IG e cotrimoxazol profilático.

Internado em hospital distrital por quadro de diarreia acompanhada de febre com 3 dias de evolução. Fez Ceftriaxone,

Metronidazol e Azitromicina. Ao 4.º dia de doença ficou apirético mas manteve diarreia (5-8 episódios/dia). Transferido ao 5.º dia para o HDE, apresentava à entrada gengivoestomatite e candidíase exuberantes. Iniciou Vancomicina, Fluconazol e Aciclovir. Hemoculturas, coproculturas, pesquisa de vírus e parasitas nas fezes e secreções nasofaríngeas negativos. Sangue: PCR EBV positiva, com carga viral negativa. Ao 6.º dia inicia dor abdominal e marcada distensão. Radiografia e Ecografia: “aerocolia marcada generalizada com edema parietal cólico, com ascite pura em volume moderado”. Transferido para a unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) ao 7.º dia, em pausa alimentar. Manteve restante terapêutica e iniciou Meropenem e Metronidazol. Pausa alimentar até D5 de internamento na UCIP. Fez nutrição parentérica até D11, alimentação entérica (neocate[®]) contínua de D5 até D8, depois bólus com tolerância. Dieta sem resíduos desde D13. Fez IGIV 1 g/Kg e Rituximab 375 mg/m². Durante o internamento manteve-se estável, diminuição lenta da aerocolia e distensão cólica. Ficou com EDA e colonoscopia agendada. Aguarda resultados da pesquisa de dador de medula óssea.

As manifestações clínicas das SCID incluem infeções graves e recorrentes nomeadamente a nível intestinal associados a estados de malabsorção e malnutrição importantes, cuja resolução implica muitas vezes internamentos prolongados.



PO 33 – Hiperplasia nodular regenerativa como complicação na imunodeficiência comum variávelR Duarte Ferreira¹, S Pereira da Silva¹, C Baldaia², L Correia², S Lopes da Silva¹, M Pereira Barbosa¹¹ Serviço de Imunoalergologia – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL² Serviço de Gastroenterologia – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: A hiperplasia nodular regenerativa (HNR) caracteriza-se pela formação de nódulos regenerativos que comprimem o parênquima hepático adjacente, veias centrais e portais, originando hipertensão portal (HTP) e, conseqüentemente, varizes esofágicas e esplenomegália. A HNR é a alteração hepática mais frequente na Imunodeficiência Comum Variável (IDCV), não estando esclarecida a sua etiopatogenia. Recentemente tem sido sugerida a associação da HNR com a presença de inflamação intestinal, frequente na IDCV, mediada pelo efeito de primeira passagem hepática, transportando células e mediadores inflamatórios provenientes da mucosa intestinal. Com este trabalho pretendeu-se investigar a relação entre a presença de enterite e o desenvolvimento de HNR nos doentes com IDCV seguidos no nosso centro.

Metodologia: Foi efetuada a colheita de dados de doentes com IDCV com base na revisão dos processos clínicos. Foram compilados dados referentes à presença de enterite (confirmada por biópsias intestinais) e relacionados com doença hepática e suas complicações (alterações laboratoriais, evidência endoscópica de varizes, evidência imagiológica de esplenomegália e biópsia hepática).

Resultados: Foram revistos processos de 56 doentes com IDCV, dos quais 40 (71,4%) apresentam clínica de enteropatia e confirmação histológica de inflamação intestinal de gravidade variável, justificando imunossupressão em 20. 14 doentes (25%) apresentam alterações laboratoriais sugestivas de doença hepática, em particular elevação da fosfatase alcalina, marcador mais sensível para HNR. 7 doentes (12,5%) apresentam evidência de HTP e em 6 (10,7%) foi efetuada biópsia hepática, compatível com HNR em todas as amostras. Todos os doentes com alterações laboratoriais/clínicas ou histologia hepática compatível com HNR, apresentavam enterite, salientando-se que os 6 doentes com HTP apresentavam formas moderadas a graves de enteropatia, encontrando-se sob imunossupressão.

Conclusões: A avaliação de doentes com IDCV em seguimento no nosso Centro apoia a existência de uma associação positiva entre HNR e fenótipos com enterite de maior gravidade. Nestes doentes, a HTP pode condicionar hiperesplenismo e citopénias, contribuindo para agravamento marcado do seu prognóstico. O esclarecimento desta associação poderá motivar a re-avaliação da atitude terapêutica em doentes com IDCV e enterite, justificando-se eventualmente uma intervenção mais precoce e a vigilância ativa de doença hepática.

PO 34 – Eczema grave em doente com suspeita de síndrome de hiper IGEI Terrahe¹, C Abreu¹, L Cunha¹, H Falcão¹¹ Unidade de Imunoalergologia, CHP, Porto, PORTUGAL

A síndrome de Hiper IgE (SHIGE), é uma rara e complexa imunodeficiência primária, caracterizada por níveis séricos elevados de IgE, defeitos intermitentes da quimiotaxia das células polimorfonucleares e da regulação imune. O eczema é frequente e pode ser primordial, podendo associar-se a infeções cutâneas e pulmonares recorrentes, assim como a distormosmos faciais. O diagnóstico é complicado pela variação individual significativa nas manifestações clínicas, assim como no espectro imunológico e nos defeitos genéticos heterogéneos. A dermatite associada à síndrome, é atribuída ao aumento de IgE, e embora o valor quantitativo desta não esteja aparentemente relacionado com a gravidade da doença, estão descritos alguns casos de melhoria com a utilização do anticorpo monoclonal humanizado anti-IgE (Omalizumab).

Descrevemos o caso de um jovem de 18 anos, com distormosmos faciais, antecedentes de asma e rinite alérgica, eczema grave generalizado desde os 7 anos, com múltiplas infeções recorrentes complicadas desde a infância. Por apresentar eczema grave resistente à terapêutica sistémica com ciclosporina, foi orientado para a consulta de Imunoalergologia. Do estudo imunológico destaca-se, eosinofilia periférica 1700 μ /l, IgE total 12790kU/L, estudo quantitativo e funcional dos linfócitos com diminuição franca das células B memória e quimiotaxia em valores “borderline”, diminuição dos CD27+ “switch” (IgD+) e não “switch” (IgD-) como descrito no SHIGE mas sem diminuição de Th17 contrariamente ao que acontece nos doentes com mutação da STAT3. Esta mutação foi de igual modo excluída, estando a aguardar a pesquisa de mutação TYK2. Realizou 1 ciclo de Omalizumab em 2013, encontrando-se atualmente a completar novo curso de 300mg via subcutânea quinzenalmente.

Resultados: Melhoria franca das lesões cutâneas, com diminuição do número e tamanho das mesmas.

Conclusão: À data, não existe tratamento específico para esta síndrome, devendo esta ser abordada de modo multidisciplinar, com objectivos focados no tratamento do prurido, da dermatite atópica, assim como na prevenção de infeções sistémicas. O uso de ciclosporina, corticoides orais, inibidores da calcineurina tópicos e a fototerapia, estão contraindicados, pelo que o diagnóstico de SHIGE deve ser excluído nos doentes com eczema grave com infeções recorrentes concomitantemente. O Omalizumab, foi usado neste caso, com resultados promissores, tendo este um papel fulcral, num doente com poucas opções terapêuticas.

PO 35 – Testes cutâneos por picada: concordância entre diferentes critérios de positividade

A M Pereira¹, L Araújo^{1,2,3}, A Sá-Sousa², M Couto¹, H Pité^{4,5,6}, T Jacinto¹, R Silva², M Morais-Almeida^{2,4,6}, L Delgado^{1,2,3,6}, J A Fonseca^{1,2,6,7}

¹ Unidade de Imunoalergologia, CUF Porto Instituto e Hospital, Porto, PORTUGAL

² CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

³ Serviço e Laboratório de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

⁴ Centro de Alergia, CUF-Descobertas Hospital, Lisboa, PORTUGAL

⁵ CEDOC, Departamento de Farmacologia, Nova Medical School, Lisboa, PORTUGAL

⁶ Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), Lisboa, PORTUGAL

⁷ Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

O critério de positividade nos testes cutâneos por picada (TCP) tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo. As recomendações de 2011 da EAACI sugerem a utilização do maior diâmetro da pápula ($D_{max} \geq 3\text{mm}$), substituindo a recomendação anterior de utilização do diâmetro médio ($D_{med} \geq 3\text{mm}$). Outras sugestões incluem a utilização da área da pápula ($A \geq 7\text{mm}^2$) e/ou o ajuste à histamina (AaH; Dreborg S, 2015).

Objetivo do trabalho: Avaliar a concordância entre quatro diferentes critérios de positividade de TCP – $D_{max} \geq 3\text{mm}$, $D_{med} \geq 3\text{mm}$, Área $\geq 7\text{mm}^2$ e AaH $\geq 50\%$ (área da pápula $\geq 50\%$ da área da histamina) – e descrever o impacto do critério usado na prevalência de atopia.

Metodologia: Foram selecionados os indivíduos que fizeram TCP no estudo ICAR (Impacto e Controlo da Asma e Rinite; PTDC/SAU-SAP/119192/2010) e não apresentavam limitações à sua interpretação (e.g. dermatografismo, histamina não reativa...). Cada indivíduo testou até 30 alérgenos, histamina e controlo negativo. As áreas e perímetros das pápulas foram medidas por planimetria usando o programa PrickFilm2006v3® (Immunotek, Madrid, Espanha). Atopia foi definida como presença de pelo menos um TCP positivo. A concordância foi avaliada com a estatística kappa; as comparações entre as prevalências de atopia usando as várias definições testadas foi feita com os testes de McNemar e Q de Cochran para amostras emparelhadas.

Resultados: Foram incluídos 760 indivíduos com pelo menos 10 alérgenos com medições válidas, num total de 21131 TCP individuais. A proporção de TCP positivos variou entre 9,7% (AaH50%) e 11,3% (D_{max}). Dois por cento dos TCP ($n=463$), tinham pelo menos 2 classificações discordantes. A concordância mais elevada observou-se entre os critérios D_{max} e Área ($k=0,975$; $p<0,001$), sendo a concordância mais baixa entre os critérios D_{med} e AaH50% ($k=0,889$; $p<0,001$). Na avaliação de atopia, dependendo do critério usado, verificou-se uma prevalência entre 54,1% (AaH50%) e 57,1% (D_{max} ; p para a diferença global $<0,001$). O critério D_{max} apresentou uma prevalência significativamente mais elevada do que os critérios D_{med} (55,9%) e AaH50% ($p=0,004$ e $<0,001$, respetivamente), mas não significativamente diferente do critério Área (56,6%; $p=0,125$).

Conclusões: A prevalência de atopia variou de forma significativa de acordo com o critério usado para definir positividade dos testes cutâneos por picada.

PO 36 – Prurido cutâneo crónico com uma causa rara e inesperada

C Ribeiro¹, M Pereira², E Faria¹, G Calado¹, D Machado¹, A Todo-Bom¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, CHUC, Coimbra, PORTUGAL

² Serviço de Hematologia, CHUC, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: O Prurido cutâneo crónico é um sintoma dominante das doenças cutâneas, embora também seja uma característica de muitas doenças sistémicas, podendo ser o sintoma clínico inaural e, muitas vezes, o sintoma maior da doença.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino, 56 anos, seguido em Consulta de Imunoalergologia desde 2010 por prurido cutâneo crónico sem lesão. Tinha sintomas há 4 anos de prurido generalizado, diário, sem o aparecimento de lesões cutâneas ou outros sintomas sistémicos, apenas em relação com sudação e o banho, sem outros fatores desencadeantes ou dermatografismo. Alívio parcial com anti-histamínicos orais, além de cremes emolientes e antipruriginosos. Antecedentes pessoais de cirurgia ORL e excisão de adenoma viloso do sigmóide com displasia de baixo grau em 2009. Realizou estudo complementar geral que não revelou alterações: hemograma, bioquímica, VS, imunoglobulinas, autoimunidade, fatores do complemento, proteinograma eletroforético, fator reumatóide, beta 2-microglobulina, anti-estreptolisina O, crioglobulinas, hormonas da tiróide, marcadores tumorais, serologias, exame parasitológico de fezes, testes cutâneos de alergia por picada a aeroalérgenos e alimentos, teste do soro autólogo, radiografia dos seios perinasais, TAC tórax de alta resolução. A endoscopia digestiva alta: mostrou quadro ligeiro/moderado de gastrite superficial crónica, sem outras alterações gástricas, esofágicas ou duodenais; biópsia gástrica: mucosa do corpo gástrico sem fenómenos inflamatórios, nem colonização por *H. pylori*; videocolonoscopia: hemorróidas pouco congestivas, de pequenas dimensões. A prova cutânea intradérmica com metacolina foi positiva, sugerindo tratar-se de prurido colinérgico, sem outra causa identificável. Em 2014, por apresentar leucocitose e eritrocitose persistentemente elevadas nos hemogramas de ambulatório, foi referenciado à Consulta de Hematologia do CHUC, tendo sido diagnosticada Policitemia Vera. Após a realização da primeira flebotomia verificou-se regressão completa do prurido. Realiza flebotomias mensais, apresentando prurido ligeiro nos dias antecedentes. Atualmente sem necessidade de anti-histamínicos.

Conclusão: Este caso ilustra o impacto do prurido cutâneo crónico na qualidade de vida deste doente e sublinha a importância da investigação diagnóstica mantida, dado que, neste caso, as manifestações clínicas de Policitemia Vera só tiveram início vários anos após o início de prurido.

PO 52 – Broncodilatação na espirometria em idade pré-escolar

I Mota¹, F Benito-Garcia¹, I Almeida¹, L Pimenta¹, S Matos¹, M Morais-Almeida¹, L M Borrego^{1,2}

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

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

Introdução: A espirometria é utilizada para confirmar o diagnóstico e para monitorização da asma brônquica, sendo exequível em idade pré-escolar (PE), não existindo consenso quanto ao critério de positividade para a prova de broncodilatação (PB) nesta faixa etária. Num trabalho nacional foi proposto um cut-off de 14% para o FEV_{0.75}, em crianças asmáticas versus controlos saudáveis. Encontra-se por definir a importância da prova de broncodilatação isolada para a distinção de asma brônquica (AB) em relação a quadros de tosse crónica (TC) ou sibilância recorrente não atópica (SR), na prática clínica diária.

Objetivos: Avaliar o poder discriminativo da PB para suportar o diagnóstico clínico de AB em relação a SR e TC.

Métodos: Foram analisadas todas as espirometrias animadas com PB positiva (variação de FEV_t >=14%) realizadas em 2014 no Hospital CUF Descobertas. Estes dados foram correlacionados com avaliação clínica passados mais de 6 meses da realização da espirometria, sendo as crianças distribuídas em 3 grupos: AB, SR e TC.

Resultados: Incluíram-se 64 crianças (mediana etária 4 (2;5) anos, 59% género masculino), das quais 34 com AB, 15 com SR e 15 com TC. Considerando os valores FEV_{1/0.75} basais verificou-se a existência de uma associação entre a presença de valores basais compatíveis com obstrução e AB (15/34) comparativamente a outros diagnósticos (p=0,026 para FEV₁ e p=0,030 para FEV_{0.75}; teste de Chi-quadrado); 100% das crianças com TC apresentaram espirometria basal normal e 7% das crianças com SR tinha valores inferiores à normalidade. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos valores de variação percentual de FEV_{1/0.75} na prova de broncodilatação, entre os três grupos (p>0,05, teste de Kruskal-Wallis).

Conclusões: A PB não deve ser valorizada isoladamente para estabelecer o diagnóstico de asma. São necessários mais estudos, com um maior número de crianças, de modo a aferir o valor preditivo positivo da PB para o diagnóstico de AB em idade pré-escolar.

SESSÃO DE POSTERS IV

Data: 10 de Outubro

Hora: 08:30 às 10:00

Local: Sala 3

Moderadores: Ana Célia Costa, José Geraldo Dias, Pedro Martins

PO 37 – Complicação incomum de indução de tolerância ao leite

L Brosseron¹, A Reis Ferreira¹, J P Moreira da Silva¹

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

Introdução: A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais prevalente nos primeiros anos de vida. A maioria das crianças adquire tolerância ao longo dos anos, mas em alguns casos pode persistir até à idade adulta. Recentemente, a indução de tolerância oral ao leite tem sido tentada em doentes selecionados com elevado risco de exposição acidental e anafilaxia.

Caso clínico: Jovem de 18 anos com asma, rinoconjuntivite e alergia grave IgE-mediada às proteínas do leite de vaca. Os primeiros sintomas de APLV surgiram aos 2 meses de idade, tendo iniciado fórmula de soja aos 5 meses. Foi referenciada ao nosso serviço aos 17 anos. Referia sintomas com a inalação e contacto indirecto, assim como história de várias reações anafiláticas resultantes de exposições acidentais, com repercussão importante na qualidade de vida. Os testes cutâneos por picada e as IgEs específicas foram positivas para gramineas, oliveira, leite (60,1 UK/l), caseína (66,20 UK/l), lactoalbumina (8,14 UK/l) e lactoglobulina (7,66 UK/l). Após assinar o consentimento informado, foi submetida a um protocolo de indução de tolerância oral em hospital de dia, atingindo uma dose diária de 4ml após 5 dias. Durante o procedimento apresentou eritema generalizado em D2 e anafilaxia (triptase 18,4ug/L) em D4, que reverteu rapidamente após administração de adrenalina SC. Cinco dias após atingir a dose de manutenção, iniciou queixas de náuseas e disfagia com agravamento progressivo para impactamento alimentar. Foi submetida a uma endoscopia digestiva alta com biópsias esofágicas cuja histologia demonstrou >50 eosinófilos/cga, sugerindo o diagnóstico de esofagite eosinofílica (EoE). A ingestão de leite foi imediatamente interrompida e iniciado tratamento com um ciclo de corticosteroides orais e inibidor da bomba de prótons, verificando-se a resolução completa dos sintomas em menos de uma semana. Oito meses depois mantém-se assintomática sob restrição total de proteínas de leite de vaca.

Conclusão: Nos últimos anos, a esofagite eosinofílica tem sido descrita associada a alergia alimentar IgE-mediada e como complicação da imunoterapia oral. Especialmente em idades mais precoces, quando os sintomas de EoE são inespecíficos e difíceis de valorizar, deve considerar-se esta possibilidade nos doentes submetidos a procedimentos de indução de tolerância.

PO 39 – Etiologia rara de anafilaxia no adultoR Câmara¹, RM Fernandes¹, F Sousa¹, S Oliveira¹¹ Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal, PORTUGAL

Introdução: As condições sócio económicas associadas à localização geográfica e às condições ambientais definem, em determinado momento, o padrão de sensibilização alimentar numa população. A sensibilização a vários alimentos da mesma família taxonómica é comum. Confirmada a alergia a um alimento, a avaliação da sensibilização aos outros alimentos relacionados pode estar indicada. O resultado positivo para um alimento da mesma família pode representar reactividade cruzada imunológica – sensibilização a proteína homóloga sem tradução clínica – mais comum do que a reactividade cruzada com tradução clínica. A monossensibilização com tradução clínica grave é ainda menos frequente.

Métodos: Os autores descrevem cinco casos clínicos de adultos do sexo feminino com anafilaxia de etiologia pouco frequente estudados e diagnosticados na consulta de Imunoalergologia desta instituição.

Resultados:

Conclusão: Com a introdução de dietas cada vez mais complexas, com número elevado de ingredientes, é cada vez mais difícil a investigação diagnóstica da alergia alimentar. Só a história clínica detalhada permite orientar o diagnóstico etiológico, diminuindo assim a necessidade de exames complementares de diagnóstico que poderiam ser utilizados nessa investigação, no entanto a determinação dos alergénios alimentares para estes alimentos poderá ser benéfico na orientação destes doentes.

	Alimentos suspeitos	RP	Clínica	TCP	PPn / PPc	PPn/PPc	IgE	IgE	DIAG.
					ASS	ARC	ASS	ARC	
1	Leite	N	GI/R/MC	AE (+)					RA
	Ervilha	S		PLV (-) Amendoim(-)	NR/Ervilha (+)	NEG	NEG	NR	AA
2	Alho	S	GI/R/MC	AE (-)	Tremoço (+) / NR	NR	NEG	NR	AA
	Salsa	S			Alho (-) / NR				
	Tremoço	S			Salsa (-) / NR				
3	Camarão	S	GI/R/MC	AE(+) camarão(-)	Camarão (-)	NEG	NEG	NEG	RA
	Pimentão	S		Tropomiosina (-)	Pimentão (+)	NEG	NR	NEG	AA
4	Leite	N	GI/R/MC	AE (-)	NR	NR	NEG	NR	RL
	Ovo	S		PLV (-)	NR	NR	NEG	NR	AA
	Cogumelo			OVO (-)	Cogumelo (+) / (+)				
5	Erva aromática	S	GI/R/MC	AE (+)	Orégãos (+) / NR	NEG	NR	NR	RA AN

Tabela 1 – Descrição dos casos clínicos e exames complementares

RP – reprodutibilidade; GI – gastrointestinais; R – respiratórias; MC – mucocutâneas; TCP- Teste Cutâneo Picada; AE – aeroalergenos; PLV- proteínas de leite de vaca; PPn – Prick/Prick natura; PPc – Prick/Prick alimento cozinhado; AS – Alimento suspeito; NR – Não realizado; NEG – negativo; POS – positivo; ARC – Alimentos com reactividade cruzada. RA – rinite alérgica; AN – anafilaxia; RL – rinite local.

PO 40 – Do laboratório à clínica – Alergia a frutos secos e amendoim numa amostra de doentes estudados com Immunocap ISAC®

E. Finelli¹, S. Prates¹, P. Leiria Pinto¹

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

Introdução e objectivos: Immunocap ISAC® (ISAC) é um método diagnóstico de medição IgE específicas para componentes moleculares que inclui 20 alérgenos de frutos secos e amendoim (FSA). Procurámos caracterizar do ponto de vista clínico uma amostra de doentes com alergia alimentar a FSA (AFSA) que tinham sido estudados com o ISAC.

Métodos: Estudo transversal dos doentes que realizaram o ISAC entre 2012 e 2014, tendo sido seleccionados os casos com positividade para componentes alérgenos de FSA (n=32) e o critério de inclusão para o estudo foi a presença de AFSA.

Resultados: Foram incluídos 14 doentes, com idade média 23,7 anos (57% do sexo masculino). Observaram reacções maioritariamente de grau ligeiro, com sintomas mucocutâneos (n=10), síndrome de alergia oral (n=6), respiratórios (n=2) e gastrointestinais (n=2); 2 doentes manifestaram anafilaxia (1 c/ noz e 1 c/ amendoim). 11 (78,5%) tinham realizados testes cutâneos por picada (TCP) para FSA, sendo que todos apresentavam pelo menos uma positividade (mínimo 1, máximo 6; média 4,3 FSA positivos). As positivities mais frequentemente encontradas foram, nos TCP, amendoim (9), noz (7), avelã (6) e pistacho (5), no ISAC, noz (12), amendoim (10) e avelã (5). No que diz respeito aos padrões de sensibilização molecular nos doentes com AFSA, a maioria estava sensibilizada a LTPs (8), às proteínas de armazenamento (6) e em apenas 1 caso observou-se sensibilização a PR-10. A evicção alimentar para todos os FSA foi mantida em 10 doentes (71,4%); contudo na maioria dos casos sem prova de provocação oral (PPO) ou reacção documentada para confirmação diagnóstica. Quanto à tolerância oral, em 4 casos (28,5%) foi confirmada por PPO ou ingestão habitual assintomática, com um número de FSA variável entre 1 e 2.

Conclusões: Na nossa amostra foi encontrada AFSA em 43,7% dos doentes com componentes moleculares para FSA positivos. Noz e amendoim foram os FSA mais frequentemente envolvidos. As manifestações clínicas descritas foram, na maioria dos casos, ligeiras; as reacções anafiláticas foram raras. 4/14 dos doentes tolera outros FSA, sendo que os restantes não foram investigados neste sentido. Provavelmente uma maior percentagem poderá tolerar alguns FSA, sendo útil a realização de PPO.

PO 41 – Um caso de anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos

C. Cruz¹, I. Didenko¹, A. P. Pires¹, F. Inácio¹

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

Introdução: A anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos é um tipo particular de anafilaxia de exercício caracterizada pelo desenvolvimento de uma reacção alérgica sistémica desencadeada pelo exercício quando este é efetuado nas primeiras duas horas após a ingestão alimentar. Quando existe um alimento específico envolvido, a sua ingestão é tolerada na ausência de exercício, o que permite distinguir esta síndrome da alergia alimentar. Descreve-se um caso de anafilaxia induzida por exercício dependente da ingestão de maçã.

Caso clínico: Trata-se de uma doente de 15 anos, sem história pessoal de atopia, admitida no Serviço de Urgência por episódio de anafilaxia após 5 minutos de treino de aquecimento de voleibol, referindo a ingestão de uma maçã vermelha uma hora antes do início do treino. Os testes cutâneos por picada com extratos comerciais foram positivos para pele de maçã (diâmetro médio da pápula: 5 mm), pele de pêssego (6 mm) e cereja (6 mm). Os testes cutâneos prick-prick foram positivos com cereja (pele 5,5 mm; polpa 3,5 mm), pêssego (pele 3,5 mm, polpa 3 mm) e maçã (pele 3 mm). Os doseamentos de IgE específica foram positivos para ameixa (0,49 kUA/L), cereja (1,73 kUA/L), maçã (1,07 kUA/L), pêra (0,38 kUA/L), pêssego (2,23 kUA/L) e rPru p 3 (3,45 kUA/L). A prova de provocação oral (PPO) com maçã vermelha foi negativa, assim como com pêssego e cereja. A doente pratica regularmente exercício físico intenso, sem qualquer reacção. Não foi realizada PPO com exercício após ingestão de maçã não só por motivos éticos mas também por os pais da doente não concordarem com a sua realização.

Discussão: A positividade dos testes cutâneos e a elevação dos níveis séricos de IgE específica confirmam a reacção IgE-mediada à maçã. O alérgeno molecular presumivelmente implicado será a LTP, dado que a doente apresenta sensibilização a vários frutos da família das rosáceas e o doseamento de IgE específica a rPru p 3 foi positivo. A exclusão de alergia alimentar foi demonstrada pela PPO negativa com maçã. Foram dadas indicações à doente no sentido de não praticar exercício nas 4 a 6 horas após ingestão de frutos da família das rosáceas, assim como para suspender imediatamente o exercício físico perante quaisquer sintomas prodrómicos, utilizar imediatamente o kit de adrenalina de auto-administração de que é portadora e recorrer a um Serviço de Urgência.

PO 42 – Alergia ao morango por sensibilização a nSLTPS?A Moreira¹, I Rezende², H Falcão², L Cunha²¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE, Vila Nova Gaia, PORTUGAL² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

Introdução: Os frutos da família das Rosaceae são amplamente consumidos e causa de alergia alimentar com prevalência crescente. Cerca de 50% dos doentes alérgicos a um fruto da família Rosaceae podem ter reatividade clínica com outros frutos da mesma família botânica. Pelo contrário, a alergia aos frutos da subfamília Rosoideae tem sido relatada raramente.

Caso clínico: Mulher de 22 anos de idade com antecedentes pessoais de rinoconjuntivite alérgica aos pólenes. Observada na Consulta de Imunoalergologia do CHP por, após contato cutâneo com xarope Bisolvon infantil aroma morango[®] (cloridrato de bromexina), ter apresentado de forma imediata prurido, eritema e angioedema palmar, cervical, nos membros superiores e tórax. Desde os 20 anos de idade referia ainda queixas de síndrome de alergia oral 5 minutos após ingestão de morango, cereja, pêssego, banana e ananás. Os testes cutâneos por picada foram positivos para gramíneas, ervas (ambrosia), morango, pêssego (pele), e LTP, tendo sido negativos para profilinas e banana. Foram realizados testes cutâneos por picada-picada positivos para morango, pêssego (pele e casca), casca banana e negativos para polpa de banana e ananás. Os valores de IgE específica foram positivos para múltiplas gramíneas, morango (5,99kUA/L) pêssego (6,36 kUA/L), banana (0,69 kUA/L), ananás (0,95 kUA/L), Prup3 (8,18 kUA/L) e Cora8 (2,32 kUA/L), tendo sido negativos para Phl p 12, rPru p 4 e rHev b 8. O teste de desgranulação dos basófilos foi positivo após estimulação com pêssego. Realizou-se também teste cutâneo por picada com o fármaco suspeito que foi negativo e a doente recusou a realização de provocação por contato cutâneo. Aguarda-se resultado de immunoblotting com teste de inibição.

Conclusão: Os resultados apresentados são compatíveis com alergia alimentar por sensibilização a nSLTPS e a vários frutos da família das Rosaceae, incluindo o morango da subfamília Rosoideae, uma situação descrita raramente.

PO 43 – Alergia às proteínas do leite de vaca no adulto: Uma apresentação incomumM Sousa¹, A Reis Ferreira, Jp Moreira Silva¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho-E.P.E., Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Objectivo do trabalho: A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais frequente nos primeiros anos de vida e habitualmente resolve durante a infância. A APLV na idade adulta é rara e os mecanismos de sensibilização não são conhecidos. Relata-se o caso de um adulto, 24 anos, previamente saudável, com desconforto abdominal e náuseas durante o exercício físico e agravamento progressivo das queixas para dor abdominal e vômitos, com 3 meses de evolução. Sem manifestações mucocutâneas, respiratórias ou cardiovasculares associadas. Os sintomas resolviam espontaneamente em poucas horas. Posteriormente, sintomas reprodutíveis minutos após a ingestão de leite de vaca (LV), previamente tolerado, sem associação com exercício. Quando questionado sobre a ingestão de alimentos com o exercício, referiu a ingestão de suplemento para aumento da massa muscular, desde há 2 anos. Este suplemento consiste num concentrado de proteínas do LV e de proteínas do soro (Caseína, Lactoalbumina, Lactoglobulina). Posteriormente, referiu rinoconjuntivite quando preparava o suplemento. Suspendeu este suplemento e iniciou outro 100% vegetal com boa tolerância. Quando iniciou sintomas de alergia oral com iogurte e queijo, iniciou evicção estrita de LV.

Métodos: Foram realizados testes cutâneos por picada (TCP) com extractos comerciais, por picada-picada (TCPP) com os alimentos suspeitos e níveis de IgE específica (sIgE) (ImmunoCAP Thermofisher[®]). Foi realizado teste respiratório do hidrogénio no ar expirado para diagnóstico de intolerância à lactose, mas recusou realização de prova de provocação com LV e de endoscopia digestiva.

Resultados: Os TCP foram positivos para LV, Lactoalbumina, Lactoglobulina, Caseína, e negativo para carne de vaca. Os TCPP foram positivos para LV, suplemento proteico de LV, e negativo para o suplemento vegetal. IgE específica para LV foi 18.20 UK/l, 12.80 UK/l para Lactoglobulina, 10.50 UK/l para Lactoalbumina, e 0.08 UK/l para Caseína. O teste de intolerância à lactose foi negativo.

Conclusão: Os resultados sugerem APLV IgE mediada. Este parece ser o primeiro caso possivelmente relacionado com um suplemento para aumento da massa muscular. A apresentação de grandes quantidades de proteínas alteradas ao tracto gastrointestinal (TGI), assim como o aumento da permeabilidade intestinal durante o exercício, podem favorecer a sensibilização. O uso generalizado destes suplementos pode aumentar a prevalência de APLV na idade adulta.

PO 44 – Anafilaxia e risco cardiovascular: Um caso clínico de síndrome de KounisL Carneiro-Leão¹, L Amaral¹, A Coimbra¹, JL Plácido¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João E.P.E., Porto, PORTUGAL

Introdução: O Síndrome de Kounis, ou Doença de Hipersensibilidade Coronária, caracteriza-se pela simultaneidade de anafilaxia e síndrome coronário agudo (SCA) e pode manifestar-se em doentes sem factores de risco cardiovascular (tipo I), em doentes com factores de risco cardiovascular (tipo II) ou por trombose de stent coronário (tipo III). Trata-se de uma entidade pouco conhecida e potencialmente subdiagnosticada, cujo tratamento inadequado pode originar morbimortalidade importante.

Descrição do caso: Empregada doméstica de 66 anos, seguida em Imunoalergologia por alergia a veneno de abelha, sob imunoterapia específica há 4 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 insulinotratada, hipertensão e artrite reumatóide. Em outubro de 2014 foi picada por inseto, que identificou como vespa, e apresentou de imediato mal-estar, lipotímia, angioedema da língua, dispneia, dor retroesternal com irradiação para o membro superior esquerdo e náuseas. Administrou autoinjector de adrenalina IM 0,3mg e ebastina 40 mg. À observação no local pela VMER encontrava-se hemodinamicamente estável, dispneica e com SpO₂ de 88% em ar ambiente. Melhorou progressivamente durante o transporte para o SU, onde permaneceu assintomática e não foi medicada. Teve alta após 2 horas, sem doseamento da triptase sérica.

Uma hora mais tarde recorreu novamente ao SU por reaparecimento da dor torácica, agora com irradiação dorsal, hipersudorese e náuseas e confirmou-se enfarte agudo do miocárdio (EAM) sem supradesnivelamento ST (Troponina I: 0,364ng/ml). A doente foi internada na UCI de Cardiologia e submetida a cateterismo cardíaco de diagnóstico, que revelou doença grave de 3 vasos, e a cateterismo de revascularização, com colocação de stents revestidos.

Conclusão: Este caso é compatível com diagnóstico clínico de S. Kounis. Enfatiza-se a importância de uma adequada vigilância após anafilaxia, que permite não só a deteção e tratamento precoce de eventuais reacções bifásicas, mas também de outros eventos associados à anafilaxia, particularmente em doentes com risco cardiovascular acrescido.

PO 45 – Anafilaxia num serviço de urgência pediátricaB Kong Cardoso¹, A Filipa Mota¹, E Tomaz¹, F Jordão¹, L Caturra¹, F Inácio¹¹ Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: A caracterização epidemiológica da anafilaxia é dificultada pelo seu subdiagnóstico e subnotificação. Não obstante, há dados que indiciam um aumento da incidência, nomeadamente em crianças, tornando imperioso que o seu reconhecimento e abordagem sejam aperfeiçoados, sobretudo em situações de emergência. Os autores pretenderam determinar a frequência de crianças admitidas por anafilaxia num Serviço de Urgência Pediátrica Hospitalar (SUPH) e analisar a instituição da terapêutica de eleição da anafilaxia (adrenalina), a notificação e o encaminhamento após a alta.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos processos clínicos das 38.978 crianças admitidas num SUPH entre 1/1/2010 e 31/12/2014, num total de 188.172 episódios.

Resultados: Nos processos analisados, identificaram-se 27 episódios de anafilaxia em 24 crianças. A incidência de anafilaxia foi de 62/100.000 em 5 anos, tratando-se de um 1.º episódio em 10 crianças. A opção terapêutica foi: 93% antihistamínicos, 89% corticóides, 70% O₂ suplementar, 59% adrenalina, 44% salbutamol inalado e 27% soro fisiológico.

Dez episódios resultaram em internamento e nenhum caso foi fatal. Onze crianças foram referenciadas à consulta de imunoalergologia. O dispositivo de autoadministração de adrenalina foi prescrito a 3 crianças à data da alta e a 5 em consulta posterior.

Onze crianças tinham notificações no sistema informático do SUPH e apenas 3 no da consulta.

Conclusões: Os resultados do presente estudo indicam que a anafilaxia será uma causa rara de recurso ao SUPH (de acordo com as codificações usadas) e a mortalidade será baixa. No entanto deve considerar-se uma possível dispersão da codificação com eventual subavaliação do problema. Apenas em 59% dos casos foi administrada adrenalina, defendendo a boa prática clínica o seu uso precoce em todos os casos.

Verificou-se um número reduzido de notificação informática de alergia (45,8% no SUPH e 12,5% no internamento/consulta externa), uma deficiente comunicação entre os sistemas informáticos, dificultando a acessibilidade dos profissionais de saúde às notificações, com perda de informação e ainda uma taxa reduzida de prescrição do dispositivo de autoadministração de adrenalina. Estas situações poderão aumentar o risco de repetição de episódios e diminuir a eficácia do seu controlo.

Menos de metade das crianças foram referenciadas à consulta de imunoalergologia, impossibilitando uma abordagem diagnóstica e instituição de estratégias de prevenção/tratamento adequadas.

PO 46 – Da urticária à anafilaxia: Quando o frio é o desencadeante!

J. Cosme¹, A Lopes¹, J Bruno Soares¹, A Spínola Santos¹, M Pereira Barbosa^{1,2}

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

² Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A urticária ao frio é uma patologia rara em idade pediátrica, frequentemente idiopática, que surge em resposta à exposição ao frio. A clínica é variável, podendo apresentar-se, na sua forma mais grave, como anafilaxia.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 14 anos, com rinite alérgica persistente moderada. Referenciada à consulta de Imunoalergologia por múltiplos episódios de perda de consciência desde há 2 anos, após imersão em água de mar. Mais recentemente, descrevia um episódio de perda de consciência após banho de mar seguido da ingestão de um iogurte de banana-morango; e outro episódio após algum de tempo de exposição ao vento frio. Ambos os episódios foram precedidos pelo aparecimento de lesões, máculo-papulares eritematosas e pruriginosas, inicialmente localizadas aos membros inferiores com posterior generalização, apresentando resolução rápida e espontânea. Há cerca de 2 meses apresentou angioedema do lábio e do 1.º dedo da mão, respectivamente, após ingestão de gelado e contacto com copo com bebida fresca. Negava relação das queixas com exercício físico ou com ingestão de outros alimentos. Sem alterações ao exame objectivo. Avaliação cardiológica sem patologia morfológica ou funcional. Laboratorialmente salienta-se serologias (CMV, EBV e Mycoplasma pneumoniae) e pesquisa de crioglobulinas negativas. Teste do cubo de gelo mostrou, na face anterior do antebraço, uma pápula pruriginosa (10x15 cm), com halo eritematoso, aos 5 minutos. Foi estabelecido o diagnóstico de urticária/anafilaxia induzida pelo frio. Recomendou-se evicção da exposição ao frio, iniciou-se terapêutica com desloratadina 5 mg/dia (10mg/dia, se exposição ao frio) e foi prescrito dispositivo para auto-administração de adrenalina. Atualmente, mantém queixas de angioedema e urticária após exposição ao frio, sem novos episódios de lipotímia. Tolerava banho em piscina de água aquecida e ingestão de bebidas frescas. Repetiu teste do cubo de gelo sob anti-histamínico com pápula pruriginosa (5x5 cm), com halo eritematoso, aos 10 minutos.

Conclusões: A urticária ao frio pode estar associada a uma grande variedade de desencadeantes (ingestão de bebidas/alimentos frios, imersão em água fria, exposição a vento ou superfícies frias). Este caso ilustra a importância de um diagnóstico correto para a implementação das medidas necessárias de evicção e de prevenção com anti-histamínico, sendo mandatório a prescrição de um dispositivo de auto-administração de adrenalina.

PO 47 – Factores confundentes na anafilaxia – Caso clínico

R. Fernandes¹, I Carrapatoso¹, E Faria¹, C Pereira¹, A Todo-Bom¹

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

Descrição do caso: Adolescente de 15 anos referenciada à consulta para estudo de episódios recorrentes de reação sistémica com manifestações gastrointestinais (GI) exuberantes, sem identificação de factores desencadeantes. Os 2 últimos episódios de anafilaxia ocorreram ao 6.º dia da toma de amoxicilina+ácido clavulânico. Em todos estes recorreu ao serviço de urgência e fez corticoterapia endovenosa. Referia períodos prolongados de dejectões diarreicas desde a 1.ª infância, de predomínio pós-prandial, não relacionando com a ingestão de um alimento específico. Foi prescrita adrenalina auto-injectável e fornecido plano de emergência.

Métodos: Foram realizados testes cutâneos (TC) de alergia e doseamento de IgE específica (sIgE) a aero-alergénios, alergénios alimentares e TC intradérmicos (TC-ID) a PPL, MDM, amoxicilina e amoxicilina+ácido clavulânico. Avaliação analítica com doseamento de auto-anti-corpos (Ac), endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsias e fenotipagem HLA foi realizada para exclusão de doença celíaca (DC). Foi também realizada prova de provocação oral (PPO) a fármacos.

Resultados: os TC e o doseamento de sIgE não revelaram presença de alergia mediada por IgE a nenhum dos alimentos testados. Os TC-ID evidenciaram sensibilização a MDM, tendo realizado PPO a cefuroxime com tolerância. O estudo de auto-imunidade foi positivo para Ac anti-Gliadina deaminada IgG; a fenotipagem HLA foi positiva a HLA DQ2, levantando a suspeita de DC. Iniciou dieta sem glúten com melhoria clínica significativa e foi referenciada a consulta de Gastroenterologia. Realizou EDA e biópsia, não tendo a anatomia patológica da mucosa intestinal revelado alterações.

Conclusão: A alergia a beta-lactâmicos foi o agente causal da anafilaxia nesta doente. Os resultados analíticos e histológicos não suportam o diagnóstico de DC. No entanto, a melhoria sintomática com a dieta leva-nos a pensar que o glúten é o responsável pela sintomatologia, não por um mecanismo auto-imune ou mediado por IgE mas por outro. Parece tratar-se de um caso de intolerância ao glúten não celíaca. No caso vertente, as queixas GI inicialmente interpretadas no contexto de anafilaxia constituíram o factor confundente, mas o presente estudo identificou outra patologia concomitante.

PO 48 – Anafilaxia num serviço de urgência de um hospital centralR Fernandes¹, I Patrício², A Rodrigues²¹ Serviço de Imunoalergologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL² Serviço de Medicina Interna B – Hospital Geral – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: Anafilaxia é uma reacção alérgica ou de hipersensibilidade aguda e potencialmente fatal, envolvendo a libertação de mediadores inflamatórios. É definida por vários sinais e sintomas que, sozinhos ou em combinação, se podem estabelecer minutos a horas após exposição ao alérgeno. Com este trabalho os autores pretendem caracterizar a população com anafilaxia que recorreu ao serviço de urgência (SU) de um Hospital Central num período de 10 anos.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com alta do SU do Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2014. Pela imprecisão de registos houve necessidade de uma consulta de dados mais abrangente sendo analisados doentes com diagnósticos do capítulo XIX (Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas) da 10.ª edição da Classificação Internacional de Doenças (ICD-10).

Resultados: Do universo de 73 doentes, foram incluídos 20; 50% do sexo feminino, com uma média de idades de 55,7 anos (\pm 18,94). Na maioria dos doentes a anafilaxia foi imputada a fármacos (60%), sendo os antibióticos (4 doentes) e analgésicos (3 doentes) os mais frequentes. Em 40% dos casos estavam também presentes cofactores. As manifestações clínicas mais comuns foram os sintomas respiratórios (65%) e as manifestações cutâneas (60%), angioedema (50%), cardiovasculares (35%) e sintomas gastrointestinais (25%). O tratamento efectuado foi maioritariamente corticoterapia endovenosa (90%) e anti-histamínico H1 de 1.ª geração (85%). Em 45% dos casos foi administrada adrenalina intramuscular no SU e apenas um doente fez administração de adrenalina com dispositivo auto-injectável. Antecedentes conhecidos de patologia alérgica estavam descritos em 4 doentes (25%), sendo que todos mantinham seguimento regular em consulta especializada. Após o episódio apenas 3 doentes foram referenciados a consulta de Imunoalergologia.

Conclusão: O reduzido número de casos registados, 20 em 10 anos, leva-nos a admitir um sub-reconhecimento e um sub-diagnóstico. Por outro lado, destaca-se a escassa utilização da adrenalina, fármaco de 1.ª linha no tratamento da anafilaxia. Estes aspectos aliados à falta de referência leva-nos a concluir que é urgente a completa consciencialização para um diagnóstico precoce e um tratamento adequado.

PO 49 – Um caso peculiar de anafilaxia recorrente a desencadeantes múltiplosA Moura¹, E Faria¹, I Carrapatoso¹, A Todo-Bom¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: A anafilaxia é uma reacção sistémica potencialmente fatal. A remoção do agente causal é essencial, contudo pode ser difícil de sustentar.

Descrição: Doente de 49 anos, enfermeira, seguida em consulta de imunoalergologia desde 1999. Sem patologia conhecida até aos 13 anos, altura em que fez um choque anafilático após a realização de uma urografia, em provável relação com o contraste radiológico iodado (PCI). Segundo episódio aos 17 anos, com paragem cardiorrespiratória em contexto de extubação pós-apendicectomia. Terceiro e quarto episódios aos 32 anos após a toma de ácido fólico e ácido acetilsalicílico, respetivamente. Quinto episódio de anafilaxia ao cetorolac após cirurgia com anestesia loco-regional (ALR). Em 2011, episódio de urticária associado a angioedema grave e dispneia, após ingestão de búzios. Desde os 36 anos manifesta episódios recorrentes de tosse, dispneia e pieira em contexto infeccioso e urticária com exposição a alimentos histamino-libertadores, sol, níquel e sulfitos.

Tem antecedentes de tiroidite de Hashimoto e espondilolistese L4-L5. Referência a intervenções cirúrgicas com recurso a ALR sem complicações.

Do estudo complementar de diagnóstico destacam-se testes cutâneos (TC) negativos a aeroalergénios e látex e positivos a peixes e mariscos, relaxantes neuromusculares, PCI, níquel e cetorolac; TC por picada a fentanilo e propofol duvidosos; IgE específica positiva para amoxicilina – classe I; triptase basal normal em três doseamentos distintos; teste de ativação de basófilos positivo para atracúrio e propofol; provas de função ventilatória normais e provocação com metacolina negativa; provas de provocação oral a níquel e sulfitos positivas; biópsia cutânea compatível com urticária.

Apresentou reacções anafiláticas durante os TC intradérmicos à succinilcolina e atracúrio, por picada aos PCI e na prova de provocação com sulfitos.

Em 2011 iniciou tratamento de dessensibilização oral ao níquel, que foi suspenso por ter desenvolvido dermatite sistémica grave. Mantém medicação diária com anti-histamínico e analgésico e, atualmente, sob acupuntura.

Discussão: Trata-se de um caso de urticária crónica e nove episódios de anafilaxia por múltiplos desencadeantes, três no decurso de exames de diagnóstico. Foi excluída a presença de mastocitose. A alergia comprovada aos diferentes relaxantes neuromusculares, alimentos, sulfitos e aditivos condiciona a atividade diária e a decisão cirúrgica é particularmente complexa no caso da anestesia geral.

SESSÃO DE POSTERS V

Data: 10 de Outubro

Hora: 14:30 às 16:00

Local: Sala 3

Moderadores: Ana Margarida Romeira, Daniel Machado, Elisa Pedro

PO 50 – Asma associada a exposição ocupacional a cogumelos

F Carolino¹, M Miranda¹, J Badas¹, L Leão¹, F Pineda de La Losa², J L Plácido¹

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

² Departamento Aplicaciones, DIATER laboratorios, Madrid, SPAIN

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 32 anos de idade, natural de Jaén (Andaluzia, Espanha) e residente em Portugal desde 2006, data em que principiou a trabalhar em estufas e armazém de embalagem de cogumelos alimentares. Diagnóstico de rinite alérgica polínica na infância, tendo efetuado imunoterapia específica com extratos que desconhece. Foi referenciada à consulta de Imunoalergologia por agravamento das manifestações nasais e episódios recorrentes de dispneia e pieira desde 2012, mais frequentes no local de trabalho. Na avaliação inicial, a espirometria basal não evidenciava obstrução das vias aéreas mas a prova de broncodilatação foi positiva; os testes

cutâneos por picada (TCP) com aeroalergénios revelaram positividade para ácaros e pólenes de gramíneas (foram testados o *C. herbarium* e o *A. fumigatus*, cujo resultado foi negativo). Posteriormente, foram efetuados testes cutâneos por picada-picada com cogumelo branco (*Agaricus bisporus*) da estufa onde trabalha, os quais foram positivos. As concentrações séricas de IgE específica para *C. herbarium*, *A. fumigatus* e *P. notatum* foram inferiores ao limite de significância, mas elevadas para *Alternaria alternata* (3,69 kU/L), resultados confirmados por ImmunoCAP ISAC® que foi positivo para Alt a 1 (17,9 ISU). Tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de asma profissional, realizou estudo funcional respiratório seriado, com registo diário em período de exposição (FEV1 médio=1,47 L; PEF médio=201 L/min) e de afastamento do local de trabalho (FEV1 médio=3,39 L; PEF médio=517 L/min), que confirmou o diagnóstico. Para esclarecimento etiológico, foram realizados TCP com extratos alergénicos (Diater®) das 6 espécies de cogumelos a que a doente estava exposta, tendo sido confirmada sensibilização a *Agaricus bisporus* (10 mg/ml) e *Agaricus brunnescens* (10 mg/ml), embora o immunoblotting apenas tenha evidenciado o reconhecimento (alta intensidade) de uma proteína com peso molecular de 12 KDa, oriunda da espécie *Lyophyllum shimeji* e, de menor intensidade, de proteínas da espécie de *Flammulina velutipes*, não coincidentes com proteínas alergénicas fúngicas conhecidas e catalogadas.

Discussão: O estudo realizado confirmou o diagnóstico de asma associada a exposição profissional específica a agente biológico. São escassos na literatura os casos de sensibilização ocupacional a cogumelos, não estando identificadas como alergénicas as proteínas que aqui se descrevem.

PO 53 – Experiência clínica com Omalizumab na asma grave ao longo de 6 anosL Vieira¹, M J Oliveira², J A Ferreira¹, I Rosmaninho¹, A Guilherme¹, D Malheiro¹, J P Moreira da Silva¹, A Carvalho², R Lima²¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho, E.P.E, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL² Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho, E.P.E, Vila Nova de Gaia, PORTUGAL

Introdução: Apesar das múltiplas opções disponíveis para o tratamento da asma, em cerca de 5-10% o seu controlo nem sempre é atingido. Estes doentes têm importantes limitações na sua atividade e sofrem exacerbações com necessidade de recorrer aos serviços de saúde. Vários estudos têm demonstrado a eficácia do omalizumab em pacientes com asma alérgica grave, mas o período de tratamento é na maioria curto.

Objetivo: Avaliar a resposta clínica ao omalizumab a longo de 6 anos, em doentes com asma grave não controlada.

Metodologia: Estudo retrospectivo em que foram avaliados dados demográficos, tabagismo, comorbilidades, IgE total, padrão de sensibilização e resposta clínica (controlo da doença, exacerbações, dose de corticoide (CTC) inalado e FEV1, no início (T0), aos 4 (T4), 12 (T12), 36 (T36) e 72 (T72) meses de tratamento. A análise estatística realizada no SPSS®. Os dados de seguimento aos 4, 12, 36 e 72 meses foram avaliados através dos testes não paramétricos de Wilcoxon ou McNemar (significância se p<0,05).

Resultados: 34 doentes, 25 mulheres (73.5%), idade média 52 (±10) anos, IMC: 30,1±5,1 Kg/m². História tabágica: 8 (23.5%), média de 11 UMA. Comorbilidades: rinite: 26 (76%), polipose nasal: 7 (21%) e sinusite: 7 (21%). IgE total: 497±635 kU/L. Padrão de sensibilização: ácaros: 16 (47%); pólenes: 2 (6%); ácaros+faneras: 4 (12%); ácaros+pólenes: 3 (9%). Asma não alérgica em 6 doentes (17.6%). Média da dose mensal de omalizumab: 382 (± 164) mg. ACT inicial médio: 11. Diferenças significativas foram demonstradas desde T4, mantendo-se em T72 na maioria dos parâmetros em estudo: doentes com exacerbações tratadas com CTC oral reduziu de 100% para 14,7% (T4) e 5,9% (T72) (p=0,004); melhoria do FEV1 de 57 para 71% (p= 0,007); ACT de 11 para 23 desde T4 (p= 0,00), apesar da dose diária de CTC inalado diminuir de 1555 (T0) para 939 (T12) e 805 µg (T72) (p=0,007) (tabela1). Efeitos adversos mais frequentes: alopecia (4) e cefaleias (1). 4 doentes suspenderam tratamento: não melhoria em T4 (1), toxidermia cutânea (1), neoplasias malignas (1 mama e 1 gástrico).

Conclusão: O omalizumab provou ser eficaz na melhoria clínica dos doentes com asma grave ao longo dos 6 anos de avaliação. O benefício começa ao 4.º mês, mantendo-se de forma sustentada ao longo dos 6 anos. Adicionalmente verificou-se um aumento significativo no FEV1, geralmente não descrito na literatura.

PO 54 – Omalizumab e asma alérgica grave:**Avaliação após 1 ano de tratamento**R Aguiar¹, A Mendes¹, A C Costa¹, F Duarte¹, E Alonso¹, A Lopes¹, E Pedro¹, M A Pereira-Barbosa¹¹ Hospital de Santa Maria-Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: O controlo de asma nem sempre é possível em doentes (dtes) com asma grave apesar da otimização da terapêutica. O tratamento com omalizumab está associado a uma melhoria significativa dos sintomas de asma e de qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar a melhoria clínica e de qualidade de vida de dtes com asma grave tratados com omalizumab e determinar quais os factores que a podem influenciar.

Métodos: Foram avaliados dtes com asma grave (Grau 5-GINA) seguidos em Consulta de Imunoalergologia sob tratamento com omalizumab há 12 meses. Após assinarem o consentimento informado, os dtes responderam aos questionários: ACT (Teste de Controlo da Asma), CARAT (Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica) e AQLQ (Questionário de Qualidade de Vida na Asma). Os dados do ACT aos 12 meses (T12) foram comparados com os da fase inicial do tratamento (T0). Avaliou-se a função pulmonar por espirometria em T0 e T12. Os dados foram analisados através do SPSS, versão 17® e um valor-p < 0,05 foi considerado significativo.

Resultados: Foram incluídos 31 dtes, com uma média de idades de 36 anos (min 7-máx 72), 61,3% mulheres e não fumadores.

Em T12 observou-se que 16 dtes (51,6%) obteve pontuação igual a 25 no ACT (asma completamente controlada); 13 (42%) dtes apresentaram um CARAT>24 e 22 (71%) dtes apresentaram uma pontuação >8 no somatório dos itens 1-4 do CARAT, o que está associado a um bom controlo das vias áreas superiores.

Também em T12 O AQLQ mostrou que a qualidade de vida era relativamente elevada (score médio de 6,4-valor global), sendo o domínio de sintomas o que apresentou score mais baixo.

O valor médio do FEV1 em T0 foi de 1.96±0.80 (min 0.78-max 4.12), 73% do previsto e em T12 foi de 2.10±0.82 (1.07-4.12), 77% do previsto. p=0,04. Em 16 dtes (51,6%) verificou-se um aumento do FEV1 em T12. Os restantes dtes mantiveram valores de FEV1 em T0 e T12 sobreponíveis.

A relação FEV1/FVC em T0 foi de 69,4±22,4 (64-110) enquanto em T12 foi de 70,6±22,7 (64-110), p=0,04.

A análise inferencial mostrou que a qualidade de vida era significativamente influenciada pelo grau de controlo da asma (ACT, CARAT) em doentes a cumprir terapêutica com omalizumab.

Conclusão: Este estudo mostrou que a terapêutica com omalizumab até 12 meses apresentou melhoria nos scores de sintomas e na função pulmonar. Esta melhoria associou-se a qualidade de vida relativamente elevada.

	T0 n=34	T4 n=34	T12 n=25	T36 n=16	T72 n=11
ACT, média (intervalo)	11 (10-14)	23 (10-27) (p= 0,00)	23 (10-25) (p= 0,00)	23 (15-25) (p= 0,00)	24 (15-25) (p= 0,003)
FEV ₁ previsto médio (intervalo)	57 (25-80)	67 (41-111) (p=0,002)	73 (47-123) (p= 0,00)	70 (47-89) (p= 0,001)	71 (39-103) (p= 0,007)
≥1 exacerbação tratada com Corticoterapia Oral, n(%)	34 (100%)	5 (14.7%) (p= 0,00)	3 (8,8%) (p= 0,001)	8 (23,5%) (p= 0,008)	2 (5,9%) (p= 0,004)
Dose média de Budesonido ou equivalente (µg/dia)	1555 ± 684	1172 ± 639 (p=0,001)	939 ± 53 (p= 0,00)	926 ± 606 (p= 0,003)	805 ± 677 (p=0,007)

Tabela 1: ACT médio, FEV₁ médio, número de doentes com exacerbações tratadas com CTC oral e dose média diária de Budesonido ou equivalente no início (T0), aos 4 (T4), 12 (T12), 36 (T36) e 72 (T72) meses de tratamento.

PO 55 – Imunoterapia na asma – Experiência de um serviço de pneumologiaJC Costa¹, JN Machado¹, C Ferreira¹, T Almeida¹, A Arrobas¹¹ Serviço de Pneumologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: A asma constitui um problema de saúde com uma prevalência e gravidade crescente nos últimos anos. A imunoterapia específica (ITE) constitui comprovadamente a única terapêutica que altera a história natural da doença alérgica.

Objetivos: Caracterizar e avaliar a evolução dos doentes com asma submetidos a ITE.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com asma submetidos a ITE seguidos na consulta de Alergologia Respiratória.

Resultados: Foram incluídos 35 doentes, 19 do sexo feminino, 16 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 15 e 60 anos. A média de idades do início dos sintomas brônquicos foi de 13,1±11,4 anos. A maioria dos doentes (94,3%) tinham rinite alérgica associada. Relativamente à ITE 28,6% dos doentes realizaram ITE para dermatophagoides pteronyssinus (Dpt), 22,9% para mistura Dpt/dermatophagoides farinae, 14,3% para mistura Dpt/Lepidoglyphus destructor, 31,4% para mistura Gramíneas e 2,8% para pólen de parietária. A maioria apresentava polissensibilização alérgica (62,5%) e 37,5% monossensibilização alérgica.

No ano anterior ao início da ITE os doentes apresentaram uma média de 3,9±2,6 exacerbações por ano. Na última avaliação clínica previamente ao início da imunoterapia os doentes apresentavam um CARAT médio de 19±4,7, ACT médio de 20,7±4,7, IgE total médio de 714,7±564,2, FeNo médio de 64,7±52,3, encontrando-se a realizar terapêutica farmacológica no degrau 2,7±1,1 da Global Initiative for Asthma (GINA).

Um ano após o início da ITE, 86,2% dos doentes apresentaram noção de benefício sintomático, 13,8% noção de estabilidade clínica e uma média de 0,17±0,38 exacerbações por ano. Nessa avaliação apresentavam um CARAT médio de 21,3±6,4, ACT médio de 23,4±2,8, FeNo médio de 31,3±34,8, encontrando-se a realizar terapêutica no degrau 2,5±1,1 da GINA.

Três anos após o início da ITE 36,4% dos doentes apresentaram noção de benefício sintomático, 59,1% estabilidade clínica, 4,5% agravamento clínico e uma média de 0,09±0,29 exacerbações por ano. Nessa avaliação apresentavam um CARAT médio de 23,8±5,4, ACT médio de 22±4,6, FeNo médio de 48,1±40,2, encontrando-se a realizar terapêutica no degrau 2,7±0,7 da GINA.

Conclusões: Após a realização de ITE durante um ano obteve-se uma melhoria sintomática e analítica do controlo da asma, como evidenciada pela redução do número de exacerbações, pelos questionários CARAT e ACT e pelo marcador FeNo. Esse controlo mantém-se estável após três anos de manutenção da ITE.

PO 56 – Omalizumab na asma grave-experiência de um centroJ.Silva¹, E Almeida^{1,2}, S Torres¹¹ Serviço de Pneumologia, CHTV, Viseu, PORTUGAL² Unidade de Imunoalergologia do Serviço de Pneumologia, CHTV, Viseu, PORTUGAL

Objetivo: O omalizumab, um anticorpo monoclonal humanizado da classe IgG, provou ser clinicamente eficaz e seguro em pacientes com asma brônquica alérgica persistente grave. O tempo de duração do tratamento carece de limites definidos, constituindo uma área de particular interesse. Os autores propõem-se a analisar a experiência do CHTV com este anticorpo.

Métodos: Estudo retrospectivo, incluindo todos os doentes a cumprir tratamento com omalizumab no Serviço de Pneumologia do CHTV. Foi analisado o número de exacerbações de asma, a dose diária de corticóide inalado e sistémico, o nível de IgE total e as provas de função pulmonar antes e em vários períodos após o início do tratamento com omalizumab.

Resultados: Dos 7 doentes tratados com omalizumab, 3 são do sexo feminino, a idade média é de 49 anos e todos apresentam asma grave resistente ao tratamento (6 há mais de 20 anos). A duração média de tratamento é de 24 meses (5-72 meses), sendo que 3 doentes já interromperam o tratamento (em média há 37 meses). Concluído 1 ano de tratamento verificou-se uma redução de 80% na taxa de exacerbações e 50% no recurso ao serviço de urgência, bem como suspensão da corticoterapia oral diária em 3 doentes e redução da dose em 2. A dose de corticóide inalado permaneceu inalterada em todos os doentes. O nível de IgE total, aumentado em 6 dos 7 doentes sofreu uma redução média de 20% ao fim de um ano. Em 2 doentes objetivou-se uma redução de 50% no número de eosinófilos no sangue periférico 6 meses após o início do tratamento. Já o FEV1 e restantes valores espirométricos permaneceram estáveis. Um dos doentes, com asma grave não alérgica, registou uma discreta melhoria no número de exacerbações, mantendo necessidade de corticoterapia oral e internamentos recorrentes, pelo que interrompeu o tratamento ao fim de 18 meses. Destaque ainda para 1 doente com o diagnóstico de ACOS que apresentou uma redução da taxa de exacerbações dentro da média da restante amostra. Não houve relatos de eventos adversos relacionados com o omalizumab.

Conclusão: A nossa experiência com omalizumab no tratamento da asma grave corrobora os níveis de eficácia e segurança descritos na literatura, com uma melhoria acentuada no controlo da asma, apesar de tal facto não se traduzir num incremento das provas de função pulmonar. Ainda está para ser determinado a duração ótima do tratamento com omalizumab, sendo necessário mais estudos com amostras de maior dimensão.

PO 57 – Omalizumab no tratamento da asma brônquica alérgica na idade pediátrica – Casos clínicosC Cruz¹, I Didenko¹, A V Sousa¹, F Inácio¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal, PORTUGAL

Introdução: O omalizumab está indicado como terapêutica complementar para melhorar o controlo da asma em doentes a partir dos 6 anos com asma alérgica grave persistente, que revelem um teste cutâneo positivo ou reatividade in vitro a um aeroalergénio perene e sintomas diurnos frequentes ou despertares noturnos, e que tenham tido múltiplas exacerbações asmáticas graves documentadas apesar de medicados com doses diárias elevadas de corticóides inalados e um agonista beta-2 de longa acção inalado (LABA). Apresentamos os casos clínicos de 3 crianças que iniciaram terapêutica com omalizumab no nosso Serviço.

Casos clínicos: Crianças (2 sexo masculino, 1 sexo feminino) com o diagnóstico de asma brônquica e rinite alérgica, sensibilizadas a ácaros do pó doméstico e pólenes e com elevação dos níveis séricos de IgE total. Apresentavam história de múltiplas recorrências ao SU e internamentos por crises de asma, várias consultas não programadas, assim como uso diário de medicação de alívio e vários cursos de corticoterapia sistémica. Encontravam-se medicados com terapêutica máxima. Realizaram estudo analítico, que não mostrou alterações de relevo, e radiografias de tórax, em 2 dos casos sem alterações. Uma das crianças realizou TC torácica que mostrou aspetos sugestivos de retenção gasosa. Todas iniciaram omalizumab aos 10 anos de idade, sendo que a mais velha cumpre há 4 anos e meio e o mais novo há 7 meses. Em todas as crianças se observou melhoria do controlo da asma, diminuição do número de exacerbações e redução da necessidade de medicação de alívio. Relativamente aos parâmetros de função respiratória, apenas em um caso se verifica um aumento do FEV1, pequeno mas consistente ao longo do tempo. Não foram observados efeitos adversos relacionados com a administração de omalizumab.

Conclusões: O omalizumab parece ser eficaz e seguro como terapêutica adicional em crianças com asma alérgica grave não controlada, apesar da medicação com alta dose de corticóide inalado e LABA. Além da melhoria clínica, não se verificou necessidade de cursos de corticoterapia sistémica após o início do tratamento.

PO 58 – Avaliação da asma relacionada com o local de trabalho: 2 casos clínicosD Pina Trincão¹, M Paiva¹, I Caires², N Neuparth^{1,2}, P Leiria Pinto¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital D. Estefânia, CHLC, Lisboa, PORTUGAL² CEDOC, Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A asma relacionada com o local de trabalho (ARLT) engloba a asma ocupacional e a asma agravada pelo local de trabalho (AALT). O seu diagnóstico constitui um desafio, sendo necessário demonstrar que a clínica de asma se associa a uma variabilidade significativa da função respiratória durante o período laboral comparativamente a período fora do local de trabalho. A monitorização seriada por débito expiratório máximo instantâneo (DEMI) constitui o método validado recomendado pelas principais linhas de orientação.

Caso 1: TF, 43 anos, sexo feminino, empregada numa empresa de panificação, seguida desde os 34 anos em consulta por asma e rinoconjuntivite alérgica, com início na infância e agravamento em contexto laboral. Testes cutâneos por picada (TCP) positivos para ácaros e farinha de centeio. Foi efetuada monitorização por DEMI (PiKo 1) tendo-se observado um agravamento do DEMI, com valores inferiores a 50%, e sintomatologia de asma concomitante durante o período em que retomou atividade laboral, sugerindo AALT.

Caso 2: RR, sexo masculino, 32 anos, trabalhador em serração, com antecedentes de rinite alérgica intermitente, referenciado por episódios de dificuldade respiratória durante períodos em que trabalha com madeira de sucupira. Os TCP foram positivos para pó de madeira de sucupira (negativos em 10 controlos atópicos), bem como para ácaros e pólenes. Realizou monitorização por DEMI em dois períodos distintos, mas os dados recolhidos não preencheram os critérios de controlo de qualidade, inviabilizando a sua interpretação.

Conclusão: Estes 2 casos traduzem as dificuldades encontradas na avaliação da ARLT. Os TCP podem ser úteis na identificação do agente etiológico de uma doença alérgica ocupacional, permitindo inferir, mas não concluir, sobre a sua repercussão na ARLT. A monitorização seriada do DEMI tem particular interesse na avaliação da AALT, como demonstrado no caso 1. O caso 2 põe a descoberto as fragilidades deste método, decorrentes da sua dependência de adequada colaboração e adesão do doente.

PO 59 – Função respiratória e índice de massa corporal (IMC) em crianças e adolescentes com asmaC Cruz¹, I Didenko¹, E Tomaz¹, F Ferreira¹, R Reis¹, L Campos¹, F Inácio¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal, PORTUGAL

Fundamentos: A asma e a obesidade são duas entidades altamente prevalentes em crianças e adolescentes no mundo ocidental. O efeito da obesidade na asma é uma área de intensa pesquisa; no entanto, a relação entre o percentil (P) do IMC e a gravidade da asma não está claramente definida na criança, existindo muito poucos estudos que exploram esta associação.

Objetivos: 1) Descrever os parâmetros funcionais respiratórios e valores de percentis de IMC em crianças e adolescentes com asma seguidos numa consulta de Imunoalergologia; 2) Avaliar a associação entre os parâmetros espirométricos e o percentil do IMC.

Métodos: Estudo retrospectivo, incluindo crianças e adolescentes entre os 6 e os 17 anos que realizaram espirometria com prova de broncodilatação entre Janeiro de 2011 e Outubro de 2014 no Serviço de Imunoalergologia do Hospital de São Bernardo. Foram recolhidos os seguintes dados: idade, sexo, IMC, FEV1, FVC, relação FEV1/FVC, FEF25-75 e FEV1 pós-broncodilatação). Consideraram-se quatro categorias de percentil de IMC: baixo peso (P<5), peso normal (5<P<85), excesso de peso (85<P<95) e obesidade (P>95). As diferenças inter-categorias dos parâmetros de função respiratória foram analisadas por ANOVA e post hoc least significant difference.

Resultados: Foram incluídos 361 indivíduos, com idade média (desvio padrão) de 10,2 (2,9) anos, 63% (N=228) do sexo masculino. 4,2% tinham baixo peso, 53,5% peso normal, 21,9% excesso de peso e 20,5% obesidade. Foi testada a associação entre os parâmetros espirométricos e as quatro categorias de percentis do IMC, sendo que apenas se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre o grupo de baixo peso e o FEV1, FVC e relação FEV1/FVC.

Conclusões: Os asmáticos de baixo peso revelaram FEV1 e FVC diminuídos em comparação com os restantes grupos de percentis, assim como uma maior relação FEV1/FVC. Estes resultados foram comprovados por outros estudos. O baixo peso entre crianças com asma raramente é apresentado na literatura (em comparação com a relação entre obesidade e asma), mas é necessário reconhecer a sua importância, considerando o grau de comprometimento da função pulmonar e como isso pode afetar a apresentação clínica e a resposta ao tratamento da asma. A elevada prevalência de crianças com excesso de peso/obesidade alerta para a importância de uma abordagem multidisciplinar que inclua apoio endocrinológico e nutricional.

PO 60 – Oscilometria de impulso na avaliação da hiperreatividade brônquica durante a prova de metacolinaC Martins¹, L Carneiro-Leão¹, A Vilela¹, M Miranda¹, JI Plácido¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto, PORTUGAL

Introdução: A oscilometria de impulso (IOS) pode ser usada na avaliação sequencial da broncoconstrição durante a prova de metacolina (MCT), uma vez que pode revelar diferentes aspectos mas complementares da espirometria, podendo ser uma avaliação adicional, ou um método de substituição em caso de impossibilidade de realização da espirometria. Neste estudo pretendemos avaliar a limitação ao fluxo aéreo pelos dois métodos em simultâneo, com o objectivo de verificar se estes dois métodos são comparáveis, hipotetizando que dif.FEVI pode explicar a variabilidade dos parâmetros da IOS durante a MCT.

Métodos: Foram incluídos 31 participantes que realizaram MCT por suspeita de asma, com espirometria prévia normal e prova de broncodilatação negativa, no Serviço de Imunoalergologia de um hospital universitário no norte de Portugal. A MCT foi considerada positiva se uma dose cumulativa $\leq 8,45$ mcµ 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. Foi usada a correlação de Spearman para avaliar as correlações entre os diferentes parâmetros da IOS e o FEV1. O valor diagnóstico dos diferentes parâmetros da IOS foi avaliado usando curvas ROC.

Resultados: Dos participantes, 74,2% eram do sexo feminino, com idade média (DP) de 28,0 (12,0) anos e IMC (DP) 22,8 (3,8). Foi encontrada uma correlação significativa entre dif.FEVI e dif.Z5 ($r = -0,406$, $p = 0,023$), dif.R5 ($r = -0,309$, $p = 0,030$) e dif.R5-R20 ($r = -0,436$, $p = 0,014$) mas não com dif.Fres ($p = 0,138$) nem dif.X5 ($p = 0,128$). As curvas ROC foram estatisticamente significativas, e obtiveram bom poder diagnóstico para dif.Z5, dif.R5 e dif.R5-R20 para detectar uma queda $\geq 20\%$ do FEV1. Os valores de corte foram de 48,6% para dif.Z5 (AUC: 0,719, $p = 0,043$; 95% IC 0,526-0,912), 45,0% para dif.R5 (AUC: 0,706, $p = 0,057$; 95% IC 0,515-0,897) e 19,4% para dif.R5-R20 (AUC: 0,772, $p = 0,012$; 95% CI 0,603-0,941).

Conclusão: Neste trabalho a IOS mostrou um poder diagnóstico aceitável para a avaliação da limitação ao fluxo aéreo durante a MCT quando usada a dif.FEVI como Gold Standard. A IOS pode ser um método de substituição da espirometria durante a MCT, mas para já, deve ser utilizada com algum cuidado, uma vez que ainda não está totalmente validada e não foram estabelecidas guidelines para a sua utilização nestas circunstâncias.

PO 61 – Pico de fluxo inspiratório nasal (PNIF) – Equações de referência na população adulta portuguesaI Gonçalves¹, A M Pereira^{1,2}, T Jacinto^{1,2}, L Araujo^{1,3}, M Couto¹, A Sá-Sousa², H Pité⁴, M Morais-Almeida⁴, J A Fonseca^{1,2}¹ Imunoalergologia; CUF PORTO – Instituto & Hospital, Matosinhos, PORTUGAL² CINTESIS – Center for Health Technology and Services Research; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL³ Serviço e Laboratório de Imunologia; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGA⁴ Centro de Alergia; Hospital CUF DESCOBERTAS, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: A medição do Pico de Fluxo Inspiratório Nasal (PNIF) é um método rápido, simples e de baixo custo que avalia a patência nasal. Os objetivos deste trabalho são: descrever valores de PNIF em portugueses adultos saudáveis; avaliar quais as variáveis que influenciam o PNIF e desenvolver equações de referência para esta população.

Métodos: Foram incluídos 104 adultos saudáveis (71% do sexo feminino) que participaram no estudo ICAR – Impacto e Controlo da Aasma e Rinite em Portugal (PTDC/SAU-SAP/119191/2010 – Fundação para a Ciência e Tecnologia) entre 30.10.2012 e 01.02.2014. Os participantes foram classificados como saudáveis com base em avaliação médica, questionários e espirometria. Foram excluídos adultos com cirurgia nasal prévia, pólipos nasais, infeção respiratória aguda recente e fumadores. Registaram-se 5 medições de PNIF para cada participante e o valor mais elevado foi utilizado na análise. As equações de referência foram desenvolvidas usando regressão linear simples e múltipla.

Resultados: A média (SD) de idades foi 47 (17) anos. A média (SD) do PNIF foi 134 (40) L/min, sendo mais elevada no sexo masculino (152 (44) L/min) do que no sexo feminino (126 (36) L/min; $p=0.002$). Observaram-se correlações positivas significativas entre o PNIF e a altura ($r=0.33$; $p=0.001$), FVC (L) ($r=0.44$; $p<0.001$), FEV1 (L) ($r=0.47$; $p<0.001$) e uma correlação negativa com a idade ($r=-0.32$; $p=0.001$). Na nossa população, a melhor equação de referência (r^2 ajustado = 0.21) para o PNIF (L/min) foi $109.2 + 14.7 * FEV1 (L) - 0.27 * Idade - 12.2$ Género [0-masculino; 1-feminino]. Quando não é possível realizar função respiratória, uma equação de referência alternativa (r^2 ajustado = 0.18) é $188.5 - 0.76 * Idade - 26.4 * Género$ [0-masculino; 1-feminino].

Conclusão: As primeiras equações de referência para o PNIF na população portuguesa têm o FEV1, idade e género como fatores determinantes.

PO 62 – Rinite alérgica como patologia reveladora de linfoma não-HodgkinF Semedo¹, F Ferreira¹, F Inácio¹¹ Hospital de São Bernardo – Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., Setúbal, PORTUGAL

Introdução: Na rinite alérgica, a infiltração a nível da mucosa nasal na inflamação aguda é caracterizada por diversas populações celulares, embora a presença predominantemente linfocitária seja mais tardia, decorrendo associada à cronicidade da patologia. Os Linfomas constituem a segunda neoplasia maligna mais frequente da cabeça e pescoço. Destes, 60 a 70% localizam-se no Anel de Waldeyer, principalmente nas amígdalas palatinas. Os linfomas da nasofaringe, apesar de pouco frequentes, constituem um desafio diagnóstico ao apresentarem-se com um quadro clínico que poderá mimetizar entidades nosológicas bem distintas da patologia de base.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 76 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de atopia, que quatro semanas antes inicia queixas de obstrução nasal marcada, bilateral e persistente, com anosmia e estertores, negando prurido nasal, rinorreia ou outra sintomatologia acompanhante. Do estudo alergológico salientam-se testes cutâneos por picada (TCP) e IgE específica positivos para pólen de Gramíneas e Dermatophagoides pteronyssinus. Na realização dos TCP, objetivado edema do braço direito e adenopatia axilar homolateral, desde aproximadamente há 1 mês, embora não valorizados pelo doente. Solicitada TC seios perinasais/faringe que revelou marcado espessamento do cavum faríngeo, na margem posterior e direita, indiciando incremento dos tecidos linfoides dessa região. Perante os dados imagiológicos indicando infiltração linfóide homolateral à adenopatia axilar, foi solicitada colaboração de Otorrinolaringologia e realizada biópsia da nasofaringe que revelou Linfoma Difuso de Grandes Células B (CD20+, Bcl-2+, Bcl-6+, MUM1+, CD3-, CD5-, CD10-, EBER -), com concomitante citologia aspirativa do gânglio axilar e do braço direitos que corroborou o diagnóstico histológico.

Discussão/Conclusão: A análise inicial, atendendo ao quadro clínico, sugeria uma rinite de possível etiologia alérgica que, enquadrada na observação do doente como um todo, contribuiu para o diagnóstico diferencial e identificação de patologia com importante gravidade e com necessidade emergente de terapêutica hematológica dirigida, como é a doença linfoproliferativa da nasofaringe.

SESSÃO DE POSTERS VI

Data: 10 de Outubro

Hora: 16:30 às 18:00

Local: Sala 2

Moderadores: *Emilia Faria, Helena Pité, João Fonseca*

PO 63 – Imunoterapia específica sublingual vs subcutânea em idade pediátrica

L Cunha¹, A Moreira², I Rezende¹, C Abreu¹, H Falcão¹

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

² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE, Vila Nova Gaia, PORTUGAL

Introdução: A eficácia da imunoterapia sublingual (SLIT) e subcutânea (SCIT) é descrita como semelhante.

Objetivo: Comparar a opinião do cuidador, doente e médico em relação à SLIT e SCIT em idade pediátrica.

Material e Métodos: Aplicou-se ao doente, médico e cuidador um questionário de avaliação da opinião e satisfação relativamente à IT. Incluíram-se doentes sob tratamento há > 12 meses e com idade até 18 anos.

Resultados: Avaliaram-se 121 doentes (70% M) com idade média de 12,8 anos (± 3), 74% a realizar SLIT e 26% SCIT. Não houve diferença significativa entre a idade e sexo nos 2 tipos de IT nem no perfil de sensibilização (monossensibilizados SCIT 66% Vs SLIT 65%) ($p > 0,05$). A prevalência de patologia alérgica nos doentes sob SCIT e SLIT foi, respetivamente: asma e rinite (53% Vs 48%), rinite (38% Vs 51%), asma (9% Vs 0%) e conjuntivite (22% Vs 18%). A IT a ácaros foi a mais usada nos dois tipos de IT (SCIT 78% Vs SLIT 74%). A duração de IT à data de avaliação foi significativamente maior nos doentes a realizar SLIT (26 meses ± 14 Vs SCIT 27 meses ± 14) ($p < 0,05$). A adesão à IT foi referida, pelo médico, como boa ou muito boa em 97% dos doentes em ambos os tipos de IT. A eficácia global da IT foi considerada como elevada, tanto pelo médico, como pelo doente e cuidador, sem diferença entre os 2 tipos de IT ($p > 0,05$). Todos os grupos referiram uma redução na medicação anti-alérgica sem diferenças entre SLIT e SCIT. As reações adversas à IT foram consideradas como praticamente inexistentes pelo cuidador e doente em ambos os tipos de tratamento. A IT foi considerada cara ou muito cara em 78% dos cuidadores de doentes a realizar SCIT e em 92% dos sob SLIT ($p > 0,05$). Não houve diferença significativa na satisfação global dos cuidadores e doentes nos 2 tipos de IT. Em média, os cuidadores dos doentes sob SLIT referiram eficácia da IT mais tarde do que os a realizar SCIT (1,6 anos $\pm 0,9$ Vs 1 ano $\pm 0,6$).
Conclusão: Embora na amostra avaliada a duração de IT, à data de avaliação, tenha sido significativamente mais elevada nos doentes sob SLIT, não se verificou diferença na opinião do doente, cuidador ou médico no que respeita à eficácia e segurança da IT. Os cuidadores de doentes a realizar SCIT referiram um início de eficácia da IT mais precoce. Este estudo revelou uma opinião favorável dos doentes e seus cuidadores em relação a diferentes aspetos tanto na SCIT como SLIT.

PO 64 – Imunoterapia específica em idade pediátrica – Segura e eficaz?

A Moreira¹, L Cunha², I Rezende², I Terrahe², L Araujo³, H Falcão²

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

² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, PORTUGAL

³ Centro de Imunoalergologia, CUF Porto, Porto, PORTUGAL

Introdução: A imunoterapia específica (ITE) é o único tratamento capaz de alterar a história natural da doença alérgica.

Objetivo: Avaliar e comparar a opinião dos doentes, cuidadores e médico em relação à ITE, em 2015.

Material e Métodos: Aplicou-se o mesmo questionário de autopreenchimento de 2008, para avaliação da opinião e satisfação do cuidador, doente e médico relativamente à ITE. As respostas foram atribuídas numa escala visual com níveis entre 0 e 4, em que 0 correspondia a uma menor satisfação/eficácia e 4 a maior eficácia/satisfação. Foram incluídos doentes observados na Consulta Externa de Imunoalergologia do CHP, com idades compreendidas entre 8 e 18 anos e sob tratamento com ITE há pelo menos 12 meses. O preenchimento dos questionários foi realizado de forma independente e foram comparadas as respostas entre os 3 grupos.

Resultados: Foram estudados 121 doentes, dos quais 70% ($n=81$) eram do sexo masculino, com idade média de 12,8 anos (± 3). Metade dos casos apresentava asma e rinite, 47% rinite e 2,5% asma. Sessenta e quatro % dos doentes eram monossensibilizados e a via de administração de ITE utilizada foi a sublingual em 74% dos doentes. Os extratos usados foram ácaros em 75% dos casos, pólenes em 23% e fungos em 2%. A duração média de ITE à data de avaliação foi de 34 meses (± 15). A adesão à ITE foi referida, pelo médico, como boa ou muito boa em 97% dos doentes. A ITE foi considerada eficaz na asma e conjuntivite, sem diferenças entre grupos. A eficácia da ITE na rinite foi considerada elevada por todos os grupos, com os cuidadores a considerarem uma eficácia maior ($p < 0,05$). A eficácia global da ITE foi elevada em todos os grupos, sem diferenças entre os mesmos. Todos os grupos referiram uma redução na medicação anti-alérgica que foi mais acentuada nos cuidadores ($p < 0,05$). As reações adversas à ITE foram consideradas como praticamente inexistentes tanto pelos cuidadores como pelos doentes. Em 88% dos casos, a ITE foi considerada como cara ou muito cara pelos cuidadores. A satisfação global em relação à ITE foi significativamente superior nos doentes (3,3) em relação aos cuidadores (2,9) ($p < 0,05$). Em média, os cuidadores notaram eficácia da ITE após 1,5 anos de tratamento.

Conclusão: Na amostra avaliada a ITE, embora tenha sido referida como uma terapêutica cara ou muito cara, foi considerada eficaz e segura, tanto na opinião do médico, como na do cuidador e na do doente.

PO 65 – Segurança da imunoterapia com extractos polimerizados Clustoid®, Clustoid® Forte e Clustoid® Max administrados em pauta convencional ou ultrarápida (“rush”)

M Tejera Alhambra¹, M Guzmán-Fulgencio, R Caballero, E Fernández-Caldas, J L Subiza, M Casanovas
¹ Immunotek, S.I., Madrid, Spain

Objetivo do trabalho: A polimerização com glutaraldeído de extractos alergénicos reduz a capacidade de união à IgE específica e a actividade proteolítica, mantendo a sua imunogenicidade. Avaliou-se a segurança da imunoterapia de Clustoid®, Clustoid® Forte e Clustoid® Max com extractos alergénicos polimerizados com glutaraldeído administrados em pauta convencional e em pauta rush.

Metodologia: Apresentam-se dados de 1229 pacientes (51% homens, 49% mulheres) (média 27 anos, entre os 9 meses-70 anos). Todos receberam imunoterapia subcutânea com extractos polimerizados sob forma de: Clustoid® (n=359), Clustoid® Forte (n=246) e Clustoid® Max (n=624). Doentes tratados com apenas um único alergénio foram 601, os restantes (628) foram tratados com misturas de extractos de vários alergénios.

A pauta convencional consistiu na administração de uma primeira dose de 0,2 mL e a segunda de 0,5 mL ao fim de 7 dias. Na pauta rush injetaram-se 0,2 mL e aos 30 min 0,3 mL. Em ambas as pautas a dose de manutenção era de 0,5 mL mensal. A pauta rush (n=951) foi mais utilizada que a convencional (n=278). As reações relacionadas com a administração da imunoterapia foram classificadas seguindo os critérios da EAACI.

Resultados: Administraram-se 8236 injeções (média 7 injeções/paciente): 1629 em pauta convencional e 6607 em pauta rush. Registraram-se 77 reações locais relevantes: 15 (0.92%) com pauta convencional (5 no início: Clustoid®n=1, C.Max n=4 e 10 em manutenção: Clustoid®n=3, C.Max n=7 e C.Forte n=0) e 62 (0.93%) com a pauta rush (37 no início: Clustoid®n=9, C.Max n=5, C.Forte n=23 e 25 em manutenção: Clustoid®n=11, C.Max n=1 e C.Forte n=13). Registraram-se 39 reações sistémicas (RS): 24 (1.47%) com pauta convencional (3 no início com C.Max e 21 em manutenção com C.Max) e 15 (0.22%) com pauta rush (5 no início: C.Max n=2; C.Forte n=3 e 10 em manutenção: C. Max n=4; C.Forte n=6). Das 24 RS com pauta convencional, 21 foram de grau 0 e 3 de grau I. Das 15 RS com pauta rush, 12 foram de grau I e 3 de grau 2. As RS de grau 2 foram de broncoespasmo leve com C. Forte (D. pteronyssinus, D. farinae). O paciente de 9 meses foi tratado com Clustoid® em pauta rush, com um alergénio, não tendo apresentado qualquer reação adversa.

Conclusões: A imunoterapia subcutânea com extractos polimerizados Clustoid®, Clustoid® Forte e Clustoid® Max é muito segura tanto administrada em pauta convencional como em pauta rush, com um perfil de segurança similar em ambas pautas.

PO 66 – Questionário de satisfação sobre imunoterapia em idade pediátrica – Que diferenças entre 2008 e 2015?

I Rezende¹, L Cunha¹, A Moreira², L Araujo³, H Falcão¹

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

² Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE, Vila Nova Gaia, PORTUGAL

³ Centro de Imunoalergologia, CUF Porto, Porto, PORTUGAL

Objetivo: Avaliar e comparar a opinião do doente, cuidador e médico relativamente à Imunoterapia(IT) em 2008 e 2015.

Material e Métodos: Na Consulta Externa de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Porto aplicou-se um questionário para avaliação da opinião e satisfação do cuidador, doente e médico relativamente à IT em 2008 e 2015 e compararam-se as respostas dos 2 anos. Incluíram-se doentes sob IT há >12 meses. As respostas foram atribuídas numa escala visual com níveis entre 0 e 4, onde 0 correspondia a menor satisfação/eficácia e 4 a maior eficácia/satisfação. O preenchimento do questionário realizou-se de forma independente pelos três grupos e compararam-se as respostas.

Resultados: Analisaram-se 273 questionários, 152 em 2008 e 121 em 2015. Dos 152 doentes, 53% eram do sexo M com idade média de 11,5 anos(±3,6) e dos 121 doentes, 70% eram do sexo M com idade média de 12,8 anos (±3). Os diagnósticos em 2008 e 2015 foram, respetivamente, asma e rinite (61%Vs50%), rinite (38%Vs47%) e asma (1%Vs2,5%). Dos doentes inquiridos, 67% e 64% eram monossensibilizados em 2008 e 2015, respetivamente. A IT sublingual foi usada em 77% dos casos em 2008 e 74% em 2015. A IT aos ácaros foi usada em 88%Vs74% dos doentes e a duração média de IT foi 39±20Vs34±15 meses, respetivamente, em 2008 e 2015. A adesão à IT foi considerada, pelo médico, como boa ou muito boa em >96% dos casos nos 2 anos. A eficácia global da IT foi considerada como elevada em ambos os anos, sem diferenças entre grupos, excepto para a rinite, em que no ano de 2015, foram os cuidadores quem referiu maior eficácia da IT(p<0,05). Nos 2 anos verificou-se uma redução na medicação anti-alérgica sendo mais acentuada nos cuidadores(p<0,05) e as reações adversas à IT foram consideradas praticamente inexistentes, tanto pelo cuidador como pelo doente. A IT foi considerada cara ou muito cara pelo cuidador em 66% e 88% dos casos, em 2008 e 2015, respetivamente. A satisfação global foi significativamente superior nos doentes em relação aos cuidadores (p<0,05) nos 2 anos.

Conclusão: Verificou-se predomínio do sexo masculino nos 2 anos. A proporção de monossensibilizados, doentes sob IT sublingual e uso de ácaros nos extratos alergénicos foi semelhante em ambos os anos. Nos 2 anos, a IT foi considerada eficaz e segura pelo médico, cuidador e doente, havendo uma satisfação global mais significativa nos cuidadores. Em 2015 uma maior proporção de cuidadores considerou a IT cara/muito cara.

PO 67 – Com ou sem gelo? – A propósito de um caso clínico
L Pestana¹, E Pedro¹, R Câmara²¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte/
Hospital Santa Maria, Lisboa, PORTUGAL² Unidade de Imunoalergologia, Funchal, PORTUGAL

Introdução: A imunoterapia específica (IT) com alérgenos consiste na administração de extratos alérgenos com o objetivo de induzir tolerância clínica aos alérgenos responsáveis pelas reações alérgicas, nomeadamente na alergia a veneno de himenópteros. A imunoterapia com extrato de veneno puro está indicada nos doentes alérgicos à picada de himenóptero que apresentam reações sistémicas graves ou moderadas e reações locais exuberantes. Se frequentes, e com elevado grau de exposição a estes insetos.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente de 40 anos de idade, com episódios de reação sistémica após picada de abelha e testes cutâneos em picada e intradérmicos positivos para abelha (0,01 e 0,1 µg, respetivamente) bem como IgE específica para abelha 47,7 kUA/L (Classe 4). Submetida em 2013 a protocolo ultra-rush com veneno de abelha observada reação local exuberante no local da administração da vacina, após o procedimento. Desde então foram descritas reações locais cada vez mais exuberantes com eritema, edema e pápula após a administração da vacina e que pareciam agravar depois da aplicação de gelo local. Este facto levou à diminuição da dose de veneno administrada e ao aumento da dose dos antihistamínicos antes da imunoterapia. A relação causal entre a aplicação de gelo e o agravamento da reação local, levantou a hipótese diagnóstica de uma urticária física associada, não valorizada previamente. Na sequência da investigação clínica e realização do teste do cubo de gelo, foi confirmada urticária adquirida ao frio (UAF), que se controlou após a instituição de terapêutica adequada e evicção da aplicação de gelo após a administração da vacina.

Conclusão: A UAF caracteriza-se pela ocorrência de urticária e/ou angioedema após exposição ao frio e, na maioria dos casos, é idiopática. Causas secundárias incluem crioglobulinemia, défices do complemento, vasculites, neoplasias ou doenças infecciosas. Têm sido descritos como prováveis fatores de risco para UAF, as picadas de medusas e as picadas de insetos, nomeadamente himenópteros, bem como a imunoterapia com veneno dos mesmos. Os autores reportam este caso, não só para rever as indicações da imunoterapia com veneno de himenópteros, mas também para alertar que, para além das reações locais e sistémicas decorrentes da administração da IT e já conhecidas na literatura, podem ocorrer reações adversas menos habituais que poderão estar relacionadas com outras patologias subjacentes.

PO 68 – Sensibilização a LTPS e profilinas na população de LouresI Silva¹, Maria Mascarenhas¹¹ Hospital Beatriz Ângelo, Loures, PORTUGAL

Objectivo: As LTPs e profilinas são panalergénios vegetais, sendo causa importante de alergia alimentar (AA) e de reatividade cruzada entre pólenes e alimentos de origem vegetal (AOV). As LTPs podem desencadear sintomas sistémicos. As profilinas associam-se habitualmente a sintomas ligeiros e locais. Procurou-se avaliar a frequência de sensibilização (sintomática/assintomática) a LTPs e profilinas utilizando testes cutâneos por picada (TC) em doentes referenciados à consulta de Imunoalergologia do Hospital Beatriz Ângelo (Loures).

Metodologia: Durante 2 meses, a todos os doentes consecutivamente observados em consulta com idade superior ou igual a 6 anos, foi avaliada a sua história clínica (HC), incluindo AA a AOV, e realizados TC com aeroalergénios comuns, profilina (Pho d2), LTP (Pru p 3) e alimentos de acordo com a HC.

Resultados: Avaliaram-se 135 doentes com idade média de 28,7 anos (6-79 A), 65,2% do sexo feminino. No grupo estudado 10 doentes estavam sensibilizados a LTP (5 com AA), 4 a profilina (nenhum com AA) e 1 a LTP e profilina (1 com AA). Dos 52 doentes sensibilizados a pólenes, 8 tinham teste positivo para LTP (5 com AA), 4 para profilina (nenhum com AA) e 1 para LTP e profilina (1 com AA). Dos 6 doentes com AA 5 tinham positividade a LTP e um a LTP e profilina. Dos 6 doentes com positividade para TC com alimentos e LTP 5 tinham AA, assim como o doente com positividade para TC com alimento e LTP e profilina. Todos os doentes com TC para AOV e LTP tinham sintomas exceto I. Em contrapartida nenhum com profilina exibiu manifestações de AA. Na amostra avaliada os doentes não apresentaram reações graves a AOV.

Conclusões: No grupo avaliado menos de metade da população apresentava sensibilização a pólenes. Verificou-se também uma baixa prevalência de sensibilização a profilina, e ainda menor a AA com AOV. Apesar da baixa prevalência de sensibilização observada a LTP, na maioria dos doentes com AA este alérgeno estava envolvido. Este constituiu o alérgeno mais relevante nos doentes com sintomas a AOV. A sensibilização simultânea a pólenes e LTP e/ou profilina esteve associada mais frequentemente à presença de AA. Na amostra estudada não se observou diferença na gravidade de sintomas a AOV de acordo com a sensibilização a LTP e/ou profilina. No grupo pediátrico (6-18 anos) apenas uma minoria apresentava positividade para LTP/profilina (predomínio de profilinas), não se documentando AA.

PO 69 – Alergia a veneno de abelha em apicultores portugueses: Como reagem, o que fazem, o que sabem...L Amaral¹, A Pereira², A Coimbra¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João E.P.E., Porto, PORTUGAL² Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, PORTUGAL

Objetivo do trabalho: Descrever as atitudes e os tratamentos utilizados pelos apicultores após picadas de abelha. Como objetivo secundário foi avaliado o conhecimento dos apicultores relativamente ao auto-injetor de adrenalina, imunoterapia para veneno de abelha e à especialidade de Imunoalergologia.

Métodos: Estudo transversal, descritivo com aplicação de um questionário de autopreenchimento a apicultores, durante uma reunião de formação em apicultura. Foram colhidos dados demográficos e dados referentes ao número de picadas, caracterização das reações, recurso ao serviço de urgência (SU) e ainda relativamente ao conhecimento do auto-injetor de adrenalina (AAI), imunoterapia para veneno de abelha e da especialidade.

Resultados: Foram incluídos 26 apicultores, 21 (81%) do sexo masculino com uma mediana de idade (intervalo interquartil) de 37 (33-43) anos. A mediana (intervalo interquartil) do número de anos de apicultura foi de 3 (1-6) anos. Vinte e quatro

(92%) eram apicultores amadores. Todos tinham história de picada de abelha nos últimos 12 meses e 13 referiram reações sistémicas, 6 reações locais exuberantes e 7 pequenas reações locais. Três reportaram sintomas respiratórios ou cardiovasculares associados a sintomas cutâneos generalizados. Apenas 5 dos 13 (39%) com reações sistémicas recorreram ao SU; só um referiu que foi administrada adrenalina no SU e apenas um era portador de AAI.

Cinco apicultores utilizavam terapêuticas alternativas no local da picada, nomeadamente metal, amoníaco, vinagre ou urina.

No total, 5 tinham conhecimento do AAI, 8 da existência de imunoterapia para veneno de abelha e 7 conheciam a especialidade de Imunoalergologia.

Conclusões: Os apicultores portugueses demonstraram um conhecimento insuficiente relativamente às atitudes e medidas terapêuticas perante as picadas de abelha. Metade dos apicultores reportaram reações sistémicas e, destes, menos de metade recorreram ao SU. Com o aumento da prática da apicultura e para evitar situações potencialmente fatais nesta população, torna-se fundamental promover a sua formação adequada sobre os riscos, medidas de prevenção e tratamento das picadas. A divulgação da especialidade de Imunoalergologia e da existência de vacina anti-alérgica específica poderá facilitar um encaminhamento mais precoce em caso de reação às picadas, sendo essencial nesta população.

PO 70 – Sensibilização a profilinas na consulta de imunoalergologia

T Lourenço¹, J Cosme¹, S Carvalho¹, A Lopes¹, A Spínola Santos¹, M Pereira Barbosa¹

¹ Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução: As profilinas são panalergénios presentes nos pólenes e vegetais. São consideradas marcadores de polisensibilização a pólenes e responsáveis por reacções cruzadas entre pólenes e vegetais.

Objectivo: Avaliar a sensibilização a profilinas nos doentes (dtes) da Consulta de Imunoalergologia (IA) independentemente da sua clínica.

Método: Análise retrospectiva do registo de dtes que efectuaram testes cutâneos em picada (TCP) conforme bateria standard da consulta num período de 9 meses. Foram caracterizados quanto a dados demográficos e clínica apresentada disponível em processo clínico. Análise estatística: SPSS®, versão 20. Consideraram-se significativas as diferenças com valores de $p < 0,05$.

Resultados: Avaliados 954 dtes (64% sexo feminino; 36% sexo masculino; idade média 38,09 anos – min 4, máx 87) e caracterizados em quadro anexo de acordo com presença ou não de sensibilização a profilina (ver quadro I). 31 dtes (3,25%) apresentaram TCP positivo para profilina (55% sexo feminino; 45% sexo

masculino; idade média 32,35 anos – min 14, máx 70). Trinta dtes tinham sensibilização a pólenes (96,77%), tendo-se observado uma associação positiva entre sensibilização à profilina e sensibilização a pólenes ($p < 0,05$). Os pólenes mais frequentemente associados foram as gramíneas e a oliveira, com 96,77% e 93,54% respectivamente. Todos os dtes com sensibilização à profilina tinham sensibilização a mais do que um pólen. Observou-se uma média de sensibilização a 4,13 pólenes nos dtes com profilina positiva, sensibilização até 3 pólenes em 22,57% dos dtes e sensibilização a mais do que 3 pólenes em 77,43% dos dtes. Clinicamente, diagnosticou-se rinite em 29 dtes (93,5%), alergia alimentar sob a forma de SAO em 6 (19,35%) e sintomatologia de alergia ao látex em 4 (12,9%). A relação entre a clínica de rinite, SAO e sintomatologia ao látex com a sensibilização à profilina foi confirmada estatisticamente ($p < 0,05$). Não se observou associação entre a sensibilização ao látex e a sensibilização à profilina.

Conclusão: A avaliação de sensibilização à profilina pode ser relevante na caracterização do perfil de sensibilização de uma população. A presença de sensibilização positiva a profilinas nesta população associou-se a uma polisensibilização a pólenes consequente à reactividade cruzada entre pólenes através das profilinas. Observou-se também uma associação positiva entre sensibilização à profilina e sensibilização a pólenes, clínica de rinite, SAO e sintomatologia ao látex.

População		Profilina positivo (31)	Profilina negativo (923)
Género	Masculino	14 (45%)	327 (36%)
	Feminino	17 (55%)	596 (64%)
Idades (Média)		32,35	38,09
Clínica associada	Rinite	29 (93,5%)	682 (73,9%)
	Asma	11 (35,48%)	256 (27,74%)
	Síntomas Látex	4 (12,9%)	5 (0,54%)
	SAO	6 (19,35%)	31 (3,36%)
Semibilização a ácaros		23 (74,19%)	527 (57,10%)
Semibilização a pólenes	Gramíneas	30 (96,77%)	327 (35,43%)
	Platano	19 (61,29%)	50 (5,41%)
	Parietaria	7 (22,58%)	85 (9,21%)
	Oliveira	29 (93,54%)	222 (24,05%)
	Artemisia	11 (35,48%)	61 (6,61%)
	Plantago	27 (87,09%)	177 (19,18%)
Semibilização ao látex		18 (58,06%)	12 (1,3%)

PO 71 – Diferenciação da unidade de imunoalergologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça nos últimos 10 anosM Fernandes¹, R Câmara¹, F Sousa¹, S Oliveira¹, L Dantas¹, C Pestana¹¹ Unidade de Imunoalergologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal, PORTUGAL

Introdução: A Imunoalergologia no Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) surge em 1979, sendo da responsabilidade, do Dr. Fernando Drummond Borges. Em 1986 é organizada uma Unidade integrada no Serviço de Medicina II e em 2011 passa a dispor de um espaço físico com: 2 gabinetes de consulta, sala de enfermagem, gabinete de função respiratória e um hospital de dia (HD). A Unidade serve 270 000 habitantes e o aumento e diferenciação dos profissionais saúde, associado ao trabalho efectuado no plano da prevenção, formação e vigilância epidemiológica permitiu o aumento dos cuidados de saúde prestados e mais especificamente dos episódios de HD.

Métodos: Analisou-se a actividade da Imunoalergologia do HNM entre 2005-2014, sendo esta reflexão a base para a sua planificação no futuro.

Resultados: A Unidade realizou 5000 consultas em 2014, com um incremento de 50%, nestes 10 anos, sendo a relação idade pediátrica / adulta de 38% / 62% nos últimos 5 anos. Registou-se um aumento da 1.ª consultas representando em média 23% do total de consultas. Na idade pediátrica estas variam entre 8,6% e 27% (445 doentes). O envelhecimento da população é confirmado pela evolução da relação asma de lactente/asma de idoso, que passa de 1 em 2011 para 1/2 em 2014. A diminuição dos lactentes, associada ao número elevado doentes com alergia medicamentosa e imunodeficiência justifica a relação masculino/feminino de 2/3. A referenciação foi predominantemente dos cuidados de saúde primários. A alergia medicamentosa, alimentar e a himenópteros, representam cerca de 50% dos episódios de HD. Realizaram-se em média 400 sessões de testes cutâneos (prick) e os testes em picada (prick-prick), passaram de 97 em 2011 para 380 em 2014. Foram realizadas em média 1200 espirometrias/ano associadas a provas de broncodilatação em cerca de 27,4% dos casos.

Conclusão: A diferenciação da Imunoalergologia permitiu a identificação de diversas entidades clínicas, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde prestados, a uma população cada vez maior. A sistematização da abordagem clínica, em regime ambulatorio, minorou os custos inerentes, a uma morbidade elevada.

PO 72 – Alergia ao camarão e a meios de contraste iodados: Mito ou realidade?J Marcelino¹, S Carvalho¹, F Cabral Duarte¹, A Célia Costa¹, M Pereira-Barbosa¹¹ Departamento de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Os meios de contraste iodados (MCI) são os meios de contraste mais usados em radiologia. No entanto, ainda permanecem ideias falsas preconcebidas sobre as reacções adversas a estes produtos, nomeadamente a suspeita de relação entre alergias a marisco e iodo.

Objectivo: Avaliar a existência ou não de associação entre alergia ao camarão e a MCI em doentes referenciados à Consulta de Imunoalergologia por alergia a MCI.

Métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos de doentes com alergia a MCI seguidos na Consulta de Alergia a Meios de Contraste Radiológicos do Serviço de Imunoalergologia. Analisaram-se: dados demográficos, via de administração, tipo de reacção ao MCI, intervalo de tempo entre a administração de MCI e a reacção, perfil de sensibilização ao MCI por testes cutâneos por picada (TCP), intradérmicos (ID) e epicutâneos (Ep), história e perfil de sensibilização ao camarão (TCP com extracto comercial de camarão) e à tropomiosina (TCP com Der p 10).

Foram excluídos todos os doentes que não apresentassem simultaneamente estudo de sensibilização a MCI, ao camarão e a Der p 10.

Resultados: Foram incluídos 70 doentes (23 sexo masculino, 47 sexo feminino; média de idades 59±15 anos). Trinta (42,9%) doentes tiveram testes cutâneos positivos a MCI: nenhum TCP foi positivo; 21,4% ID e 27,1% Ep foram positivos.

A via de administração mais frequente do MCI foi a endovenosa (65,7%). 55,4% das reacções desenvolveram-se até 1h após a administração de MCI (reacções imediatas) e 44,6% foram reacções tardias. Dos 70 doentes estudados, apenas 1 doente (1,4%) apresentava simultaneamente história de reacção e TCP positivos para o camarão, com TCP negativos para ácaros e Der p 10. Este tinha também testes ID positivos para MCI.

Outros 2 doentes apresentavam: um, TCP positivos para camarão e Der p 10 e o outro, TCP negativo para camarão e positivo para Der p 10. Nenhum, tinha clínica de alergia ao camarão mas ambos tinham co-sensibilização a ácaros em TCP e rinite alérgica.

Conclusões: Embora possam de facto existir doentes simultaneamente alérgicos ao MCI e ao camarão, estas alergias não parecem estar relacionadas entre si, nem existem dados para afirmar que alergia ao camarão é um factor de risco para desenvolvimento de reacção alérgica a MCI.

Os doentes que vão realizar exames com MCI não devem ser questionados se têm alergia ao marisco e se o forem, não necessitam de terapêutica profilática prévia, nem devem ter os seus exames adiados.

PO 73 – Caracterização clínica dos doentes com elevação dos níveis de IGE total num hospital pediátrico terciárioJ Belo¹, N Pinto¹, V Matos², P Martins¹, P Leiria-Pinto¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL² Serviço de Patologia Clínica (Imunologia), Hospital de São José, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Lisboa, PORTUGAL

Introdução: Dos cinco isotipos de imunoglobulinas presentes em circulação, a IgE é aquela presente em menor quantidade, com uma concentração média de cerca de 25 kU/l. Múltiplas patologias podem estar associadas a aumento dos seus níveis, sendo a alérgica a mais frequentemente implicada. Patologias infecciosas, parasitárias, imunodeficiências e neoplasias podem também cursar com elevação dos níveis de IgE total.

Objectivo: Caracterização clínica dos doentes com elevação dos níveis de IgE total com seguimento em Consulta Externa e/ou história de internamento hospitalar.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes seguidos em Consulta hospitalar e/ou história de internamento no Hospital de Dona Estefânia com elevação da IgE total superior a 2000 kU/l, durante os anos 2013 e 2014. Foi efectuada uma análise descritiva destes doentes, nomeadamente idade, sexo e patologias associadas.

Resultados: A amostra obtida era constituída por 83 indivíduos, com predomínio do sexo masculino (70%), com uma mediana de 10 anos de idade (P25-75: 8-15). O doseamento de IgE total foi solicitado sobretudo em contexto de Consulta de Imunoalergologia (62,6%), seguida pela Consulta de Pediatria Médica (26,5%) e pelos diversos Serviços de Internamento de Pediatria médica (10,8%). A mediana dos valores de IgE total encontrada foi de 3179 KU/l (P25-75: 2312 – 4651). A contagem de eosinófilos foi avaliada em 89,2% dos doentes, tendo sido observada eosinofilia em 70,3% dos indivíduos. Destes, 21% apresentavam hipereosinofilia. Relativamente à patologia alérgica, estava presente em 90,4% dos doentes. Da amostra global, 79,5% dos indivíduos apresentavam diagnóstico de rinite alérgica, 47% de asma e 45,8% de eczema atópico, grave em cerca de 1/3 destes doentes, e 32,5% de alergia alimentar. 78,3% dos doentes apresentava testes cutâneos e/ou IgE específicas positivas para aeroalergénios comuns. Em três doentes foi diagnosticada infecção parasitária. Dois doentes apresentavam diagnóstico de imunodeficiência primária.

Conclusões: No presente estudo, e de acordo com a literatura, a doença atópica representa a principal etiologia subjacente ao aumento da IgE total, nomeadamente sob a forma de rinite alérgica, asma e de eczema atópico. Na nossa amostra, as infecções parasitárias e as imunodeficiências primárias constituíram uma percentagem residual das patologias associadas ao aumento de IgE.

PO 74 – Doseamento de IGE específica – A realidade de diferentes especialidadesJ Azevedo¹, R Cunha², N Silva², B Tavares¹, F Rodrigues²¹ Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL² Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, PORTUGAL

Introdução: O doseamento sorológico de IgE específica (sIgE) constitui uma ferramenta importante no diagnóstico das doenças imunoalergológicas.

Objectivo: Comparar o recurso ao doseamento de sIgE em diferentes consultas do CHUC.

Métodos: Avaliação do n.º total de pedidos de sIgE e G (sIgG), entre 01/07/2013 e 30/06/2015 no laboratório de Imunologia do nosso hospital. A amostra foi dividida em 2 grupos etários. Grupo I: <18 anos e Grupo II: ≥18 anos. Em cada grupo foi feita a análise de acordo com o grupo de alergénios e com a proveniência do pedido (A-Serviço de Imunoalergologia CHUC; B-Serviço de Pneumologia HUC; C-Outros serviços-HUC; D-Consulta de Alergologia Hospital Pediátrico (HP); E-Consulta de Medicina-HP; F-Outras consultas-HP; G-Serviço de Pneumologia do Hospital Geral (HG); H-Consulta de Alergologia-HG; I-Outras consultas-HG; J-pedidos externos). Foram comparados os pedidos provenientes do serviço A com serviços dos HUC, HP e HG e ainda o n.º de pedidos por doente em cada serviço.

Resultados: Foram realizados 27594 doseamentos, correspondendo a 6016 colheitas, 5207 doentes. 65,59% dos doentes (3415) eram provenientes dos HUC; 22,22% (1157) do HP; 10,81% (563) do HG e 1,38% (72) externos. De acordo com o grupo de alergénios: 17387 doseamentos de sIgE a aeroalergénios, 6165 a alimentos, 1292 a recombinantes, 875 a medicamentos, 857 a venenos, 261 a ocupacionais e 22 a mosquito. Foram realizados 735 sIgG. No Grupo I: 57,65% do sexo masculino; 42,35% do sexo feminino (8,15±5 anos). No Grupo II: 35,18% do sexo masculino e 64,82% do sexo feminino (41,11±16,29 anos). A Tabela 1 apresenta o valor de significância p quando comparadas as proveniências dos pedidos entre serviços A, B, D, E, G e H. Pedidos de outras proveniências foram diminutos. Verificou-se que, quanto ao doseamento do grupo de aeroalergénios, o serviço A apresentou uma tendência inferior aos restantes serviços, à exceção de D. Quanto ao doseamento do grupo de alimentos, o serviço A apresentou uma tendência superior aos restantes serviços, à exceção de D. A Tabela 2 apresenta o n.º de pedidos por doente em cada serviço.

Conclusão: Salieta-se a diferença estatisticamente significativa entre o número de pedidos efetuados de acordo com as diferentes proveniências. É de realçar que se verificou um n.º inferior de pedidos, particularmente para aeroalergénios e também um menor n.º de doseamentos por doente pelo serviço de Imunoalergologia, comparativamente com outros, merecendo a devida reflexão.

Tabela 1: Comparação para cada grupo de alérgenos de acordo com a proveniência do pedido (valor de p)

	Aeroalérgenos	Alimentos	Recombinantes	Medicamentos	Venenos	Ocupacionais	Mosquito	Mix	IgG
A Grupo I vs D	0,200	0,002	0,000	0,878	0,587	0,010	0,460	0,000	0,882
A Grupo I vs E	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,078	0,126	0,000	0,126
A Grupo I vs H	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,138	0,702	0,000	0,000
A Grupo II vs B	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,178	0,000	0,000
A Grupo II vs G	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,004	0,248	0,000	0,001

Tabela 2: Nº de pedidos por doente em cada serviço

Proveniência	Nº de doentes	Média de μ g pedidas por doente	Comparação entre o serviço A e: (valor de p)
A Grupo I	670	4,52	-
A Grupo II	2232	4,93	-
B	329	4,74	0,456
D	369	6,36	0,000
E	443	5,38	0,000
G	188	5,97	0,002
H	325	9,97	0,000

PO 75 – Internamento de um serviço de imunoalergologia: A nossa realidade

A Rodolfo¹, L Amaral¹, E Castro¹, A Coimbra¹, J L Plácido¹

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

Objetivos do trabalho: Caracterização dos internamentos no Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de São João (SIACHSJ).

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes internados no SIACHSJ, entre Janeiro de 2007 e Junho de 2015.

Resultados: No período de tempo analisado registaram-se 147 internamentos, num total de 123 doentes, com mediana de idades de 50 anos (com amplitude interquartil de 29), dos quais 80% eram do sexo feminino. A média de internamentos foi de 17 por ano. O principal motivo de internamento foi asma agudizada (79%), predominantemente por infeção respiratória, ou má adesão terapêutica. Outros motivos de internamento incluíram doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada (3%) e angioedema (3%). A maioria dos doentes (62%) foi internada a

partir do Serviço de Urgência, incluindo as Unidades de Cuidados Intermédios/Intensivos, seguido do Serviço de Atendimento Não Programado do SIACHSJ (28%). A duração média de internamento foi 6 (1-30) dias. Não houve nenhum re-internamento nas primeiras 48 horas após alta e não se registou nenhum óbito. Em 63% dos casos os doentes eram previamente seguidos no SIACHSJ, enquanto 25% nunca tinham sido seguidos em consulta de especialidade.

Conclusão: A atividade da especialidade de Imunoalergologia é predominantemente do ambulatório. Contudo, em algumas circunstâncias a permanência do doente em regime hospitalar torna-se necessária. Salientamos que no SIACHSJ existe um Serviço de Atendimento Não Programado, ao qual os doentes são incentivados a recorrer em caso de agudizações da doença de base, o que permite a resolução da grande maioria destas situações, sem necessidade de internamento. Quase dois terços dos internamentos eram provenientes do SU, o que implica maior gasto de recursos. Verificou-se um número reduzido de doentes internados no nosso serviço o que vai ao encontro do preconizado salto de cuidados de internamento para os cuidados externos.