

IMUNOALERGOLOGIA

XLVI REUNIÃO ANUAL DA SPAIC XLVI SPAIC ANNUAL MEETING

Passado, Presente e Futuro

PROGRAMA DA REUNIÃO / MEETING PROGRAMME

RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS, POSTERS E CASOS CLÍNICOS
ORAL COMMUNICATIONS, POSTERS AND CASE REPORTS ABSTRACTS



ÓRGÃO OFICIAL

SPAIC

SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

9-12
OUT
2025

HOTEL MH
ATLÂNTICO,
PENICHE

46ª REUNIÃO
ANUAL SPAIC



PASSADO, PRESENTE E FUTURO

PROGRAMA



ÍNDICE

4	<i>CARTA DE BOAS-VINDAS</i>
5	<i>ORGANIZAÇÃO</i>
6	<i>PALESTRANTES E MODERADORES NACIONAIS</i>
7	<i>CONVIDADOS ESTRANGEIROS</i>
8 - 9	<i>PROGRAMA</i>
10 - 11	<i>PROGRAMA // DIA 9 / 5ª FEIRA</i>
12 - 13	<i>PROGRAMA // DIA 10 / 6ª FEIRA</i>
14 - 15	<i>PROGRAMA // DIA 11 / SÁBADO</i>
16	<i>PROGRAMA // DIA 12 / DOMINGO</i>
17	<i>SESSÕES</i>
18	<i>CURSO TEMÁTICO I</i>
19	<i>CURSO TEMÁTICO II</i>
20	<i>EVENTOS EDUCACIONAIS</i>
21	<i>MEET THE EXPERT LUNCH</i>
22	<i>SUNSET MEETING</i>
23	<i>REGULAMENTO PRÉMIOS SPAIC</i>
24	<i>PLANTA DO EVENTO</i>
25	<i>PLANTA DA EXPOSIÇÃO</i>
26	<i>PATROCINADORES</i>





CARTA DE BOAS-VINDAS

Estimadas(os) Colegas e Amigas(os),

É com um enorme gosto que vos dou as boas-vindas à 46.^a Reunião Anual da nossa SPAIC. Aceitei com grande entusiasmo e gratidão o convite da Direção da SPAIC para ser o Presidente de Honra desta reunião tão especial. De 9 a 12 de outubro de 2025, estaremos juntos em Peniche na nossa reunião anual para celebrar os notáveis 75 anos da SPAIC. Por isso, o tema desta 46.^a Reunião Anual não podia ser mais adequado: "PASSADO, PRESENTE E FUTURO".

Este tema convida-nos a refletir sobre o imenso trabalho e sucesso da nossa sociedade científica e, também, para onde queremos caminhar enquanto especialidade. Para esta reflexão, um dos elementos cada vez mais essenciais são os dados. Os dados são imprescindíveis para termos uma visão assente na nossa realidade clínica e, desse modo, organizarmos melhor a nossa resposta e formarmos melhor os nossos internos e especialistas.

A SPAIC tem tido um papel decisivo também na recolha e na disponibilização destes dados ao longo dos anos. Do PASSADO, menciono a título de exemplo que a SPAIC foi pioneira na criação de registos de doença com o objetivo de começar a mapear as nossas patologias. No PRESENTE, está a promover iniciativas como o estudo AlergoPortugal, que nos oferece uma perspetiva inovadora sobre a alergia em Portugal e, lado a lado com os colegas da SEAIC, está a criar o registo ibérico de anafilaxia. No FUTURO, acredito que a breve prazo, a SPAIC estará novamente no pelotão da frente ao promover a recolha de dados estruturados diretamente a partir dos sistemas de registo clínico hospitalar.

Estes projetos, que nos capacitam e que fortalecem a especialidade, nascem e crescem muito graças ao espírito de colaboração e ao convívio aberto que cultivamos, em particular nas nossas reuniões anuais. É aqui que as ideias surgem, que as pontes se constroem e que sentimos verdadeiramente o pulsar da nossa especialidade.

Por isso, desejo que todos sintam novamente este ambiente vibrante na 46.^a Reunião Anual. Que seja um momento riquíssimo de aprendizagem partilhada, de discussões inspiradoras e de projetarmos juntos o futuro da nossa Imunoalergologia, orgulhosos do nosso incrível passado e do presente dinâmico que construímos.

Um abraço e até Peniche!

João Almeida Fonseca
Presidente de Honra da Reunião



Estimadas(os) Sócios,

É com enorme alegria e profunda honra que vos damos as boas-vindas ao 46.^o Congresso da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC), uma edição especial que celebra os 75 anos da nossa Sociedade.

Sob o tema "75 anos da SPAIC: Passado, Presente e Futuro", reunimo-nos em Peniche, onde o seu icónico Farol se impõe como símbolo de orientação, perseverança e inspiração para todos nós.

Ao longo de sete décadas e meia, a SPAIC tem sido um farol de conhecimento, inovação e dedicação à Imunoalergologia. As sucessivas Direções da SPAIC, através do seu trabalho incansável, liderança e dedicação exemplar, conduziram a nossa Sociedade a marcos notáveis, consolidando o seu papel de referência nacional e internacional na área da alergologia e imunologia clínica.

Este congresso constitui assim uma oportunidade única para refletirmos sobre o legado que construímos, celebrarmos as conquistas do passado e do presente e projetar um futuro, que se antevê ainda mais promissor.

Queremos que este momento seja vivido como uma celebração singular e inesquecível para todos os nossos sócios, uma oportunidade para reforçar o orgulho de pertencer à SPAIC e para reconhecer o impacto transformador que temos na vida dos nossos doentes.

O programa científico, cuidadosamente preparado, inclui cursos, palestras, workshops e debates que certamente enriquecerão o nosso conhecimento e estimularão novas perspetivas. Paralelamente, este será também um espaço privilegiado de convívio, partilha de experiências e fortalecimento dos laços que nos unem.

Convidamos-vos, por isso, a participarem ativamente e a celebrar connosco esta efeméride memorável.

Sejam muito bem-vindos ao Congresso dos 75 anos da SPAIC!

Que este congresso seja um farol de inspiração e mais um marco brilhante na nossa história.



Ana Morête
Presidente da SPAIC

ORGANIZAÇÃO



PRESIDENTE DE HONRA DA REUNIÃO

João Almeida Fonseca

PRESIDENTE DA REUNIÃO

Ana Morête

ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO CIÊNCIA

Ana Morête

Pedro Carreiro Martins

José Alberto Ferreira

Frederico Regateiro

João Gaspar Marques

Magna Correia

Rodrigo Rodrigues Alves

Mariana Lobato

Manuel Branco Ferreira

Grupos de Interesse da SPAIC

SECRETARIADO EXECUTIVO DA 46ª REUNIÃO ANUAL DA SPAIC



AIM Group International - Lisbon Office

Avenida Conde de Valbom, nº6, 5º

1050-068 Lisboa – Portugal

Tel. +351 21 324 50 40

e-mail spaic2025@aimgroup.eu

site www.spaic2025.com

CREDITAÇÃO

Ordem dos Médicos — Conselho Nacional
para a avaliação da formação





PALESTRANTES E MODERADORES NACIONAIS

Alice Coimbra
Ana Mendes
Ana Todo Bom
Amélia Spínola
Anna Sokolova
Ana Margarida Pereira
Ana Margarida Romeira
Ana Morête
Ana Reis Ferreira
Ana Sofia Moreira
Anabela Lopes
André Moreira
Ângela Gaspar
Beatriz Tavares
Bernardo Sousa Pinto
Carlos Lozoya Ibáñez
Carlos Nunes
Carmen Botelho
Carmelita Ribeiro
Célia Costa
Celso Pereira
Cristina Lopes Abreu
Daniel Machado
Daniela Abreu
Diana Silva
Elisa Pedro
Emilia Faria
Eunície Dias de Castro
Fábio Cardoso
Filipe Froes

Filipe Garcia
Frederico Regateiro
Graça Castel-Branco
Graça Loureiro
Helena Falcão
Helena Pereira
Helena Pité
Inês Cunha
Inês Nunes
Joana Cosme
Joana Gomes
João Almeida Fonseca
João Gaspar Marques
João Marcelino
João Paulo Cruz
Jorge Ferreira
José Alberto Ferreira
José D. Alves
José Laerte Boechat
José Pedro Moreira da Silva
José Torres da Costa
Leonor Leão
Liliana Dias
Luís Delgado
Luís Miguel Borrego
Magna Correia
Manuel Branco Ferreira
Margarida Gomes
Margarida Nunes
Maria Luís Marques

Mariana Lobato
Mariana Lucena
Mário Morais de Almeida
Marta Chambel
Marta Neto
Monica Velosa
Natacha Santos
Nuno Neuparth
Paula Alendouro
Paula Leiria Pinto
Pedro Alves
Pedro Carreiro Martins
Pedro Coelho
Pedro Santos
Rita Brás
Rita Câmara
Rodrigo Rodrigues Alves
Rúben Ferreira
Sara Silva
Sofia Campina
Sofia Farinha
Sofia Luz
Susana Cadinha
Susana Lopes da Silva
Susana Piedade
Teresa Vieira
Tiago Jacinto
Tiago Rama
Tiago Velada
Tomás Pessoa e Costa

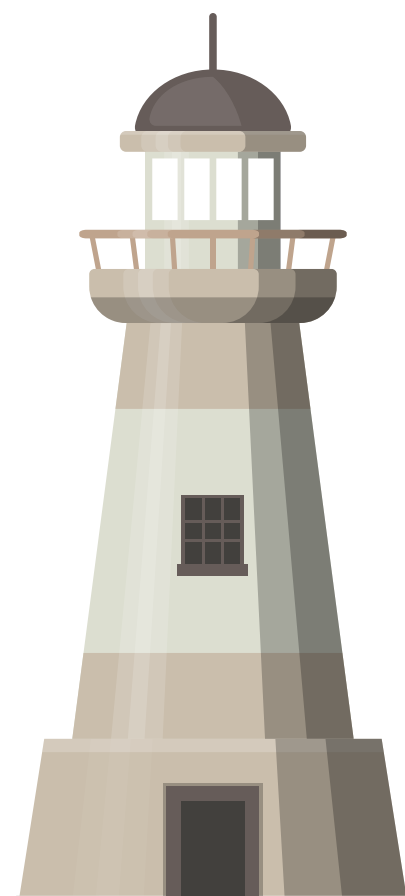
CONVIDADOS ESTRANGEIROS



Javier Dominguez-Ortega

Olga Luengo Sánchez

Santiago Quirce





PROGRAMA

09 OUT		QUINTA - FEIRA	
SALA 1		SALA 2	SALA 3
10h30		CURSO TEMÁTICO I <i>Asma Grave: Abordagem diagnóstica e terapêutica da asma grave</i> Apoio 	
13h00	ALMOÇO		
14h30		CURSO TEMÁTICO I <i>Asma Grave: Abordagem diagnóstica e terapêutica da asma grave</i> Apoio 	CURSO TEMÁTICO II <i>Como tornar-se um Urticariologista</i> Apoio
18h00			
18h30	Comunicações Orais I	Comunicações Orais II	Posters I
20h00			

10 OUT		SEXTA - FEIRA		
SALA 1		SALA 2	SALA 3	SALA 4
09h00	MESA REDONDA I <i>Alergia Alimentar e novas intervenções</i>	MESA REDONDA II <i>Imunoterapia e IA: revolução da medicina personalizada</i>		
10h00	COFFEE-BREAK			
10h30	MESA REDONDA III <i>Tosse crónica no adulto</i>	MESA REDONDA IV <i>Alergia medicamentos: desafios em contextos particulares</i>		
11h30	COFFEE-BREAK			
12h00	CERIMÓNIA DE ABERTURA			
13h00	ALMOÇO MEET THE PROFESSOR LUNCH <i>Pontes Imunológicas: Unindo especialidades no diagnóstico e tratamento das imunodeficiências primárias e secundárias</i> Apoio <i>Uniting the Spectrum of Eosinophil-Driven Diseases: An Integrated Approach to Type 2 Inflammation</i> Apoio 			
14h30	SIMPÓSIO SPAIC ABBVIE <i>Reaching new heights in Atopic Dermatitis with RINVOQ</i> Apoio 	WORKSHOP I <i>Anafilaxia idiopática</i>		
15h30	COFFEE-BREAK			
16h00	SIMPÓSIO SPAIC DIATER Apoio 	WORKSHOP II <i>Avaliação da função nasal</i>		
17h00	COFFEE-BREAK			
17h30	MESA REDONDA V <i>Particularidades do tratamento com Biológicos na doença imuno-alérgica</i>	WORKSHOP III <i>ABC dos testes epicutâneos</i>		
18h30	SUNSET MEETING <i>A jornada do doente com AEH: da incerteza à esperança</i> Apoio 			
19h30	Sunset Dinner - Lobby do Hotel MH Atlântico Apoio			
20h30				

PROGRAMA



	11 OUT	SÁBADO		
	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4
08h30	Comunicações Oraís III	Comunicações Oraís IV	Casos Clínicos I	
10h00	COFFEE-BREAK			
10h30	SIMPÓSIO SPAIC BIOCRYST <i>Uma nova era na Profilaxia oral no Angiodema hereditário</i> Apoio 	WORKSHOP IV <i>Asma grave em idade pediátrica — casos que nos desafiam e sugestão de algoritmo de abordagem</i>		
11h30	COFFEE-BREAK			
12h00	SIMPÓSIO SPAIC CELLTRION <i>Biossimilár de Omalizumab na Prática: a visão do Médico e do Farmacêutico</i> Apoio 	WORKSHOP V <i>Vacinação anti-infecciosa nas doenças respiratórias</i>		
13h00	ALMOÇO MEET THE PROFESSOR LUNCH <i>HAE Challenge Singleplex VS Multiplex na abordagem ao Diagnóstico Laboratorial de Alergia</i> Apoio 			
14h30	MESA REDONDA VI <i>Dermatite atópica: desafios e inovações</i>	WORKSHOP VI <i>Tenho um doente com "intolerância alimentar" na minha consulta, e agora?</i>		
15h30	COFFEE-BREAK			
16h00	MESA REDONDA VII <i>Perspetivas emergentes na asma</i>	WORKSHOP VII <i>Alergia a fármacos na prática clínica</i>		
17h30	Assembleia Geral			
19h00 20h00	Jantar de Conferencistas <i>Pólenes de Ouro</i>			

	12 OUT	DOMINGO	
	SALA 1	SALA 2	SALA 3
09h30	Posters II	Posters III	Casos Clínicos II
11h00	MESA JIPs <i>Realidade ou ficção?</i>	MESA REDONDA VIII <i>Quando a alergia pode esconder algo mais</i>	
12h00	COFFEE-BREAK		
12h30	Entrega de prémios e Sessão de encerramento		
13h15	Almoço de Encerramento		



PROGRAMA — 09 OUT — 5ª FEIRA

MANHÃ		
	SALA 2	SALA 3
10h30	CURSO TEMÁTICO I - Asma Grave: Abordagem diagnóstica e terapêutica da asma grave	
	10h30 - 11h00 Definição, diagnóstico diferencial e comorbilidades Helena Pereira	
	11h00 - 11h30 Fisiopatologia e biomarcadores Pedro Carreiro Martins	
11h30	COFFEE-BREAK	
12h00	12h00 - 12h30 Avaliação inicial e monitorização João Gaspar Marques	
	12h30 - 13h00 Terapêutica da asma grave em geral Diana Silva	
13h00	ALMOÇO	



TARDE

SALA 2

SALA 3

14h30

CURSO TEMÁTICO I - Asma Grave: Abordagem diagnóstica e terapêutica da asma grave (continuação)

CURSO TEMÁTICO II - Como tornar-se um Urticariologista

14h30 - 15h00

Indicações de cada terapêutica biológica
José Alberto Ferreira

15h00 - 15h30

CrITÉrios de escolha das diversas terapêuticas biológicas
Cristina Lopes Abreu

15h30 - 16h00

Funcionamento de uma unidade de asma grave
Ana Mendes

14h30 - 14h50

Boas-vindas e apresentação do curso

Sofia Campina

A história da Vera

Daniela Abreu

14h50 - 15h15

Pistas Iniciais - O que sabemos sobre a Urticária?

Rita Brás

Definição, classificação e epidemiologia da Urticária Crónica Espontânea e Urticária Indutível, Fisiopatologia da urticária

15h15 - 15h45

Escalada terapêutica - Quais as opções existentes para a Vera?
Inês Cunha

COFFEE-BREAK

COFFEE-BREAK E FORMAÇÃO DE EQUIPAS

16h30 - 17h30

Workshop de decisão terapêutica - casos clínicos
Margarida Gomes e Margarida Nunes
Coordenação: Ana Mendes e João Gaspar Marques

17h30 - 18h00

Conclusões

Apoio  AstraZeneca

16h05 - 17h20

Escape Stations: Urticariologistas Hands-on num desafio de equipas

Sofia Campina, Sofia Farinha, Daniela Abreu e Rita Brás

20 min/RONDA 1: O diário da Vera - Ronda sobre dados e ferramentas de avaliação clínica (PROM)

20 min/RONDA 2: Em busca da verdade - Que testes diagnósticos nos ajudam?

20 min/RONDA 3: A fórmula secreta - A abordagem terapêutica ideal e encaminhamento

17h20 - 17h30

A jornada da Vera - Debrief das Escape Stations

Sofia Farinha

BIO-BREAK

17h45 - 18h05

EpÍlogo: A Vera regressou à consulta - Perspetivas futuras de tratamento

Inês Cunha

18h05 - 18h25

Debate: Acessibilidade ao Urticariologista, aos centros UCARE e ao tratamento - público e privado, presente e futuro

Célia Costa e Marta Neto

18h25 - 18h30

Fecho do Curso e comunicação da equipa vencedora

Apoio  NOVARTIS

SALA 1

SALA 2

SALA 3

18h30

Comunicações Orais I

Comunicações Orais II

Posters I

20h00

Alergia a Fármacos, Alergia Alimentar e Outros

Asma e Imunodeficiências Primárias

Alergia a Fármacos



PROGRAMA — 10 OUT — 6ª FEIRA

MANHÃ

SALA 1

SALA 2

09h00

MESA REDONDA I - Alergia Alimentar e novas intervenções

MESA REDONDA II - Imunoterapia e IA: revolução da medicina personalizada

Moderadores: Graça Castel-Branco e Paula Alendouro
Novas intervenções na prevenção
Filipe Garcia
Novas intervenções no tratamento
Ana Reis Ferreira
Desafios no doente sob biológicos para outras indicações
Pedro Alves

Moderadores: Celso Pereira e João Almeida Fonseca
Resposta sustentada após imunoterapia com aeroalergénios: Como podemos prever ou medir?
Graça Loureiro
Imunoterapia com alergénios: Como utilizar a inteligência artificial na prática clínica
Ana Margarida Pereira
Ferramentas digitais na avaliação da imunoterapia com alergénios
Bernardo Sousa Pinto

10h00

COFFEE-BREAK

10h30

MESA REDONDA III - Tosse crónica no adulto

MESA REDONDA IV - Alergia medicamentos: desafios em contextos particulares

Moderadores: Elisa Pedro e Mário Morais de Almeida
Tosse Crónica: Uma nova doença
Filipe Froes
Abordagem diagnóstica do doente com tosse crónica
Nuno Neuparth
Abordagem terapêutica na tosse crónica (farmacológica e não farmacológica)
Pedro Carreiro Martins

Moderadores: Daniel Machado e Susana Cadinha
Reações a antibióticos em regime de internamento
Eva Gomes
SCARs em idade pediátrica
Leonor Leão
Diagnóstico in vitro na prática clínica
Ana Margarida Romeira

11h30

COFFEE-BREAK

12h00

CERIMÓNIA DE ABERTURA

13h00

ALMOÇO

SALA 3

SALA 4

13h00

MEET THE PROFESSOR LUNCH

Pontes Imunológicas: Unindo especialidades no diagnóstico e tratamento das Imunodeficiências primárias e secundárias
Palestrantes: Susana Lopes da Silva e Pedro Santos

Uniting the Spectrum of Eosinophil-driven Diseases: An integrated approach to Type 2 inflammation
Palestrantes: Manuel Branco Ferreira, Santiago Quirce, João Gaspar Marques e Ana Mendes

Apoio 

Apoio 

PROGRAMA — 10 OUT — 6ª FEIRA



TARDE

SALA 1

SALA 2

14h30

SIMPÓSIO SPAIC - ABBVIE

WORKSHOP I - Anafilaxia idiopática

Reaching new heights in Atopic Dermatitis with RINVOQ®

Moderador: Frederico Regateiro

Palestrantes: Cristina Lopes Abreu e João Marcelino

Apoio **abbvie**

Moderadores: Ângela Gaspar e Rita Câmara

Desafios diagnósticos

Natacha Santos

Desafios terapêuticos

Maria Luís Marques

Abordagem terapêutica num doente com mastocitose

Tiago Rama

15h30

COFFEE-BREAK

16h00

SIMPÓSIO SPAIC - DIATER

WORKSHOP II - Avaliação da função nasal

Polimerizados: experiência na prática clínica

Celso Pereira

Imunoterapia molecular: avances y perspectivas

Apoio **DIATER**

Moderadores: Graça Loureiro e Natacha Santos

Imagiologia e scores de polipose

Tiago Velada

Provocação nasal e avaliação de resposta

Joana Cosme

Estudo do olfacto e paladar

Inês Nunes

17h00

COFFEE-BREAK

17h30

MESA REDONDA V - Particularidades do tratamento com Biológicos na doença imuno-alérgica

WORKSHOP III - ABC dos testes epicutâneos

Moderadores: Luís Delgado e Manuel Branco Ferreira

Imunomodulação no idoso: desafios e oportunidades da terapêutica biológica

Ana Todo Bom

Rinossinusite Crónica com Polipose Nasal - papel da inflamação T2 e não T2

José Laerte Boechat

Terapêutica biológica na gravidez

José Laerte Boechat

Moderador: Marta Neto

Palestrantes: João Marcelino e Sofia Farinha

18h30

Sunset Meeting

A jornada do doente com AEH: da incerteza à esperança

Moderador: Eunice Dias de Castro

Palestrantes: Manuel Branco Ferreira e Natacha Santos

Apoio **CSL Behring**

19h30

Sunset Dinner - Lobby do Hotel MH Atlântico

Apoio **CSL Behring**

20h30



PROGRAMA — 11 OUT — SÁBADO

MANHÃ

SALA 1

SALA 2

SALA 3

08h30

Comunicações Orais III

Comunicações Orais IV

Casos Clínicos I

Alergia Cutânea e Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais

Alergénios e Imunoterapia e Rinite/Rinossinusite

Alergia a Fármacos e Alergénios e Imunoterapia

10h00

10h30

COFFEE-BREAK

SALA 1

SALA 2

10h30

SIMPÓSIO SPAIC - BIOCRYST

WORKSHOP IV - *Asma grave em idade pediátrica - casos que nos desafiam e sugestão de algoritmo de abordagem*

10h30 - 10h35

Introdução

Manuel Branco Ferreira

10h35 - 10h50

Andrógenos na profilaxia do AEH: ainda se usam em 2025?

Manuel Branco Ferreira

10h50 - 11h05

Profilaxia oral moderna: eficácia, segurança e qualidade de vida

Eunice Dias de Castro

11h05 - 11h20

Evidência na vida real com berotralstate

Amélia Spínola

11h20 - 11h30

Discussão

Apoio  biocryst

Moderadores: Helena Falcão e Paula Leiria Pinto

Desafios no diagnóstico diferencial

Pedro Coelho

Particularidades da função respiratória e da inflamação

Tiago Jacinto

Abordagem terapêutica

João Gaspar Marques

11h30

COFFEE-BREAK

12h00

SIMPÓSIO SPAIC - CELLTRION

WORKSHOP V - *Vacinação anti-infecciosa nas doenças respiratórias*

Biossimilar de Omalizumab na Prática: a visão do Médico e do Farmacêutico

Moderador: André Moreira

A ciência e a prática clínica com biossimilares

José D. Alves

A preparação na prática da chegada de OMLYCLO:

A visão do Médico

Célia Costa

A preparação na prática da chegada de OMLYCLO:

A visão do Farmacêutico

João Paulo Cruz

Apoio  CELLTRION

Moderadores: José Pedro Moreira Da Silva e Luís Miguel Borrego

Virus sincicial respiratório

Inês Cunha

Pneumococcus

Rúben Ferreira

Gripe

Magna Correia

13h00

ALMOÇO

SALA 3

SALA 4

13h00

MEET THE PROFESSOR LUNCH

HAE Challenge

Palestrante: Manuel Branco Ferreira

Apoio  Takeda

Singleplex VS Multiplex na abordagem ao Diagnóstico Laboratorial de Alergia

Palestrante: Olga Luengo Sánchez

Apoio  ThermoFisher
SCIENTIFIC

PROGRAMA — 11 OUT — SÁBADO



TARDE

SALA 1

SALA 2

14h30	MESA REDONDA VI - Dermatite atópica: desafios e inovações	WORKSHOP VI - Tenho um doente com "intolerância alimentar" na minha consulta, e agora?
	<i>Moderadores:</i> Paula Leiria Pinto e Rodrigo Rodrigues Alves Diagnósticos diferenciais nas diferentes fases da vida Daniela Abreu Inovação terapêutica Cristina Lopes Abreu A inteligência artificial como aliada na alergia cutânea Tomás Pessoa e Costa	<i>Moderadores:</i> Ana Reis Ferreira e Sofia Luz Conceito e diagnóstico Liliana Dias Abordagem interdisciplinar Fábio Cardoso
15h30	COFFEE-BREAK	
16h00	MESA REDONDA VII - Perspetivas emergentes na asma	WORKSHOP VII - Alergia a fármacos na prática clínica
	<i>Moderadores:</i> Ana Morête e Jorge Ferreira Asma induzida pelo exercício - quando as guidelines falham André Moreira Impacto das alterações climáticas Carlos Nunes Imagiologia funcional respiratória na asma Javier Dominguez -Ortega	<i>Moderadores:</i> Amélia Spínola e Carmen Botelho Delabeling em Betalactâmicos Anabela Lopes Meios contrastes radiológicos Mariana Lucena
17h30	Assembleia Geral	
19h00 20h00	Jantar de Conferencistas <i>Pólenes de Ouro</i>	



PROGRAMA — 12 OUT — DOMINGO

MANHÃ

SALA 1

SALA 2

SALA 3

09h30

Posters II

Posters III

Casos Clínicos II

11h00

Asma e Outros

Alergia Alimentar, Alergia Cutânea,
Alergénios e Imunoterapia e Anafilaxia
e Doenças Imunoalérgicas Fatais

Alergia Alimentar, Alergia Cutânea,
Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas
Fatais, Asma e Imunodeficiências Primárias

11h00

SALA 1

SALA 2

MESA JIPs - Realidade ou ficção?

MESA REDONDA VIII - Quando a alergia pode esconder algo mais

Moderadores: Carlos Lozoya Ibáñez e Marta Chambel
“Intolerâncias”, alergias e dietas restritivas
Mariana Lobato
SIBO e permeabilidade intestinal: perspetiva do gastroenterologista
Mónica Velosa
SIBO e “intolerâncias alimentares”: perspetiva do imunoalergologista
Sofia Campina

Moderadores: José Torres da Costa e Sara Silva
Alergia como manifestação de erros inatos da imunidade
Emília Faria
Manifestações dermatológicas
Susana Lopes da Silva
Sintomas respiratórios e infeções recorrentes
Joana Gomes

12h00

COFFEE-BREAK

12h30

Entrega de Prémios e Sessão de Encerramento

13h15

Almoço de Encerramento



COMUNICAÇÕES ORAIS I

Alergia a Fármacos, Alergia Alimentar e outros

Moderadores: Célia Costa, Diana Silva e Frederico Regateiro

POSTERS I

Alergia a Fármacos

Moderadores: José Laerte Boechat, Marta Neto e Rodrigo Rodrigues Alves

COMUNICAÇÕES ORAIS II

Asma e Imunodeficiências primárias

Moderadores: Alice Coimbra, José Alberto Ferreira e Helena Pité

POSTERS II

Asma e Outros

Moderadores: Anabela Lopes, Magna Correia e Susana Cadinha

COMUNICAÇÕES ORAIS III

Alergia Cutânea, Anafilaxia e doenças Imunoalérgicas Fatais

Moderadores: Ana Morête, Cristina Lopes Abreu e José Laerte Boechat

POSTERS III

Alergia Alimentar, Alergia Cutânea, Alergénios e Imunoterapia, Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais

Moderadores: Carlos Lozoya Ibáñez, João Gaspar Marques e Susana Piedade

COMUNICAÇÕES ORAIS IV

Alergénios, Imunoterapia e Rinite/Rinossinusite

Moderadores: Beatriz Tavares, Daniel Machado e Pedro Carreiro Martins

CASOS CLÍNICOS I

Alergia a Fármacos, Alergénios e Imunoterapia

Moderadores: Ana Sofia Moreira, Carmelita Ribeiro e Mariana Lobato

CASOS CLÍNICOS II

Alergia Alimentar, Alergia Cutânea, Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas fatais, Asma e Imunodeficiências Primárias

Moderadores: Anna Sokolova, José Alberto Ferreira e Teresa Vieira



CURSO TEMÁTICO I — 09 OUT — 5ª FEIRA

SALA 2

10h30 - 18h00

Asma Grave: Abordagem diagnóstica e terapêutica da asma grave



Inscrições limitadas a 25 participantes

Apoio



1ª PARTE

10h30 - 11h00

Definição, diagnóstico diferencial e comorbilidades

Helena Pereira

11h00 - 11h30

Fisiopatologia e biomarcadores

Pedro Carreiro Martins

11h30 - 12h00

COFFEE-BREAK

12h00 - 12h30

Avaliação inicial e monitorização

João Gaspar Marques

12h30 - 13h00

Terapêutica da asma grave em geral

Diana Silva

13h00 - 14h30

ALMOÇO



2ª PARTE

14h30 - 15h00

Indicações de cada terapêutica biológica

José Alberto Ferreira

15h00 - 15h30

Critérios de escolha das diversas terapêuticas biológicas

Cristina Lopes Abreu

15h30 - 16h00

Funcionamento de uma unidade de asma grave

Ana Mendes

16h00 - 16h30

COFFEE-BREAK

16h30 - 17h30

Workshop de decisão terapêutica - casos clínicos

Margarida Gomes e Margarida Nunes

Coordenação: Ana Mendes e João Gaspar Marques

17h30 - 18h00

Conclusões



SALA 3

14h30 - 18h30

Como tornar-se um Urticariologista



Inscrições limitadas a 25 participantes

Apoio  NOVARTIS

14h30 - 14h50

Boas-vindas e apresentação do curso

Sofia Campina

A história da Vera

Daniela Abreu

14h50 - 15h15

Pistas Iniciais - O que sabemos sobre a Urticária?

Rita Brás

Definição, classificação e epidemiologia da Urticária Crónica

Espontânea e Urticária Indutível, Fisiopatologia da urticária

15h15 - 15h45

Escalada terapêutica - Quais as opções existentes para a Vera?

Inês Cunha

15h45 - 16h05

COFFEE-BREAK E FORMAÇÃO DE EQUIPAS

16h05 - 17h20

Escape Stations: Urticariologistas Hands-on num desafio de equipas

Sofia Campina, Sofia Farinha, Daniela Abreu e Rita Brás

20 min/RONDA 1: O diário da Vera - Ronda sobre dados e ferramentas de avaliação clínica (PROM)

20 min/RONDA 2: Em busca da verdade - Que testes diagnósticos nos ajudam?

20 min/RONDA 3: A fórmula secreta - A abordagem terapêutica ideal e encaminhamento

17h20 - 17h30

A jornada da Vera - Debrief das Escape Stations

Sofia Farinha

17h30 - 17h45

BIO-BREAK

17h45 - 18h05

Epílogo: A Vera regressou à consulta - Perspetivas futuras de tratamento

Inês Cunha

18h05 - 18h25

Debate: Acessibilidade ao Urticariologista, aos centros UCARE e ao tratamento - público e privado, presente e futuro

Célia Costa e Marta Neto

18h25 - 18h30

Fecho do Curso e comunicação da equipa vencedora



EVENTOS EDUCACIONAIS

WORKSHOPS DE FORMAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA



Inscrições limitadas a 30 participantes

10 OUT 6ª Feira
SALA 2 14h30 - 15h30



WORKSHOP I

Anafilaxia idiopática

Moderadores: Ângela Gaspar e Rita Câmara

Desafios diagnósticos

Natacha Santos

Desafios terapêuticos

Maria Luís Marques

Abordagem terapêutica num doente com mastocitose

Tiago Rama

10 OUT 6ª Feira
SALA 2 16h00 - 17h00



WORKSHOP II

Avaliação da função nasal

Moderadores: Graça Loureiro e Natacha Santos

Imagiologia e scores de polipose

Tiago Velada

Provocação nasal e avaliação de resposta

Joana Cosme

Estudo do olfacto e paladar

Inês Nunes

10 OUT 6ª Feira
SALA 2 17h30 - 18h30



WORKSHOP III

ABC dos testes epicutâneos

Moderador: Marta Neto

Palestrantes: João Marcelino e Sofia Farinha

11 OUT Sábado
SALA 2 12h00 - 13h00



WORKSHOP V

Vacinação anti-infecciosa nas doenças respiratórias

Moderadores: José Pedro Moreira Da Silva e Luís Miguel Borrego

Vírus sincicial respiratório

Inês Cunha

Pneumococcus

Rúben Ferreira

Gripe

Magna Correia

11 OUT Sábado
SALA 2 16h00 - 17h00



WORKSHOP VII

Alergia a fármacos na prática clínica

Moderadores: Amélia Spínola e Carmen Botelho

Delabeling em Betalactâmicos

Anabela Lopes

Meios contrastes radiológicos

Mariana Lucena

11 OUT Sábado
SALA 2 10h30 - 11h30



WORKSHOP IV

Asma grave em idade pediátrica - casos que nos desafiam e sugestão de algoritmo de abordagem

Moderadores: Helena Falcão e Paula Leiria Pinto

Desafios no diagnóstico diferencial

Pedro Coelho

Particularidades da função respiratória e da inflamação

Tiago Jacinto

Abordagem terapêutica

João Gaspar Marques

11 OUT Sábado
SALA 2 14h30 - 15h30



WORKSHOP VI

Tenho um doente com “intolerância alimentar” na minha consulta, e agora?

Moderadores: Ana Reis Ferreira e Sofia Luz

Conceito e diagnóstico

Liliana Dias

Abordagem interdisciplinar

Fábio Cardoso

MEET THE PROFESSOR LUNCHES



Inscrições limitadas a 25 participantes

10 OUT 6ª Feira
SALA 3 13h00 - 14h30



Apoio



Pontes Imunológicas: Unindo especialidades no diagnóstico e tratamento das imunodeficiências primárias e secundárias

Palestrantes: Susana Lopes da Silva e Pedro Santos

10 OUT 6ª Feira
SALA 4 13h00 - 14h30



Apoio



Uniting the Spectrum of Eosinophil-driven Diseases: An integrated approach to Type 2 inflammation

Palestrantes: Manuel Branco Ferreira, Santiago Quirce, João Gaspar Marques e Ana Mendes

11 OUT Sábado
SALA 3 13h00 - 14h30



Apoio



HAE Challenge

Palestrante: Manuel Branco Ferreira

11 OUT Sábado
SALA 4 13h00 - 14h30



Apoio



Singleplex VS Multiplex na abordagem ao Diagnóstico Laboratorial de Alergia

Palestrante: Olga Luengo Sánchez



SUNSET MEETING — 10 OUT — 6ª FEIRA

SALA 1

18h30 - 19h30

A jornada do doente com AEH: da incerteza à esperança



Apoio **CSL Behring**

Moderador: Eunice Dias de Castro

18h30 - 18h35

Abertura e Introdução

Eunice Dias de Castro

Apresentação do tema e contextualização

18h35 - 18h50

Reconhecer os primeiros sinais: Consciencialização sobre o AEH

Manuel Branco Ferreira

Discussão sobre os desafios no diagnóstico precoce, sinais clínicos e a importância da educação médica e do conhecimento sobre o AEH

18h50 - 19h10

Avanços no caminho: Tratamento atuais e perspectivas futuras

Eunice Dias de Castro

Panorama das opções terapêuticas disponíveis, e uma visão sobre o futuro na gestão do AEH

19h10 - 19h25

Viver com AEH: Qualidade de vida ao longo das etapas da vida

Natacha Santos

Reflexão sobre o impacto do AEH na vida dos doentes, abordando aspectos emocionais, sociais e físicos, e como o tratamento contínuo pode melhorar a qualidade de vida

19h25 - 19h30

Encerramento e Discussão

Eunice Dias de Castro

Lobby Hotel MH Atlântico

19h30 - 20h30

Sunset Dinner



Apoio **CSL Behring**



COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS



COMUNICAÇÕES ORAIS

O tempo disponível para a apresentação é de 7 minutos mais 3 minutos para discussão.

Apoio **teva**



POSTERS

O tempo disponível para a apresentação do poster é de 5 minutos mais 3 minutos para discussão



CASOS CLÍNICOS

O tempo disponível para apresentação do Caso Clínicos é de 3 minutos para apresentação mais 3 minutos para discussão.



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. O candidato deverá ter formação comprovada em Alergologia e Imunologia Clínica ou estar nos dois últimos anos do Internato da Especialidade de Imunoalergologia à data da candidatura.

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 700 euros e o 2.º prémio no valor de 500 euros) e melhor poster (1.º prémio no valor de 400 euros e o 2.º prémio no valor de 300 euros).

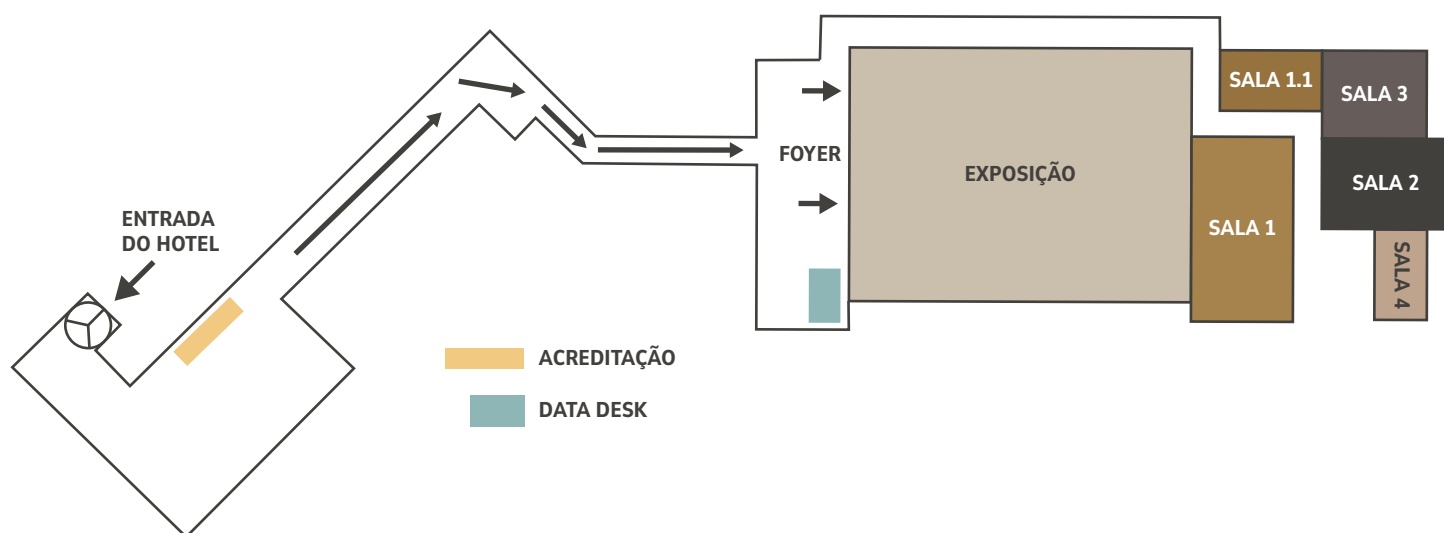
4. Serão nomeados pela Direção da SPAIC júris compostos por dois ou três elementos de reconhecido mérito, que avaliarão todos os trabalhos apresentados em cada uma das sessões, que ponderarão a investigação científica, bem como a apresentação e discussão efetuadas.

5. Durante a sessão de encerramento da Reunião Anual serão divulgados os trabalhos vencedores.

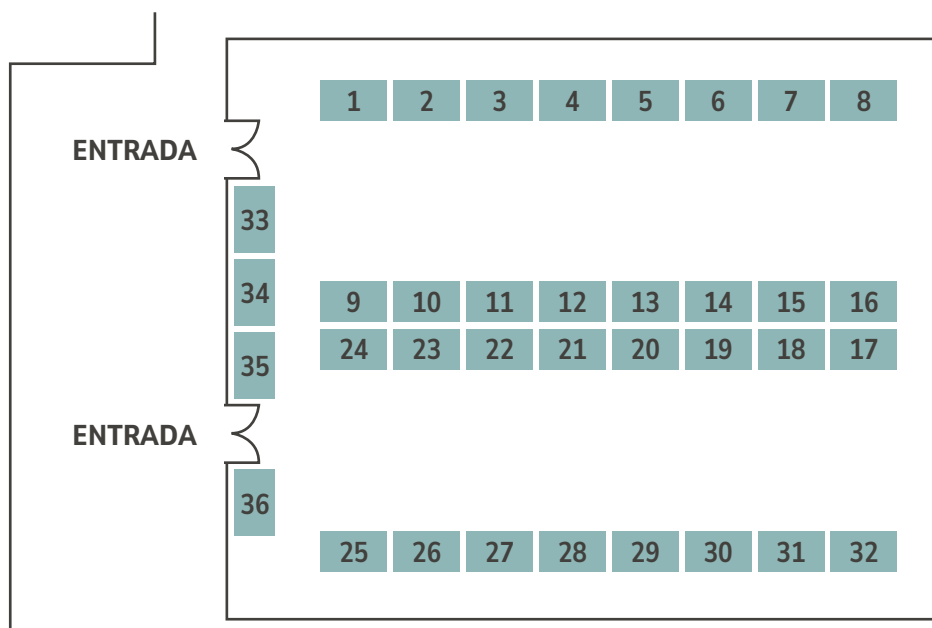
6. O valor numérico do prémio será entregue após confirmação da aceitação do trabalho para publicação num dos órgãos oficiais da SPAIC (Revista Portuguesa de Imunoalergologia ou European Annals of Allergy and Clinical Immunology).



PLANTA DO EVENTO



PLANTA DA EXPOSIÇÃO



1 e 2



3 e 4



5 e 6



7 e 8



9 e 10



11 e 12



13 e 14



15 e 16



17



18



19



A. MENARINI PORTUGAL

20



21 e 22



23 e 24



25



26



27 e 28



29



30



H-ZIMUT, Lda

31



MAD

32



33 e 34 e 35



36



PATROCINADORES

MAJOR SPONSORS



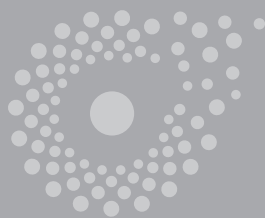
SPONSORS





SECRETARIADO EXECUTIVO
AIM Group International - Lisbon Office
T. +351 21 324 50 55
E. spaic2025@aimgroup.eu





REVISTA PORTUGUESA DE IMUNOALERGOLOGIA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

OFFICIAL JOURNAL OF THE PORTUGUESE SOCIETY OF ALLERGOLOGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY

revportimunoalergologia@gmail.com • www.spaic.pt

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO / ADMINISTRATION BOARD

Presidente / President

Ana Cristina Ramada Morêto
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Aveiro

Vice-Presidentes / Vice Presidents

Frederico Eugénio de Castro Soares Regateiro
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra
João Carlos Gaspar Marques
Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde de São José
José Alberto da Silva Ferreira
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

Secretário-geral / General Secretary

Pedro Miguel Carvalho Diogo Carreiro Martins
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde de São José

Secretário-Adjunto / Assistant Secretary

Magna Alves Correia Poeta Aleixo
Unidade de Imunoalergologia, CUF-Porto Hospital e Instituto

Tesoureiro / Treasurer

Rodrigo Soares Rodrigues Alves
Serviço de Imunoalergologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

CONSELHO EDITORIAL / EDITORIAL BOARD

Editor / Editor-in-Chief

Diana Pereira Silva
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde São João
Serviço de Imunologia, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Secretário-Geral / General Secretary

Ana Margarida Pereira
Unidade de Imunoalergologia, CUF-Porto Hospital e Instituto MEDCIDS – Departamento Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
PaCeIT – Patient Centered Innovation and Technologies, CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Secretários-Adjuntos / Assistant Secretaries

Joana Cosme
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria
Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa
Graça Loureiro
MyFace, Clinic and Academy, Coimbra e Lisboa, Portugal

Redactores / Associate Editors:

Alice Coimbra
Serviço de Imunoalergologia – Unidade Local de Saúde de São João
Amélia Spínola Santos
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria
Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina de Lisboa
Ana Margarida Romeira
Serviço de Imunoalergologia, Hospital D. Estefânia, Unidade Local de Saúde S. José
Ana Todo-Bom
Serviço de Imunoalergologia Unidade Local de Saúde de Coimbra
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
CUF Coimbra
Anabela Lopes
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria
Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina de Lisboa

André Moreira

EPIUnit – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Portugal
Unidade de Imunologia Básica e Clínica, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina Universidade do Porto
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de São João
Beatriz Tavares
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra
Carlos Lozoya-Ibáñez
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
RISE – Health, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior
Centro Académico e Clínico das Beiras
Daniel Machado Oliveira
Unidade Funcional de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho
Elisa Pedro
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria
Emília Faria
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra
Eunice Castro
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde São João
Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses, e Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Eva Gomes
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde Santo António
Filipa Ribeiro
Serviço de Imunoalergologia da Unidade Local de Saúde do Algarve
Filipa Semedo
Hospital da Luz Setúbal, Grupo Luz Saúde
Imunologia, Nova Medical School, Lisboa
Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã
Frederico Regateiro
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra
Instituto de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra
Helena Falcão
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santo António
João Marques
Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde de São José

José Alberto Ferreira

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

José Laerte Boechat

Unidade de Imunoalergologia, Hospital e Instituto CUF, Porto

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Serviço de Imunologia Básica e Clínica, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

José Luís Plácido

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde São João

Luís Miguel Borrego

Serviço de Imunoalergologia, Hospital Luz Lisboa

NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa

Comprehensive Health Research Center (CHRC), Nova Medical School,

Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Manuel Branco Ferreira

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria

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

Maria Antónia São Braz

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde do Algarve

Maria Luís Marques

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Mariana Couto

Imunoalergologia, Hospital CUF Trindade

Marta Neto

Imunoalergologia Hospital CUF Sintra

Natacha Santos

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde do Algarve

Paula Alendouro

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Paula Leiria Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia,

Unidade Local de São José

Centro Clínico Académico de Lisboa, Lisboa, Portugal

Comprehensive Health Research Center (CHRC), Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Pedro Carreiro Martins

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia,

Unidade Local de Saúde de São José

Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa

Pedro Silva

Imunoalergologia, Grupo HPA Saúde, Portimão

Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas, Universidade do Algarve

Rita Brás

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Rodrigo Rodrigues Alves

Serviço de Imunoalergologia, Hospital do Divino Espírito Santo,

Ponta Delgada

Sara Silva

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Susana Cadinha

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho

Susana Lopes da Silva

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

GIMM – Gulbenkian Institute for Molecular Medicine

Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina,

Universidade de Lisboa

Tiago Rama

Unidade de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Serviço de Imunologia Básica e Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS I
ALERGIA A FÁRMACOS,
ALERGIA ALIMENTAR E OUTROS

09 de Outubro | 18:30-20:00 | Sala I

Moderadores: Célia Costa, Diana Silva e Frederico Regateiro

CO01 – CARACTERIZAÇÃO DAS REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE A ANTIBACILARES: EXPERIÊNCIA DE 13 ANOS NUM SERVIÇO DE IMUNOALERGOLOGIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Coelho C¹, Oliveira A¹, Malheiro D¹, Sousa M¹, Barreira P¹, Ferreira J¹, Cadinha S¹, Barradas Lopes J¹

¹ Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia Portugal

Objetivos: As reações de hipersensibilidade (RH) a antibacilares representam um desafio clínico com impacto na adesão terapêutica e risco de resistências. Este trabalho teve como objetivo caracterizar o estudo alergológico de doentes com suspeita de RH a antibacilares referenciados ao nosso serviço.

Métodos: Estudo retrospectivo (01/2012–05/2025) de doentes com suspeita de RH a antibacilares. O diagnóstico foi considerado confirmado por história clínica(HC) sugestiva associada a testes cutâneos e/ou prova de provocação(PP) / administração continuada(AC) positivos; provável por HC sugestiva com teste de transformação linfocitária (TTL) ou teste de ativação de basófilos(TAB) positivos; e excluído com PP negativa/reintroduções bem-sucedidas.

Resultados: Foram incluídos 49 doentes (55% sexo feminino; mediana de idades 52 anos[5-82; AIQ:28]). As manifestações clínicas mais comuns foram: cutâneas em 29 (3 com febre associada),

hepáticas em 7 e mal-estar inespecífico em 2. Os fármacos suspeitos foram: isoniazida (n=41), rifampicina (n=37), pirazinamida (n=29), etambutol (n=26) e cicloserina (n=1).

Das reações imediatas (n=4), duas foram excluídas e duas confirmadas (PP positivas à pirazinamida).

As reações tardias (n=41), confirmaram-se em 12 doentes (1 com teste intradérmico positivo, 2 com testes epicutâneos e TTL positivos, 12 por PP/AC), prováveis em 6 (TTL positivo) e excluídas em 12. Confirmaram-se RH tardias à pirazinamida (n=4), isoniazida (n=4), cicloserina (n=1), etambutol (n=2) e rifampicina (n=4). Um doente apresentou PP/AC positiva com pirazinamida, etambutol e isoniazida e um outro com pirazinamida e rifampicina, simultaneamente. Doze doentes não completaram estudo.

O tempo de reação foi indeterminado em 4 casos (2 inconclusivos; 2 excluídos).

Conclusões: RH foi confirmada em aproximadamente 1/3 dos doentes, predominando reações tardias e cutâneas. Pirazinamida, isoniazida e rifampicina foram os fármacos mais frequentemente implicados. O estudo alergológico, compreendendo a HC, testes cutâneos, TTL e PP, foi determinante para confirmar ou excluir o diagnóstico, permitindo ajustar a terapêutica e reduzir o risco de resistências.

CO02 – HIPERSENSIBILIDADE A PARACETAMOL: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Areia M¹, Coelho A¹, Cadinha S¹, Malheiro D¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Objetivos: Apesar de os AINEs serem dos principais responsáveis por alergia medicamentosa, reações de hipersensibilidade (RH) a Paracetamol são raras. De acordo com o mecanismo subjacente, a hipersensibilidade a AINEs é classificada como reação seletiva

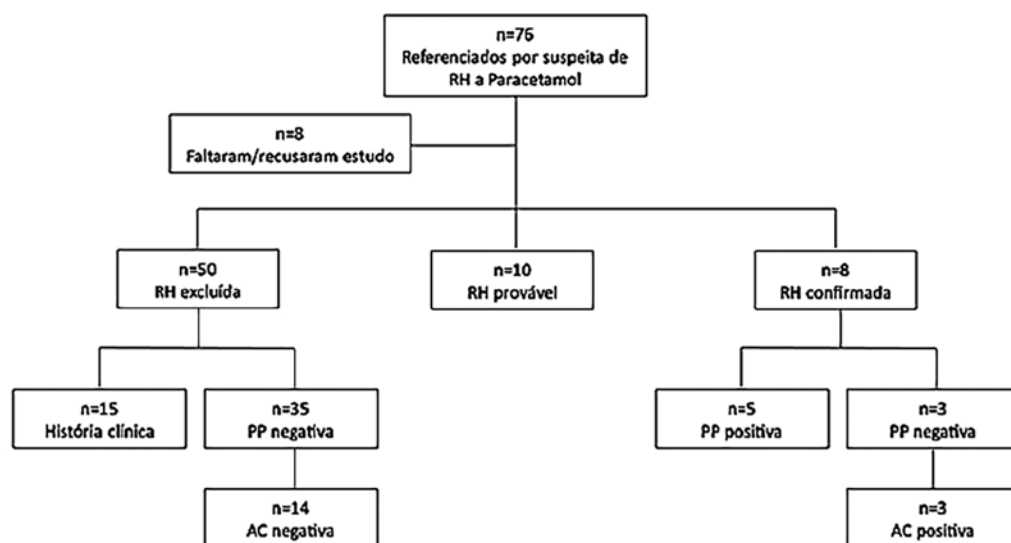


Figura 1

(RS) ou por reatividade cruzada (RC). O objetivo é caracterizar RH a Paracetamol nos nossos doentes.

Metodologia: Análise retrospectiva (01/01/2022-30/06/2025) dos doentes com suspeita de RH a Paracetamol referenciados à nossa consulta. O diagnóstico foi considerado confirmado por prova de provocação (PP) ou administração continuada (AC) positiva; provável por história clínica sugestiva, com/sem outro estudo (TC/TAB); excluído por PP/AC negativa. Doentes que realizaram AC apresentavam história com administração em dias consecutivos.

Resultados: Foram referenciados 76 doentes por suspeita de RH a Paracetamol, 65,8% sexo feminino, mediana idade 42,5(min.6;-máx.82)anos. Oito doentes(10,5%) recusaram/faltaram ao estudo. RH foi excluída em 50(67,8%), sendo que em 15(30,0%) foi excluída pela história clínica, 21(42,0%) por PP negativa e 14(28,0%) por PP e AC negativas. Pela história clínica, 10(13,2%) foram considerados prováveis. RH foi confirmada em 8(10,5%; 5 PP positiva e 3 AC positiva). Dos casos confirmados por PP, 4(80,0%) correspondiam a RS, e dos confirmados por AC, 2(66,7%) a RC.

Conclusões: Apesar de a alergia a AINEs ser amplamente estudada, existem poucos dados sobre RH a Paracetamol. A PP é goldstandard para diagnosticar, definir fenótipo e testar alternativos. O papel da AC não está estabelecido na abordagem de RH a AINEs, embora um dos mecanismos se possa associar a reações dose-dependentes. A hipersensibilidade a Paracetamol foi excluída na maior parte dos nossos doentes. Apesar de ser uma amostra pequena, doentes diagnosticados por PP positiva parecem ter fenótipo distinto dos diagnosticados por AC positiva, estando os primeiros mais associados a RS. Este trabalho realça a potencial utilidade da AC para estabelecer diagnóstico de hipersensibilidade a Paracetamol e definir limiar de dose tolerada.

CO03 – AVALIAÇÃO DOS DOENTES COM ALERTA DE ALERGIA À PENICILINA NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA

Aguar Fernandes M¹, Guerra A, Mesquita A

¹ Escola de Medicina da Universidade do Minho, Braga, Portugal

Introdução: A alergia à penicilina é frequentemente reportada, verificando-se, no entanto, uma reduzida percentagem de confirmação destas reações em consulta de Imunoalergologia. Desta forma, é essencial caracterizar esta população e avaliar o impacto do alerta na prática clínica.

Metodologia: Estudo clínico observacional, retrospectivo, descritivo e analítico, baseado na análise de dados de 204 doentes com alerta informático de “alergia à penicilina” entre 2011 e 2023 seguidos na Consulta Externa na Unidade Local de Saúde de Braga. A análise estatística foi realizada com recurso ao teste de Qui-quadrado de Pearson e foram considerados estatisticamente significativos valores de p inferiores a 0.05, para um nível de confiança de 95%.

Resultados: Verificou-se que na maioria dos casos não havia registos clínicos relativos à reação alérgica reportada: em 86.8% dos casos não constava a idade no momento da reação, em 94.1% não se especificava o tipo de reação alérgica e em 72.1% não havia

descrição da sintomatologia. Apenas 28 (13.7%) doentes foram referenciados para a consulta de Imunoalergologia e somente em 8 (4%) foi confirmada a alergia. Após a colocação do alerta, 25% dos doentes foram reexpostos a fármacos da classe da Penicilina e 43.2% receberam antibióticos alternativos, com destaque para as fluoroquinolonas e os macrólidos.

Conclusão: A maioria dos alertas de alergia à penicilina é colocada com base em informação incompleta e raramente são confirmados após estudo por Imunoalergologia. Ainda assim, os alertas mantêm-se ativos no processo clínico, tal como as suas consequências. A implementação de algoritmos de decisão clínica, com questionários de preenchimento obrigatório e distinção do alerta de “suspeita” e “confirmado” de alergia à penicilina, poderão melhorar a gestão destes doentes.

Palavras-chave: hipersensibilidade; beta-lactâmicos; alergia à penicilina; alerta alergia

CO04 – INTRODUÇÃO PROGRESSIVA DE OVO EM CRIANÇAS COM ALERGIA ALIMENTAR: O CAMINHO DA TOLERÂNCIA?

Coelho J¹, Queirós Gomes J², Ferreira J², Reis Ferreira A²

¹ Unidade Local de Saúde do Algarve, Faro, Portugal

² Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Objetivos: A introdução gradual de ovo pode aumentar a tolerância em crianças com alergia alimentar (AA). O objetivo deste trabalho foi caracterizar as crianças com AA a ovo submetidas a Provas de Provocação Oral (PPO) progressivas a ovo (Matriz de trigo [OMT]>Cozido>Cru), com manutenção de dose no domicílio.

Metodologia: Estudo retrospectivo das crianças com AA a ovo que realizaram PO com OMT entre 2021/24. Avaliadas variáveis clínicas e demográficas, perfil de sensibilização, manifestações clínicas (FASS-5-Food Allergy Severity Score) e parâmetros alérgicos (PA) – testes cutâneos, IgE total e IgE específicas (sIgE) em três momentos do estudo: Pré PO com OMT, ovo cozido e cru.

Resultados: Incluídos 19 doentes, 74% sexo masculino, idade média à 1ª consulta 2,3±2,2 anos, PO OMT aos 4,5±3,6 anos. Comorbilidades alérgicas em 89%. Anafilaxia foi a apresentação inicial em 53% (Tabela 1).

Realizadas 36 PO (19-OMT, 11-ovo cozido, 6-ovo cru) – 3 reações durante PO OMT, 2 anafilaxias; sem reações no domicílio. Os PA apresentaram diminuição, significativa para os valores de sIgE pré vs pós-ingestão regular de OMT (p<0.05).

O incremento da dose tolerada na PO OMT versus cozido foi significativa (p<0.05). Nas crianças que terminaram o protocolo, a última determinação de sIgE foi significativamente mais baixa que nas que apenas introduziram OMT (p<0.05).

Liberalizaram consumo de ovo 32%(6) e 12 mantêm-se no procedimento (5 em ingestão regular de ovo cozido e 7 de OMT); 1 doente não progrediu após reação grau 5 na PO OMT. Tempo médio até liberalização 27,92±7,27 meses.

Conclusões: Esta estratégia mostrou-se segura e eficaz, com redução significativa das sIgE, sugerindo o seu potencial como biomarcador de resposta. Apesar da limitação amostral e do se-

Tabela 1 - Doentes com alergia alimentar a ovo submetidos a provas de provocação oral progressivas com ovo

S	Comunidade Atorquian	Manifestações (temas de AS3-6)	Modo PO OMT	sigla pré-PO OMT (PUL) gama, clare, ovale, ovam	PO OMT DC (PQ)	Ingling OMT	Modo PO OCM	sigla pré-PO OCM (PUL) gama, clare, ovale, ovam	PO OCM DC (PQ)	Ingling OCM	Modo PO OCM	sigla pré-PO OCM (PUL) gama, clare, ovale, ovam	PO OCM DC (PQ)	Ingestão Ova
M	ASA, RA, DA	Anfiteatro - Grau 6	4	0.56; 11.90; 0.36; 5.09	1 (N)	8		1.37; 3.05; 2.29; 1.25	*					OMT
M	RA, CA	Gr - Grau 2	6	1.31; 3.17; 0.34; 1.95	0.30 (N)	8	8	0.42; 0.86; 0.33; 0.41	1 (N)	8	8	0.36; 0.79; -; -	1 (N)	Total
M	RA	Anfiteatro - Grau 3	6	-; 6.65; 6.30; 0.21	0.25 (S - grau 3)	N	3		1 (N)	8				Conte
M	ASA, RA	Anfiteatro - Grau 3	12	49.80; 92.5; 44.60; 12.7	6.12 (S - grau 3)	N		56.10; 89.70; 44.80; 10.60						Envelhe
F	DA, RA	Samolizaghar	2	0.13; 1.26; 0.26; 1.79	0.25 (N)	8	2	0.07; 0.54; 0.20; 0.96	1 (N)	8	8		1 (N)	Total
M	CA	Anfiteatro - Grau 2	8	-; 0.36; 0.12; 0.36	1 (N)	8	3		1 (N)	8	8	0.04; 0.11; 0.60; 0.10	1 (N)	Total
M	ASA, RA, DA	Anfiteatro - Grau 4	7	1.22; 2.79; 3.97; 1.11	0.75 (N)	8	8	0.71; 1.90; 1.29; 0.67	1 (N)	8				Conte
M	RA	Gr - Grau 2	1	0.69; 2.70; 2.36; 0.90	0.43 (N)	8	2	0.26; 0.67; 0.57; 0.15	1 (N)	8	3	0.15; 0.42; 0.41; 0.12	1 (N)	Total
M	ASA, RA	Gr - Grau 2	11	1.17; 3.17; 1.41; 1.35	1 (N)	5		0.50; 1.45; 0.69; 0.81						OMT
M	ASA, DA	Anfiteatro - Grau 3	0	-; 18.20; 6.17; 62.43	6.79 (N)	8	1	1.55; 9.03; 4.71; 7.15	8.68 (N)	8	2	0.16; 0.33; 0.27; 0.47	1 (N)	Total
F	ASA, CA	Culinas - Grau 2	6	-; 1.30; 5.49; 1.32	0.80 (N)	N	10		1 (N)	AC				Conte
M	CA	Culinas - Grau 2	1	9.48; 60.30; 63.20; 13.70	6.17 (N)	N	3	2.90; 9.87; 10.60; 1.89	1 (N)	AC				Conte
F		Culinas - Grau 3	1	3.68; 3.68; 3.63; 0.53	1 (N)	3	2	0.44; 1.15; 1.36; 0.12	1 (N)	8	3	0.20; 0.64; 0.75; 0.04	1 (N)	Total
F	ASA, RA, DA	Anfiteatro - Grau 3	10	0.17; 0.55; 0.29; 0.62	1 (N)	N		0.16; 0.52; 0.28; 0.64						OMT
M	ASA, CA	Anfiteatro - Grau 3	3	0.06; 0.35; 0.12; 0.36	1 (N)	8	3		1 (N)	8				Conte
M	CA	Samolizaghar	4	-; 12.60; 9.77; 1.02	0.18 (N)	N		2.04; 6.07; -; -						OMT
M	ASA	Anfiteatro - Grau 3	1	3.45; 13.20; 15.10; 1.83	1 (N)	3		0.77; 2.37; 2.54; 0.75						OMT
M		Anfiteatro - Grau 3	1	0.85; 8.84; 1.30; 3.58	0.35 (S - grau 3)	8								OMT
F	ASA, RA, DA	Culinas - Grau 2	3	0.47; 2.77; 1.06; 3.36	(N)	8		0.22; 0.98; 0.48; 1.14						OMT

Legenda: S = Sexo, M = Masculino, F = Feminina, A-SH = Aasma-Silicose, RA = Rinite alérgica, DA = Dermatite atópica, QF-A33-6 = animal Food Allergy Severity Score, Gl = Gastrointestinal, PD = Prova de provocação oral, CM7 = Ode ao matão de pilas, IgE = IgE específica, OvB = Obstrução, OvC = Obstrução; OC = Ode corrente, Pl = Reação, S = Sim, I = Não, IngR = Ingestão regular, OCd = Ode cozido, OCm = Ode cru, - = partícula não avaliada, AC = Alimentos cozidos. Coorte sem introdução prévia de ovo, com TGP, TGGP e/ou sítio positivo, OC em 1 hora de ovo: Não reação após 1 mês desde não consumo estudado. Coorte reações > 1 PO para aumento de DC. Provas PO OCd ou mais anterior adar. *Adversos PQ OCd<<OCd.

guimento incompleto de alguns doentes limitarem os resultados, esta abordagem parece melhorar a qualidade de vida dos doentes, pela dieta menos restritiva e ausência de reacções no domicílio.

CO05 – TOLERÂNCIA A PEIXE ENLATADO EM DOENTES ALÉRGICOS A PARVALBUMINAS

Mendes A¹, Queirós Gomes J¹, Torres C¹, Ferreira J¹, Reis Ferreira A¹

¹ Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: Especula-se que o processo de enlatamento possa diminuir a alergenicidade da β -parvalbumina.

Objetivo: caracterizar a tolerância a raia e peixes enlatados em doentes com alergia a peixe por parvalbuminas.

Métodos: Estudo observacional, retrospectivo, de 2020 a 2025, que avaliou os doentes com alergia a β -parvalbuminas, nomeadamente história clínica sugestiva e IgE positiva para Gad c I ($\geq 0,35$ kUA/L em ImmunoCAP, 0,3 ISU-E em ISAC). Foram recolhidos dados demográficos, clínicos, parâmetros alergológicos (testes cutâneos e IgEs) e tolerância a peixes enlatados e/ou raia.

Resultados: Incluídos 21 doentes (66,7% do sexo masculino), mediana de idade da primeira reação a peixe de 3 ± 10 anos; 76,2% com rinite alérgica, 52,4% com dermatite atópica e asma em 47,6%. Alergia a outros alimentos verificou-se em 76,2% dos doentes. Os peixes mais frequentemente implicados foram pescada (66,7%), bacalhau (50%) e sardinha (27,8%).

Reportada anafilaxia em 7 doentes (33%) e queixas respiratórias com o vapor de cozedura do peixe em 4 destes doentes. Gad c I médio de 14.1 ± 18.9 kUA/L.

Pela história clínica, 9 doentes toleravam atum enlatado e 1 tolerava raia, previamente ao seguimento.

Catorze doentes realizaram prova de provocação oral (PPO) com peixes enlatados, todas negativas: atum (n=5), cavala (n=4), sardi-

na (n=2), carapau (n=1) e salmão (n=1). Realizadas PPO com raia em 8 doentes, todas negativas.

Dos 21, 14 doentes (66,7%) toleram atum em lata; destes, 5 toleram outros peixes enlatados e 9 toleram também raia. Os 7 restantes aguardam ou recusaram PQ: 1 tolera atum enlatado.

Conclusão: Em doentes com alergia a β -parvalbumina, o atum enlatado e a raia são frequentemente tolerados e em quase ¼ dos doentes foi possível introduzir outros peixes enlatados, melhorando o aporte nutricional e a diversidade alimentar. A tentativa de introdução de peixe enlatado nestes doentes poderá melhorar a sua qualidade de vida e reduzir défices nutricionais.

CO06 – IMUNOTERAPIA ORAL AO LEITE - ANÁLISE DE 4 ANOS DE MANUTENÇÃO

Carvalho F^{1,2}, Mikovic M^{1,2}, Nunes M^{1,2}, Romeira A^{1,2}, Prates S^{1,2},
Leiria Pinto P^{1,2,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia ULS São José, Lisboa, Portugal

² Centro Clínico Académico de Lisboa, Lisboa, Portugal

³ Comprehensive Health Research Center (CHRC), NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: A imunoterapia oral (ITO) tem ganho destaque no tratamento da alergia alimentar IgE-mediada ao leite de vaca, mas os dados de manutenção a longo prazo são escassos. Este estudo visa avaliar a sua eficácia e segurança nos primeiros 4 anos de manutenção.

Métodos: Estudo retrospectivo longitudinal incluindo doentes com alergia IgE-mediada a proteínas do leite de vaca que concluíram a indução de ITO com leite fresco há ≥ 4 anos. Avaliaram-se estado de manutenção (ativo, desistência ou perda de seguimento) e reações adversas anuais. A anafilaxia foi classificada segundo a WAO 2020.

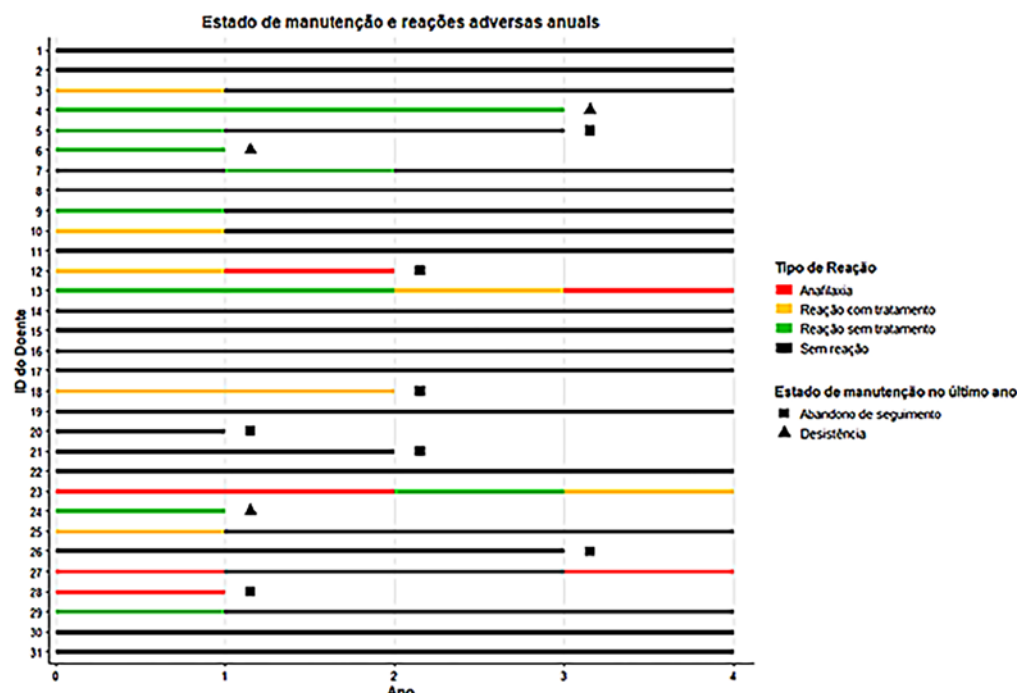


Figura 1 – Evolução individual do estado de manutenção e reações adversas durante a fase de manutenção de ITO.
A ausência de símbolo indica manutenção ativa.

Reação adversa	Primeiro ano % (n)	Segundo ano % (n)	Terceiro ano % (n)	Quarto ano % (n)	valor-p
Qualquer reação adversa	48 (15)	22 (6)	12 (3)	14 (3)	0,007
Reação oral (prurido da boca ou lábios; eritema perioral)	16 (5)	0 (0)	8 (2)	5 (1)	0,733
Reação gastrointestinal	16 (5)	11 (3)	8 (2)	14 (3)	0,436
Reação mucocutânea	19 (6)	11 (3)	0 (0)	14 (3)	0,190
Reação respiratória	23 (7)	11 (3)	0 (0)	10 (2)	0,340
Reação adversa com necessidade de tratamento	23 (7)	11 (3)	0 (1)	14 (3)	0,086
Anafilaxia	10 (3)	7 (2)	0 (0)	10 (2)	0,392
Reação CoFAR ≥ 2	13 (4)	7 (2)	0 (0)	14 (3)	0,101
Reação adversa na presença de cofator	16 (5)	7 (2)	0 (0)	5 (1)	0,112
Total	31	27	24	21	-

Tabela 1 - Proporção de doentes com pelo menos uma reação adversa por tipo e por ano de manutenção, considerando os doentes em manutenção ativa com informação disponível no último ano. A gravidade das reações foi avaliada segundo a escala CoFAR v3.0. O valor-p refere-se à comparação global entre os quatro anos (teste de Cochran's Q); significância estatística para $p < 0,05$.

Resultados: Incluíram-se 31 doentes (48% do sexo feminino), com idade mediana de 8 anos (7; 11) no início da manutenção.

Ao quarto ano, 68% (n=21) mantinha consumo regular de leite, 10% (n=3) desistiu por reações adversas (dois no primeiro ano, por percepção de agravamento da rinoconjuntivite alérgica, e um no terceiro ano, por náuseas persistentes) e 23% (n=7) perdeu o seguimento (com distribuição semelhante entre os anos). No ano anterior ao abandono, 57% (n=4) não apresentou reações e dois tiveram anafilaxia.

Verificou-se uma redução significativa na proporção de doentes com reações adversas ao longo do seguimento — 48% (n=15/31) no 1.º ano versus 14% (n=3/21) no 4.º ano (Cochran's Q, p=0,007). O maior decréscimo ocorreu do 1.º para o 2.º ano, sem significância estatística nas comparações anuais consecutivas (McNemar, p ≥ 0,070). A taxa de anafilaxia não variou significativamente ao longo dos anos; no 4.º ano, ambos os casos ocorreram após consumo de queijo.

Conclusão: Ao quarto ano de manutenção, mais de dois terços mantinha consumo regular confirmado de leite. Ocorreu redução significativa das reações adversas, sem diminuição aparente da anafilaxia. A perda de seguimento e a ocorrência de reações adversas graves reforçam a necessidade de acompanhamento estruturado e de estudos para identificar fatores de risco.

CO07 – “BAKED EGG” COMO ABORDAGEM NA ALERGIA AO OVO: ESTUDO RETROSPECTIVO

Dourado C¹, Baptista Pestana R¹, Arêde C¹, Moscoso T¹, Fernandes Alves C¹, Aguiar A¹, Sampaio G¹, Lobato M¹, Chambel M¹

¹ Hospital Cuf Descobertas, Lisboa, Portugal

Introdução: A alergia ao ovo é comum na infância, sendo a maioria ultrapassada até à idade escolar. As formas extensamente cozinhadas (por exemplo queques, doravante designados “baked egg” - BE), pela alteração conformacional da apresentação proteica, são frequentemente toleradas por alérgicos.

Objetivo: Avaliar a introdução de BE na dieta de crianças com alergia ou sensibilização ao ovo, como alternativa à evicção total de ovo.

Métodos: Estudo retrospectivo com crianças com alergia IgE-mediada ou sensibilização ao ovo submetidas a prova de provocação oral (PPO) com BE entre junho 2021 e julho 2025. Critérios de inclusão:

- Reação ou prova positiva a clara de ovo cozida recente.
- Sensibilização sem ingestão prévia (com dermatite atópica grave) e/ou IgE específica para clara de ovo >95% do valor preditivo positivo para reação.

A PPO foi realizada com queque com dose predefinida de proteína de ovo. Perante a tolerância do BE, a ingestão foi mantida regularmente no domicílio.

Resultados: Foram incluídas 23 crianças (70% sexo masculino), com idade média ao diagnóstico de 11 meses. As manifestações clínicas de alergia ao ovo foram maioritariamente cutâneas (61%), gastrointestinais (39%) e respiratórias (13%); sete apresentaram anafilaxia (30%) e cinco (22%) estavam sensibilizados sem ingestão

prévia. A média de IgE específicas para ovomucoide e clara de ovo foi 13.9 e 16.6 kUA/L, respetivamente.

A idade média dos doentes na PPO com BE foi 5,3 anos: 21 doentes (91%) toleraram e dois reagiram com anafilaxia, embora sem anafilaxia prévia ou IgE elevadas. Os sete com PPO prévia positiva à clara cozida toleraram BE.

Conclusões: A introdução de BE revelou-se uma alternativa segura à evicção total de ovo, tendo sido tolerada por 91% dos doentes, incluindo em casos de anafilaxia ou IgE específica elevada. A PPO com BE deve ser realizada sob vigilância médica, dado não ser possível prever reações graves.

CO08 – SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA: DO ACHADO ANALÍTICO INCIDENTAL ÀS MANIFESTAÇÕES GRAVES — EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Soares A¹, Bragança M¹, Rosmaninho I¹, Pinhal A¹, Miranda J¹, Amaral L¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local Saúde São João, Porto, Portugal

A síndrome hipereosinofílica (SHE) engloba um conjunto de doenças caracterizadas por hipereosinofilia persistente e lesão de órgão atribuível à infiltração tecidual de eosinófilos. Este estudo tem como objetivo descrever características clínicas, abordagem diagnóstica, tratamento e evolução clínica de uma série de casos de doentes com SHE. Estudo retrospectivo de doentes com síndrome hipereosinofílica idiopática e variante linfocítica, em seguimento num centro terciário. Foram analisados dados demográficos, manifestações clínicas, terapêuticas instituídas e evolução clínica. A mutação FIPIL1-PDGFRα foi excluída em todos os casos.

Foram incluídos 7 doentes (idade mediana: 42 anos (IQR: 10); 4 do sexo masculino), cujas características demográficas/clínicas estão descritas na tabela 1. Destes, 5 apresentavam diagnóstico prévio de asma e 3 de rinossinusite crónica. O evento sentinela consistiu em ascite eosinofílica em dois casos, miocardite eosinofílica (confirmada por biópsia cardíaca) noutro e hemorragia subaracnoideia noutro. Em três, a hipereosinofilia foi um achado incidental. De referir que o tempo médio decorrido entre o início da sintomatologia e o diagnóstico foi de 5 anos e o valor mediano máximo de eosinófilos foi de 3900/uL. Observaram-se manifestações respiratórias (n=6), cutâneas (n=5), gastrointestinais (n=2), neurológicas (n=2) e cardíacas (n=1). Todos os doentes realizaram corticoterapia sistémica (CS), com valor mediano de eosinófilos de 0/uL após início da terapêutica. O tempo médio de tratamento com CS foi 60 meses. Foi iniciada terapêutica com anti-IL5(R) em 6 doentes: mepolizumab (n=3) e benralizumab (n=3). O tempo médio de desmame da CS, após o início da terapêutica biológica, foi 5 meses e não se verificaram agudizações com a sua suspensão. Não se verificaram efeitos adversos da terapêutica anti-IL5(R). A SHE, embora rara, pode apresentar manifestações graves e associar-se a comorbilidades relevantes. O advento da terapêutica biológica revolucionou o tratamento, permitindo um melhor controlo da doença, redução da dependência de corticoterapia e minimização dos respetivos efeitos adversos.

Tabela 1. Características demográficas e clínicas de doentes com síndrome hipereosinofílica.

Doente	1	2	3	4	5	6	7
Sexo/Idade	F/49	M/42	F/29	M/71	F/48	M/38	M/39
Tipo	Idiopático	Idiopático	Idiopático	Idiopático	Idiopático	Idiopático	Linfocítico
Episódio Inaugural	Achado laboratorial incidental	Miocardite eosinofílica	Ascite eosinofílica	Hemorragia subaracnóideia	Ascite eosinofílica	Achado laboratorial incidental	Achado laboratorial incidental
Idade de Diagnóstico	48	39	22	68	36	37	38
Sintomas cutâneos	Urticária	Exantema inespecífico					Dermatite atópica
Sintomas Respiratórios	Asma	Asma	Asma	Asma	Asma RSCcPN	Asma Derrame pleural	
Sintomas GI			Ascite e colite eosinofílicas		Ascite e colite eosinofílicas		
Sintomas neurológicos				Hemorragia subaracnóideia Polineuropatia axonal			Hemorragia subaracnóideia
Sintomas cardíacos		Miocardite					
Nível máximo Eosínófilos/uL	2400	2300	3900	18000	8820	3430	15150
Dose máx Prednisolona (mg/dia)	40	40	80	60	80	20	60
Imunossupressor			Azatioprina				Ciclosporina
Biológico	Benralizumab	Benralizumab	Mepolizumab	Mepolizumab	Mepolizumab		Mepolizumab/ Benralizumab

M – masculino; F - feminino;

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS II
ASMA E IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS

09 de Outubro | 18:30-20:00 | Sala II

Moderadores: Alice Coimbra, Helena Pité e José Alberto Ferreira

**CO09 – PERSISTÊNCIA NA TERAPÊUTICA COM
ANDROGÉNIOS NO ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO
– DEVEMOS SER MENOS TOLERANTES ?**

Branco Ferreira M^{1,2}, Ovalle L³, Abdurrachid N¹, Martins G¹, Spínola Santos A^{1,2}

¹ Serviço Imunoalergologia – ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

³ Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, Brasil

Os androgénios atenuados são uma das terapêuticas profiláticas mais frequentemente utilizadas no angioedema hereditário (AEH) em todo o mundo, apesar de múltiplos efeitos adversos que nem sempre induzem revisões terapêuticas.

Objetivo: Descrever as alterações laboratoriais encontradas em doentes com AEH acompanhados em centro especializado e que, em 2024, se mantinham sob terapêutica regular com danazol, sem indicação para suspensão desta terapêutica. Efetuámos comparação com doentes seguidos na nossa consulta por alergia respiratória mas sem AEH e sem terapêutica com androgénios (controlos), tendo-se procurado obter uma amostra com distribuição comparável por idade e por género.

Resultados: Incluímos 40 doentes com AEH (16 homens, idade 58,0±15,1 anos) sob danazol (50-400mg/dia; 80% entre 100-200mg/dia) e 40 doentes controlo (16 homens, idade 58,1±15,6 anos).

No hemograma de doentes com AEH objetivaram-se valores médios significativamente mais elevados de hemoglobina, hematócrito e contagens plaquetárias do que nos controlos e, em aproximadamente 20% dos doentes com AEH registaram-se valores superiores aos valores de referência. Nenhum dos controlos apresentou valores superiores aos de referência.

Nos parâmetros bioquímicos existiram também valores médios mais elevados de CK, AST e ALT, respetivamente cerca de 80%, 20% e 25% mais elevados do que nos controlos; aproximadamente em 30% registaram-se valores superiores aos de referência em pelo menos um destes parâmetros. Nenhum dos controlos apresentou valores superiores aos de referência. Nos lípidos séricos, os doentes sob androgénios apresentavam valores médios de HDL 40% inferiores aos dos controlos, sendo que 60% apresentavam valores <40mg/dL versus 5% dos controlos. Nesta população não houve diferenças significativas entre doentes sob danazol em doses <200mg ou ≥200mg.

Conclusões: Mesmo em doses consideradas aceitáveis, o danazol induz frequentes alterações em parâmetros laboratoriais relevantes mas cuja presença nem sempre induz descontinuação do fármaco. A consciencialização destes dados pode ajudar na implementação de futuros esquemas de switch terapêutico.

**CO10 – DEFEITOS INATOS DA IMUNIDADE:
PREVALÊNCIA DE AGENTES BACTERIANOS
NA EXPETORAÇÃO E PERFIL DE RESISTÊNCIA
ANTIBIÓTICA**

Vassalo A¹, Martins G¹, Abdurrachid N¹, Varandas C¹, Duarte Ferreira R^{1,2}, Branco-Ferreira M^{1,3}, Corte-Real D⁴, Silva S^{1,3,5}, Lopes Silva S^{1,3,5}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal

² Unidade de Imunoalergologia e Centro de Investigação Clínica, Hospital de Caldas da Rainha, ULS do Oeste, Caldas da Rainha, Portugal

³ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴ Laboratório de Microbiologia, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁵ GIMM – Gulbenkian Institute for Molecular Medicine, Lisboa, Portugal; Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: Nos doentes com defeitos inatos da imunidade, as infeções respiratórias podem conduzir a infeção brônquica crónica, com exacerbações recorrentes e possível desenvolvimento de resistências antibióticas. Avaliámos a prevalência dos agentes bacterianos identificados em exames bacteriológicos da expetoração (EBE) e respetivo perfil de resistência antibiótica (PRA).

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo 79 doentes (idade média 45 anos, 53% mulheres) com defeitos inatos da imunidade e pelo menos um EBE positivo no período considerado (Jan/2022-Dez/2024). Realizou-se análise descritiva dos dados clínicos (diagnóstico), laboratoriais (doseamento IgG sérica nas agudizações respiratórias) e microbiológicos (agentes isolados nos EBE e PRA). **Resultados:** Identificaram-se 234 EBE positivos em 79 doentes (média 3 EBE/doente, mín 1 – máx 20). 67% dos doentes tinham Imunodeficiência Comum Variável e 15% Agamaglobulinémia ligada ao X, encontrando-se todos sob terapêutica substitutiva com IgG. A mediana da IgG sérica aquando dos EBE positivos (n=195) foi 959 mg/dL (QI 834; Q3 1151). O *Haemophilus influenzae* foi o agente mais frequentemente identificado (227 EBE, 61/79 doentes - 77%), seguido de *Moraxella catarrhalis* (51 EBE, 27/79 doentes - 34%) e *Streptococcus pneumoniae* (24 EBE, 18/79 doentes - 23%). A *Pseudomonas aeruginosa* foi identificada em 12 EBE (5/79 doentes - 6%). Quanto ao PRA, 56% dos *H. influenzae* eram multissensíveis, 2% multirresistentes (resistência ≥3 classes de antibióticos) e 5% produtores de beta-lactamase. Nos 29 doentes com mais de 3 isolamentos de *H. influenzae*, 4 doentes evoluíram para resistência a ≥1 antibiótico, salientando-se que em apenas 13 doentes os *H. influenzae* identificados se mantiveram multissensíveis.

Conclusões: O *H. influenzae* destaca-se pela maior prevalência nos EBE em doentes com defeitos inatos da imunidade e pela evolução variável do PRA, apesar da adequada terapêutica substitutiva com IgG. Esta análise é crucial para definir estratégias terapêuticas adequadas, com vista a minimizar o surgimento de resistências antibióticas e proteger a função respiratória.

CO11 – IMPACTO DA IMUNOGENICIDADE NA CLÍNICA E FUNÇÃO PULMONAR DE DOENTES COM ASMA GRAVE SOB MEPOLIZUMAB: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE MULTIDISCIPLINAR

Gomes M^{1,2}, Araújo C^{3,4}, Trindade P^{2,5}, Bernardino A¹, Martins G¹, Lopes C^{2,5,6}, L. Silva S^{1,7,8}, Gonçalves J⁴, Mendes A^{1,2}, Pinto P^{2,5,6}, Branco Ferreira M^{1,2,7}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria EPE, Lisboa, Portugal

² Unidade Multidisciplinar de Asma Grave, Hospital Pulido Valente, ULS de Santa Maria, Lisboa, Portugal

³ VectorB2B – Drug Developing Associação para a Investigação em Biotecnologia, Lisboa, Portugal

⁴ Research Institute for Medicines (iMed.Ulisboa), Faculty of Pharmacy, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁵ Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, ULS de Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁶ Clínica Universitária de Pneumologia, ISAMB, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁷ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁸ Gulbenkian Institute for Molecular Medicine (GIMM),

Objetivo: Avaliar a imunogenicidade do mepolizumab em doentes com asma grave eosinofílica, através da deteção de anticorpos anti-fármaco (ADA), e explorar a sua relação com parâmetros clínicos e função pulmonar.

Metodologia: Estudo transversal, numa amostra aleatória de 20 doentes tratados com mepolizumab em hospital de dia no período de outubro e novembro de 2024. As amostras de plasma foram analisadas por Fiber Optic-Surface Plasmon Resonance (FO-SPR), considerando ADA positivos o cut-off >0,50 nm. Foram recolhidos dados clínicos e laboratoriais (ACT, CARAT, miniAQLQ, eosinófilos, IgE total, FEV1) e correlacionados estatisticamente recorrendo ao software GraphPad Prism.

Resultados: A maioria dos doentes era do sexo feminino (70%), com idade média de 66 anos e 18 meses de tratamento. Verificou-se melhoria significativa dos scores clínicos e do FEV1 (de 76% para 96,5%) após início da terapêutica. A incidência de ADA foi de 40% (n=8). No grupo ADA-positivo, observaram-se correlações negativas com ACT (r = -0,46), CARAT (r = -0,40), miniAQLQ (r = -0,26) e FEV1 (r = -0,50), embora sem significância estatística. Os níveis de IgE total apresentaram correlação positiva com ADA (r = 0,50), e eosinófilos correlação negativa (r = -0,43). Um doente ADA-positivo desenvolveu exantema cutâneo e resposta clínica parcial.

Conclusão: A tecnologia FO-SPR revelou-se útil na deteção de ADA em doentes com asma grave tratados com mepolizumab. Os resultados indicam uma possível associação entre imunogenicidade e menor eficácia clínica, sugerindo impacto negativo dos ADA no controlo da asma. A monitorização sistemática de ADA poderá ser essencial para detetar perda de eficácia e reações adversas. São necessários estudos com maior amostra para validar estes resultados.

CO12 – REMISSÃO CLÍNICA EM DOENTES COM ASMA GRAVE SOB TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NUMA UNIDADE MULTIDISCIPLINAR PORTUGUESA

Gomes M^{1,2}, Trindade P^{2,3}, Lopes C^{2,3,4}, Mendes A^{1,2}, Pinto P^{2,3,4}, Branco Ferreira M^{1,2,5}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria EPE, Lisboa, Portugal

² Unidade Multidisciplinar de Asma Grave, Hospital Pulido Valente, ULS de Santa Maria, Lisboa, Portugal

³ Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, ULS de Santa Maria, Lisboa, Portugal; Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, ULS de Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁴ Clínica Universitária de Pneumologia, ISAMB, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁵ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Objetivos: Avaliar a taxa de remissão clínica em doentes com asma grave sob terapêutica biológica e identificar preditores de remissão, incluindo variáveis demográficas, tipo de biológico e níveis séricos de IgE total.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, incluindo 90 doentes com asma grave acompanhados na Unidade Multidisciplinar de Asma Grave (UMAG), sob terapêutica biológica há ≥12 meses. Definiu-se remissão clínica segundo McDowell et al. (2023): (1) controlo sintomático (ACT ≥21), (2) ausência de corticoterapia sistémica, e (3) estabilidade do VEF1 (≥ limite inferior da normalidade ou declínio ≤100 mL). Avaliaram-se sexo, idade, fenótipo inflamatório (Th2 alérgico/eosinofílico), tipo de biológico, IgE total, contagem de eosinófilos (BEC) e FeNO como potenciais preditores de remissão.

Resultados: Dos 90 doentes incluídos (74% sexo feminino; idade mediana 64 anos, min. 21 – máx. 79), 44% (n=40) atingiram remissão clínica ao fim de 12 meses. Verificou-se melhoria significativa do ACT, redução da corticoterapia sistémica e estabilização do FEV1 (p<0,05). A remissão foi mais frequente em doentes do sexo feminino (p<0,05) e no fenótipo Th2 com BEC ≥0,15×10⁹/L e FeNO ≥20 ppb (p=0,025). A análise mostrou associação entre níveis mais baixos de IgE total e menor probabilidade de remissão (p=0,048), enquanto o tipo de biológico não se associou significativamente à resposta.

Conclusões: Quase metade dos doentes atingiu remissão clínica. O sexo feminino, o fenótipo Th2 com BEC e FeNO elevados e níveis mais altos de IgE total parecem estar associados a maior probabilidade de remissão, embora estes resultados necessitem de confirmação em estudos com maior dimensão, a integração destes marcadores poderá permitir uma abordagem mais personalizada na seleção e monitorização terapêutica.

CO13 – IMPACTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA NA FUNÇÃO PULMONAR E CONTROLO DA ASMA EM DOENTES OBESOS: UMA SÉRIE DE CASOS

Rosmaninho I¹, Bragança M¹, Soares A¹, Pinhal A¹, Amaral L¹, Plácido J¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

Objetivo: Avaliação do efeito da perda ponderal induzida por cirurgia bariátrica em doentes com asma de difícil controlo, na função pulmonar e controlo da doença.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com asma de difícil controlo com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) submetidos a cirurgia bariátrica entre 2018 e 2025, na ULS São João. A função pulmonar, medidas antropométricas, sintomatologia, degrau terapêutico do GINA (Global Initiative for Asthma) e exacerbações foram analisadas no período pré e pós-cirurgia (em duas consultas após intervenção, sendo que apenas quatro doentes completaram duas avaliações pós-cirurgia).

Resultados: Foram incluídas seis doentes do sexo feminino (tabela 1), idade mediana de 55 anos (AIQ 50-65) com IMC mediano de 38,3 Kg/m². Cinco apresentavam asma parcialmente controlada/não controlada, em média uma agudização com

necessidade de corticoterapia sistémica (CS) nos 12 meses prévios à cirurgia. Cinco encontravam-se no degrau 5 e um no degrau 4 do GINA. Cinco foram submetidas a bypass gástrico e 1 a sleeve gástrico. Uma doente iniciou dupilumab 7 meses pré-cirurgia.

Na primeira avaliação (em média quatro meses pós-cirurgia), observou-se uma perda ponderal média de 22Kg (23,4% peso inicial, 67,4% excesso de peso; redução IMC 8,72Kg/m²). Todas apresentavam asma controlada e 3 encontravam-se apenas com terapêutica inalada em SOS. Verificou-se uma melhoria média do VEF1 de 0,28L (13,5%) e da CVF de 0,44L (6,7%).

Na segunda avaliação (média 16,5 meses pós-cirurgia), observou-se perda de peso média de 37,5Kg (37,4% peso inicial, 105,4% excesso, redução IMC 14,8Kg/m²). Todas mantiveram asma controlada, duas apenas terapêutica inalada em SOS. Verificou-se melhoria média do VEF1 de 0,22L (14,5%) e CVF de 0,42L (17%). Nenhuma registou agudizações com necessidade de CS ou recurso a cuidados hospitalares.

Conclusão: Nesta amostra, a realização de cirurgia bariátrica contribuiu para a melhoria clínica e funcional, sustentando o papel desta estratégia como adjuvante na asma difícil controlo associada à obesidade.

Tabela 1. Dados clínicos e funcionais respiratórios das doentes com asma de difícil controlo e obesidade no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica.

ID	Ida de	Follow-up	Controlo da asma	Exacerbações SU CS	Step GINA	IMC (Kg/m ²)	Perda peso**	ΔVEF1	ΔCVF
1	50	-2m	Parcialmente controlada	0 2	5	35,4			
		3m	Controlada	0 0	2	27,1	-79,8%	+0,66L 19,3%	+0,60L 6,7%
		17m	Controlada	0 0	2	19,6	-162%	+0,25L 10%	+0,45L 15%
2	50	-1m	Parcialmente controlada	0 1	4	39,1			
		4m	Controlada	0 0	2	29,6	-67,8%	+0,28L 1,6%	+0,29L -5,5%
		10m	Controlada	0 0	2	25,0	-106,6%	-	-
3*	65	-4m	Controlada	0 0	5	46,6			
		7m	Controlada	0 0	5	37,9	-40,4%	+0,35L 30,3%	+0,47L 37,9%
		16m	Controlada	0 0	5	36,2	-43,0%	+0,19L 22,3%	+0,39L 34,9%
4	56	-7m	Não controlada	0 1	5	36,9			
		2m	Controlada	0 0	2	30,5	-60,1%	+0,20L 13,5%	+0,44L 26,4%
		-	-	-	-	-	-	-	-
5	65	-1m	Parcialmente controlada	0 1	5	38,2			
		-	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-	-
6	53	-7m	Parcialmente controlada	2 2	5	38,5			
		4m	Controlada	0 0	5	29,8	-67,4%	+0,17L -9%	-0,04L -9%
		22m	Controlada	0 0	5	24,5	-104,2%	+0,61L 19%	+0,67L 19%

Legenda:

CS - Corticoterapia sistémica

IMC – Índice de Massa Corporal

RSCcPN - Rinossinusite crónica com polipose nasal

SU - Serviço de Urgência

Step GINA – Degrául terapêutico de acordo com as Guidelines GINA

ΔVEF1 - Variação do Volume Expiratório Forçado ao 1º minuto em relação à avaliação pré-operatória

ΔCVF - Variação da Capacidade Vital Forçada em relação à avaliação pré-operatória

*Sob dupilumab por rinossinusite crónica com polipose nasal

**Perda de peso em excesso (calculado face ao peso ideal, correspondente a IMC 25Kg/m²)

**CO14 – CARATERÍSTICAS CLÍNICAS
E DEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS COM
A CLASSIFICAÇÃO COMO ASMA DIFÍCIL
DE TRATAR: DADOS DO ESTUDO EPI-ASTHMA**

Pereira A^{1,2,3}, Silva A², Jácome C^{1,2}, Brito D⁴, Teixeira P^{4,5}, Quelhas-Santos J^{1,2}, Amorim L⁵, Barbosa M^{4,6}, Bulhões C^{4,7}, Rodrigues M⁷, Gomes D², Lopes F⁸, Pardal M⁹, Marques A⁹, Bernardo F⁹, Correia de Sousa J⁴, Fonseca J^{1,2,3,8}

¹ RISE-Health, MEDCIDS - Departamento Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde; Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

² Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

³ Unidade de Imunoalergologia, CUF-Porto Hospital e Instituto, Porto, Portugal

⁴ Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Medicina, Universidade do Minho, ICVS/3Bs, Braga, Portugal

⁵ Associação Centro de Medicina P5 (ACMP5), Braga, Portugal

⁶ Gualtar Unidade de Saúde Familiar, Braga, Portugal

⁷ Vila Verde (VIDA+) Unidade de Saúde Familiar, Braga, Portugal

⁸ MEDIDA Lda, Porto, Portugal, ⁹ AstraZeneca, Lisboa, Portugal

A asma difícil de tratar é definida pelas recomendações GINA com base na presença de asma não controlada apesar de um nível de tratamento elevado.

Objetivos: 1) Estimar a prevalência de asma difícil de tratar, em adultos com asma, em Portugal, e 2) descrever caraterísticas clí-

Tabela 1: Prevalência de asma difícil de tratar estratificada por diferentes caraterísticas clínicas e demográficas. É apresentado o odds ratio (OR) com intervalo de confiança a 95% (IC 95%) quer para a análise univariável, quer para a análise ajustada para o sexo e grupo etário.

	Asma difícil de tratar (S2)			
	% [95%CI]	OR não ajustado	IC 95%	OR ajustado* IC 95%
Caraterísticas demográficas				
Grupo etário			<i>p=0,007</i>	Não aplicável
18-49 anos	10,0 [6.6-15.0]	1,00 [ref]		
50-64 anos	7,4 [4.1-12.9]	0,72 [0,29-1,80]		
≥65 anos	23,2 [15.1-33.9]	2,71 [1,31-5,59]		
Sexo			<i>p=0,004</i>	Não aplicável
Feminino	16,4 [12.8-20.7]	2,77 [1,45-5,32]		
Masculino	6,6 [3.7-11.5]	1,00 [ref]		
Escolaridade			<i>p=0,467</i>	<i>p=0,444</i>
≤9 anos	14,4 [9.6-21.1]	1,00 [ref]		1,00 [ref]
10-12 anos	8,6 [4.5-15.6]	0,56 [0,22-1,38]		0,88 [0,38-2,04]
>12 anos	13,9 [9.3-20.4]	0,96 [0,51-1,82]		1,44 [0,79-2,64]
Ocupação principal			<i>p=0,008</i>	<i>p=0,003</i>
Empregado	9,4 [6.8-12.8]	1,00 [ref]		1,00 [ref]
Reformado	25,9 [17.5-36.5]	3,38 [1,80-6,34]		4,10 [1,48-11,38]
Outro (p.ex.: estudante, doméstica)	2,8 [0.6-12.0]	0,28 [0,05-1,54]		0,25 [0,05-1,36]
Caraterísticas clínicas gerais				
Índice de massa corporal			<i>p=0,189</i>	<i>p=0,420</i>
Baixo peso (<18.5 Kg/m ²)	0	-		
Peso normal (18.5–24.9 Kg/m ²)	17,0 [11.2-25.0]	1,00 [ref]		1,00 [ref]
Sobrepeso (25–29.9 Kg/m ²)	8,3 [4.7-14.1]	0,44 [0,21-0,94]		0,41 [0,19-0,92]
Obesidade (>30 Kg/m ²)	13,9 [9.6-19.7]	0,79 [0,39-1,60]		0,60 [0,27-1,36]
Tabagismo			<i>p=0,034</i>	<i>p=0,112</i>
Nunca fumador	17,1 [13.3-21.8]	1,00 [ref]		1,00 [ref]
Ex-fumador	6,4 [3.0-13.1]	0,33 [0,14-0,81]		0,41 [0,16-1,03]
Fumador atual	5,4 [2.3-12.2]	0,28 [0,11-0,69]		0,43 [0,17-1,05]
Caraterísticas clínicas relacionadas com a asma				
Infeções respiratórias recorrentes na infância			<i>p=0,397</i>	<i>p=0,337</i>
Não	11,3 [7.9-16.1]	1,00 [ref]		1,00 [ref]
Sim	14,6 [9.7-21.4]	1,34 [0,67-2,70]		1,40 [0,69-2,87]
História familiar de asma			<i>p=0,020</i>	<i>p=0,100</i>
Não	8,6 [5.6-12.8]	1,00 [ref]		1,00 [ref]
Sim	15,5 [11.9-20.0]	1,96 [1,12-3,42]		1,60 [0,89-2,87]
Duração da doença*			<i>p=0,015</i>	<i>p=0,049</i>
<20 anos	7,1 [4.5-10.9]	1,00 [ref]		1,00 [ref]
20-40 anos	15,0 [9.5-22.9]	2,33 [1,17-4,62]		2,35 [1,20-4,62]
>40 anos	17,1 [12.0-23.9]	2,72 [1,34-5,54]		2,32 [1,13-4,79]
Comorbilidades			<i>p=0,033</i>	<i>p=0,121</i>
<2 comorbilidades	5,8 [2.4-13.0]	1,00 [ref]		1,00 [ref]
≥2 comorbilidades	14,7 [11.6-18.6]	2,83 [1,10-7,32]		2,16 [0,80-5,79]
Função respiratória e biomarcadores				
FEV1 pré-BD < LIN			<i>p=0,038</i>	<i>p=0,068</i>
Não	10,6 [8.2-13.6]	1,00 [ref]		1,00 [ref]
Sim	19,2 [11.5-30.3]	2,01 [1,04-3,86]		1,96 [0,95-4,06]
FeNO (ppb)			<i>p=0,812</i>	<i>p=1,000</i>
<25 ppb	13,7 [10.0-18.5]	1,00 [ref]		1,00 [ref]
25-50 ppb	10,7 [5.7-19.1]	0,75 [0,31-1,84]		0,84 [0,36-1,94]
>50 ppb	10,3 [4.8-20.8]	0,72 [0,32-1,61]		1,18 [0,49-2,88]
Contagem de eosinófilos			<i>p=0,876</i>	<i>p=1,000</i>
<0.15x10 ⁹ /μL	14,8 [11.0-19.7]	1,00 [ref]		1,00 [ref]
0.15 to <0.3x10 ⁹ /μL	10,1 [4.2-22.2]	0,64 [0,24-1,70]		0,60 [0,22-1,65]
≥0.3x10 ⁹ /μL	11,4 [6.5-19.1]	0,74 [0,33-1,63]		0,79 [0,36-1,73]

* Ajustado para grupo etário e sexo. † Desde o início dos sintomas. OR, Odds Ratio; IC 95%, intervalo de confiança a 95%; BD, broncodilatador; FEV1, Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo; LIN, limite inferior do normal; FeNO, fração exalada de óxido nítrico; ppb, partes por bilhão

nicas e demográficas associadas com uma classificação como asma difícil de tratar.

Métodos: O estudo observacional EPI-ASTHMA usou uma estratégia em 4 fases para recrutar (S0), rastrear (S1), caracterizar (S2) e seguir (S3) indivíduos com asma. Os participantes foram selecionados aleatoriamente de 38 unidades dos Cuidados de Saúde Primários. A classificação como asma difícil de tratar baseou-se nas recomendações GINA, usando os dados da fase S2. Foi considerado um nível elevado de tratamento quando em grau 4-5 e asma não controlada perante a presença de mau controlo atual dos sintomas (CARAT ≤ 24) ou agudizações moderadas-graves (≥ 2 com corticoide sistémico ou ≥ 1 com internamento, no último ano). As prevalências foram ponderadas para a população portuguesa.

Resultados: A prevalência de asma difícil de tratar foi de 12,4[9,8-15,6]% (estimativa populacional: 55,6 [43,1-68,1] mil indivíduos). A prevalência foi significativamente mais elevada nos indivíduos com idade ≥ 65 anos, reformados, do sexo feminino, com história familiar de asma, maior duração da doença, pelo menos 2 comorbilidades associadas e FEV1 abaixo do limite inferior do normal (Tabela 1). Quando ajustado para o sexo e grupo etário, o odds ratio (OR) para asma difícil de tratar manteve-se significativamente mais elevado nos indivíduos reformados (OR 4,10[1,48-11,38]) e com sintomas de asma há >20 anos (OR 2,35[1,20-4,62] se 20-40 anos e 2,32[1,13-4,79] se >40 anos).

Conclusões: A prevalência de asma difícil de tratar em adultos Portugueses está alinhada com o descrito noutros países. A longa duração da asma e estar reformado associaram-se de forma independente com a classificação como asma difícil de tratar.

CO15 – IMPACTO DA ASMA DIFÍCIL DE TRATAR EM ADULTOS PORTUGUESES

Pereira A^{1,2,3}, Silva A², Jácome C^{1,2}, Brito D⁴, Teixeira P^{4,5}, Quelhas-Santos J^{1,2}, Amorim L⁵, Barbosa M^{4,6}, Bulhões C^{4,7}, Rodrigues M⁷, Gomes D², Lopes F⁸, Pardal M⁹, Marques A⁹, Bernardo F⁹, Correia de Sousa J⁴, Fonseca J^{1,2,3,8}

¹ RISE-Health, MEDCIDS - Departamento Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde; Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

² Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

³ Unidade de Imunoalergologia, CUF-Porto Hospital e Instituto, Porto, Portugal

⁴ Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Medicina, Universidade do Minho, ICVS/3Bs, Braga, Portugal

⁵ Associação Centro de Medicina P5 (ACMP5), Braga, Portugal

⁶ Gualtar Unidade de Saúde Familiar, Braga, Portugal

⁷ Vila Verde (VIDA+) Unidade de Saúde Familiar, Braga, Portugal

⁸ MEDIDA Lda, Porto, Portugal

⁹ AstraZeneca, Lisboa, Portugal

O impacto da asma difícil de tratar (DDT) está descrito como elevado; no entanto, em Portugal não há dados publicados.

Objetivos: 1) Estimar o impacto da asma DDT em indivíduos adultos em Portugal, focando especialmente o uso de cuidados de saúde, qualidade de vida e função respiratória.

Métodos: O estudo observacional EPI-ASTHMA usou uma estratégia em 4 fases para recrutar (S0), rastrear (S1), caracterizar (S2) e seguir (S3) indivíduos com asma. Os participantes foram selecionados aleatoriamente de 38 unidades dos Cuidados de Saúde Primários. A classificação como asma DDT baseou-se nas recomendações GINA, usando os dados da fase S2. Foi considerado um nível elevado de tratamento quando em grau 4-5 e asma não controlada perante a presença de mau controlo atual dos sintomas (CARAT ≤ 24) ou agudizações moderadas-graves (≥ 2 com corticoide sistémico ou ≥ 1 com internamento, no último ano).

Resultados: Foram incluídos 58 indivíduos com asma DDT (14% dos 414 classificáveis). Quase 1/3 dos indivíduos com asma DDT reportou ≥ 1 consulta não programada nos cuidados de saúde primários (vs 12,4% nos sem asma DDT; $p < 0,001$) e 1/4 teve ≥ 1 recurso ao Serviço de Urgência (vs 13,5%; $p = 0,015$). A pontuação mediana[P25:P75] no mini-AQLQ foi significativamente menor nos com asma DDT (4,5[3,3;5,5] vs 5,2[4,2-6,0]; $p < 0,001$), especialmente nas dimensões relativas às atividades, emoções e estímulos ambientais. Quase metade das pessoas com asma DDT (46,6%) tinham o índice EQ-5D < 90 (vs 28,9% nas sem asma DDT; $p = 0,007$) e 39,7% reportavam incapacidade significativa devido à dispneia (mMRC ≥ 2 ; vs 13,8%; $p < 0,001$). A mediana do FEV1 (z-score) foi significativamente inferior nos indivíduos com asma DDT (-1,2[-1,8;-0,5] vs -0,8[-1,5;-0,1]; $p = 0,017$).

Conclusões: A asma difícil de tratar tem um impacto significativo nos adultos em Portugal, associando-se a maior utilização de cuidados de saúde, menor qualidade de vida, pior função respiratória e maior incapacidade relacionada com a dispneia.

CO16 – PROVA DE BRONCOPROVOCAÇÃO COM ESFORÇO NO DIAGNÓSTICO DE BRONCOCONSTRIÇÃO INDUZIDA PELO EXERCÍCIO EM IDADE PEDIÁTRICA

Nunes M^{1,2}, Simão Coelho P^{1,2,3}, Ursu A^{1,2}, Carvalho F^{1,2}, Mikovic M^{1,2}, Serranho S^{1,2}, Santos S^{1,2}, Brito A^{1,2}, Gaspar Marques J^{1,2,4}, Leiria Pinto P^{1,2,4}

¹ Serviço de Imunoalergologia, ULS São José, Lisboa, Portugal

² Centro Clínico Académico de Lisboa, Portugal

³ Nova Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴ Comprehensive Health Research Center (CHRC), NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: A broncoconstrição induzida pelo exercício (BIE) representa uma condição frequente em idade pediátrica, com impacto na participação e desempenho em atividades desportivas. O diagnóstico requer confirmação da broncoconstrição através de provas de broncoprovocação com o esforço (PBE), cujo resultado positivo confirma a suspeita clínica. Este estudo visa explorar a utilidade da PBE no diagnóstico de BIE em contexto pediátrico.

Metodologia: Estudo observacional, transversal, incluindo doentes pediátricos submetidos a PBE (protocolo de Bruce modificado) no serviço de Imunoalergologia, entre 2023 e 2025. Dados colhidos com base nos registos clínicos. Considerou-se prova positiva

quando se verificou redução do volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1) $\geq$ 10%. A análise estatística incluiu testes do qui-quadrado e teste exato de Fisher (significativo se $p < 0.05$).

Resultados: Incluídos 85 doentes (61,2% sexo masculino), com mediana de idade de 12 anos (6-17). A maioria com diagnóstico clínico de asma (58,8%) e 10,6% IMC aumentado ($>P85$). Dos sintomas reportados pré-prova, destacaram-se tosse (52,9%), cansaço (41,2%), dispneia (37,6%) e pieira (12,9%). Apenas 18,8% ($n=16$) das provas foram positivas.

No que concerne ao resultado, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos sintomas reportados, com pieira a associar-se a prova positiva e cansaço a prova negativa.

Relativamente ao momento de aparecimento dos sintomas reportados, o cansaço ocorreu durante o exercício, enquanto a tosse se associou ao período pós-esforço. Identificou-se ainda associação entre IMC aumentado e cansaço.

Conclusões: Nesta análise a PBE apresentou baixa taxa de positividade, podendo refletir limitações metodológicas, mas também relacionadas com os critérios de seleção dos doentes. A pieira foi o sintoma mais associado à positividade da prova, enquanto o cansaço, associado ao excesso de peso, sugere um eventual descondicionamento físico nestes doentes. Estes resultados evidenciam a necessidade de otimização dos critérios de seleção para PBE, a fim de aumentar a sua rentabilidade diagnóstica.

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS III ALERGIA CUTÂNEA E ANAFILAXIA E DOENÇAS IMUNOALÉRGICAS FATAIS

II de Outubro | 08:30-10:00 | Sala I

Moderadores: Ana Morête, Cristina Lopes e José Laerte Boechat

CO17 – URTICÁRIA COLINÉRGICA: RELEVÂNCIA DA ERGOMETRIA NA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA E AVALIAÇÃO DE LIMIARES DE ESFORÇO

Dias C¹, Ferrão A, Marcelino J, Vieira J, Guimarães J, Pereira H, Todo Bom A, Tomaz E

¹ Hospital De São Bernardo, Setúbal, Portugal

A urticária colinérgica (UC) é um subtipo de urticária crónica indutível, desencadeada por estímulos que aumentam a temperatura corporal, como exercício físico ou aquecimento passivo. É uma condição com impacto significativo na qualidade de vida, principalmente devido à limitação da atividade física. Este estudo visou caracterizar doentes com UC e avaliar o contributo da prova de esforço controlada em cicloergómetro na confirmação diagnóstica e determinação de limiares individuais.

Foram incluídos 29 doentes com suspeita de UC, dos quais 15 realizaram prova de esforço em cicloergómetro. Todos efectuaram teste intradérmico com metacolina (IDmet), tendo sido também realizado em 15 indivíduos saudáveis (grupo controlo). Recolheram-se dados clínicos, demográficos, laboratoriais e marcadores autoimunes. A qualidade de vida foi avaliada com os questionários UCT, DLQI e UC-QoL.

A média etária foi de 33,1 anos, com predominância feminina (55,2%). A maioria apresentava UC isolada, sendo a forma mais comum a alergia ao suor (79,3%), seguida dos subtipos folicular (10,3%), anidrótico (6,9%) e com angioedema palpebral (3,4%). As zonas mais afectadas foram o tronco (86,2%) e membros (82,8%). Verificou-se controlo sintomático em 75,9% com anti-histamínicos, 13,8% estavam sob omalizumab e 10,3% mantinham sintomatologia. Sintomas extracutâneos ocorreram em 31% dos casos. A prova de esforço foi negativa em 40% dos doentes testados. O primeiro sintoma observado foi o prurido (3–15 min), seguido de eritema (5–18 min) e pápulas (6–15 min), com frequências cardíacas no início dos sintomas entre 95–184 bpm. O IDmet não revelou diferenças estatisticamente significativas.

A prova de esforço revelou-se uma ferramenta útil na confirmação diagnóstica e na determinação de limiares clínicos, permitindo individualizar as recomendações de atividade física. Foi altamente valorizada pelos doentes, especialmente na presença de diagnóstico incerto ou limitação funcional. Assim, estes resultados sublinham a importância de aprofundar a investigação e desenvolver estratégias complementares que reforcem a precisão do diagnóstico da UC.

CO18 – TESTES EPICUTÂNEOS COM A SÉRIE STANDARD: ESTUDO UNICÊNTRICO DE 5 ANOS INCLUINDO 504 DOENTES

Marques Guimarães J¹, Marcelino J^{1,2,3}, Silva L¹, Dias C¹, Vieira J¹, Proença M¹, Gonçalves T¹, Farinha S^{4,1}, Ferrão A¹, Reis R¹, Tomaz E¹

¹ Unidade Local de Saúde da Arrábida, Setúbal, Portugal

² Charité—Universitätsmedizin, Berlim, Alemanha

³ Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Pharmacology ITMP, Alemanha

⁴ Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Objetivos: Os testes epicutâneos (TE) com a série standard são fundamentais na identificação de sensibilizações a alergénios ubíquos na população, permitindo também monitorizar padrões emergentes de sensibilização. Neste trabalho, procuramos analisar a prevalência e relevância clínica dos alergénios da série standard nos últimos cinco anos.

Metodologia: Análise retrospectiva (2020-2024) dos TE com a série standard. O SPSS foi usado para a análise estatística.

Resultados: Foram incluídos 504 doentes (média de idade 46,8±19,4 anos, intervalo 2-92; 76,8% mulheres). Os TE foram negativos em 178 doentes. Dos 326 com pelo menos uma positividade, 137 (42%) eram monossensibilizados e 189 (58%) eram polissensibilizados. Os alergénios mais frequentemente implicados foram: Níquel (50%); Linalol (21%), Mistura de Perfumes I (MP-I) e Cobalto (12,3%), Bálsamo do Perú (BP) (11,7%), Mistura Corantes Têxteis (MCT) e Hidroxietilmetacrilato (9,5%). Entre as 54 reações ao Cobalto, 25,9% foram consideradas irritativas/purpúricas. As sensibilizações ao Níquel (93,3%) e HEMA (96,8%) ocorreram predominantemente em mulheres ($p<0,005$). Observou-se correlação forte entre MCT e Parafenilenodiamina ($\rho=0,7$); correlações moderadas entre MP-I e Liral ($\rho=0,5$) e entre Mistura Mercapto (MM) e Mercaptobenzotiazol (MBT) ($\rho=0,5$); correlação fraca entre Kathon e Metilisotiazolinona ($\rho=0,3$); e ausência de correlação entre Kathon e outras tiazolinonas. Apenas 17,9% (5/28) e 22,3% (5/22) das sensibilizações encontradas para o Metabissulfito de Sódio e Mistura de Caínas III (MC-III), respectivamente, foram consideradas relevantes.

Conclusões: Níquel, Linalol, MP-I, Cobalto, BP, MCT e Hidroxietilmetacrilato foram os alergénios mais prevalentes. As associações entre género e alguns haptenos sugerem padrões de exposição distintos. Correlações $\geq 0,5$ sugerem possível reatividade cruzada entre os haptenos, enquanto a ausência de correlação entre algumas tiazolinonas justifica o seu teste individualizado. A baixa relevância clínica de certos haptenos levanta questões sobre a sua inclusão na série standard. Baixas taxas de relevância clínica face ao número de sensibilizações devem fazer refletir sobre a avaliação de alguns haptenos.

CO19 – CONTRIBUTO DAS SÉRIES SUPLEMENTARES EM TESTES EPICUTÂNEOS E IMPLICAÇÕES DA CO-SENSIBILIZAÇÃO A AMINOFENÓIS E PPD: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

Marcelino J¹, Guimarães J¹, Silva L¹, Dias C¹, Vieira J¹, Proença M¹, Gonçalves T¹, Farinha S^{1,2}, Ferrão A¹, Reis R¹, Tomaz E¹

¹ Hospital de São Bernardo – ULSA, Setúbal, Portugal

² Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Objetivos: A série standard de testes epicutâneos (TE) não identifica todos os alergénios relevantes em casos de dermatite de contacto. Este estudo pretende avaliar o contributo das séries suplementares na identificação de sensibilizações adicionais em doentes com Dermatite de Contato Alérgica.

Metodologia: Estudo retrospectivo de TE realizados com séries suplementares entre 2020 e 2024. O SPSS foi usado para a análise estatística.

Resultados: De 504 doentes avaliados com a série standard, 202 (média de idade 45,7±18,1 anos, intervalo 6-92 anos; 82,7% mulheres, 3,5% crianças) realizaram testes adicionais com séries suplementares: cosméticos (n=64), acrilatos (n=50), cabeleireiro (n=30), aditivos da borracha (n=27), perfumes (n=25), dentista (n=17), calçado (n=13), plantas (n=9), corantes (n=8), padeiro (n=2), úlceras do membro inferior e profissionais de saúde (n=1). Os TE foram negativos em 162 (65,6%) dos doentes.

Os alergénios mais frequentemente identificados foram: tolueno-2,5-diamina (PTD, n=17), Hidroxietilmetacrilato (HEMA, n=12), tolueno-2,5-diamina sulfato (PTDS), etilenoglicoldimetacrilato (EGDMA, n=11), hidroxipropilmetacrilato (HPMA, n=11), p-aminofenol (n=11) e 4-amino-2-hidroxitolueno (n=10). Outros haptenos comuns foram o m-aminofenol (n=8), etilacrilato (n=7), uretanodimetacrilato (n=7), p-metilaminofenol (n=7), shellac (n=6), 1,4-butanedioldimetacrilato (n=6) e tetrahidrofurfurilmetacrilato (n=6). Todos os doentes sensibilizados ao EGDMA (n=11), também reagiram ao HPMA.

Todos os PTDS-positivos reagiram ao PTD e à PPD.

Todos os sensibilizados ao p-aminofenol, p-metilaminofenol e m-aminofenol também reagiram à PPD.

Conclusões: PTD, HEMA, PTDS, EGDMA, HPMA e p-aminofenol foram os alergénios mais prevalentes, com destaque para exposições relacionadas com cabeleireiro e estética.

Os TE foram negativos em 65,6% dos casos, indicando que a série standard é suficiente na maioria das situações.

Todos os doentes com positividade aos aminofenóis, PTDS e PTD eram também positivos à PPD, levantando dúvidas sobre o valor incremental da testagem destes haptenos. Adicionalmente, a co-positividade entre PTDS, PTD e PPD sugere co-sensibilização ou reatividade cruzada (o que coloca em causa recomendações sobre a utilização de PTDS enquanto alternativa em doentes alérgicos a PPD).

**CO20 – IMPACTO DAS COMORBILIDADES
NA QUALIDADE DE VIDA DE DOENTES
COM URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA**

Rosmaninho J¹, Freitas M², Mações C¹, Guilherme A¹, Ferreira J¹,
Sousa Pinto B³, Fonseca J³, Gonçalo M⁴

¹ ULSGE, Vila Nova de Gaia, Portugal

² ULS Almeida Seixal, Almada, Portugal

³ FMUP, Porto, Portugal

⁴ FMUC, Coimbra, Portugal

Objetivos: Avaliar a frequência de comorbilidades e o seu impacto no controlo da doença e nos resultados reportados pelos doentes com urticária crónica espontânea (UCE).

Metodologia: Estudo transversal (janeiro-junho 2025) com 102 doentes adultos consecutivos seguidos numa consulta especializada. Recolheram-se dados demográficos, clínicos, comorbilidades e aplicaram-se os PROMs: Teste de Controlo da Urticária (TCU), Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), Questionário de Qualidade de Vida na Urticária Crónica (CU-Q2oL), Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) e Questionário de Saúde do doente (PHQ-15). Compararam-se doentes com doença bem e mal controlada.

Resultados: Idade média 49 anos; 80,4% mulheres. Idade média de início da urticária 41 anos; duração média 7,7 anos. Dos doentes, 57 tinham apenas UCE (55,9%) e 45 UCE associada a urticária crónica indutível (44,1%), sendo a dermatográfica a mais frequente (33,3%). Angioedema ocorreu em 40,2%. IMC médio 28,02 kg/m² (mínimo 18,7; máximo 40,8; desvio-padrão 4,8). Hipertensão em 24,5%, diabetes tipo 2 em 13,7%, dislipidemia em 23,5%. Doenças autoimunes em 26,5%, com tiroidite de Hashimoto isolada em 12%. Doenças atópicas em 29,4%: rinite alérgica 20,6%, rinite com asma 4,9%, alergia a AINs 2%. História de ansiedade 27,5% e depressão 5,9%; uso de psicotrópicos em 46,1%. Acompanhamento em saúde mental: Psicologia 17,6% e Psiquiatria 30,4%. Quatro doentes tinham fibromialgia, com pior desempenho em todas as escalas. Doentes com controlo inadequado apresentaram piores valores na EADS-21 (15,8 vs 7,3; p<0,001), CU-Q2oL (51,8 vs 31,1; p<0,001), DLQI (7,3 vs 0,7; p<0,001) e UAS7 (14,6 vs 3,1; p<0,001). No PHQ-15, média superior nos não controlados (10,06 vs 5,33; p<0,001).

Conclusões: A UCE associa-se a comorbilidades com impacto significativo na qualidade de vida e saúde mental. Angioedema e excesso de peso são frequentes. O controlo inadequado associa-se a piores PROMs, reforçando a importância de uma abordagem multidisciplinar.

**CO21 – SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA EM
DOENTES COM URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA**

Rosmaninho J¹, Freitas M², Mações C¹, Guilherme A¹, Ferreira J¹,
Sousa Pinto B³, Fonseca J³, Gonçalo M⁴

¹ ULSGE, Vila Nova de Gaia, Portugal

² ULS Almeida Seixal, Almada, Portugal

³ FMUP, Porto, Portugal

⁴ FMUC, Coimbra, Portugal

Objetivos: Determinar a frequência de sintomas de ansiedade, depressão e stress em doentes com urticária crónica espontânea (UCE) e avaliar a sua relação com o controlo da doença e a qualidade de vida.

Metodologia: Estudo transversal (janeiro-junho de 2025) com 102 doentes adultos avaliados em consulta especializada. Amostragem consecutiva e com consentimento informado. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: Teste de Controlo da Urticária (TCU), Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), Questionário de Qualidade de Vida na Urticária Crónica (CU-Q2oL), Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) e Questionário de Saúde do doente (PHQ-15). Registou-se o acompanhamento dos doentes em Psicologia e Psiquiatria. Compararam-se resultados entre doentes bem e mal controlados e calcularam-se correlações de Spearman, com significância estatística considerada para p<0,05.

Resultados: Da amostra analisada, 27,5% reportaram ansiedade, 5,9% depressão e 21,6% ansiedade e depressão concomitantes. Utilização prévia/atuál de psicotrópicos foi observada em 46,1% (mais frequentes: sertralina, trazodona, venlafaxina). Pela EADS-21: 17% com ansiedade moderada e 16% grave; depressão moderada em 13,7% e grave em 8,8%; stress moderado em 12% e grave em 11%. Acompanhamento em Psicologia (17,6%) e Psiquiatria (30,4%). Doentes seguidos em Psiquiatria apresentaram piores valores na EADS-21 (16,97 vs 11,58; p=0,034), CU-Q2oL (51,0 vs 43,1; p=0,037) e PHQ-15 (10,97 vs 7,59; p=0,018). Observaram-se correlações positivas entre EADS-21 e CU-Q2oL (p=0,704; p<0,001), incluindo a subdimensão sono/estado mental/alimentação, e entre EADS-21 e DLQI (p=0,515; p<0,001). Observou-se uma correlação negativa moderada entre TCU e EADS-21 (p = -0,519; p < 0,001), indicando que maior controlo (TCU mais elevado) se associou a menor sintomatologia (EADS-21 mais baixo).

Conclusões: Sintomas psicológicos são frequentes na UCE e associam-se a pior qualidade de vida e maior carga somática. A baixa proporção de doentes em acompanhamento psicológico sugere uma lacuna assistencial, reforçando a importância do rastreio e da intervenção precoce.

CO22 – DUPILUMAB NA DERMATITE ATÓPICA MODERADA A GRAVE: EVIDÊNCIA DE VIDA REAL NUM HOSPITAL TERCIÁRIO PORTUGUÊS

Duarte de Almeida T¹, Mações C¹, Garcia S¹, Rosmaninho I¹, Cadinha S¹, Ferreira J¹

¹ Serviço de Imunoalergologia da Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Objetivos: A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crónica, caracterizada por prurido intenso e lesões eczematosas recorrentes, necessitando frequentemente de tratamento a longo prazo. O dupilumab, antagonista do recetor da IL-4 α , demonstrou elevada eficácia no seu tratamento. Este estudo pretende avaliar a sua eficácia e segurança, na prática clínica real, utilizando scores clínicos validados e parâmetros relacionados com a terapêutica.

Métodos: Foram incluídos 27 doentes com DA moderada-a-grave, seguidos no Serviço de Imunoalergologia da ULS Gaia/Espinho, sob dupilumab (novembro/2019-maio/2025). Todos tinham pelo menos uma avaliação objetiva documentada (SCORAD/EASI) antes e após início do tratamento (3 meses; 6 meses; 1 ano; 2 anos). Foram recolhidos dados demográficos, clínicos, laboratoriais e eventos adversos. O teste de Shapiro-Wilk avaliou a normalidade. Comparações pré/pós-tratamento foram efetuadas com Wilcoxon e significância estatística considerada para $p < 0,05$.

Resultados: Dos 27 doentes (55,6% sexo feminino), média de idade 22,0 anos ($\pm 9,8$; 5-40), mediana de tempo de tratamento 16 meses, 81,5% tinham comorbilidades atópicas. Aos 6 meses verificou-se uma redução significativa dos diferentes scores com SCORAD de 58,9 para 40,9 ($p < 0,001$; $n = 23$), EASI de 24,8 para 4,0 ($p < 0,001$; $n = 24$) e DLQI de 15 para 3,0 ($p = 0,002$; $n = 15$). Ao longo do tempo verificaram-se também reduções significativas para SCORAD (3m, 6m, 1a, 2a; $p < 0,001$; $n = 13$), EASI (3m, 6m, 1a, 2a; $p < 0,001$; $n = 13$) e DLQI (6m, 1a, 2a; $p = 0,001$; $n = 9$). À data da análise, 12 (44,4%) estavam medicados com dupilumab 2/2 semanas, 5 (18,5%) 3/3 semanas e 10 (37,0%) 4/4 semanas, sem diferenças significativas de scores entre grupos. O número de ciclos de corticoterapia sistémica reduziu de 3 para 0 ($p < 0,001$). Foram reportados 6 eventos adversos (22,2%), na maioria conjuntivite (50%). O tratamento foi descontinuado em 3 (11,1%).

Conclusão: O dupilumab proporcionou uma melhoria substancial e sustentada nos scores de gravidade e qualidade de vida, com redução do uso de corticoterapia sistémica e baixo perfil de efeitos adversos, constituindo uma opção terapêutica a longo prazo na prática clínica em Imunoalergologia.

CO23 – REGISTO DE ANAFILAXIA NUM SERVIÇO DE IMUNOALERGOLOGIA: CARACTERIZAÇÃO E TENDÊNCIAS DOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

Monteiro Marques C¹, Gaspar Â¹, Piedade S¹, Mota I¹, Cruz C¹, Moura A¹, Nunes I¹, Viegas L¹, Vau T¹, Borrego L^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz Lisboa, Portugal

² Comprehensive Health Research Center (CHRC), NOVA Medical School Research, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Objetivos: Caracterizar doentes com anafilaxia confirmada por Imunoalergologista, visando melhorar o conhecimento epidemiológico desta entidade no nosso país.

Metodologia: Notificação sistemática de doentes com história clínica de anafilaxia, avaliados num serviço de Imunoalergologia nos últimos cinco anos. A inclusão foi feita por notificação voluntária, com preenchimento de questionário detalhado (etiologia, manifestações e abordagem diagnóstica e terapêutica).

Resultados: Foram incluídos 326 doentes: idade média 31,7 $\pm$ 22,7 anos, 35% < 18 anos e 10% idosos; 61% sexo feminino; 38% asmáticos; 2 com mastocitose. A idade média do primeiro episódio foi 25,9 $\pm$ 22,7 anos (1 mês a 96 anos); em 32% ocorreu em idade pré-escolar. A maioria das reações ocorreu no domicílio (51%); hospital-26% (intraoperatório-6%), restaurante-13%, escola-6%. As principais causas foram alimentos (51%) e fármacos (39%). Entre os alimentos implicados: frutos secos-48 doentes, leite-34, marisco-28, frutas frescas-23, ovo-22, amendoim-20, peixe-15, trigo-4. Entre os fármacos: antibióticos-59 doentes (beta-lactâmicos-55), AINE-33, meios de contraste-14, anestésicos-6, antineoplásicos-5, polietilenoglicol-4, IBP-3. Outras causas (10%) foram: frio-8, exercício-7, veneno de himenópteros-6, idiopática-6, látex-3, imunoterapia específica-3 e anisakis-2.

As manifestações mais frequentes foram mucocutâneas-97% e respiratórias-78%, seguidas de cardiovasculares-46%, gastrointestinais-42%, edema laríngeo-26% e perda de consciência-18%; 87% tiveram início ≤ 30 minutos após exposição ao fator causal. Catorze doentes tiveram paragem cardiorrespiratória.

A maioria (83%) recorreu ao serviço de urgência; 48% fizeram adrenalina; 19% ficaram internados. Ocorreu recorrência da anafilaxia em 31% dos doentes (≥ 3 episódios em 14%); apenas 7% utilizaram autoinjecedor de adrenalina.

Conclusões: A alergia alimentar IgE-mediada foi a principal causa de anafilaxia em idade pediátrica. Os fármacos foram os principais desencadeantes em adultos (beta-lactâmicos primeira causa). Comparando com estudos prévios, registou-se aumento dos frutos secos e dos meios de contraste iodado como causas emergentes, surgindo novas causas (excipiente polietilenoglicol). A persistência da subutilização da adrenalina e a frequente recorrência dos episódios, sublinham a necessidade de otimizar o diagnóstico, tratamento e prevenção da anafilaxia.

**CO24 – TRATAMENTO DE CRISES DE ANGIOEDEMA
HEREDITÁRIO: AVALIAÇÃO DO AUTO-
TRATAMENTO, RESULTADOS E BARREIRAS À
INTERVENÇÃO PRECOCE**

Mendes Piedade N¹, Pinhal A¹, Dias de Castro E¹

¹ H. S. JOÃO, Porto, Portugal

As crises de angioedema hereditário (AEH) são imprevisíveis, debilitantes e potencialmente fatais, devendo ser precocemente tratadas para evitar a sua progressão e o seu registo é crucial. O objetivo deste estudo é descrever as crises de AEH e respetivo tratamento realizado pelos doentes, avaliando fatores limitadores do tratamento precoce e eficácia.

Análise retrospectiva dos registos clínicos da consulta de AEH do Serviço, de Janeiro/2024 a Janeiro/2025.

Analisamos 81 doentes: 44-AEH tipo I, 3-tipo II e 34-AEH com C1-inibidor normal. Mediana de idades de 45 anos (5–80), 54 doentes do sexo feminino. Neste período, 31 doentes relataram ≥1 crise de AEH (mediana=2), num total de 73 crises. As localizações mais frequentes: abdominal(40/54,8%), face(7/9,6%), extremidades(15/20,5%) e genitais(5/6,8%). Oito(10,9%) classificadas como graves, 24(32,9%) moderadas e 21(28,8%) ligeiras.

Os doentes dispunham de 2 seringas pré-cheias de icatibant (ICT) e plano de ação. Contudo, apenas 32,8% das crises foram tratadas pelo doente com ICT; 20,5% com androgénios/antifibrinolíticos e 38,4% não foram tratados. No total, 49 crises de AEH não foram adequadamente tratadas em ambulatório, principalmente pela gravidade ligeira e/ou questões com a administração subcutânea. Comparando as crises tratadas e não tratadas em ambulatório com ICT, verificamos diferenças estatisticamente significativas quanto à gravidade (utilização em 62,5%-crises graves, 50%-moderadas e 15%-ligeiras, $p=0,014$), localização (utilização em 45%-crises abdominais, 27,3%-faciais/cervicais e 10,5%-extremidades/genitais, $p=0,026$) e duração (mediana de 15,2 vs 28,3 horas, $p=0,003$). O ICT foi totalmente eficaz em 45,8% dos casos. Não foi possível determinar o tempo decorrido entre o início da crise e o tratamento.

Observou-se uma elevada taxa de crises inadequadamente tratadas. O recurso a antifibrinolíticos/androgénios, embora não recomendado, deveu-se provavelmente à via de administração oral. A natureza retrospectiva do estudo e a subnotificação das crises limitaram resultados mais detalhados e robustos. Reforçamos a necessidade de implementar medidas para melhorar a adesão terapêutica e o registo das crises de AEH.

**SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS IV
ALERGÉNIOS E IMUNOTERAPIA
E RINITE/RINOSSINUSITE**

11 de Outubro | 08:30-10:00 | Sala II

Moderadores: Beatriz Tavares, Daniel Machado e Pedro Carreiro Martins

**CO25 – TESTES DE INIBIÇÃO NA MÚLTIPLA
SENSIBILIZAÇÃO A VESPÍDEOS: EXPERIÊNCIA
DE UM CENTRO**

Cosme Ferreira S^{1,2}, F. Santos D³, Vassalo F², Branco Ferreira M^{2,4}, Pedro E², Lopes da Silva S^{2,3,4}, Cosme J^{2,4}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Central do Funchal – Dr. Nélcio Mendonça, Funchal, Portugal

² Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

³ GIMM – Gulbenkian Institute for Molecular Medicine (GIMM), Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

No Sul da Europa, a dupla sensibilização a vespídeos ocorre em 50,5-61,5% dos casos. Os testes de inibição de IgE específicas (slgE) permitem distinguir entre sensibilização genuína e reatividade cruzada. Pretendeu-se caracterizar doentes referenciados (2012-2024) com sensibilização a múltiplos vespídeos (*Polistes* spp., *Vespula* spp., *Vespa velutina nigrithorax*), avaliando padrões de sensibilização e escolha de imunoterapia.

Estudo observacional, incluindo doentes com reação sistémica a vespídeos e sensibilização IgE mediada (testes cutâneos, slgE extrato total e slgE Ves vI, Ves v5, Pol d5), a pelo menos 2 vespídeos, cuja sensibilização primária não foi esclarecida. Realizaram-se testes de inibição CAP (Thermo Fisher Scientific®). O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética. Nos doentes sob imunoterapia, pretendeu-se rever a decisão terapêutica e nos naïve determinar a melhor escolha de imunoterapia.

Foram incluídos 26 doentes (73% homens, idade média 53+3 [min 18; máx 79] anos): 16 duplas sensibilizações *Polistes* e *Vespula*, e 10 sensibilizações triplas. Os testes de inibição corroboraram a decisão prévia em 5/10 doentes com imunoterapia iniciada/concluída. Em 1 doente, vacinado para *Polistes* spp., foi determinada dupla sensibilização *Polistes* e *Vespula*, indicando vacinação com 2 venenos, e noutro sensibilização primária diferente da anteriormente considerada. Três doentes encontram-se em avaliação. Nos 16 doentes avaliados pré-imunoterapia, sugeria-se imunoterapia com veneno de *Vespula* spp. (9), *Polistes* spp. (6) e *Vespa velutina* (1). Os testes de inibição revelaram duplas sensibilizações em 5 e sensibilização primária diferente da anteriormente considerada em 5 doentes. A concordância com a prescrição prévia foi mantida em apenas 6 casos (6/16: 4 *Vespula* spp., 1 *Polistes* spp. e 1 *Vespa velutina*).

Os nossos dados confirmam a relevância dos testes de inibição na avaliação diferenciada de doentes com reatividade cruzada entre vespídeos, pelo impacto na correta prescrição de imunoterapia, nomeadamente na identificação de sensibilização primária ou necessidade de vacinação com mais que um veneno.

CO26 – SEGURANÇA DA IMUNOTERAPIA SUBCUTÂNEA COM AEROALERGÉNIOS EM IDADE PEDIÁTRICA

Nunes M^{1,2}, Areia M³, Gaspar Marques J^{1,2,4}, Leiria Pinto P^{1,2,4}

¹ Serviço de Imunoalergologia ULS São José, Lisboa, Portugal

² Centro Clínico Académico de Lisboa, Lisboa, Portugal

³ Serviço de Imunoalergologia ULS Gaia Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

⁴ Comprehensive Health Research Center (CHRC), NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Objetivos: Avaliar a segurança da imunoterapia subcutânea (SCIT) com aeroalergénios em idade pediátrica.

Metodologia: Estudo observacional, transversal, incluindo doentes pediátricos com rinoconjuntivite alérgica (RCA) que iniciaram SCIT com aeroalergénios no serviço de Imunoalergologia entre 2021 e 2023 (duração de tratamento ≥ 1 ano). Dados colhidos com base nos registos clínicos. Avaliadas variáveis sociodemográficas, composição e pauta de indução de SCIT, perceção de melhoria clínica e ocorrência de reações adversas (RA) – locais e sistémicas; imediatas (durante o período de vigilância) e tardias (no domicílio, autoreportadas). Foi realizada regressão logística para identificar variáveis relacionadas com RA.

Resultados: Incluídos 156 doentes (62,8% sexo masculino), com idade média de $11,5 \pm 3,3$ anos. Todos com diagnóstico de RCA, 52,6% (n=82) com asma e 12,8% (n=20) com dermatite atópica (DA). Metade dos doentes (n=78) fizeram SCIT com mistura de aeroalergénios de grupos não homólogos, 83,6% das quais misturas a 100%. A maioria (71,8%) realizou pauta de indução ultrarápida e 28,2% esquema adaptado. Noção de melhoria reportada em 90,4% (n=113). Verificaram-se 11 casos (7,1%) de abandono/suspensão, a maioria por motivos financeiros. Foram registadas 59 (37,8%) RA locais, 67,8% (n=40) imediatas e 32,2% (n=19) tardias, caracterizadas por eritema e edema (máximo 4cm). Ocorreram 5 (3,2%) RA sistémicas, todas imediatas e ligeiras (grau I classificação WAO).

Na análise de regressão logística multivariada, apenas a presença de DA se associou significativamente à ocorrência de RA ($p=0,024$; OR 3,586).

Conclusões: Neste estudo, a SCIT demonstrou um perfil de segurança favorável, com baixa frequência de RA, maioritariamente locais e ligeiras. À exceção da DA, não foram identificados preditores independentes de risco para ocorrência de RA, nomeadamente o uso de misturas e o tipo de pauta realizada. Estes resultados reforçam a segurança da SCIT na população pediátrica e evidenciam a relevância das comorbilidades atópicas no perfil de risco, contribuindo para o conhecimento da sua utilização na prática clínica em Portugal.

CO27 – EFETIVIDADE DA IMUNOTERAPIA SUBCUTÂNEA COM AEROALERGÉNIOS EM IDADE PEDIÁTRICA

Areia M¹, Nunes M², Gaspar Marques J^{2,3,4}, Leiria Pinto P^{2,3,4}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

² Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal

³ Centro Clínico Académico de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴ Comprehensive Health Research Center (CHRC), NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Objetivos: Avaliar a efetividade a curto-prazo da imunoterapia subcutânea (SCIT) com aeroalergénios no tratamento da rinoconjuntivite alérgica (RCA) e asma em idade pediátrica.

Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo, baseado em registos clínicos, incluindo doentes pediátricos alérgicos a aeroalergénios que iniciaram SCIT entre 01/01/2021-31/12/2023. Foram analisados dados sociodemográficos, composição SCIT, noção de melhoria global de sintomas (nasoculares e brônquicos), score medicação prescrita para tratamento de rinite e degrau de tratamento da asma, pré-SCIT e atual. O score medicação para tratamento da rinite foi classificado como 0 (sem medicação), 1 (anti-histamínico) e 2 (corticóide nasal), e o degrau de tratamento de asma de acordo com o GINA. Foi realizada regressão logística para identificar variáveis relacionadas com noção de melhoria.

Resultados: Foram incluídos 156 doentes, 62,8% sexo masculino, $11,5 \pm 3,3$ anos. Todos apresentavam RCA, 52,6% (n=82) asma e 12,8% (n=20) dermatite atópica (DA). Metade (50%, n=78) fizeram SCIT com mistura de alergénios não-homólogos (n=78; 83,6% mistura 100%). SCIT com ácaros em 89,1% (n=139), gramíneas 37,8% (n=59), oliveira 14,7% (n=23), gato 10,3% (n=16), parietária 5,1% (n=8), alternária 4,5% (n=7), plátano 1,3% (n=2) e plantago 1,3% (n=2). Noção de melhoria de sintomas foi reportada em 90,4% (n=113). Verificou-se diferença nas medianas de score medicação ($p<0,001$; mediana=2 (P25-P75:2-2) vs 2 (P25-P75:1-2)) e degrau GINA ($p<0,001$; mediana=3 (P25-P75:2-3) vs 2 (P25-P75:1-3)), antes e após SCIT. Na análise de regressão logística multivariada, apenas a DA se associou à ausência de noção de melhoria ($p=0,05$; OR=0,22).

Conclusões: Nesta análise a SCIT revelou-se efetiva na melhoria dos sintomas de RCA e asma, com redução significativa do score medicação e degrau GINA, independentemente dos alergénios ou administração em misturas. A presença de DA parece dificultar a melhoria global dos sintomas respiratórios nesta amostra. Estes resultados são particularmente relevantes considerando o potencial modificador da patologia alérgica atribuída à SCIT, representando uma oportunidade terapêutica valiosa em idade pediátrica.

CO28 – DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL E GEOGRÁFICA DA IMUNOTERAPIA A VENENO DE HIMENÓPTEROS EM PORTUGAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Santos N¹, Pedro E², Coimbra A³, Tavares B⁴, Barreira P⁵, Cosme J², Teotónio Fernandes M^{6,7}, Ruíz León B^{8,9}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde do Algarve, Faro, Portugal

² Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

³ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

⁴ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁵ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

⁶ Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve, Faro, Portugal

⁷ Algarve Biomedical Center Research Institute, Universidade do Algarve, Faro, Portugal

⁸ Allergy Section of Reina Sofia University Hospital, Cordoba, Spain

⁹ Maimonides Biomedical Research Institute of Cordoba (IMIBIC), University of Cordoba, Cordoba, Spain

Objetivo: A distribuição das espécies responsáveis pela alergia a veneno de himenópteros (AVH) é influenciada pelas condições climáticas, a exposição ocupacional e a introdução de espécies emergentes. O objetivo deste estudo é caracterizar a distribuição temporal e geográfica da imunoterapia a veneno de himenópteros

(VIT) em Portugal.

Métodos: Subanálise do estudo de revisão sistemática da AVH em Portugal (PROSPERO CRD420251087328). Foram selecionadas publicações originais em texto completo, resumo ou tese, publicadas até 31 de dezembro de 2024. Dos 69 estudos incluídos, foram analisados aqueles que descreviam o himenóptero implicado na VIT.

Resultados: Foram incluídos 44 estudos com um total de 1376 doentes sob VIT de 1999 a 2024: 850 (71,7%) com veneno de abelha, 402 (29,2%) *Vespula*, 100 (7,3%) *Polistes* e 26 (1,9%) *Vespa velutina* (2 doentes fizeram VIT dupla abelha e *Vespula*). Verificou-se uma alteração na proporção de doentes sob VIT ao longo do tempo, com diminuição de VIT abelha e aumento de VIT vespídeos (Figura 1). Este aumento foi particularmente relevante no Norte do país, com 49,2% dos doentes incluídos nas publicações dos últimos 10 anos, a fazer VIT a vespídeos. O Centro foi a região com maior proporção de doentes sob VIT abelha (79,2%), possivelmente pela inclusão de 3 estudos que analisaram um total de 129 doentes apenas sob VIT abelha. Incluindo apenas estudos com pelo menos 10 doentes e sem viés de seleção, verificou-se uma frequência de 588 (62,8%) VIT abelha, 285 (30,4%) *Vespula* e 61 (6,5%) *Polistes*, com maior frequência de VIT abelha no Sul (71,3%), de *Vespula* no Norte (35,9%) e de *Polistes* no Centro (22,5%).

Conclusões: Verificou-se um aumento da proporção de doentes sob imunoterapia com veneno de vespídeos nos últimos 10 anos, particularmente no Norte de Portugal, provavelmente resultante do surgimento da *Vespa velutina* no nosso país em 2011.

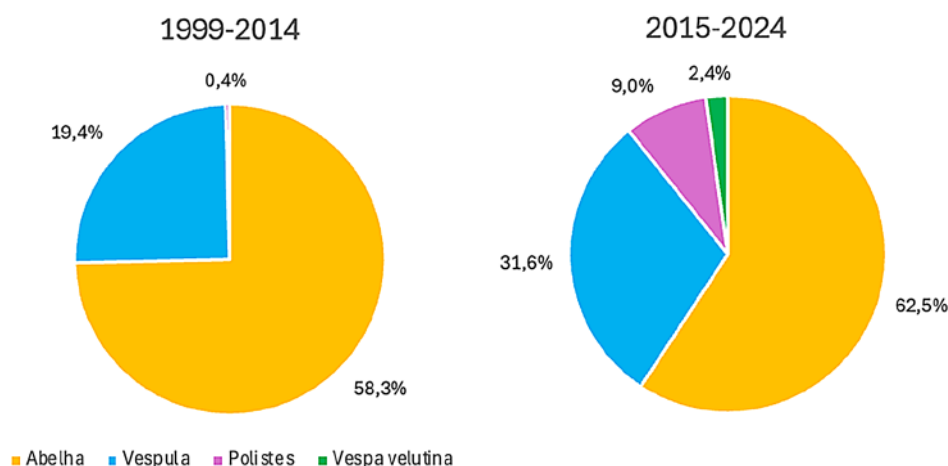


Figura 1

CO29 – PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO NA ALERGIA A VENENO DE HIMENÓPTEROS EM PORTUGAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Santos N¹, Pedro E², Coimbra A³, Tavares B⁴, Barreira P⁵, Cosme J², Teotónio Fernandes M^{6,7}, Ruiz León B^{8,9}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde do Algarve, Faro, Portugal

² Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

³ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

⁴ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁵ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

⁶ Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve, Faro, Portugal

⁷ Algarve Biomedical Center Research Institute, Universidade do Algarve, Faro, Portugal

⁸ Allergy Section of Reina Sofia University Hospital, Cordoba, Spain

⁹ Maimonides Biomedical Research Institute of Cordoba (IMIBIC), University of Cordoba, Cordoba, Spain

Introdução: A caracterização do perfil de sensibilização molecular nos doentes com alergia a veneno de himenópteros (AVH) tem potencial impacto no diagnóstico e decisão terapêutica. Contudo, não há uma caracterização da realidade portuguesa quanto à frequência de sensibilização a cada um dos alérgenos de himenópteros.

Métodos: Subanálise do estudo de revisão sistemática da AVH em Portugal (PROSPERO CRD420251087328), com foco no perfil de sensibilização molecular. Foram selecionadas publicações originais em texto completo, resumo ou tese, publicadas até 31 de dezembro de 2024. Dos 69 estudos incluídos, foram analisados aqueles que descreviam a frequência de sensibilização a alérgenos moleculares, em doentes com alergia ao himenóptero respetivo.

Resultados: Foram incluídos 13 estudos com um total de 428 doentes, 396 com alergia ao veneno de abelha e 32 a vespídeos.

Nos doentes com alergia a veneno de abelha, foram encontradas frequências de sensibilização >50% para Api m 1, Api m 10 e Api m 6 (Tabela 1).

Foi reportada 100% de sensibilização para Ves v 1 e 88 a 100% para Ves v 5, em onze doentes com alergia a Vespa. Um doente alérgico a Polistes estava sensibilizado para Pol d 5.

Em 20 doentes com reação sistémica a Vespa velutina, foi reportada sensibilização a Ves v 5 e a Pol d 5 entre 43 e 100% dos doentes, e a Ves v 1 em 29 a 71%.

Conclusão: A maioria dos estudos em Portugal descreve a frequência de sensibilização aos alérgenos da abelha, sendo a Api m 1, Api m 10 e Api m 6 considerados alérgenos major na nossa população. A Ves v 1, Ves v 5 e Pol d 5 são identificadas na quase totalidade dos doentes com alergia a veneno de Vespa e/ou Polistes, mas em menor frequência em doentes com reação sistémica após picada por Vespa velutina.

CO30 – PERFIS DE SENSIBILIZAÇÃO MOLECULAR A ÁCAROS DO PÓ E ARMAZENAMENTO E EXPRESSÃO CLÍNICA NA ASMA E RINITE ALÉRGICAS– REVISÃO SISTEMÁTICA/META-ANÁLISE

Matos Semedo F^{1,2,3}, Silvério Serra S², Gama J³, Taborda Barata L^{3,4,5}, Inácio F⁶, Nwaru B⁷

¹ Hospital da Luz Setúbal, Setúbal, Portugal

² NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

³ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

⁴ Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, Covilhã, Portugal

⁵ RISE-Health, Porto, Portugal

⁶ Universidade Lusófona, Lisboa, Portugal

⁷ Krefting Research Centre and Wallenberg Centre for Molecular and Translational Medicine, Institute of Medicine, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

Introdução: Os ácaros do pó doméstico e de armazenamento constituem a principal fonte alérgica globalmente. No entanto, a relação entre os seus perfis de sensibilização molecular e as manifestações clínicas da doença respiratória alérgica não foi ainda sistematicamente sintetizada. Esta revisão sistemática e meta-análise teve como objetivo principal avaliar a relevância clínica dos componentes dos ácaros na prevalência e gravidade da asma e rinite alérgicas.

Métodos: Revisão sistemática de estudos observacionais (coorte, caso-controlo, transversais), sem restrições linguísticas ou temporais, pesquisados nas bases de dados EMBASE, Web of Science, Scopus e PubMed até 05/2024, de acordo com as orientações PRISMA. A qualidade metodológica foi avaliada utilizando os instrumentos do Joanna Briggs Institute. Realizaram-se meta-análises de efeitos aleatórios para taxas de sensibilização e concentrações de sIgE, comparando asma, rinite, dermatite atópica e controlos não atópicos.

Resultados: Foram incluídos 101 estudos (23781 indivíduos), dos quais 32 (7328 doentes) integraram as meta-análises. Der p1, Der

Tabela 1

Alérgénio	% positivos, dos testados	
	ImmunoCAP	Immunoblot
Api m 1	80 (58-100)	93 (75-100)
Api m 2	49 (44-56)	41 (36-88)
Api m 3	21 (6-50)	26 (23-29)
Api m 4	12 ¹	24 (0-44)
Api m 5	43 (32-67)	29 (27-30)
Api m 6		64 (21-71)
Api m 10	61 (48-100)	65 (61-69)

¹IgE para Api m 4 avaliada em dois estudos, ambos com 12% de sensibilização

p2 e Der p23 foram os alérgenos mais estudados. A asma apresentou taxas de sensibilização significativamente superiores à rinite: Der p1 (OR: 1,39; $p=0,0341$), Der p2 (OR: 1,46; $p=0,0012$) e Der p23 (OR: 1,54; $p<0,001$), bem como níveis mais elevados de sIgE. Tendências semelhantes foram observadas para Der f1, Der f2, Lep d2 e Blo t5. Verificaram-se variações regionais (maior heterogeneidade na Ásia). Comparações com controlos não atópicos confirmaram sensibilização significativamente mais elevada em asma e rinite. A síntese qualitativa identificou associação entre

polisensibilização, multimorbilidade e maior gravidade da doença.

Conclusões: A evidência demonstra maior prevalência de sensibilização e níveis superiores de sIgE para os alérgenos major Der p1, Der p2 e Der p23 em doentes com asma, comparativamente com rinite isolada. Estes resultados reforçam a relevância diagnóstica, terapêutica e potencialmente prognóstica da alergia molecular na doença respiratória alérgica, justificando investigação adicional para validar perfis moleculares como biomarcadores preditivos.

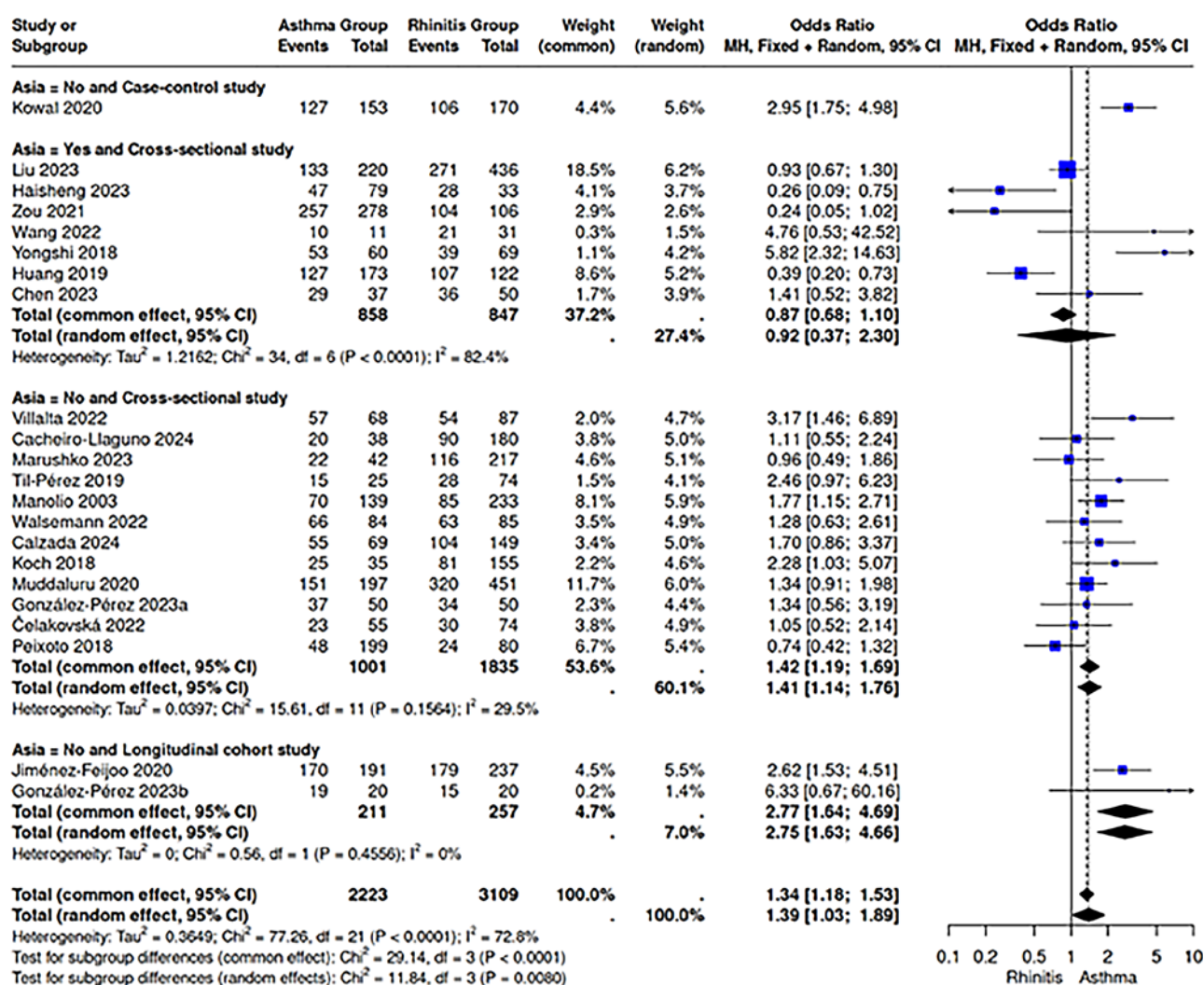


Figura 1

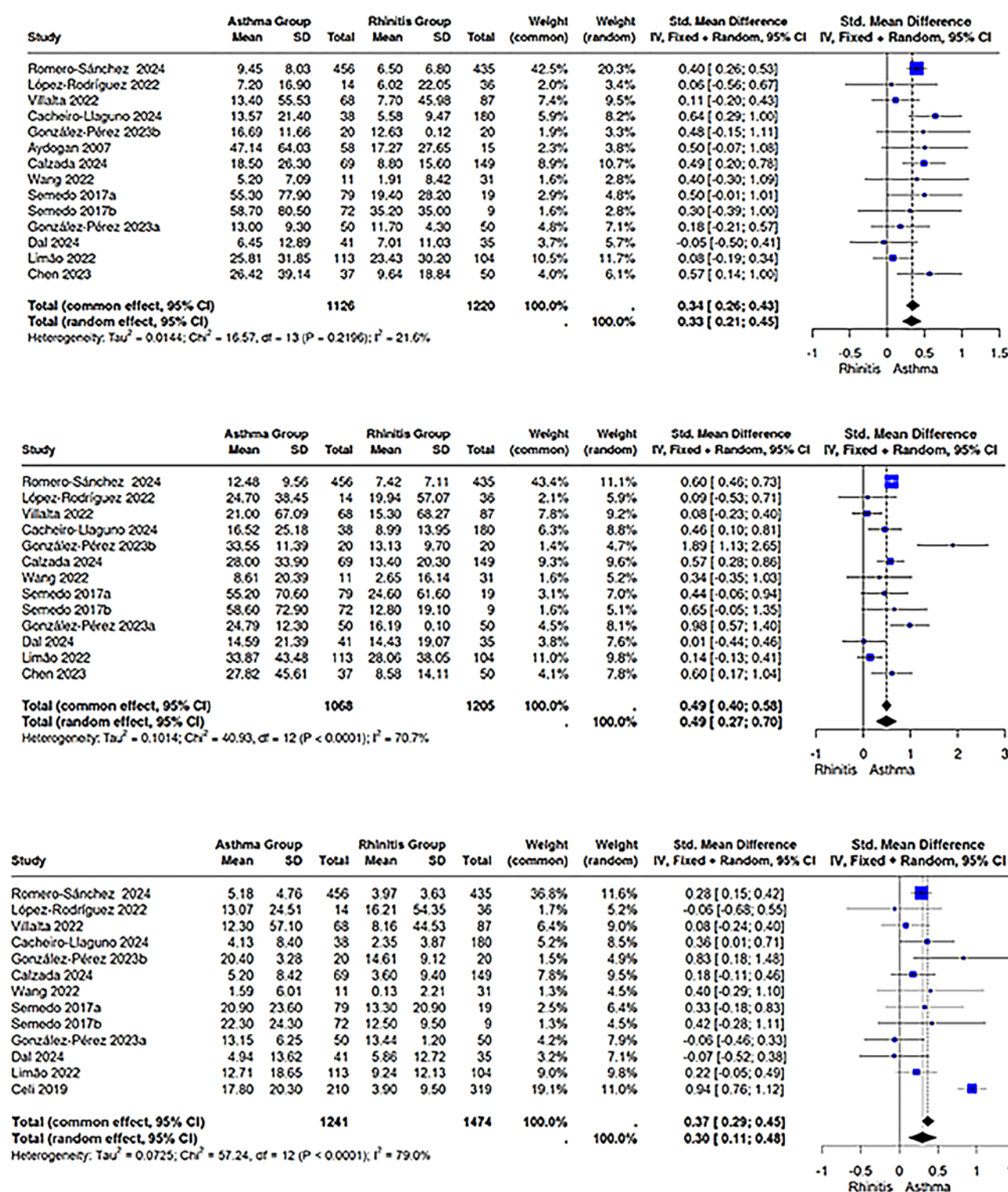


Figura 2

CO31 – INVOLUÇÃO DA SENSIBILIZAÇÃO IGE-MEDIADA A COMPONENTES MOLECULARES DOS ÁCAROS COM O ENVELHECIMENTO E IMPACTO CLÍNICO NA DOENÇA RESPIRATÓRIA ALÉRGICA

Inácio F¹, Taborda Barata L^{3,5,6}, Valenta R⁴, Matos Semedo F^{1,2,3}, Dorofeeva Y⁴

¹ Hospital da Luz Setúbal, Setúbal, Portugal

² NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

³ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

⁴ Center for Pathophysiology, Infectiology and Immunology, Institute of Pathophysiology and Allergy Research, Vienna, Austria

⁵ Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, Covilhã, Portugal

⁶ RISE-Health, Porto, Portugal, ⁷ Universidade Lusófona, Lisboa, Portugal

A evolução do perfil de sensibilização molecular a ácaros desde a infância até à idade adulta associa-se a diferentes manifestações clínicas, constituindo um importante biomarcador de gravidade da doença respiratória alérgica. Contudo, as suas trajetórias longitudinais nunca foram objetivamente avaliadas ao longo da vida adulta. Objetivos: Através da tecnologia molecular, procurou-se explorar a relação entre a evolução da sensibilização a ácaros e a

expressão clínica de rinite e asma em doentes adultos ao longo de um período de 20 anos.

Métodos: A sensibilização a alergénios moleculares dos ácaros foi determinada através do MeDALL allergen chip (Der p 2, 1, 23, 5, 7, 4, 21, 10, 11, 18, 14, 15 e clone 16; Der f1, Der f2, Lep d2 e Blo t5). A avaliação incluiu doentes adultos (n=21), adolescentes (n=11) e pediátricos (n=19) com rinite e/ou asma, em T1 (avaliação inicial) e T2 (20 anos depois).

Resultados: Após 20 anos, a coorte adulta apresentou redução significativa no número de respostas de sIgE para alergénios moleculares dos ácaros — T1: 7 [3–9] versus T2: 4 [2–6], mediana [IQR], p=0,0040, teste de Wilcoxon. Observou-se uma forte correlação negativa entre idade e variação do número de sensibilizações neste período (r=-0,5305; p<0,0001). A redução da resposta sIgE aos alergénios moleculares associou-se à melhoria da rinite (p=0,0010) e da asma (p=0,0020) apenas na coorte adulta, estando relacionada com a evolução da doença respiratória.

Conclusões: Esta análise ao longo da vida adulta demonstrou, pela primeira vez, que a perda de sensibilização molecular a ácaros ocorre com o envelhecimento, podendo associar-se à redução subsequente de sintomas e gravidade da asma e rinite. A involução da sensibilização associada ao aumento da idade, possivelmente no contexto da imunossenescência, evidencia a necessidade de uma abordagem clínica adequada a este grupo etário.

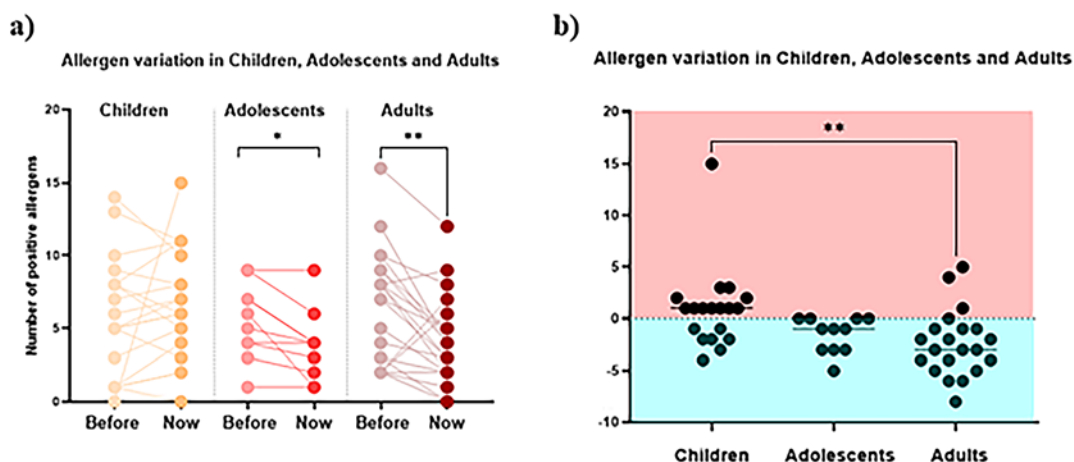


Figura 1

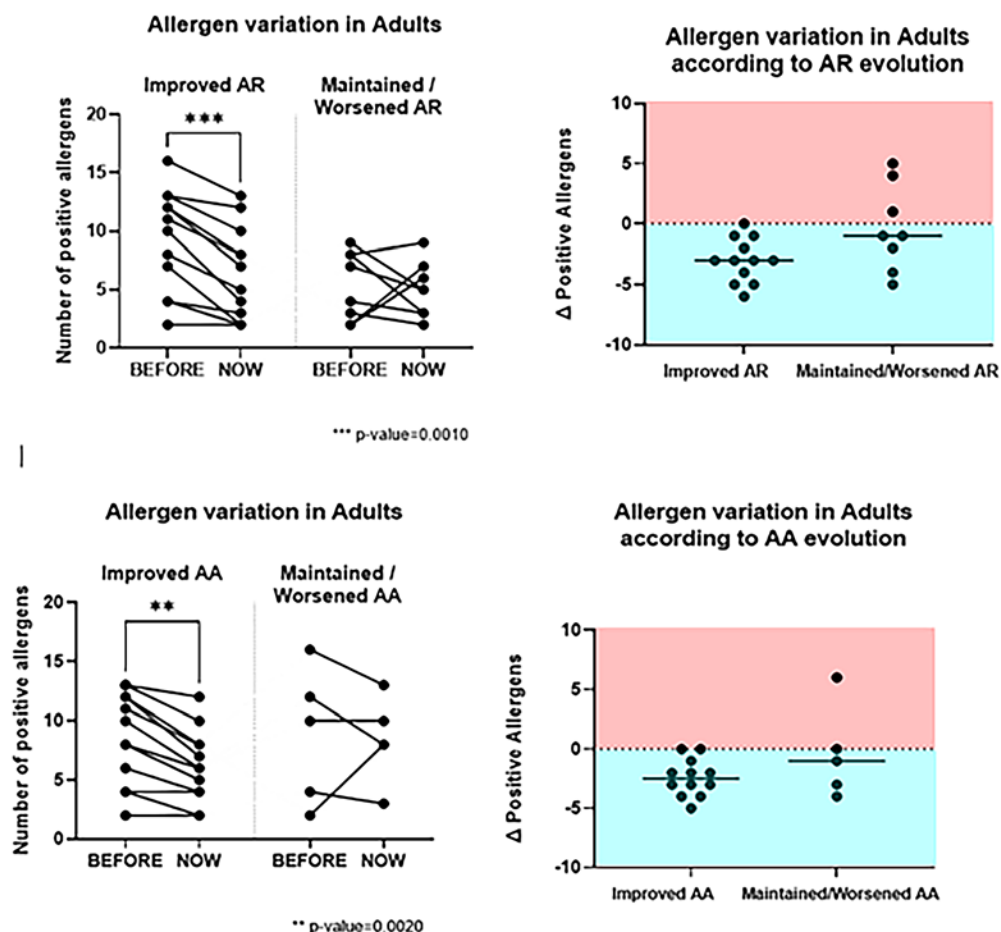


Figura 2

CO32 – RINITE ALÉRGICA LOCAL E DUPLA: O QUE OS FENÓTIPOS E OS SINTOMAS REVELAM

Monteiro Marques C¹, Martins G², Silva M², Bernardino A², Branco-Ferreira M^{2,3}, Cosme J^{2,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

² Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, ULS de Santa Maria, Lisboa, Portugal

³ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: A rinite alérgica local (RAL) e a rinite alérgica dupla (RAD) são fenótipos ainda pouco descritos. Na primeira, os testes cutâneos e IgE séricas para aeroalergénios são negativos, sendo o diagnóstico feito pela positividade na prova de provocação nasal (PPN). Na RAD coexiste RAL e rinite alérgica com sensibilização sistémica. Este estudo caracteriza as PPN realizadas em doentes com suspeita de RAL ou RAD.

Métodos: Estudo retrospectivo monocêntrico das PPN realizadas, durante 18 meses, por suspeita de RAL ou RAD. Aplicou-se previamente um questionário de sintomas. As PPN foram classificadas pela conjugação de sintomas subjetivos (TNSS e escala de Lebel) e objetivos (PNIF).

Resultados: Das 102 PPN realizadas por suspeita de RAL ou RAD, 5 confirmaram RAL e 7 RAD. A maioria dos positivos era do sexo feminino (RAD 85,7%, RAL 80%). Enquanto na RAD a idade média foi inferior nos positivos (29,0 vs 35,7 anos), na RAL foi semelhante (35,5 vs 35,6 anos). A IgE total média foi superior nos doentes com RAD confirmada em comparação com RAL (p=0,03) (Tabela 1).

O sintoma mais frequente na RAD confirmada foi prurido nasal/ocular (85,7%), enquanto na RAL foi rinorreia (80%). A obstrução nasal foi o sintoma mais descrito pelos negativos para RAD (78,2%). Nos casos excluídos, o sintoma menos observado foi estertores (RAD 13%, RAL 33,9%). A presença conjunta de estertores com prurido nasal/ocular (OR= 1,56), ou obstrução nasal (OR= 2,06) parece ter um efeito combinado positivo. Quanto aos alergénios,

Tabela 1: Caracterização dos doentes que realizaram PPN por suspeita de RAL e RAD.

	Sexo [n (%)]		Idade (média ±SD)	IgE total (média)
	Feminino	Masculino		
Suspeita RAL	50 (72,5)	19 (27,5)	35,6 ±12,7	73,5
RAL confirmada	4 (8,0)	1 (2,0)	35,5 ±4,9	61,9
RAL excluída	46 (71,9)	18 (28,1)	35,6 ±15,4	74,5
Suspeita RAD	23 (69,7)	10 (30,3)	34,5 ±14,9	231,0
RAD confirmada	6 (85,7)	1 (14,3)	29,0 ±6,9	224,5
RAD excluída	17 (65,4)	9 (34,6)	35,7 ±13,5	232,8

83,3% das RAD foram positivas para *D.pteronyssinus*(n=5), 16,7% para *P.pratense* e para gato(n=1 cada). Nas RAL, 80%, foram positivas para *D.pteronyssinus*(n=4) e 20% para *L.destructor*(n=1).

Conclusão: A prevalência de RAL e RAD foi baixa, mas clínica-

mente relevante, com predomínio de positividade para ácaros domésticos. A análise combinada de sintomas, como esternutos com prurido ou obstrução, poderá ser uma ferramenta útil na seleção de candidatos às PPN.

SESSÃO DE POSTERS I
ALERGIA A FÁRMACOS

09 de Outubro | 18:30-20:00 | Sala III

Moderadores: Marta Neto, José Laerte Boechat e Rodrigo Rodrigues Alves

PO01 – RENTABILIDADE DO DOSEAMENTO DE IGE ESPECÍFICAS A RELAXANTES NEUROMUSCULARES NOS DOENTES COM SUSPEITA DE REAÇÃO ALÉRGICA PERIOPERATÓRIA

Freitas T¹, Botelho Alves P¹, Farinha I¹, Pereira H¹, Todo Bom A^{1,2}, Faria E¹

¹ Serviço de Imunoalergologia da ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

² Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Objetivos: Caracterização do perfil clínico e alergológico dos doentes com suspeita de reações perioperatórias (RPO) e avaliação da rentabilidade diagnóstica das IgE específicas (slgE) a relaxantes neuromusculares (RNM).

Metodologia: Estudo retrospectivo dos doentes com RPO que realizaram doseamento de slgE para RNM entre janeiro de 2023 e junho de 2025. Dados colhidos por consulta dos registos clínicos

com caracterização demográfica, fármacos implicados, gravidade e estudo alergológico realizado (testes cutâneos (TC) a agentes anestésicos implicados na reação e/ou doseamento de slgE (cut-off ≥ 0.1 KU/L) a folcodina, rocurónio, suxametónio, latex e clorhexidina). Análise estatística elaborada através do programa Stata 16.

Resultados: Foram incluídos 34 doentes (82% do sexo feminino), com mediana de idades de 49 anos. Os sintomas mucocutâneos foram os mais reportados na reação (61,8%), com anafilaxia em 29% dos casos. Relativamente à gravidade, 40% foram de grau I, 33,3% de grau II, 23,3% de grau III e 3,3% de grau IV. Foram observados TC positivos a pelo menos 1 fármaco em 52,9% dos doentes, dos quais 66,7% foram positivos para RMN. A mediana do rácio entre o número de fármacos testados com doseamento de slgE e o número de suspeitos foi de 0,75. Dos 34 doentes, 3 apresentaram slgE positivas: 1 para látex, 1 para rocurónio e 1 para

folcodina e rocurónio, sendo que todos apresentaram TC positivos. O doseamento de slgE apresentou positividade em 8,8% dos casos. A mediana do intervalo de tempo entre a reação e o doseamento de slgE foi de 10,5 meses.

Conclusões: O doseamento de slgE a RNM em doentes com RPO revelou uma baixa rentabilidade diagnóstica. A positividade da slgE não se associou significativamente à ocorrência de anafilaxia nem à gravidade da reação. Estes dados sugerem utilidade limitada slgE, apontando para a maior rentabilidade dos testes cutâneos no estudo de RPO a RMN.

Tabela 1: Análise descritiva das slgE incluídas no estudo.

slgE a fármaco (n=34)	Mediana do intervalo de tempo reação – doseamento de slgE (IQR), em anos		10,5 (5 – 60)
	Intervalo de tempo entre a reação e o doseamento < 6 meses (n=10)	TC - e slgE -	n=5
		TC + e slgE -	n=3
		TC + e slgE +	n=2
	Folcodina	Total	n=29 (85,3%)
		Positivos (% relativa)	n=1 (3,4%)
	Atracúrio, rocurónio e suxametónio	Total	n=24 (70,6%)
		Positivos (% relativa)	n=2 (8,3%)
	Látex	Total	n=10 (29,4%)
		Positivos (% relativa)	n=1 (10%)
	Clorhexidina	Total	n=2 (5,9%)
		Positivos (% relativa)	0%

PO02 – HIPERSENSIBILIDADE A PIPERACILINA-TAZOBACTAM: ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS ÚLTIMOS 12 ANOS

Mendes A¹, Coelho A¹, Teixeira R¹, Cadinha S¹, Barreira P¹, Sousa M¹, Barradas Lopes J¹, Cunha I¹, Cruz L¹, Ferreira J¹, Malheiro D¹
¹ ULSGE, Vila Nova de Gaia, Portugal

Objetivo do estudo: Caracterizar os pacientes referenciados à nossa unidade de alergia a fármacos com suspeita de reação de hipersensibilidade (RHS) a Piperacilina Tazobactam (PIP/TAZ).

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes referenciados entre 2013 e 2024 com suspeita de RHS a PIP/TAZ. Analisadas características demográficas, clínicas e os resultados de testes: cutâneo por picada (TCP), intradérmico (ID) com leitura aos 20 minutos e às 48 horas, epicutâneo (TE), teste de transformação de linfócitos (TTL) e prova de provocação (PP) endovenosa com PIP/TAZ.

Resultados: Foram incluídos 34 doentes (50 % do sexo feminino; idade média de 61 ± 17,7 anos). Em 2024, registaram-se 12 referências, comparativamente com uma média de 2±1,5 por ano nos 11 anos anteriores.

RHS imediatas

Dos 5 pacientes referenciados, 4 completaram o estudo. RHS foi excluída em todos através de TCP, ID e PP negativos.

RHS não-imediatas

Dos 29 pacientes referenciados, 24 completaram o estudo.

RHS não-imediata foi confirmada em 9 pacientes: 4 com ID positivos às 48 horas e TTL positivo e 5 com TTL positivo.

RHS foi considerada provável em 3 pacientes com TTL e testes cutâneos negativos e que não realizaram PP por reações suspeitas terem sido cutâneas graves.

Onze pacientes apresentaram testes cutâneos e PP negativos, pelo que RHS foi considerada pouco provável, dada a impossibilidade de fazer toma continuada endovenosa, por questões logísticas do serviço.

A reação foi excluída em 1 doente com testes cutâneos e PP negativos e toma posterior de PIP/TAZ endovenoso em contexto de internamento, sem reação.

Dos casos confirmados, 4 (44%) apresentavam co-sensibilização a Vancomicina, dos quais 2 (22%) também apresentavam co-sensibilização a Ceftriaxone.

Conclusão: O aumento das referências de suspeita de RHS a PIP/TAZ reflete o seu padrão de prescrição atual. É imperativa uma avaliação diagnóstica rigorosa para evitar evicções desnecessárias que comprometam a terapêutica de infeções.

PO03 – PROVAS DE PROVOCAÇÃO COM MEIOS DE CONTRASTE IODADOS: UTILIDADE E SEGURANÇA NA PRÁTICA CLÍNICA — EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Soares A¹, Mota D¹, Rosmaninho I¹, Miranda J¹, Dias de Castro E¹, Carneiro Leão L¹

¹ Unidade Local Saúde São João, Porto, Portugal

A realização de provas de provocação (PP) com meios de contraste iodados (MCI) permanece controversa. Este estudo tem como objetivo avaliar a utilidade e segurança das PP na suspeita de hipersensibilidade (HS) a MCI.

Realizou-se uma análise retrospectiva de doentes com suspeita de HS a MCI que realizaram PP entre 2023 e 2024. Nos casos em que os testes cutâneos (TC) foram negativos e a reação índice (RI) foi ligeira a moderada, realizou-se uma PP diagnóstica. Nos casos de TC positivos ou de MCI desconhecido, realizou-se uma PP com um MCI alternativo.

Foram incluídos 75 doentes (57,3% do sexo feminino), com idade média de 57,6 ± 12,8 anos. Destes, 57 (76%) descreveram reação imediata, 19 (33,3%) com anafilaxia. Adicionalmente, 18 (24%) referiram reação tardia, a maioria com sintomas cutâneos ligeiros. O estudo confirmou HS a MCI em 32 indivíduos: 19 (18,7%) com TC positivos; destes, 8 com testes positivos para o MCI implicado na RI, enquanto 9 testaram positivo para, pelo menos, outro MCI não envolvido na RI. No total, foram realizadas 82 PP: 29 (35,4%) com o suspeito e 53 (64,6%) com alternativo. Verificou-se que 22 (26,8%) PP foram positivas em doentes com TC negativos para o MCI em causa, sendo 8 com PP diagnóstica e 14 com PP com alternativo (Tabela 1). Adicionalmente, em 15 doentes com HS confirmada a MCI, as PP realizadas com MCI alternativo foram negativas. Não se identificaram casos de lesão renal aguda ou outros efeitos adversos.

A realização de PP com MCI é um passo fundamental para o diagnóstico rigoroso de HS a MCI, porque, como demonstrado neste estudo, quase 30% das provas foram positivas apesar de TC prévios negativos. As PP com MCI revelaram-se seguras e essenciais, permitindo confirmar ou excluir HS e identificar alternativas seguras, otimizando a abordagem clínica destes doentes.

Tabela 1. Estudo diagnóstico dos doentes com provas de provocação com MCI positivas.

N.	Género/idade	MCI suspeito	Reação índice	Teste prick	Teste intradérmico	PP diagnóstica	PP alternativa
1.	M/45	Iopromide	Anafilaxia	Negativo	Negativo	Positiva	Negativa Iomeprol
2.	F/46	Iopromide	Urticária/angioedema (I)	Negativo	Negativo	Positiva	Negativa Iohexol
3.	M/62	Iomeprol e Iopromide	SDRIFE (NI)	NR	Positivo Iomeprol, Iopromide e Ioversol (LT)	NR	Positiva Iohexol
4.	F/47	Iopromide	Urticária (I)	Negativo	Positivo Iopromide (LI)	NR	Positiva Iohexol
5.	F/67	Ioversol e Iohexol	Urticária (I)	Negativo	Negativo	Positiva (sob premedicação)	Positiva Ioversol
6.	M/60	Ioversol	Urticária (I)	Negativo	Negativo	Positiva	Positiva Iomeprol e Iopromide
7.	F/70	Desconhecido	Eritema (NI)	NR	Positivo Iopromide (LT)	NR	Positiva Ioversol
8.	M/67	Iomeprol	Urticária (I)	Negativo	Negativo	Positiva	NR ainda
9.	M/57	Desconhecido	Angioedema (I)	Negativo	Negativo	NR	Positiva Iomeprol
10.	F/67	Desconhecido	Respiratório (I)	Negativo	Negativo	NR	Positiva Iopromide
11.	F/41	Desconhecido	Urticária (I)	Negativo	Negativo	Positiva	NR ainda
12.	F/41	Desconhecido	DRESS (NI)	NR	Positivo Ioversol e Iohexol (LT)	NR	Positiva Iomeprol Negativa Iopromide
13.	F/42	Iohexol	Urticária (I)	Positivo Iopromide (LI)	Positivo Iopromide (LI)	NR	Positiva Iomeprol
14.	M/60	Desconhecido	Urticária (I)	Negativo	Negativo	Positiva Iopromide	NR ainda
15.	M/41	Iomeprol	Anafilaxia (I)	Positivo Iomeprol (LI)	Positivo Iomeprol (LI)	NR	Positiva Ioversol
16.	F/67	Iomeprol	Eritema (NI)	NR	Positivo Iopromide e Ioversol (LT)	NR	Positiva Iohexol
17.	F/63	Iomeprol	DRESS (NI)	NR	Positivo Iohexol e Ioversol (LT)	NR	Positiva Iopromide
18.	F/59	Iomeprol	Eritema (NI)	NR	Positivo Iomeprol, Ioversol e Iopromide (LT)	NR	Positiva Iohexol
19.	F/51	Desconhecido	Angioedema (NI)	NR	Negativo	Positiva Ioversol	Negativa Iopromide

M – masculino; F – feminino; I – imediata; NI – não imediata; LI – leitura imediata; LT – leitura tardia; PP – prova de provocação; NR – não realizado

PO04 – DO RISCO À SEGURANÇA: CONTRIBUTO DA CONSULTA DE ALERGIA MEDICAMENTOSA APÓS REAÇÕES PERIOPERATÓRIAS

Martins G¹, Tavares V¹, Abdurrachid N¹, Gomes M¹, Vassalo F¹, Paulino M¹, Limão R¹, Spínola Santos A^{1,2}, Branco-Ferreira M^{1,2}, Lopes A^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

Introdução: As reações de hipersensibilidade em contexto perioperatório são raras, mas potencialmente fatais. A investigação clínica estruturada é essencial para identificar o fármaco suspeito e orientar com segurança futuras intervenções cirúrgicas.

Objetivos: Caracterizar os doentes referenciados por suspeita de reação alérgica perioperatória, avaliados em consulta de alergia medicamentosa entre 2020 e 2024.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional, que incluiu os doentes com suspeita de reação alérgica perioperatória avaliados em consulta de alergia medicamentosa entre 2020 e 2024. Foram analisados: dados demográficos, clínica e gravidade da reação, resultados de testes cutâneos, IgE específicas e provas de provocação

realizadas. Avaliou-se também a ocorrência de novas reações em cirurgias subsequentes.

Resultados: Foram avaliados 84 doentes, com mediana de idade de 56,5 anos, 63% do sexo feminino. As reações ocorreram sobretudo em cirurgias abdominais (39%), torácicas (27%) e dos membros (19%). Segundo a classificação de Mertes, 34 casos (40,5%) foram grau I, 16 (19,1%) grau II, 27 (32,1%) grau III e 7 (8,3%) grau IV.

O fármaco suspeito foi identificado em 68% dos casos, sendo os mais frequentes: cefazolina (24%), metamizol (15%) e, com igual frequência, azul patente e relaxantes musculares (8% cada). A positividade das IgE específicas foi observada em 9% dos testes para beta-lactâmicos e 6% para látex. Dos 33 doentes reoperados, 32 realizaram nova cirurgia sem ocorrência de reação, o que corresponde a 97,2% de cirurgias subsequentes sem intercorrências.

Conclusões: Esta coorte reforça a importância da referência à consulta especializada de alergia medicamentosa após reações perioperatórias. A abordagem multidisciplinar permitiu identificar o agente implicado em dois terços dos casos e possibilitou a realização segura de novas cirurgias.

A taxa muito baixa de reações em doentes reoperados evidencia o papel central desta consulta na segurança perioperatória e sustenta a segurança e a utilidade desta abordagem especializada.

PO05 – RECLASSIFICAÇÃO DE ANAFILAXIA A BETA-LACTÂMICOS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO COM SÉRIE DE 13 CASOS DESROTULADOS DE ALERGIA A BETA-LACTÂMICOS

Abdurrahid N¹, Martins G¹, Vassalo A¹, Gonçalves L¹, Tavares V¹, Paulino M¹, Spínola Santos A^{1,2}, Silva S^{1,2}, Branco Ferreira M^{1,2}, Lopes A^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

Introdução: A alergia a beta-lactâmicos (BL) é a hipersensibilidade medicamentosa mais reportada. Dados clínicos incompletos causam classificações incorretas, sendo o rótulo de “anafilaxia” particularmente impactante, resultando na evicção injustificada de antibióticos.

Objetivo: Avaliar a concordância entre a referência por “anafilaxia a BL” e os critérios diagnósticos EAACI/WAO; explorar o impacto de uma eventual classificação incorreta.

Métodos: Em análise retrospectiva de 195 adultos desrotulados de alergia a BL entre 2015–2025 (mediana de idades 50 anos; 73,8% mulheres), treze (6,7%) foram referenciados por “anafilaxia”. Endpoint primário: calcular a proporção que cumpria os critérios diagnósticos EAACI/WAO (coeficiente kappa de Cohen), revisão e reclassificação dos casos com base nestes critérios. Endpoints secundários: sintomas interpretados como anafilaxia; tempo desde a reação e sua relação com classificação incorreta.

Resultados: A mediana de idades à desrotulagem foi de 47 anos (intervalo: 19–76), maior prevalência de mulheres (n=10; 76,9%), mais frequentemente com penicilina (n=7, 53,8%). Duas reações na infância; nos restantes, a mediana de tempo entre reação e referência foi 11 anos (IQR: 4,5–14,5), não sendo fator relevante para a reclassificação (4,5 anos no grupo não-anafilaxia vs 12 anos). A maioria das reações ocorreu no ambulatório (n=9; 69,2%). Sete (53,8%) apresentavam PEN-FAST moderado. Oito (53,8%) cumpriam critérios EAACI/WAO para anafilaxia. Dos 5/13 (46,2%) reclassificados como não-anafilaxia, 3 apresentaram apenas sintomas mucocutâneos. Apenas 4/13 tinham registada administração de adrenalina. Após desrotular de alergia a BL, 11 (84,6%) foram medicados com BL, e 3/8 efetuaram o BL da reação. Dois têm outra alergia medicamentosa. A concordância entre o diagnóstico inicial de anafilaxia e a classificação dos critérios EAACI/WAO foi estatisticamente significativa ($\kappa = 0,75$).

Conclusões: Apesar desta concordância, observa-se um sobre-diagnóstico relevante. É necessário integrar ferramentas de triagem baseadas em guidelines e iniciativas educativas aos médicos assistentes e de urgência, para melhorar o diagnóstico e otimizar a prescrição de antibióticos.

PO06 – ALERGIAS A FÁRMACOS EM MEDICINA INTERNA – AVALIAÇÃO DO REGISTO DA ALERGIA E REFERENCIAÇÃO PARA IMUNOALERGOLOGIA

Geraldes R¹, Guedes C¹, Velho R², Silva D², Cunha F¹, Todo-Bom A^{1,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

² Serviço de Medicina Interna ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

³ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Objetivos: Determinar a proporção de alergias a fármacos (AF) em doentes internados na Medicina Interna (MI) devidamente registadas no campo próprio do Sclínico, o catálogo português de alergias e outras reações adversas (CPARA). Secundariamente, pretende-se avaliar a existência de referência a Imunoalergologia, quer anterior, quer durante o internamento.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo e transversal, incluindo todos os doentes internados na MI num hospital terciário entre janeiro de 2021 e dezembro de 2023 com AF documentada na nota de alta. Recolheram-se dados demográficos, fármacos implicados, existência e características do registo no CPARA (autor, origem, tipo de reação), seguimento e referência a Imunoalergologia. A análise estatística foi realizada com recurso ao software SPSS® v30.0, utilizando testes qui-quadrado e nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 392 doentes, 70,4% do sexo feminino e idade mediana 82 anos (AIQ=14). Apenas 29,6% tinham registo adequado no CPARA – destes, 73,9% realizados por médicos e os restantes por enfermeiros. A alergia mais frequente foi a aminopenicilinas (75,3%) e as sulfonamidas associaram-se a maior proporção de registo no CPARA ($p=0,048$). Apenas 8,2% dos doentes foram referenciados à especialidade durante o internamento, tendo sido mais frequente nos doentes abaixo dos 82 anos ($p < 0,001$), com alergia a cefalosporinas ($p=0,026$) ou contraste iodado ($p=0,021$). O seguimento prévio em Imunoalergologia associou-se significativamente ao registo da alergia no CPARA ($p=0,011$).

Conclusões: A taxa de registo de AF no CPARA foi baixa, constituindo um risco evidente para a segurança do doente. O seguimento em Imunoalergologia associou-se a uma maior frequência de registo da alergia no CPARA, reforçando a importância desta referência, que permitirá também confirmar ou excluir o diagnóstico de alergia. Ainda assim, a taxa de referência permanece escassa. Urge a sensibilização da classe médica para o impacto da referência à especialidade e registo adequado das alergias no sistema clínico.

PO07 – SÍNDROME DE ENTEROCOLITE INDUZIDA POR FÁRMACOS (DIES) ASSOCIADA À AMOXICILINA E À AMOXICILINA-ÁCIDO CLAVULÂNICO: UMA PREOCUPAÇÃO CRESCENTE NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Macedo C¹, Soares A², Castro E², Miranda J², Leão L²

¹ Allergy and Clinical Immunology Department, Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Guimarães, Portugal

² Allergy and Clinical Immunology Department, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal

A Drug-Induced Enterocolitis Syndrome (DIES), descrita pela primeira vez em 2014, é uma reação de hipersensibilidade não IgE-mediada, caracterizada por sintomas gastrointestinais severos e de início tardio após a ingestão do fármaco implicado. Embora a sua fisiopatologia permaneça pouco compreendida, o diagnóstico baseia-se atualmente em critérios clínicos. É considerada uma condição rara, com apenas 28 casos descritos na literatura mundial - 14 em idade pediátrica e 14 em adultos - associados à amoxicilina (AX), amoxicilina com ácido clavulânico (AX/CL), pantoprazol e paracetamol.

Apresentamos cinco casos de DIES diagnosticados entre 2020 e 2024. Todos os doentes eram do sexo feminino, com idades

entre os 36 e os 74 anos, sem antecedentes clínicos relevantes. Estas doentes foram estudadas por episódios reprodutíveis de manifestações gastrointestinais após a ingestão de AX (2 casos) e AX/CL (3 casos). Foram medidos os níveis de IgE específica para penicilina G, penicilina V e amoxicilina em 80% dos casos, sendo < 0,10 kU/L em todos eles. Foram realizados testes cutâneos por picada e intradérmicos (IDT), com leituras imediatas e tardias, em três doentes; uma delas apresentou IDT imediatamente positivo para PPL e MDM. As cinco doentes realizaram prova de provocação oral, apresentando resultados positivos com manifestações gastrointestinais entre 1 a 4 horas após a última dose do fármaco. Os detalhes relativos às reações e ao estudo realizado em cada doente encontram-se descritos na Tabela 1.

Neste estudo apresentamos a maior coorte de casos de DIES proveniente de um único hospital. Os nossos resultados reforçam não só a importância de uma maior sensibilização clínica, como também evidenciam a provável subnotificação desta entidade, muitas vezes confundida com efeitos adversos gastrointestinais expectáveis de fármacos como os β-lactâmicos. Salientamos a necessidade urgente de uma melhor compreensão da fisiopatologia, diagnóstico e abordagem terapêutica da DIES.

Table 1 Demographic data, clinical manifestations, and study conducted in 5 cases with Drug-Induced Enterocolitis Syndrome (DIES).

Patient	Sex	Age	Culprit drug	Index reaction T ₀ *	Manifestations	IgE study			Skin tests		DPT T ₀	Therapy	Diagnostic criteria**
						AMX	PEN G	PEN V	Prick	ID			
1	F	57	AMX/CLV	5 min	Nausea, vomiting and diarrhea	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)	1h30	Intravenous ondansetron and saline infusion.	Major + 4 minor
2	F	41	AMX	30 min	Nausea and vomiting	o	o	o	o	o	4h	Antiemetic therapy (at home)	Major + 1 minor
3	F	53	AMX/CLV	<1h	Vomiting	(-)	(-)	(-)	o	o	1h	Intravenous ondansetron and saline infusion.	Major + 2 minor
4	F	36	AMX	3h	Nausea and vomiting	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	2h30	Intravenous ondansetron, saline infusion.	Major + 4 minor
5	F	74	AMX/CLV	30 min	Vomiting, nausea and hypotension	o	(-)	(-)	(-)	(-)	2h	Intravenous ondansetron, saline infusion, clemastine, methylprednisolone and intramuscular epinephrine.	Major + 5 minor

Abbreviations: AMX, amoxicillin; AMX/CLV: amoxicillin-clavulanic acid; T₀, time of onset of symptoms; DPT, drug provocation test; o, not performed.

Skin tests were performed with: PPL, MDM, penicillin G, amoxicillin-clavulanic and ceftriaxone in maximum non-irritating concentrations.

* Reported by patients.

** Proposed by Van Thuy et al.

**PO08 – HIPERSENSIBILIDADE A MACRÓLIDOS:
AVALIAÇÃO DO VALOR DOS TESTES CUTÂNEOS
E DE PROVOCAÇÃO NUMA SÉRIE DE CASOS
PORTUGUESA**

Mendes Piedade N¹, Pinhal A¹, Rosmaninho I¹, Carneiro-Leão L¹,
Dias de Castro E¹

¹ H. S. JOÃO, Porto, Portugal

As reações de hipersensibilidade (RHS) a macrólidos são raras, mas clinicamente relevantes. Este estudo tem como objetivo caracterizar as suspeitas de RHS a macrólidos relativamente às manifestações clínicas, taxa de confirmação, reatividade cruzada e utilidade dos testes cutâneos.

Realizamos uma análise retrospectiva dos registos clínicos de doentes avaliados por suspeita de RHS a macrólidos no nosso centro, entre 2008 e 2024. Foram realizados testes cutâneos por picada(TCP), intradérmicos(TID) e prova de provocação(PP), de acordo com protocolos padronizados; testes epicutâneos e testes in vitro, em casos de reações tardias graves.

Foram incluídos 98 doentes: 40 com suspeita de RHS à claritromicina(CLA), 52 à azitromicina(AZI) e 6 à eritromicina(ERI), com

mediana de idades de 43 anos (4–85). Em 37,6% dos casos, o macrólido era o único fármaco suspeito (CLA em 15; AZI em 22). Trinta e quatro reações foram imediatas (34,7%) e 34 não imediatas (34,7%). Oitenta e oito doentes apresentaram sintomas cutâneos ou respiratórios isolados. Cinco doentes apresentaram RHS grave. Nos dois casos de anafilaxia que identificamos, confirmou-se HS a macrólidos.

Realizaram-se 73 TID (62 com leitura tardia) e 93 PP. Observaram-se TID irritativos para CLA na leitura imediata.

Globalmente, 4,1% das suspeitas de HS a macrólidos foram confirmadas: 1 TID positivo a AZI e 3 PP positiva (AZI=1; CLA=2). A PP excluiu a suspeita em 90 casos e identificou uma alternativa segura em 3. Foi ainda confirmada HS a outros fármacos em 19 doentes.

Este estudo evidencia a sensibilidade limitada dos TC na avaliação da HS a macrólidos, mantendo-se a PP como o gold standard. Confirmou-se a segurança da PP direta em doentes de baixo risco. Em concordância com a literatura, identificamos macrólidos alternativos seguros nos nossos casos. Estudos futuros deverão aprofundar estes aspetos e otimizar os protocolos de TC de modo a distinguir resultados irritativos e verdadeiras RHS.

Tabela 1

Reação índice	Fármaco suspeito	TCP	TID *	PP ** (diagnóstico)	PP***
<u>Anafilaxia</u>	Azitromicina Amoxicilina/clavulanato	Negativo: Azitromicina Amoxicilina/clavulanato	Positivo: Azitromicina Negativo: Amoxicilina/clavulanato	Negativo: Amoxicilina/clavulanato	NR
<u>Anafilaxia</u>	Azitromicina Amoxicilina/clavulanato	Negativo: Azitromicina Amoxicilina/clavulanato	Negativo: Azitromicina Amoxicilina/clavulanato	Positivo: Azitromicina (anafilaxia) Negativo: Amoxicilina/clavulanato	Negativo: Claritromicina
<u>EMP</u>	Claritromicina	NR	NR	Positivo: Claritromicina (EMP);	Negativo: Azitromicina
<u>EMP</u>	Claritromicina	Negativo: Claritromicina	Negativo (LT): Claritromicina	Positivo: Claritromicina (EMP)	Negativo: Azitromicina

Legenda: caracterização dos doentes com HS a macrólidos confirmada

PP – Prova de provocação; LT – leitura tardia; TID – teste intradérmico; EMP exantema maculopapular; NR – não realizado; TCP – teste cutâneo por picada

* incluindo fármaco suspeito e alternativo

** com o fármaco suspeito

*** com o fármaco alternativo

PO09 – PAPEL DAS IGE ESPECÍFICAS NO DIAGNÓSTICO DA HIPERSENSIBILIDADE ÀS PENICILINAS

Tavares V¹, Carvalho B³, Vassalo A¹, Paramés F³, Figueiredo P¹, Martins G¹, Abdurrahid N¹, Limão R¹, Paulo M¹, Duarte F¹, Spínola Santos A^{1,2}, Branco-Ferreira M^{1,2}, Lopes A^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

³ Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Introdução: O doseamento de IgE específicas (slgE) das penicilinas é um método diagnóstico de baixo risco para os doentes, amplamente utilizado na prática clínica. O presente estudo teve como objetivo avaliar o papel das slgE no diagnóstico da hipersensibilidade a penicilinas e identificar fatores que possam influenciar o seu resultado.

Metodologia: Estudo retrospectivo (janeiro/2019-dezembro/2023) incluindo doentes avaliados por suspeita de hipersensibilidade a beta-lactâmicos aos quais foram doseados níveis de slgE para penicilinas. Realizou-se análise descritiva dos dados demográficos, clínicos e laboratoriais recolhidos.

Resultados: Dos 1737 doentes com doseamento de slgE, 58 (3,5%), dos quais 70,7% mulheres, média de idades de 47 anos [9-79], apresentaram resultado positivo ($\geq 0,35$ kUA/L) para pelo menos um dos fármacos. Destes, 48,3% tinham slgE positiva para >1 fármaco. As reações foram imediatas (<6 horas) em 55,1%, tardias em 26,9% e com timing não identificado em 19% dos casos. Quanto à gravidade, 32,8% dos doentes apresentaram reações sistémicas moderadas a graves (classificação WAO ≥ 3). O fármaco suspeito mais frequente foi amoxicilina-ácido clavulânico (41,4%), seguido de amoxicilina (19%) e penicilina (10,3%). A concordância entre o fármaco suspeito e a respetiva slgE positiva foi de 80% para amoxicilina e 83,3% para penicilina. Observou-se declínio progressivo dos níveis das slgE com o aumento do tempo decorrido entre a reação e o doseamento (Tabela 1) e aumento dos níveis de slgE nos doentes com reações mais graves (WAO ≥ 3). Não se verificou diferença quanto ao valor das slgE entre os doentes com reação imediata e tardia.

Conclusões: A avaliação das slgE é útil na identificação da hipersensibilidade às penicilinas, sobretudo quando há história sugestiva de reações imediatas e/ou de maior gravidade. A diminuição dos níveis de slgE observada em função do tempo decorrido após a reação, reforça a importância da sua avaliação precoce.

Tabela 1. Distribuição dos níveis de IgE específica para penicilinas de acordo com o tempo decorrido entre a reação e a colheita

Tempo decorrido	IgE específica (kUA/L)							
	Penicilloyl G		Penicilloyl V		Ampicilloyl		Amoxicilloyl	
	$\bar{x}$ [Q1;Q3]	n	$\bar{x}$ [Q1;Q3]	n	$\bar{x}$ [Q1;Q3]	n	$\bar{x}$ [Q1;Q3]	n
<6M	1,41 [0,93; 2,25]	8	1,56 [0,73; 2,67]	10	1,94 [1,22; 3,55]	9	1,01 [0,43; 1,88]	16
6M-1A	2,89 [1,02; 4,76]	2	1,03 [0,64; 5,96]	6	1,13 [0,64; 1,16]	5	0,9 [0,54; 5,97]	5
1-3A	0,66 [0,47; 2,10]	4	1,51 [0,58; 2,90]	4	0,39 [0,37; 2,58]	3	0,67 [0,55; 1,88]	4
>3A	0,69 [0,52; 0,77]	3	0,51 [0,43; 0,87]	10	0,39 [0,38; 1,08]	6	0,48 [0,36; 0,77]	7

$\bar{x}$: mediana; Q1: 1º quartil; Q3: 3º quartil; n: número de IgE específicas com resultado positivo; M: meses; A: anos

**PO10 - UM PASSO SEGURO EM ANAFILAXIA
PERIOPERATÓRIA: TESTE DE ATIVAÇÃO DE
BASÓFILOS – SÉRIE DE CASOS**

Silva D¹, Dias S¹, Crista M¹, Carvalho C¹, Vasconcelos J¹, Neves E¹

¹ Centro Hospitalar Universitário de Santo António, ULSSA, Porto, Portugal

Objetivos: O diagnóstico etiológico da anafilaxia perioperatória é desafiador e o teste de ativação de basófilos (BAT) é sugerido como ferramenta complementar. O objetivo deste trabalho é perceber a importância que o que o BAT assumiu numa casuística, através da proporção global de (grupos de) fármacos suspeitos e culpados in vitro.

Metodologia: Ao longo de 3 meses de estágio em Laboratório de Imunologia foram contabilizados os BAT por alergia a fármacos. Para este trabalho incluíram-se, para análise estatística descritiva, os casos de anafilaxia perioperatória. O procedimento laboratorial e os critérios de positividade seguiram as linhas de orientação da EAACI.

Resultados: Os BAT solicitados em anafilaxia perioperatória representaram 38,10% (24/63) e corresponderam a 25,17% (9/35) dos eventos. O estudo foi realizado no primeiro ano de recuperação em 55,56% (N=5) das vezes. A distribuição foi a seguinte: anestésicos gerais, Propofol e Quetamina (n=5 suspeitos, Propofol confirmado uma vez); Rocurónio (n=5 suspeito, nenhum positivo); anestésicos locais (n=4 suspeitos, lidocaína confirmada uma vez); antibióticos (n=4 suspeitos, Cefazolina confirmada duas vezes); Fentanil (n=2 suspeito, confirmado uma vez); e Sugamadex (n=1 suspeito e confirmado). Outros fármacos implicados e analisados: Ondansetron, Pantoprazol e Dexametasona (sempre negativos). O medicamento implicado foi identificado in vitro em 66,67% (6/9) dos episódios.

Conclusões: Em relação à Cefazolina os resultados obtidos estiveram alinhados com a literatura. Por outro lado, o Rocurónio frequentemente identificado como culpado em anafilaxia perioperatória na Europa, foi negativo em todos os episódios em que era suspeito. Entre outros fatores, a diferença exposta pode evidenciar reações mal interpretadas como hipersensibilidade ou longo período até início do estudo. Por outro lado, a acuidade diagnóstica poderia ser aumentada, com a combinação de marcadores de ativação, como o CD203c, ao CD63 utilizado. O BAT acelera o estudo, potenciando estudos de exclusão in vivo mais seguros para os restantes implicados em cada episódio.

**SESSÃO DE POSTERS II
ASMA E OUTROS**

12 de Outubro | 09:30-11:00 | Sala I

Moderadores: Anabela Lopes, Magna Alves e Susana Cadinha

**PO11 – CLINICAL CHARACTERIZATION OF SEVERE
ASTHMA PATIENTS OVER THE LAST YEAR:
EXACERBATIONS, DISEASE CONTROL, AND
USAGE OF ORAL CORTICOSTEROIDS**

Fonseca J^{1,2}, Chaves Loureiro C^{3,2}, Mendes A^{4,2}, Santos H¹, Pardal M⁵, Rocha P⁵, Marques A⁵, Marques M⁵, Martinho H⁵, Bernardo F⁵, Silva A A¹, Santos J¹, REAG G⁶

¹ Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto, Portugal

² Network of Severe Asthma Specialists coordination – REAG Rede de Especialistas de Asma Grave, Portugal

³ Pulmonology Unit, Hospital da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁴ Immunology and Allergy Department, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, Lisboa, Portugal

⁵ Astrazeneca, Lisboa, Portugal

⁶ REAG GROUP

Understanding the clinical profile and burden of severe asthma is essential to improving care. This study describes clinical features, exacerbation rates, disease control, and OCS use in severe asthma patients the Portuguese Severe Asthma Registry (RAG).

A retrospective analysis was conducted on adult patients registered in RAG with at least 12 months of follow-up. Collected variables included sociodemographic characteristics, functional, and inflammatory biomarkers, along with disease control and healthcare resource utilisation.

Of 214 patients, 66% were female, with a median age of 59 years [IQR 46–70] and BMI 28 kg/m² [IQR 24–31]. Biologics were used by 46%. Median ages were 20 years [IQR 10–37] at symptom onset, 25 years [IQR 12–42] at asthma diagnosis, and 55 years [IQR 40–64] at severe asthma diagnosis.

Lung function was moderately reduced, Median FEV₁ was 75% predicted [IQR 63–89]; 22% had a positive bronchodilator response. Long term oral corticosteroids use was reported in 11 % of the population.

In the past 12 months, 45% had ≥1 exacerbation and 45% required OCS, with 10% needing three or more courses. By CARAT, 52% were uncontrolled. Healthcare use included 16% with unscheduled consultations, 23% with emergency visits, and 7% requiring admission. In summary, this severe asthma cohort faces high disease burden, frequent exacerbations, poor control, and substantial healthcare use. Many still have poor outcomes, highlighting the need for more effective strategies to improve management and lessen severe asthma's impact. This highlights the need for better treatments to improve outcomes and reduce severe asthma's impact on patients and healthcare systems.

**PO12 – UNDERTREATMENT IN ADULT ASTHMA
IN PORTUGAL: EVIDENCE FROM THE EPI-ASTHMA
STUDY**

Bulhões C^{1,10}, Vicente C^{1,2}, Jácome C^{3,4}, Brito D¹, Teixeira P^{1,5},
Quelhas-Santos J³, Amorim L⁵, Barbosa M^{1,6}, Rodrigues M², Gomes
D³, Silva A A³, Lopes F⁷, Pereira A^{8,4}, Parda M⁹, Martinho⁹,
Bernardo⁹, Almeida Fonseca J^{3,4,9,10}, Correia de Sousa J¹

¹ Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of
Medicine, University of Minho, ICVS/3Bs, PT Government
Associate Laboratory, Braga, Portugal

² USF Araceti, Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego,
Coimbra, Portugal

³ Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS),
Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal

⁴ CINTESIS RISE, MEDCIDS, Faculty of Medicine of the University
of Porto, Porto, Portugal

⁵ Association P5 Digital Medical Center (ACMP5), Braga, Portugal

⁶ Gualtar Family Health Unit, Braga, Portugal

⁷ MEDIDA Lda, Porto, Portugal

⁸ Allergy Unit, Hospital and Institute CUF, Portugal

⁹ AstraZeneca, Lisboa, Portugal

¹⁰ USF Vida Mais, Unidade Local de Saúde de Braga, Braga, Portugal

Asthma undertreatment hinders optimal control causing considerable morbidity and reducing patients' quality of life. The Epi-Asthma study examines real-world treatment gaps to inform targeted strategies for improved disease management and outcomes.

The Epi-Asthma study was a nationwide, population-based observational investigation at 38 primary care centres in Portugal. Adults were screened for asthma symptoms by phone, and those eligible had in-person clinical evaluations. Asthma treatment was classified based on Global Initiative for Asthma (GINA) steps, with control assessed via the CARATm mobile app, a digital version of the 10-item Portuguese CARAT questionnaire for asthma and allergic rhinitis symptoms. Adequate treatment was defined as using pharmacological therapy per GINA step in patients with confirmed asthma and controlled disease (CARAT score >24). Undertreatment referred to no pharmacological therapy, suboptimal treatment (treatment that fails to achieve asthma control), or therapies not aligned with current GINA recommendations.

Of 450 adults with asthma, only 85 (18.9%) received therapy appropriate to their severity and control, while 365 (81.1%) were undertreated, with the majority (67.1%) affected. Undertreatment was especially prevalent among younger adults (47.8% aged 18–39) and those employed (64%). Undertreated patients experienced greater daily life impairment, lower weekly productivity, and higher rates of unscheduled primary care visits than those adequately treated ($p < 0.001$). Notably, 157 undertreated individuals (34.9%; 95% CI: 30.5–39.3%) were not using any asthma medication at assessment, preventing classification by GINA treatment steps due to lack of current pharmacological regimen. The Epi-Asthma study shows that most adults with asthma in Portugal are undertreated, with over a third receiving no medication, making GINA step classification impossible. Undertreatment leads to higher disease burden, worse quality of life, and

increased healthcare use. The study highlights the need for systematic asthma diagnosis, proactive review of treatment adequacy, and stronger efforts to start and optimize guideline-based therapy.

**PO13 – EPI-ASTHMA-CHARACTERIZATION
OF GINA STEPS AND CONTROL LEVEL**

Vicente C¹, Bulhões C^{1,3}, Jácome C^{4,5}, Brito D¹, Teixeira P^{1,6},
Quelhas-Santos J⁴, Amorim L⁶, Barbosa M^{1,7}, Rodrigues M³, Gomes
D⁴, Silva A A⁴, Lopes F⁸, Pereira A^{4,9}, Parda M¹⁰, Bernardo F¹⁰,
Martinho H¹⁰, Almeida Fonseca J^{4,5,8,9}, Correia de Sousa J¹

¹ Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of
Medicine, University of Minho, ICVS/3Bs, PT Government
Associate Laboratory, Braga, Portugal

² USF Araceti, Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego,
Coimbra, Portugal

³ USF Vida +, Unidade Local de Saúde de Braga, Braga, Portugal

⁴ Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS),
Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal

⁵ CINTESIS@RISE, MEDCIDS, Faculty of Medicine of the University
of Porto, Porto, Portugal

⁶ Association P5 Digital Medical Center (ACMP5), Braga, Portugal

⁷ Gualtar Family Health Unit, Braga, Portugal

⁸ MEDIDA Lda, Porto, Portugal

⁹ Allergy Unit, Hospital and Institute CUF, Porto, Portugal

¹⁰ AstraZeneca, Lisboa, Portugal

Despite stepwise asthma treatment algorithms, optimal control is often lacking in real-world practice. Evaluating patient distribution and control by GINA steps helps identify care gaps. This analysis uses GINA step and CARAT scores to assess asthma treatment and control in a representative population.

The EPI-ASTHMA study was a nationwide survey conducted in 38 healthcare centers across continental Portugal. Asthma was diagnosed using clinical criteria from the Adult Asthma Epidemiological Score (A2 Score), based on patient history, medication use, and symptoms. Spirometry confirmed functional diagnosis by demonstrating airway obstruction (FEV1 <80% predicted and FEV1/FVC <75%) with significant reversibility. GINA treatment steps were classified according to GINA 2021 guidelines, based on patient-reported and prescribed medications. In the analysed population, 95% of patients were classified according to GINA treatment steps. Management was distributed as follows: 39% patients were treated at Step 1, 1-2, or 2; 32% at Step 3 and 24% at Steps 4 or 5. Asthma control, assessed using CARAT questionnaire, showed a progressive decline in control rates with increasing treatment intensity. Among those in Steps 1, 1-2 or 2, 34.9% of patients achieved disease control, while 65.1% were uncontrolled. This proportion shifted markedly at higher treatment steps, at Step 3 and Step 4-5 only patients 26.9% demonstrated adequate control, and 73.1% in this group remained uncontrolled. Overall, 69.1% of asthma patients had uncontrolled disease. Most asthma patients in this cohort received low to moderate intensity GINA therapy, while 24% required high-intensity treatment (Steps 4–5), indicating a

considerable burden of severe asthma. Many remained uncontrolled, especially at higher treatment steps, and some could not be classified by GINA. These findings suggest ongoing unmet clinical needs and that current strategies may not fully address severe or complex cases. Improving care will require a multidisciplinary approach and systematic review of existing practices

PO14 – OMALIZUMAB NA IMUNOTERAPIA COM VENENO DE HIMENÓPTEROS: QUANDO SUSPENDER?

Bernardino A¹, Gomes M¹, Caiado J^{1,2}, Pedro E¹, Branco Ferreira M^{1,2}, Cosme J^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria EPE, Lisboa, Portugal

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

A imunoterapia específica (VIT) está indicada na anafilaxia a veneno de himenópteros, mas reações sistémicas na indução podem comprometer a sua continuidade. Este estudo descreve a experiência de um hospital terciário na utilização de omalizumab como adjuvante em doentes com reações durante a indução da VIT. Estudo retrospectivo de doentes que iniciaram omalizumab como pré-medicação na VIT com veneno de abelha. Dados recolhidos de registos clínicos.

Foram incluídos 12 doentes com anafilaxia a veneno de abelha (50% homens; mediana de idade 50,5 anos). A gravidade da reação inicial foi grau 4 (n=6), grau 3 (n=2) e grau 2 (n=4) na classificação de Mueller. Todos apresentaram testes cutâneos em picada positivos a 100ug/mL e intradérmicos positivos a 0,01ug/mL (n=5); 0,1ug/mL (n=5) e 1ug/mL (n=1) com veneno de *Apis mellifera*. Analiticamente (Tabela 1), destaca-se a elevada mediana da Api m1: 11,5kUA/l. A mediana da triptase basal foi 4,3ng/mL com apenas um caso associado a REMA score >2.

Os 12 doentes apresentaram reações sistémicas com necessidade de adrenalina no protocolo ultra-rush de 210min, que não permitiram completar o protocolo. A triptase aumentou durante a reação nos 4 casos avaliados. Foi proposto omalizumab (300mg/mês) e, após 4 administrações, apenas 1 doente ainda não conseguiu atingir dose de manutenção (100 µg).

Por ausência sustentada de reações, seis doentes suspenderam omalizumab, após uma mediana de 17,5 meses de tratamento (entre 2 e 60 meses), e mantiveram posteriormente VIT com tolerância.

Após suspensão, 2 foram repicados, apenas com reação local. Não se observaram diferenças clínicas, demográficas e laboratoriais significativas entre doentes que mantiveram ou suspenderam omalizumab (Tabela 1).

O Omalizumab mostrou ser um importante adjuvante na aquisição da dose de manutenção da VIT. A sua suspensão foi conduzida por critérios clínicos e sem associação a biomarcadores. Protocolos de suspensão e avaliação de tolerância após suspensão são necessários.

Tabela 1: Características clínicas e demográficas dos doentes: global e por estratégia de uso de omalizumab

	Total de doentes n= 12	Doentes que suspenderam OMA (G1) n= 6	Doentes que não suspenderam OMA (G2) n= 6	G1 vs G2 p
sexo masculino n(%)	6 (50%)	3(50%)	3(50%)	-
idade mediana(IQR), anos	50,5(18,3)	52,3(16)	47(14,3)	>0.05
gravidade da reação inicial mediana(IQR), score Mueller	3,5(2)	3(2)	4(3,1)	>0.05
triptase basal mediana(IQR), ng/mL	4,3(4,4)	3,8(6,8)	4,5(2)	>0.05
IgE Total mediana(IQR), kUA/l	216(766,5)	224(1034)	187(430)	>0.05
slgE abelha mediana(IQR), kUA/l	12,7(34,9)	12,4(40, 4)	13,8(40,9)	>0.05
slgE Api m1 mediana(IQR), kUA/l	11,5(20,1)	10,9(42,2)	13,4(33,4)	>0.05
slgE Api m2 mediana(IQR), kUA/l	0,04(1,4)	0,02(1,5)	0,46(3,9)	>0.05
slgE Api m3 mediana(IQR), kUA/l	0,18(0,8)	0,15(0,7)	0,18(1,6)	>0.05
slgE Api m5 mediana(IQR), kUA/l	0,06(1,91)	0,02(1,5)	0,26(2,3)	>0.05
slgE Api m10 mediana(IQR), kUA/l	0,49(4,3)	0,3(14,6)	1,1(2,4)	>0.05

Abbreviations: OMA- Omalizumab ; UR: ultra-rush

**PO15 – BENEFÍCIO DA UTILIZAÇÃO DE
IMUNOMODULADORES NA ASMA GRAVE**

Samuel Figueiredo P¹, Mendes A^{1,2}, Lopes C^{2,3,4}, Pinto P^{2,3}, Branco Ferreira M^{1,5}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria EPE, Lisboa, Portugal

² Unidade Multidisciplinar de Asma Grave, Hospital Pulido Valente, ULS de Santa Maria, Lisboa, Portugal

³ Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, ULS de Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁴ Clínica Universitária de Pneumologia, ISAMB, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁵ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

As infeções respiratórias virais e/ou bacterianas constituem um dos principais fatores desencadeantes de exacerbações em doentes com asma, particularmente na sua forma grave. Embora não possam ser completamente eliminadas, podem ser prevenidas com imunomoduladores que modulam a resposta imune inata e adaptativa, como é o caso das vacinas bacterianas (ex.: MVI30). O presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto do MVI30 na redução da frequência de exacerbações em doentes com asma grave.

Realizou-se um estudo retrospectivo, para avaliação do benefício da administração de MVI30 na asma grave. Determinação de intercorrências infecciosas seis meses antes e depois da utilização de MVI30.

Foram incluídos doze doentes com asma grave, dos quais onze eram do sexo feminino, com uma média de idades de $63,9 \pm 8,5$ anos. Nove doentes cumpriram uma prescrição de MVI30 com duração aproximada de quatro meses, um doente manteve a terapêutica por 1,5 anos e dois doentes realizaram duas prescrições consecutivas. O número de exacerbações de etiologia infecciosa registadas nos seis meses anteriores ao início do MVI30 foi de 25 (média de 2,1 por doente), reduzindo-se para 16 nos seis meses subsequentes (média de 1,3 por doente). Paralelamente, observou-se uma diminuição do número de prescrições de antibióticos (de 21 para 14) e uma redução concomitante na necessidade de corticoterapia sistémica para controlo das exacerbações.

Apesar da dimensão limitada da amostra, observou-se uma redução significativa do número global de intercorrências infecciosas nos seis meses subsequentes à administração do MVI30, acompanhada por uma diminuição da necessidade de antibióticos e de corticoterapia sistémica. Os resultados sugerem que a administração de MVI30 pode ser uma estratégia adjuvante no controlo da asma grave.

**PO16 – DECIFRAR A TOSSE CRÓNICA EM ADULTOS:
DESVENDANDO A ASMA COM SINAIS SUBTIS**

Teixeira R¹, Coelho A¹, Garcia I², Machado Cunha I¹, Ferreira J¹, Sousa M¹

¹ Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

² Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Objetivos: Caracterizar adultos com tosse crónica (≥ 8 semanas), identificando características clínicas e diagnósticos diferenciais, principalmente a asma.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos processos clínicos de doentes com idade ≥ 18 anos, referenciados por tosse crónica entre 2022-2024. Doentes com diagnóstico prévio de asma foram excluídos.

Resultados: Incluímos 102 doentes: idade média $46 \pm 15,7$ anos, 73,5% género feminino. 74,5% negava tabagismo.

A tosse era seca em 87,3%, persistindo há mais de dois anos em 52,9%; 47,1% negavam variação diurna; nenhum apresentava sinais de alarme.

Diagnósticos mais prevalentes: rinite (25,5%) e asma (15,7%).

Valores elevados de fração exalada de óxido nítrico (FeNO) associaram-se a asma ($p=0,04$); valor médio de FeNO (ppb): 49,47 em asmáticos vs 27,91 em não asmáticos.

Tosse desencadeada pelo exercício físico ($p=0,01$) e presença concomitante de dispneia e pieira ($p=0,03$) correlacionaram-se com asma, não se verificando quando os sintomas surgiam isoladamente ($p=0,32$). Rinite foi igualmente prevalente nos grupos com e sem asma. A síndrome de apneia obstrutiva do sono foi mais prevalente nos asmáticos (25% versus 8%) ($p=0,08$).

Diagnosticada tosse crónica refratária em 2,9% e multifatorial em 14,7%.

3,9% apresentaram tosse inespecífica autolimitada (entre 6 meses e 2 anos); tosse pós-infecciosa em 3,9%; RGE em 3%; pneumonite de hipersensibilidade fibrótica pós-infeção por SARS-CoV-2 em 1 doente. 18,6% mantinham-se em estudo etiológico.

Os IECA associaram-se significativamente a tosse crónica ($p<0,001$): em 7 doentes, 4 apresentaram tosse crónica induzida pelos IECA (57,1%).

Neuromoduladores utilizados em 1%, sem eficácia.

Foram referenciados 20 doentes a Pneumologia, 11 a Otorrinolaringologia e 4 a ambas.

Conclusões: A asma associou-se a FeNO elevado, tosse induzida pelo exercício e à presença simultânea de dispneia e pieira.

A tosse crónica permanece um desafio clínico, frequentemente multifatorial, tornando fundamental a abordagem multidisciplinar do doente. A etiologia varia em gravidade, desde quadros autolimitados até patologias como asma ou pneumonite de hipersensibilidade.

PO17 – COMPARAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE BRONCODILATAÇÃO DA AMERICAN THORACIC SOCIETY/EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY (ATS/ERS) DE 2005 E 2021 NOS DOENTES COM ASMA

Ursu A^{1,2}, Mikovic M^{1,2}, Nunes M^{1,2}, Carvalho F^{1,2}, Serranho S^{1,2}, Santos S^{1,2}, Brito A^{1,2}, Marques J^{1,2,3}, Pinto P^{1,2,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal

² Centro Clínico Académico de Lisboa, Lisboa, Portugal

³ Comprehensive Health Research Center (CHRC), NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Objetivos: A resposta broncodilatadora é amplamente utilizada na avaliação funcional da asma, mas a escolha dos critérios pode influenciar a sua interpretação clínica. Este estudo pretendeu comparar os critérios de resposta broncodilatadora ATS/ERS de 2005 e 2021 quanto à sua associação com o controlo sintomático da asma.

Metodologia: Estudo retrospectivo, observacional e transversal, baseado na análise das provas de função respiratória com broncodilação realizadas no serviço de Imunoalergologia da ULS São José, em doentes com asma, entre 2023 e 2024. Foram incluídas variáveis demográficas, excesso de peso (IMC $\geq$ 25kg/m² adultos; percentil $\geq$ 85 IMC crianças) e parâmetros da avaliação funcional respiratória. Compararam-se critérios ATS/ERS 2005 (aumento $\geq$ 12% e $\geq$ 200ml do FEV₁ e/ou FVC face ao valor basal) e 2021 (aumento $>$ 10% do FEV₁ e/ou FVC face ao valor previsto), avaliando a sua associação com Asthma Control Test (ACT), considerando ACT $<$ 20 como indicador de asma não controlada. Realizou-se regressão logística para identificar variáveis relacionadas com não controlo da asma.

Resultados: Incluíram-se 574 provas, mediana de idade 18 anos (AIQ: 23,25), 50,2% adultos, 50% sexo masculino, 49,7% com excesso de peso e não controlo da asma em 35% dos casos. O critério de 2021 identificou mais respostas positivas (21,4%) do que o de 2005 (16,7%). Apenas o critério de 2005 se associou a asma não controlada (p=0,015). Na regressão multivariável envolvendo o critério de 2005, apenas o sexo (OR=1,7; p=0,005) e o excesso de peso (OR=1,5; p=0,033) se associaram ao não controlo da asma.

Conclusões: Embora o critério de 2021 tenha identificado mais respostas broncodilatadoras positivas, apenas o de 2005 se associou significativamente à asma não controlada. O sexo feminino e o excesso de peso revelaram-se preditores independentes de não controlo da asma. Estes dados reforçam a dissociação entre sintomas e avaliação funcional respiratória, sustentando a necessidade de mais investigação para definir critérios úteis na prática clínica.

PO18 – FATORES ASSOCIADOS À DISCORDÂNCIA ENTRE OS CRITÉRIOS DE RESPOSTA BRONCODILATADORA DA AMERICAN THORACIC SOCIETY/EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY (ATS/ERS)

Ursu A^{1,2}, Nunes M^{1,2}, Mikovic M^{1,2}, Carvalho F^{1,2}, Serranho S^{1,2}, Santos S^{1,2}, Brito A^{1,2}, Marques J^{1,2,3}, Pinto P^{1,2,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal

² Centro Clínico Académico de Lisboa, Lisboa, Portugal

³ Comprehensive Health Research Center (CHRC), NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Objetivos: A aplicação de diferentes critérios na definição da resposta broncodilatadora pode originar interpretações divergentes da função respiratória, com impacto clínico relevante. Este estudo teve como objetivo comparar os critérios de resposta broncodilatadora ATS/ERS de 2005 e 2021, e identificar fatores associados à discordância entre ambos.

Metodologia: Estudo retrospectivo, observacional e transversal, baseado na análise das provas de função respiratória com broncodilação realizadas no serviço de Imunoalergologia da ULS São José, em doentes com asma, entre 2023 e 2024. Foram incluídas variáveis demográficas, excesso de peso (IMC $\geq$ 25kg/m² em adultos; percentil $\geq$ 85 IMC em crianças) e parâmetros funcionais respiratórios. A resposta broncodilatadora foi avaliada segundo os critérios de 2005 (aumento $\geq$ 12% e $\geq$ 200ml do FEV₁ e/ou FVC face ao valor basal) e 2021 (aumento $>$ 10% do FEV₁ e/ou FVC face ao valor previsto). Consideraram-se discordantes os casos com resposta positiva apenas por um dos critérios. Realizou-se regressão logística para identificar preditores de discordância.

Resultados: Incluíram-se 574 provas, mediana de idade 18 anos (AIQ: 23,25), 50,2% adultos, 50% sexo masculino e 49,7% com excesso de peso. A resposta broncodilatadora foi positiva segundo ambos os critérios em 16% dos casos. A concordância entre critérios foi muito forte (k=0,803; p<0,001). Verificou-se discordância em 6,1% (n=35), maioritariamente positiva apenas segundo o critério de 2021 (5,4%; n=31). Na análise ajustada, o FEV₁%basal/previsto mais elevado (OR=1,1; p<0,001) e a maior variação do FEV₁%basal (OR=1,1; p<0,001) associaram-se a maior probabilidade de discordância positiva segundo o critério de 2021.

Conclusões: Apesar da elevada concordância entre critérios, a resposta positiva exclusiva segundo o critério de 2021 foi mais frequente, associando-se a FEV₁% mais elevado e a maior variação do FEV₁%basal. Os achados sugerem que o critério de 2021 identifica mais respostas broncodilatadoras positivas em indivíduos com função respiratória basal preservada, reforçando a importância de considerar características individuais na interpretação da resposta broncodilatadora.

**PO19 – PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO E ALERGIA
A PRODUTOS DE COLMEIA EM APICULTORES**

Rosmaninho I¹, Moço Coutinho R¹, Coimbra A¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de
São João, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

Objetivo: Analisar o perfil de sensibilização a pólenes e produtos da colmeia (PdC) (mel, própolis, geleia real) em apicultores e avaliar associação com sintomas após a ingestão.

Métodos: Estudo transversal com apicultores e familiares, em eventos de apicultura, submetidos a questionário clínico (rinite, asma, sintomas após picada ou ingestão de PdC) e a testes cutâneos por picada (TCP) com extratos de mel (flores silvestres e carvalho), própolis, geleia real e pólenes (gramíneas, mistura de ervas, artemísia, parietária).

Resultados: Incluídos 100 participantes, 79 apicultores, 64 homens, idade mediana 50,5 anos (AIQ 39–62), tempo mediano de apicultura 7 anos; rinite e asma foram referidas por 37 e 14, respetivamente. Do total, 23% estavam sensibilizados a pólenes e 25% a PdC (Tabela 1). Quatro (19%) dos sensibilizados a PdC e 4 (21%) dos sensibilizados a pólenes reportaram sintomas após ingestão de PdC, com síndrome de alergia oral (SAO) como manifestação mais frequente.

Dois reportaram anafilaxia a picada de himenóptero, um sob imunoterapia com veneno de abelha, nenhum estava sensibilizado a PdC.

Foi encontrada associação entre sintomatologia com ingestão de PdC e sensibilização a pólen de parietária ($p=0,007$), mel de carvalho ($p=0,01$) e geleia real ($p=0,047$); rinite e sensibilização a mel de carvalho ($p=0,049$), gramíneas ($p<0,001$), mistura de ervas ($p=0,003$) e parietária ($p=0,010$); sensibilização a PdC e pólenes ($p<0,001$). Não foi encontrada associação significativa entre tempo de apicultura e sensibilização a PdC. Os TCP com PdC demonstraram sensibilidade 57,1%, especificidade 77,4%, VPP 16%, VPN 96%.

Conclusão: Observou-se prevalência relevante de sensibilização a PdC e pólenes em apicultores. SAO foi a manifestação mais frequentemente reportada após ingestão de PdC. A maioria dos sensibilizados a PdC era assintomática após consumo, sugerindo uma sensibilização por reatividade cruzada a pólenes e de baixa relevância clínica. Os TCP com PdC podem ser úteis na exclusão de alergia a PdC.

Extrato	Positividade (n=100)
Mel de flores selvagens	7%
Mel de carvalho	8%
Geleia real	23%
Própolis	4%
Mistura de gramíneas	18%
Mistura de ervas	14%
Artemísia	9%
Parietária	7%

Tabela 1. Perfil de sensibilização da amostra

**PO20 – DOR ASSOCIADA À ADMINISTRAÇÃO
SUBCUTÂNEA DE DUPILUMAB EM IDADE
PEDIÁTRICA: IMPACTO DO TIPO DE DISPOSITIVO**

Lages M¹, Coelho J¹, Santos N¹, Ribeiro F¹, São Braz M¹

¹ ULS do Algarve, Faro, Portugal

Introdução: A dor no local de injeção é um fator relevante na experiência de doentes em idade pediátrica tratados com dupilumab. O tipo de dispositivo utilizado, caneta ou seringa pré-cheia, pode influenciar a tolerabilidade, a experiência do doente e, potencialmente, a adesão ao tratamento. No entanto, os dados comparativos nesta faixa etária são limitados.

Descrição do caso clínico: Duas doentes do sexo feminino e um doente do sexo masculino, com idades entre 7 e 9 anos, sob dupilumab por dermatite atópica grave. Todos utilizaram caneta e seringa pré-cheia em momentos distintos do seguimento. Dois dos doentes, que iniciaram o tratamento com seringa e posteriormente transitaram para caneta, manifestaram de forma inequívoca a preferência pelo regresso à seringa, referindo maior conforto e menor dor com este dispositivo. Um dos doentes interrompeu temporariamente o tratamento devido à dor referida com a caneta. Após a transição para a seringa, todos os doentes mantiveram a terapêutica sem intercorrências. Para controlo da dor, foi utilizado creme anestésico local (EMLA®) em todos os casos; nos doentes seguidos em hospital de dia, tentou-se adicionalmente utilizar o dispositivo Buzzy®.

Discussão: A administração de dupilumab com seringa pré-cheia foi associada a menor dor referida, melhor tolerabilidade e maior conforto, quando comparada com a caneta. A transição para a seringa foi motivada pela dor significativa associada à caneta e resultou numa melhoria imediata da experiência dos doentes. Estes achados sugerem que o tipo de dispositivo pode influenciar de forma relevante a experiência terapêutica em idade pediátrica.

**PO21 – AGENTES BIOLÓGICOS NA PRÁTICA
CLÍNICA: TRANSIÇÃO PARA AUTOADMINISTRAÇÃO**

Cruz S¹, Pissarro T¹, Baêre Cruz S¹, Marques M¹, Carolino F¹

¹ Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

Objetivo: Os agentes biológicos têm-se afirmado como ferramenta importante na abordagem terapêutica de inúmeras patologias em Imunoalergologia. Contudo, persistem desafios relacionados com a capacitação do doente, sobretudo na promoção da autoadministração domiciliária, fator crucial para otimizar a adesão e qualidade de vida.

Metodologia: Análise retrospectiva dos processos clínicos de adultos seguidos no Serviço de Imunoalergologia, sob terapêutica biológica à data de 1/julho/2025, visando avaliar a transição para autoadministração e fatores associados à sua não-aceitação. Análise com recurso ao SPSS.

Resultados: Incluíram-se 37 doentes – 20 (54,1%) do género feminino, com idade média de 50,9 anos, distribuídos da seguintes forma: 15 (40,5%) com urticária crónica sob omalizumab, 8 (21,6%) com asma sob omalizumab (n=4), mepolizumab (n=3) ou benralizumab (n=1), 7 (18,9%) com dermatite atópica sob dupilumab, 5

(13,5%) com rinosinusite crónica com polipose nasal sob dupilumab, 1 (2,7%) com síndrome hipereosinofílica sob mepolizumab e 1 (2,7%) com esofagite eosinofílica sob dupilumab.

Dos 37 doentes, 11 (29,7%) recusaram a autoadministração (10 sob omalizumab, 1 sob mepolizumab). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na idade ($p=0,00876$, Mann-Whitney U) e género ($p=0,0481$, Fisher Exato); não houve diferenças na escolaridade ($p=0,0930$, Teste G). Assim, a autoadministração foi preferida por doentes mais jovens e do sexo masculino, independentemente da escolaridade. A seringa apresentou maior recusa comparativamente à caneta auto-injetora, sugerindo que o tipo de dispositivo também pode influenciar a decisão. Os principais motivos de recusa centraram-se no medo da autoadministração e na ausência de suporte familiar. Nos casos com transição bem-sucedida, foram necessárias em média 3,8 administrações supervisionadas.

Conclusões: Os resultados, carecendo de validação com amostras mais alargadas, indicam a importância de integrar com dados clínicos o conhecimento do perfil da população-alvo na decisão da terapêutica biológica mais adequada, bem como de disponibilizar uma consulta de enfermagem que apoie o processo de educação ao doente.

Tabela 1. Características dos doentes e fatores associados à autoadministração domiciliária

Variável	Serviço	Domicílio	Valor p
Idade (média, em anos)	68,3	46,1	0,00876*
Género (n, %)			
- Feminino	7 (87,5%)	13 (44,8%)	0,0481*
- Masculino	1 (12,5%)	16 (55,2%)	
Escolaridade (n, %)			
- Primeiro ciclo	5 (62,5%)	5 (17,2%)	0,0930
- Segundo ciclo	1 (12,5%)	6 (20,7%)	
- Licenciatura	1 (12,5%)	13 (44,8%)	
- Mestrado	1 (12,5%)	5 (17,2%)	

* Diferenças estatisticamente significativas foram consideradas com $p<0,05$.

SESSÃO DE POSTERS III
ALERGIA ALIMENTAR, ALERGIA CUTÂNEA,
ALERGÉNIOS E IMUNOTERAPIA E ANAFILAXIA
E DOENÇAS IMUNOALÉRGICAS FATAIS

12 de Outubro | 09:30-11:00 | Sala II

Moderadores: Carlos Lozoya, João Gaspar Marques e Susana Piedade

PO22 – CONCORDÂNCIA ENTRE IGE TOTAL E IGE MOLECULAR PARA DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS NA RINITE CRÓNICA: JUSTIFICA-SE SEMPRE O DOSEAMENTO MOLECULAR?

Dias C¹, Ferrão A, Vieira J, Guimarães J, Marcelino J, Tomaz E
¹Hospital De São Bernardo, Setúbal, Portugal

A rinite crónica está frequentemente associada à sensibilização a *Dermatophagoides pteronyssinus* (Der p). A sua detecção pode ser feita através da medição de IgE específica total para Der p e/ou IgE molecular (Der p 1, Der p 2 e Der p 23). No entanto, os testes moleculares são dispendiosos, e a sua utilização sistemática permanece controversa. Este estudo teve como objectivo avaliar a con-

cordância entre a IgE total para Der p e os seus componentes moleculares, de forma a determinar se o doseamento molecular é sempre necessário ou se a IgE total é suficiente na maioria dos casos. Foram analisados 299 doentes com diagnóstico de rinite crónica. Os níveis séricos de IgE específica para Der p foram medidos por ImmunoCAP (ThermoFisher©) e estratificados em três grupos:

- IgE Der p < 0,50 kUA/L (n = 73)
- IgE Der p entre 0,51–3,18 kUA/L (n = 32)
- IgE Der p > 3,19 kUA/L (n = 194)

A positividade para IgE molecular (Der p 1 e/ou Der p 2) foi analisada em cada grupo, utilizando-se o teste de correlação de Spearman para avaliar a concordância entre os resultados.

Nenhum dos doentes com IgE Der p < 0,50 kUA/L apresentou positividade molecular. No grupo intermédio, 62,5% apresentaram pelo menos um componente molecular positivo. No grupo com IgE Der p > 3,19 kUA/L, 98,96% foram positivos para Der p 1 e/ou Der p 2. Verificou-se elevada concordância nos níveis extremos e maior variabilidade no grupo intermédio.

O doseamento molecular em doentes com níveis muito baixos ou muito elevados de IgE total Der p parece não acrescentar valor diagnóstico significativo. Nestes casos, a IgE total revela-se geralmente suficiente. O doseamento molecular demonstra maior utilidade nos casos intermédios, onde a variabilidade é superior. Assim, uma abordagem estratificada poderá otimizar recursos sem comprometer a qualidade assistencial.

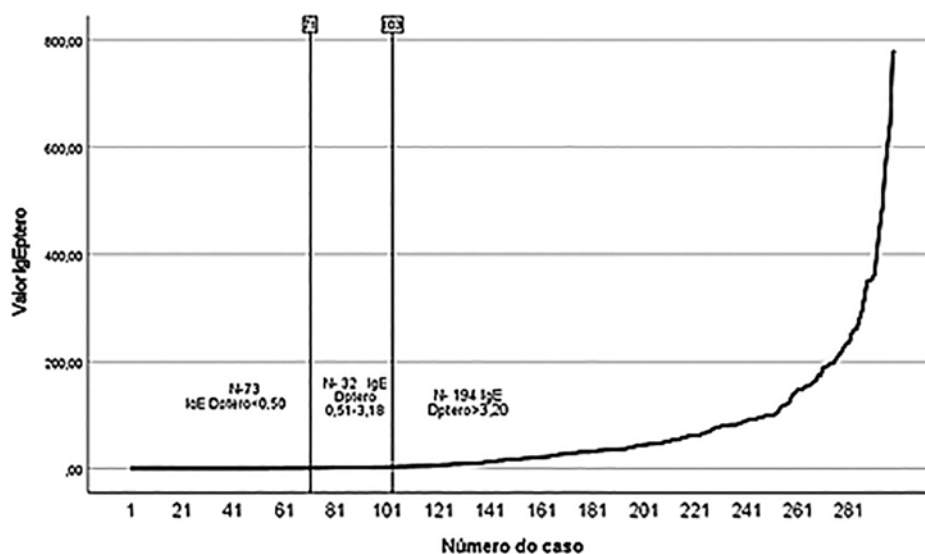


Figura 1

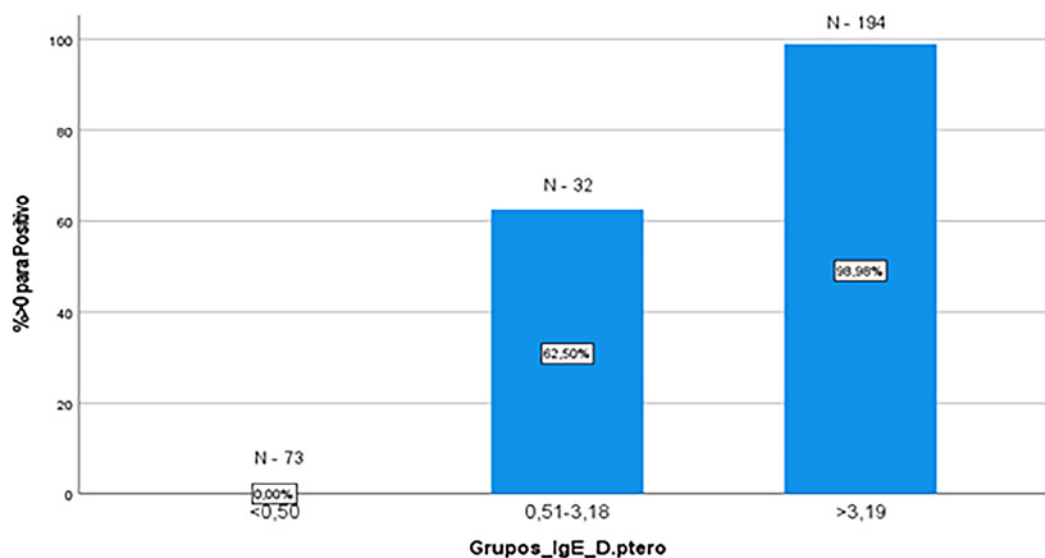


Figura 2

**PO23 – IMPACTO DE UM PROJETO DE FORMAÇÃO
SOBRE ALERGIA ALIMENTAR NAS ESCOLAS:
CONHECIMENTOS E AUTOEFICÁCIA**

Vieira J¹, Guimarães J¹, Gregório V¹, Matos E¹, Ferreira F¹, Dias C¹,
Silva L¹, Tomaz E¹

¹ Unidade Local De Saúde Da Arrábida, EPE, Setúbal, Portugal

Objetivos: A alergia alimentar (AA) afeta cerca de 5% das crianças e jovens, constituindo a escola um local de risco para a ocorrência de reações potencialmente graves. É, por isso, essencial capacitar os profissionais escolares para a prevenção e atuação eficaz em caso de reação alérgica. Este projeto teve como objetivo avaliar o impacto de um programa de formação sobre o conhecimento e na autoeficácia dos profissionais de um estabelecimento escolar.

Metodologia: Projeto de intervenção através de uma formação teórico-prática sobre AA e anafilaxia, dirigida a docentes e não docentes de uma escola com crianças com AA. Antes e após a formação, foram aplicados dois questionários: um de conhecimentos (10 questões) e outro de autoeficácia, avaliando a confiança em 8 tópicos numa escala de 0 a 10. Os dados foram analisados de

forma descritiva e comparativa, utilizando o teste t de Student para amostras emparelhadas (SPSS Statistics v25).

Resultados: Participaram 12 profissionais (5 docentes e 7 não docentes, incluindo assistentes operacionais, técnicos de refeitório e uma nutricionista). A percentagem de respostas corretas no questionário de conhecimentos aumentou de 83,3% para 92,7% ($p=0,06$). As maiores dificuldades identificaram-se no reconhecimento da anafilaxia, nos desencadeantes da AA e no local de armazenamento do autoinjeter de adrenalina. Apenas 33,3% identificava corretamente os sinais de anafilaxia antes da sessão. A média da autoeficácia aumentou de 6,9 para 8,7 ($p<0,001$), com maior impacto nos tópicos sobre administração de medicação e reconhecimento da anafilaxia.

Conclusões: Este estudo evidenciou lacunas nos conhecimentos e na confiança dos profissionais escolares na abordagem da AA, particularmente na administração de medicação de emergência. A formação revelou impacto positivo na capacitação deste grupo, sobretudo na autoeficácia, reforçando a importância de programas educativos e da colaboração entre profissionais para garantir ambientes escolares seguros e inclusivos para crianças com AA.

**PO24 – CARACTERIZAÇÃO E EVOLUÇÃO CLÍNICA
DE CRIANÇAS COM SENSIBILIZAÇÃO A PRU P 3:
ESTUDO RETROSPECTIVO**

Alves M¹, Alves P¹, Maresch Â¹, Carrapatoso I¹, Guedes C¹, Preto L¹, Todo Bom A¹, Tavares B¹

¹ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Objetivo: A proteína de transferência de lípidos (LTP) Pru p 3 é o principal marcador de sensibilização a LTP e está associada à existência de reatividade cruzada entre alimentos vegetais. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil clínico e de sensibilização, bem como a evolução clínica, de crianças com diagnóstico de síndrome ou alergia a LTP.

Metodologia: Análise de dados demográficos, clínicos e analíticos de crianças observadas num Serviço de Imunoalergologia, com sensibilização a Pru p 3 (valores $\geq 0,35$ kUA/L - ImmunoCap), entre 2010-2024.

Resultados: Foram avaliadas 27 crianças com síndrome (51,9%) ou alergia a LTP (48,1%). A maioria apresentava asma e/ou rinite com uma elevada frequência de polissensibilização a pólenes e cerca de metade tinha dermatite atópica. As manifestações clínicas mais comuns incluíram urticária/angioedema ou anafilaxia, sendo as rosáceas os alimentos mais implicados. Foi possível o seguimento de 21 crianças (77,8%), das quais 11 (52,4%) apresentaram novas reações e 3 apresentaram novas tolerâncias (tabela 1). A síndrome LTP associou-se a sensibilização a póle-

Tabela 1:

N (%) 27 (100); Género n (%) M: 19 (70,4) F: 8 (29,6)			
Idade da 1ª consulta (anos): média - 5,78 (±2,78); mediana - 6; idade mínima - 1; máxima - 11			
Idade de início dos sintomas (anos): média - 4,1 (±2,1); mediana - 4; idade mínima - 1; máxima - 9			
Antecedentes pessoais		Idade de início	
Dermatite atópica	14 (51,9)	0.86 (±0,24)	
Asma e/ou rinite	20 (74,1)	3.1 (±2,7)	
Sensibilização a AA	18 (90)		
Sensibilização a pólenes	11 (61,1)		
Monossensibilização	3 (27,3)		
Polissensibilização	8 (72,7)		
Gramíneas	11 (61,1)	Betuláceas	1 (5,6)
Oliveira	8 (44,4)	Parietária	1 (5,6)
Artemísia	2 (11,1)		
Diagnóstico			
Síndrome LTP*	14 (51,9)		
Alergia a LTP	13 (48,1)		
Sintomas	Reações iniciais	Novas reações	
N (%)	27 (100)	11 (40,7)	
Anafilaxia	10 (37)	2 (18,2)	
Urticária/angioedema	12 (44,4)	7 (63,6)	
SAO	6 (22,2)	1 (9,1)	
Agravamento da dermatite	2 (7,4)	0 (0)	
Alimentos com reação	Reações iniciais	Novas reações	Novas tolerâncias
N (%)	27 (100)	11 (52,4)	3 (14,3)
Rosáceas Prunus s/amêndoa	19 (70,4)	5 (45,5)	1 (33,3)
Amêndoa	3 (11,1)	0 (0)	0 (0)
Rosáceas - maçã	5 (18,5)	2 (18,2)	0 (0)
Rosáceas - frutos vermelhos	4 (14,5)	1 (9,1)	1 (33,3)
Amendoim	4 (14,8)	0 (0)	0 (0)
Frutos secos (<i>Fagales</i>)	8 (29,6)	1 (9,1)	0 (0)
Cereais	2 (7,4)	1 (9,1)	0 (0)
Outras famílias	9 (33,3)	6 (54,5)	1 (33,3)
Sensibilizações	Iniciais (sIgEs)	Novas (testes cutâneos e sIgEs)	
N (%)	27 (100)	9 (42,9)	
Rosáceas Prunus s/ amêndoa	27 (100)	0 (0)	
Amêndoa	7 (25,9)	3 (33,3)	
Rosáceas - maçã e marmelo	11 (40,7)	1 (11,1)	
Rosáceas - frutos vermelhos	6 (22,2)	1 (11,1)	
Leguminosas s/ amendoim	6 (22,2)	1 (11,1)	
Amendoim	12 (44,4)	0 (0)	
Frutos secos c/amêndoa	14 (51,9)	1 (11,1)	
Cereais	6 (22,2)	1 (11,1)	
Outras famílias	13 (48,1)	5 (56,6)	
Profilina	4 (14,8)	1 (11,1)	

AA: aeroalergénios; SAO: síndrome de alergia oral

*reações que envolveram alimentos de vários grupos taxonomicamente não relacionados

nes ($p=0,010$) e a maior frequência de anafilaxia ($p=0,046$), em comparação com a alergia a LTP. Não se verificaram diferenças significativas entre os valores de IgE específica a Pru p 3 nem a pêssigo ao longo do tempo, bem como entre os valores de IgE específica a Pru p 3 e anafilaxia e urticária/angioedema. Não se verificou relação significativa entre anafilaxia bem como urticária/angioedema com o padrão de sensibilização a pólenes (mono/polissensibilização) ou os alimentos envolvidos na reação inicial.

Conclusão: Urticária/angioedema e anafilaxia foram mais frequentes e após ingestão de rosáceas. A síndrome LTP mostrou ser um fenótipo clínico mais complexo e de maior gravidade, em comparação com a alergia a LTP. O seguimento revelou reações com novos alimentos e novas sensibilizações, mas também novas tolerâncias, reforçando a importância da manutenção de acompanhamento na especialidade.

PO25 – DISCORDÂNCIA NA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ALERGIA ALIMENTAR NA QUALIDADE DE VIDA PEDIÁTRICA: UM ESTUDO COM DÍADES PARENTAIS

Manso Preto L¹, Pires Pereira H¹, Carrapatoso I¹, Regateiro F¹, Todo-Bom A¹, Botelho Alves P¹

¹ ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

Objetivos: A alergia alimentar tem um impacto significativo na qualidade de vida das crianças afetadas e das suas famílias. Contudo, as discrepâncias na perceção parental da qualidade de vida permanecem pouco exploradas. Este estudo teve como objetivo quantificar as diferenças parentais nas pontuações do Food Allergy Quality of Life Questionnaire - Parent Form (FAQLQ-PF) e identificar fatores associados a discordância clinicamente relevante.

Metodologia: Foram incluídas 50 díades (100 progenitores) de crianças com alergia alimentar. Cada progenitor preencheu o FAQLQ-PF, a Perceived Stress Scale de 4 itens (PSS-4) e uma adaptação do questionário de stress parental. Foram colhidos dados sociodemográficos, clínicos (incluindo número de alergias alimentares e gravidade das reações – oFASS-5) e dados psicossociais. As diferenças intra-díade do FAQLQ-PF foram calculadas e comparadas com um limiar de diferença mínima clinicamente importante (MCID) superior a 0.5.

Resultados: A mediana de FAQLQ-PF na população total foi de 1.36 (IQR 0.60–2.63) e a diferença intra-díade foi 0.55 (IQR 0.33–1.23), com 56.0% das díades a excederem a MCID. As diferenças intra-díade foram significativamente maiores nos casos com múltiplas alergias alimentares reportadas pelos pais ($p=0.050$) e correlacionaram-se positivamente com o score de gravidade oFASS-5 ($p=0.37$, $p=0.008$). As díades com discordância clinicamente relevante apresentaram pontuações de oFASS-5 mais elevadas (mediana de Grau 3 vs 2, $p=0.016$). Observou-se uma tendência estatisticamente não significativa para maiores diferenças do FAQLQ-PF entre casais separados ($p=0.062$).

Conclusões: Mais de metade das díades apresentaram discordância significativa na perceção do impacto da alergia alimentar. Esta discrepância parental foi associada a maior gravidade e complexidade clínica, mas não à maioria dos fatores socioeconómicos ou psicossociais avaliados. Estes achados sublinham a importância de envolver os progenitores de uma forma equilibrada, sobretudo em casos mais complexos, promovendo uma abordagem coordenada na educação e gestão da alergia alimentar da criança.

PO26 – ALERGIA ALIMENTAR AO PEIXE NUMA REGIÃO DA MACARONÉSIA

Cosme Ferreira S¹, Câmara R¹

¹ Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

A ingestão e diversidade de espécies de peixe tem aumentado nos últimos anos. Regiões com maior ingestão parecerem reportar mais casos de alergia. No entanto, a sua prevalência permanece desconhecida, fruto do número restrito de alérgenos identificados/disponíveis para o diagnóstico.

Caracterização de doentes referenciados à consulta (2023-2025) por alergia IgE mediada ao peixe.

Estudo observacional da população referenciada por alergia alimentar, e caracterização da subpopulação com alergia IgE mediada ao peixe, documentada em testes cutâneos (TC), IgE específicas (sIgE) e/ou prova de provocação (PP).

Foram referenciados, por suspeita de alergia alimentar, 297 doentes: marisco ($n=144$), peixe ($n=57$), frutas frescas ($n=37$), ovo ($n=20$), frutos secos ($n=20$), leguminosas ($n=15$), carne ($n=13$), leite ($n=8$) e outros ($n=12$). Dos 57 doentes com suspeita de alergia ao peixe, confirmou-se o diagnóstico em 43 casos: género feminino ($n=31$, 72,1%), idade média 41+8 [min 2; máx 75] anos, 25,6% ($n=11$) idade pediátrica. A média no atraso diagnóstico foi de 3+1 [min 0; máx 38] anos. As queixas cutâneas/mucocutâneas foram as mais frequentes ($n=33$, 76,7%). A anafilaxia foi diagnosticada em 6 casos. A maioria dos doentes encontrava-se monossensibilizada ($n=30$, 69,8%). O atum foi o peixe mais reportado ($n=19$, 44,2%), seguido do bacalhau ($n=12$, 27,9%) e da cavala ($n=10$, 23,3%). Na tabela 1 encontram-se caracterizadas as sensibilizações. Nos 13 casos polissensibilizados, as parvoalbuminas foram positivas em 4 (30,8%).

Em Portugal, a ingestão de pescado é muito elevada (2,5x acima da média Europeia). Na nossa região, a alergia ao peixe é a 2ª causa mais frequente, sendo a monossensibilização a forma mais observada. Embora seja tradicionalmente uma condição de longa duração, estudos recentes indicam que uma proporção significativa das crianças alérgicas poderá, com o tempo, deixar de reportar sintomas com estas proteínas. Assim, o diagnóstico precoce e a continuidade do seguimento são cruciais no estabelecimento de medidas de evicção apropriadas.

Tabela 1. Caracterização da sensibilização IgE mediada ao peixe. *Abreviações:* n - total; % - percentagem; M - média; DP - desvio padrão; min- mínimo; máx - máximo; TC - testes cutâneos; sIgE - IgE específica.

Doentes - n	43							
Género - n (%)								
Feminino	31 (72,1)							
Masculino	12 (27,9)							
≥18 anos - n (%)	32 (74,4)							
<18 anos - n (%)	11 (25,6)							
Idade	41±8 (2; 75)							
M±DP (min; máx)								
Idade início de sintomas	34±1 (1; 71)							
M±DP (min; máx)								
Idade diagnóstico	37±3 (2; 71)							
M±DP (min; máx)								
Sensibilização IgE-mediada								
Peixe	n	TC picada-picada				sIgE		PP n
		Cru		Cozinhado				
		n	M (min; máx) mm	n	M (min; máx) mm	n	M (min; máx) kU/L	
Atum	19	7	6,4 (4; 10)	7	7,4 (6; 14)	10	2,2 (0,4; 6,0)	1
Bacalhau	12	3	5,7 (5; 6)	2	10 (8; 12)	9	3,2 (0,5; 12,8)	1
Carala	10	5	6 (6; 6)	2	10 (6; 14)	5	3,0 (0,4; 9,2)	
Pescada	7	2	6 (6; 6)	2	6 (6; 6)	5	3,7 (0,7; 9,1)	
Espada	7	5	10,8 (6; 20)	6	8,7 (6; 12)			
Salmão	6	1	6 (6; 6)	0		7	2,9 (0,5; 7,5)	
Galado	4	1	6 (6; 6)	4	5,5 (4; 7)			
Sardinha	4	2	5,5 (5; 6)	2	6,5 (5; 8)			
Carapau	3	1	6 (6; 6)			4	7,5 (1,4; 21,2)	
Dourada	3	2	8 (6; 10)	1	4 (4; 4)			
Chicharro	1	1	8 (8; 8)	1	6 (6; 6)			
Robalo	1	1	6 (6; 6)					
Vermelho	1	1	8 (8; 8)	1	8 (8; 8)			
Fagoneiro	1	1	3 (3; 3)	1	5 (5; 5)			
Panga	1	1	8 (8; 8)	1	10 (10; 10)			
Pargo	1	1	4 (4; 4)					
Bodião	1	1	7 (7; 7)					
Carneiro	1	1	8 (8; 8)					

PO27 – INTOXICAÇÃO ESCOMBRÓIDE E A SEMELHANÇA COM ALERGIA ALIMENTAR AO ATUM

Baptista R¹, Dourado C¹, Aguiar R¹, Chambel M¹

¹ Hospital Cuf Descobertas, Lisboa, Portugal

Objetivo/Introdução: A intoxicação escombróide e a alergia ao atum apresentam, frequentemente, manifestações clínicas sobrepostas, constituindo um desafio diagnóstico em países como Portugal, onde o consumo de peixe é elevado. A intoxicação escombróide resulta da ingestão de peixe com elevado teor de histamina, formada pela conversão bacteriana da histidina muscular, geralmente devido a conservação inadequada. A alergia ao atum ocorre por hipersensibilidade mediada por IgE. A distinção entre estas duas entidades é fundamental para o diagnóstico preciso e tratamento adequado.

Materiais e Métodos: Descrevemos dois casos observados no nosso Centro da Alergia. Um doente do sexo masculino, 32 anos, sem antecedentes relevantes, desenvolveu urticária generalizada, rubor facial, palpitações e desconforto gastrointestinal, cerca de 30 minutos após consumo de atum enlatado, com resolução espontânea em 3 horas. No segundo caso, uma doente do sexo feminino, 45 anos, com antecedentes de dermatite atópica e reações ligeiras a marisco e peixe, apresentou prurido generalizado, angioedema e dispneia 15 minutos após ingestão de atum fresco grelhado, com necessidade de tratamento com corticoesteróide e anti-histamínico. Ambos foram submetidos a doseamento de IgE específica para o atum (sIgE do atum) e valores plasmáticos de histamina.

Resultados: O primeiro doente apresentou valores elevados de histamina plasmática e negativos para sIgE do atum, que confirmaram o diagnóstico de intoxicação escombróide. Por outro lado,

no caso da segunda doente, o valor elevado de sIgE e, posteriormente, o teste cutâneo positivo para o atum, confirmaram o diagnóstico de alergia alimentar.

Conclusão: A intoxicação escombróide pode mimetizar a alergia ao atum mediada por IgE, pelo que a correta diferenciação diagnóstica é crucial para orientação futura. A avaliação clínica complementada por exames dirigidos, nomeadamente doseamento sérico de IgE específica e níveis plasmáticos de histamina, evitam erros diagnósticos, restrições dietéticas desnecessárias e asseguram um cuidado e conduta adequados ao doente.

PO28 – EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS DE EPICUTÂNEOS COM SÉRIE DE METAIS (DE 58 HAPTENOS): RELEVÂNCIA DOS ALERGÊNIOS E IDENTIFICAÇÃO DE CLUSTERS

Marques Guimarães J¹, Marcelino J^{1,2,3}, Silva L¹, Dias C¹, Vieira J¹, Proença M¹, Gonçalves T¹, Farinha S^{4,1}, Ferrão A¹, Reis R¹, Tomaz E¹

¹ Unidade Local De Saúde Da Arrábida, Setúbal, Portugal

² Charité—Universitätsmedizin, Berlim, Alemanha

³ Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Pharmacology ITMP, Berlim, Alemanha

⁴ Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Objetivos: Estima-se que até 15% da população mundial desenvolva alergia a metais. Este estudo procura analisar 5 anos de Testes Epicutâneos (TE) a metais no nosso centro.

Metodologia: Estudo retrospectivo de TE realizados entre 2020 e 2024 com uma série de 58 haptenos metálicos, com leituras às 48h, 96h e 7 dias. O SPSS foi usado na análise estatística.

Resultados: Incluímos 71 doentes (62,6±15,6 anos; intervalo 12-84), dos quais 73,2% eram mulheres. A referenciação ocorreu por disfunção de prótese em 61,9% dos casos. Os TE foram negativos em 22(31%) doentes. Dos positivos, 10 eram monossensibilizados e 39 polissensibilizados. Identificou-se relevância clínica em 75.5% dos casos com TE positivos. As positividade identificadas exclusivamente em D7 ocorreram com dez haptenos: sulfato de berílio, cloreto férrico, tiosulfato sódico de ouro (Au-Sth), mercúrio, cloreto de paládio (Pd-Cl), tetracloporaladato de sódio (STCP), óxido (Vn-Ox) e cloreto de vanádio (Vn-Cl), estanho e oxalato de titânio (Ti-Ox). Os alergénios mais prevalentes foram: Ti-Ox(n=26), Níquel (n=23), Pd-Cl(n=21), STCP(n=21), Vn-Ox(n=11), Vn-Cl(n=8), zinco(n=8) e cloreto de ródio(n=8). O Ti-Ox foi o único dos cinco compostos de titânio com positividade. Dois doentes com implantes contendo titânio e TE positivos para Ti-Ox encontravam-se assintomáticos. Não houve associação entre positividade a titânio e positividade a outros metais. A sensibilização ao Níquel (42%), Pd-Cl e STCP (38%) foi significativamente superior em mulheres. A análise revelou 3 clusters: 1) co-sensibilização entre Níquel-Pd-Cl-STCP; 2) sensibilização isolada ao Ti-Ox; 3) outras sensibilizações.

Conclusões: Os alergénios mais prevalentes foram Ti-Ox, Pd-Cl e Níquel. A co-sensibilização entre Níquel, Pd-Cl e STCP sugere reatividade cruzada. A ausência de associação entre positividade do Ti-Ox e outros metais, ausência de positividade de outros compostos de titânio e a presença de TE positivos a Ti-Ox em doentes assintomáticos reforçam a necessidade de avaliação crítica da sua relevância diagnóstica e da taxa de falsos-positivos.

PO29 – EFICÁCIA E SEGURANÇA DO DUPILUMAB EM CRIANÇAS COM DERMATITE ATÓPICA MODERADA A GRAVE

Silva L¹, Gonçalves T¹, Dias C¹, Guimarães J¹, Vieira J¹, Marcelino J^{1,2,3}, Ferrão A¹, Tomaz E¹

¹ Unidade Local de Saúde da Arrábida, Setúbal, Portugal

² Charité—Universitätsmedizin Berlim, Berlim, Alemanha

³ Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Pharmacology ITMP, Berlim, Alemanha

Objetivos: O nosso estudo avaliou a eficácia e segurança do dupilumab em crianças com Dermatite atópica (DA) moderada a grave não controlada por terapias convencionais.

Metodologia: Análise retrospectiva em crianças com DA moderada a grave, tratadas com Dupilumab entre Junho de 2021 e Junho de 2025. A eficácia foi avaliada pelas escalas SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD ≤ 25), Eczema Area and Severity Index (EASI ≤ 7), e Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI ≤ 5); o perfil de segurança pela incidência de eventos adversos associados ao tratamento.

Resultados: Foram incluídas 17 crianças, 52,9% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos (média de 11,5±5,3 anos). A mediana (P25-75) de idade de início da DA foi 2 anos (1-10), e o tempo médio decorrido entre o diagnóstico e o início do dupilumab foi de 23,7±3,8 meses. Eram atópicas 94,4%; destas, a comorbilidade mais frequente foi a rinite (88,2%). O tempo médio decorrido entre o início do tratamento e o primeiro espaçamento foi de 12 meses (mínimo de 7 meses; máximo de 19). Três doentes apresentaram agravamento após espaçamento, retornando ao intervalo previamente tolerado. Antes do início do dupilumab, os doentes apresentaram média de SCORAD de 63,3; EASI 30,6 e CDLQI 13,2; após 4 semanas de tratamento, esses scores reduziram para 19,8; 13,2 e 7,1 respetivamente e 6 meses após o início 15,6; 3,5 e 3,4 respetivamente. Verificou-se uma redução significativa do SCORAD, EASI e CDLQI, com controlo da DA em 88,8%, 90,9% e 100% dos doentes, respetivamente, desde o início do dupilumab até ao momento atual (p<0,001). A conjuntivite foi o evento adverso mais comum (23,5%), porém, sem gravidade; não se registaram outros eventos adversos.

Conclusões: O dupilumab mostrou-se eficaz, seguro e bem tolerado em crianças com DA moderada a grave.

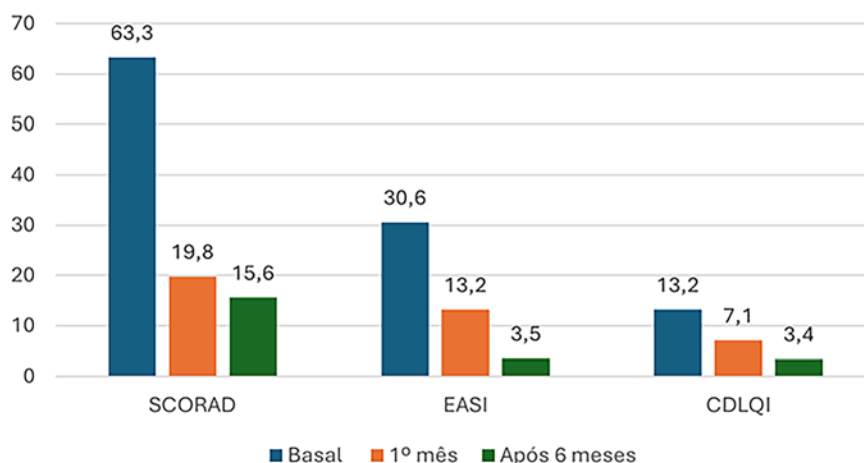


Figura 1

PO30 – SENSIBILIZAÇÃO A AEDES COMMUNIS EM DOENTES COM PRURIGO ESTRÓFULO

Flores Regalo S¹, Lucena M¹, Todo-Bom A¹, Tavares B¹, Regateiro P^{1,2,3,4}

¹ Serviço de Imunoalergologia, ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

² Instituto de Imunologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

³ Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁴ UBI Air – Clinical & Experimental Lung Centre and CICS-UBI Health Sciences Research Centre, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

Objetivos: Após uma picada pelo mosquito *Aedes communis*, 90 % da população, desenvolve uma pápula pruriginosa imediata, mas apenas uma minoria evolui para quadros graves. Estas reações englobam tanto respostas tipo I, mediadas por IgE, como tipo IV tardias. Sabe-se que a hialuronidase de *Aedes* exhibe epítopos comuns aos venenos de *Apis*, *Vespa* e *Polistes*, explicando a wasp-mosquito syndrome. Este trabalho tem como propósito determinar a relevância clínica da IgE a *Aedes communis* e avaliação da possível associação com sensibilização a venenos de himenópteros em doentes seguidos em consulta de Imunoalergologia.

Metodologia: Estudo retrospectivo (2007-2024) em 160 utentes com clínica de reação local grave à picada. Determinaram-se os

níveis de IgE *Aedes Communis* ($\geq 0,35$ kUA/L). Avaliaram-se igualmente as manifestações clínicas, os níveis de IgE total, eosinófilos e IgEs específicas a *Apis mellifera*, *Vespa* spp., *Polistes* spp., *Dermatophagoides pteronyssinus/farinae* e *Lepidoglyphus destructor*. Compararam-se frequências e as correlações contínuas.

Resultados: Dos 160 pacientes avaliados, 7(4,4%) apresentaram níveis de IgE específica a mosquito positivo (mediana 0,71; IQR 0,43–1,83 kUA/L), entre os quais, 4 em 7 estavam sensibilizados também a, pelo menos, um veneno de himenóptero e 3 apresentavam sensibilização simultânea aos 3 extratos de himenópteros testados. Dois doentes com IgE a *Aedes communis* positiva, tiveram anafilaxia, sendo que um deles apresentava também IgE a *Vespa* positiva. Nos 16 doentes com os valores mais elevados de IgE a mosquito ($\geq 0,10$ kUA/L), observaram-se correlações significativas com IgE a *Vespa* ($r=0,75$) e IgE total ($r=0,33$). Não houve associação entre eosinofilia com IgE positiva a *Aedes communis*.

Conclusões: A sensibilização a *Aedes communis* detetada por IgE específica é incomum, mas perante um resultado positivo parece coexistir também sensibilização a venenos de himenópteros, sobretudo *Vespa*. A limitação desta análise prende-se com o facto de nem todos os doentes terem o estudo completo. Estudos futuros devem incluir marcadores para outros mosquitos mais prevalentes em Portugal.

PO31 – PERFIL CLÍNICO E OCUPACIONAL DE DOENTES COM HIPERSENSIBILIDADE A METACRILATOS

Corte-Real Lucena M¹, Regalo S¹, Pedroso M², Figueiredo A², Gonçalo M², Regateiro F^{1,2,3,4}, Todo Bom A^{1,3}

¹Serviço de Imunoalergologia da ULS Coimbra, Coimbra, Portugal,

²Serviço de Dermatologia da ULS Coimbra, Coimbra, Portugal,

³Instituto de Imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁴Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁵UBIAir – Clinical & Experimental Lung Centre and CICS-UBI Health Sciences Research Centre da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

Objetivos: A hipersensibilidade aos metacrilatos é uma causa crescente de dermatite de contacto alérgica (DCA), particularmente associada à exposição a unhas acrílicas e materiais dentários, tanto em contexto profissional como não-profissional. A sua prevalência tem vindo a crescer, sobretudo entre mulheres jovens, com taxas que podem atingir os 8%. O 2-hidroxietil metacrilato (HEMA) é o agente de rastreio mais sensível para alergia a metacrilatos. Este estudo teve como objetivo principal caracterizar clinicamente doentes com DCA e sensibilização a metacrilatos.

Metodologia: Realizou-se uma análise retrospectiva, entre 2018 e 2025, de 55 doentes seguidos em Consulta de Dermatologia ou de Imunoalergologia da ULS de Coimbra, com mais de 18 anos de idade e manifestações clínicas de DCA e testes epicutâneos positivos para metacrilatos, tendo sido recolhidos dados demográficos, ocupacionais e clínicos.

Resultados: A amostra foi maioritariamente do sexo feminino (98%), com média etária de 43,5 anos. A maioria dos doentes trabalhava na indústria estética/manicure (45%). Cerca de 48% dos doentes apresentava exposição ocupacional (associada ou não a exposição não-ocupacional) e 36% exposição não-ocupacional exclusiva. A idade média de início dos sintomas foi 37,6 anos, com tempo médio de desenvolvimento de DCA de 4,3 anos em contexto profissional. Afetava predominantemente as mãos (79%). Cerca de 44% dos doentes apresentava antecedentes de atopia, sobretudo rinite e asma alérgica. Antecedentes de dermatite atópica foram observados em 20% dos doentes. O HEMA foi positivo em 85% com sensibilidade a algum acrilato. A maioria dos doentes relatou melhoria da sintomatologia com suspensão temporária da exposição e/ou uso de medidas de proteção.

Conclusões: A DCA por metacrilatos afeta maioritariamente mulheres em contextos ligados à estética, com início frequente nas mãos após exposição prolongada. A positividade elevada para HEMA confirma o seu papel como principal alérgeno. A melhoria com medidas de proteção reforça a importância da prevenção e educação.

PO32 – SÍNDROME DA PANQUECA: ANAFILAXIA ORAL POR ÁCAROS NA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

Vieira Bernardo M¹, Moreira A¹, Paiva M¹, Rodrigues Alves R¹

¹Serviço de Imunoalergologia do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Ponta Delgada, Portugal

Objetivo: Descrever os casos suspeitos de anafilaxia oral por ácaros (OMA) observados numa Consulta de Imunoalergologia.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes seguidos, por suspeita de OMA, numa consulta hospitalar de Imunoalergologia na Região Autónoma dos Açores (RAA).

Resultados: Foram analisados 19 doentes, 68% do sexo feminino, com idade mediana de 32 anos (8 - 58) à data da primeira anafilaxia. Todos apresentavam comorbilidades alérgicas associadas: 100% rinite; 42% asma; 58% conjuntivite; 68% hipersensibilidade a anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). Em 6 doentes ocorreu mais do que um episódio sugestivo de OMA. Os alimentos implicados mais frequentemente foram panquecas (58%), pão (21%) e bolos (21%). As manifestações clínicas mais frequentes foram mucocutâneas e respiratórias (95% cada), seguidas das gastrointestinais (27%). A maioria dos doentes (74%) iniciou sintomas menos de 30 min após ingestão e a presença de sintomas respiratórios associou-se a uma instalação mais rápida do quadro (p=0,0001). Nenhuma reação anafilática foi precedida pela toma de AINEs ou outras terapêuticas.

Todos os doentes apresentaram testes cutâneos por picada (TCP) positivos para ácaros: *L. destructor* (100%), *B. tropicalis* (89,5%), *D. pteronyssinus* (84,2%) e *D. farinae* (78,9%). Em todos verificou-se tolerância posterior a alimentos confeccionados com o mesmo tipo de farinha e aos outros alimentos ingeridos antes das reações anafiláticas. Foi possível realizar TCP com a farinha suspeita em 3 casos, todos com resultado positivo. Nenhum doente apresentou sensibilização ao trigo ou outros alérgenos alimentares suspeitos.

Conclusão: Os dados obtidos reforçam a relevância da OMA na RAA e a importância do elevado grau de suspeição clínica perante anafilaxias, sem causa aparente, associadas à ingestão de alimentos farináceos. De acordo com a literatura, verificou-se elevada prevalência de hipersensibilidade a AINEs e patologia respiratória alérgica, nos doentes com OMA, apoiando a existência de um fenótipo clínico que associa estas 3 entidades.

**SESSÃO DE CASOS CLÍNICOS I
ALERGIA A FÁRMACOS E ALERGÊNIOS
E IMUNOTERAPIA**

11 de Outubro | 08:30-10:00 | Sala I.I

Moderadores: Ana Sofia Moreira, Carmelita Ribeiro e Mariana Lobato

CC01 – DESAFIOS NA IMUNOTERAPIA COM VENENO DE ABELHA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Coelho C¹, José F¹, Barradas Lopes J¹, Barreira P¹

¹ Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: Embora a imunoterapia específica para veneno(VIT) de abelha seja geralmente eficaz e segura, alguns doentes apresentam reações adversas significativas e mesmo mantendo tratamento com ajustes de protocolos e pré-medicação, a falência terapêutica pode ocorrer.

Descrição: Doente do sexo masculino, 26 anos, seguido em consulta de Imunoalergologia desde os 13 anos por alergia IgE mediada a veneno de abelha, com história de reação grau IV (escala de Mueller) e triptase basal normal. Apresenta elevado risco de exposição devido à atividade profissional dos pais(apicultores). Iniciou VIT com veneno de abelha (dose de manutenção: 100 µg) em 2011 tendo-se verificado múltiplas reações adversas sistémicas com doses de 100ug, incluindo episódios de anafilaxia, mesmo com diferentes estratégias de pré-medicação, inviabilizando o espaçamento das administrações. Em 2013, introduziu-se Omalizumab durante 6 meses, com boa tolerância à VIT. Após suspensão do biológico, reapareceram reações de vários graus de gravidade espaçadas ao longo dos anos. Em 2021, reintroduziu-se o Omalizumab para aumento de dose de VIT até 200 µg, com boa tolerância. Contudo, após suspensão gradual do biológico em 2024, voltaram a ocorrer reações sistémicas à VIT (na 3ª administração sem Omalizumab), mesmo com

doses baixas(50 µg). Perante isto, optou-se por suspender definitivamente a VIT, assumindo-se falência terapêutica. Na tabela 1 apresenta-se a imunologia ao longo dos anos.

O doente não apresentou repicadas durante todo o período de acompanhamento.

Discussão: Apesar da elevada eficácia documentada da VIT abelha, este caso ilustra uma situação de falência terapêutica. O doente acabou por fazer mais de 5 anos de VIT pelas reações graves à mesma e pelo elevado grau de exposição. A ausência de repicadas impossibilitou a avaliação objetiva da eficácia da VIT. Este caso sublinha que, apesar dos bons resultados, existem limitações e falhas terapêuticas cuja fisiopatologia ainda não está completamente esclarecida, reforçando a necessidade de estratégias individualizadas.

CC02 – AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA IMUNOTERAPIA COM VENENO DE HIMENÓPTERO POR STING CHALLENGE: RELATO DE UM CASO

Lages M¹, Coelho J¹, Santos N¹, Rainha G¹, Ribeiro F¹, São Braz M¹

¹ ULS do Algarve, Faro, Portugal

Introdução: A imunoterapia com veneno de himenópteros (VIT) é o tratamento mais eficaz para a prevenção de novas reações alérgicas graves. A prova de provocação com picada - sting challenge (SC) é considerada o gold standard para a avaliação da eficácia, em doentes que toleram a dose de manutenção.

Descrição do caso clínico: Homem de 41 anos, apicultor recreativo, referenciado à consulta de Imunoalergologia por antecedentes de anafilaxia após picada de Apis mellifera. Na avaliação analítica inicial, apresentava IgE total de 75 kU/L, triptase basal de 2.44 µg/L, IgE específica para veneno de abelha de 10.3 kU/L e para Api m 10 de 22.9 kU/L, sendo negativas Api m 1, 2, 3 e 5. Iniciou VIT com veneno de abelha Roxall® em 2020, por protocolo ultra-rush, sem reações imediatas mas com reação local exuberante tardia. Durante a manutenção, ocorreram episódios esporádicos de prurido e eritema palmar, por vezes com tosse, controlados

Tabela 1. Valores de imunologia ao longo do período de acompanhamento

Ano	IgE Total (kU/L)	IgE Abelha (kU/L)	Api m 1 (kU/L)	Api m 2 (kU/L)	Api m 3 (kU/L)	Api m 5 (kU/L)	Api m 10 (kU/L)	
2011	ND	94.4	ND	ND	ND	ND	ND	Pré início de VIT
2012	471	>100	ND	ND	ND	ND	ND	Pós 1 ano VIT
2014	269	46.7	ND	ND	ND	ND	ND	Sob VIT 100 ug (pós 6 meses OMA)
2017	361	25.6	ND	ND	ND	ND	ND	Sob VIT 100 ug
2019	314	10.8	ND	ND	ND	ND	ND	Sob VIT 100 ug Reações VIT [100ug]
2021	515	12.7	5.05	5.03	ND	ND	0.15	Pré início de OMA
2022	1440	45.9	23.0	23.2	2.78	6.10	0.68	Sob OMA, VIT 200 ug
2024	472	24.4	7.89	ND	0.87	4.14	0.21	Sem OMA. Reações VIT [50-100 ug]

Legenda: ND: não disponível, OMA: Omalizumab

com anti-histamínico. Encontra-se atualmente no quinto ano de tratamento, com administração de 100 µg a cada oito semanas, sem intercorrências. Não voltou a ser picado durante a VIT. Para avaliação da proteção conferida, realizou-se SC em hospital de dia. Utilizaram-se abelhas vivas trazidas pelo próprio doente e um dispositivo construído a partir de uma seringa modificada (Figura 1). Após a picada, o ferrão foi deixado in situ durante cerca de 30 segundos, com formação de pápula de 15 mm. O doente permaneceu em vigilância durante 120 minutos, sem desenvolvimento de reações sistémicas. Decidiu-se suspender a VIT após cinco anos de tratamento e tolerância confirmada à picada controlada.

Discussão: Este caso reforça a utilidade do SC na confirmação da eficácia da VIT, num doente monossensibilizado a Api m 10. Para além da avaliação clínica, o teste contribuiu para a redução da ansiedade associada ao risco de novas picadas.



Figura 1

CC03 – DESSENSIBILIZAÇÃO À PIRAZINAMIDA – OBSTÁCULOS E DESAFIOS PARA ALÉM DA IMUNOALERGOLOGIA

Coelho J¹, Sá Teixeira R², Paes M¹, Sousa M²

¹ Unidade Local de Saúde do Algarve, Faro, Portugal

² Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução : A tuberculose é um problema de saúde pública, exigindo terapêuticas seguras e eficazes. A pirazinamida (PZN), fármaco de primeira linha, pode causar reações de hipersensibilidade (RH), comprometendo adesão e risco de resistências. A dessensibilização (DSZ) pode ser essencial para garantir a continuidade do tratamento.

Descrição Caso Clínico: Este caso descreve um homem de 54 anos (tuberculose pleural) referenciado à consulta por suspeita de

RH à PZN e ao etambutol (ETB). Desenvolveu eritema e sensação de calor no couro cabeludo, pavilhões auriculares, face e dorso, com lesões maculares não pruriginosas, cerca de 5–20 minutos após a toma de PZN 1500mg e ETB 700mg; resolução após tratamento com hidrocortisona EV. A prova de provocação oral com PZN confirmou RH imediata: reação reproduzível após dose de 500mg. Optou-se pela realização de DSZ (Quadro 1) com dose cumulativa (DC) prevista de 1500mg. Por indisponibilidade de vaga no hospital de dia (HDia) para procedimento longo e para segurança do doente, optou-se por ajustar o protocolo com DC de 605mg no 1.º dia. Após 605mg, apresentou reação cutânea ligeira, resolvida com ebastina 20mg PO. Manteve PZN 500mg/dia até nova titulação, atrasada por ausência de vaga no HDia e dias feriadados. O aumento de dose ocorreu após 15 dias, sem intercorrências e com indicação para manter PZN 1500mg/dia. Contudo, queixas gastrointestinais determinaram a suspensão da PZN. Por não existir indicação para introdução de ETB, não foi realizado estudo deste fármaco.

Discussão: Este caso ilustra a viabilidade e eficácia da DSZ à PZN nas RH e salienta a importância de obstáculos que podem limitar o sucesso terapêutico, sejam logísticos ou efeitos adversos. Sublinha-se a importância da adaptação dos protocolos à realidade de cada serviço e indivíduo. Apesar do sucesso da DSZ, a continuidade do tratamento ideal foi inviabilizada por fatores extrínsecos, reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar.

Quadro 1

Data	Tempo	Dose (mg)	Dose (ml)	DC (mg)
Dia 1 18.06.25		10mg/ml		
		1	0.1	1
	15'	2	0.2	3
	15'	4	0.4	7
	15'	8	0.8	15
	15'	15	1.5	30
	15'	25	2.5	55
	15'	50	5.0	105
		100mg/ml		
	15'	100	1	205
	15'	200	2	405
	15'	200	2	605
19.06.25 a 01.07.25	24h	500 mg		500mg/dia
Dia 15 02.07.25		500 mg		500
	15'	1000 mg		1500

Quadro 1: Protocolo de dessensibilização à pirazinamida (suspensão oral preparada pela Farmácia Hospitalar)

CC04 – VÍRUS OU FÁRMACO? UM DILEMA DIAGNÓSTICO NUM CASO CLÍNICO SUGESTIVO DE SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON

Martins G¹, Tavares V¹, Abdurrachid N¹, Vassalo F¹, Marques C³,
Spínola Santos A^{1,2}, Branco-Ferreira M^{1,2}, Lopes A^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade
Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

³ Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Introdução: A síndrome de Stevens–Johnson (SJS) é uma reação mucocutânea grave, geralmente induzida por fármacos. No entanto, infeções virais como a provocada pelo vírus herpes simplex tipo 1 (HSV-1) podem mimetizar ou, raramente, desencadear SJS, sobretudo em formas com envolvimento mucoso isolado. Este caso ilustra a dificuldade em distinguir entre SJS induzido por fármacos ou por infeção herpética, especialmente quando o quadro clínico se limita à mucosa oral.

Descrição do caso clínico: Homem, 34 anos, sem antecedentes relevantes. Referenciado à consulta de Imunoalergologia (IA) em 2024 após episódio de febre, odinofagia e lesões orais dolorosas, que surgiram uma semana após administração de penicilina IM e ibuprofeno por amigdalite bacteriana. Apresentava erosões extensas e crostas hemorrágicas labiais, com úlceras na mucosa oral, sem envolvimento cutâneo ou ocular. Suspeitou-se de SJS induzida por fármacos ou por infeção por HSV-1. Iniciou empiricamente aciclovir EV, tendo o PCR para HSV-1 posteriormente confirmado a infeção. Verificou-se resolução completa das lesões em duas semanas. A serologia revelou IgM positiva às duas semanas, com IgG negativa, que apenas positivou após mais de seis meses depois. Na consulta de IA, realizou testes epicutâneos e intradérmicos com os fármacos implicados, todos negativos, reforçando a exclusão de hipersensibilidade, embora não se possa excluir totalmente etiologia medicamentosa.

Discussão: Este caso evidencia o desafio diagnóstico em determinar se o quadro corresponde a SJS desencadeada por fármacos ou por infeção herpética. A ausência de envolvimento

cutâneo, a positividade do PCR para HSV-1 e a resposta ao aciclovir sugerem etiologia herpética. A soroconversão tardia sugere uma resposta imunitária atípica na sequência de primo-infeção. Apesar da investigação ser sugestiva de causa infecciosa, permanece a dúvida quanto à implicação dos fármacos suspeitos, levantando questões sobre a sua reintrodução futura em segurança.

CC05 – ANAFILAXIA EM ONCOLOGIA: UM CULPADO MENOS ÓBVIO

Vassalo A¹, Brás R^{1,2}, Branco-Ferreira M^{1,2}, Caiado J^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

Introdução: As reações de hipersensibilidade (RHS) em Oncologia são frequentemente associadas aos citostáticos (platinos e taxanos), contudo podem também ser causadas por outros fármacos incluídos nos protocolos, como pré-medicação ou terapêuticas complementares.

Descrição do caso: Mulher, 59 anos, com adenocarcinoma do reto estadio IV desde 2021, previamente tratada com CAPOX (capecitabina, oxaliplatina) e LV5FU-C (folinato de cálcio (FC), 5-fluoruracilo, cetuximab). Por progressão da doença iniciou FOLFOX-B (FC, 5-fluoruracilo, oxaliplatina, bevacizumab) referindo, desde o 3º ciclo, prurido e exantema generalizado durante a perfusão de oxaliplatina (que perfunde simultaneamente ao FC). As queixas resolviam após suspensão da perfusão e terapêutica com corticoide e anti-histamínico, permitindo retomar o tratamento. Por recorrência da reação nos 4 ciclos seguintes, admitiu-se RHS a oxaliplatina e optou-se por retomar LV5FU-C. Aos 5 minutos de perfusão de FC iniciou prurido facial e palmo-plantar e sensação de aperto torácico. Foi medicada com corticoide e anti-histamínico com resolução e retomou perfusão a 25% da velocidade, apresentando após 15 minutos nova reação com rash generalizado, dificuldade respiratória (dessaturação periférica para 90%) e hipotensão (86/52mmHg), com lenta recuperação. Admitiu-se RHS a FC e fez switch para TAS (trifluridina, tipiracila), sem resposta clínica. Foi referenciada à Imunoalergologia por necessidade de iniciar novo protocolo com FC. Realizaram-se testes cutâneos com FC: em picada negativo e intradérmicos positivos (0,1 e 1mg/mL). Foi proposto protocolo de dessensibilização de 12 passos para o FC, tendo já completado dois procedimentos com sucesso.

Discussão: Em vários protocolos, nomeadamente FOLFOX-B, a oxaliplatina perfunde em simultâneo com FC, muitas vezes esquecido como indutor de RHS. Existem poucos casos descritos de RHS a FC, sendo ainda mais raros aqueles com positividade documentada nos testes cutâneos. Este caso demonstra a importância de ter em conta os vários fármacos incluídos nos protocolos de quimioterapia, obrigando a considerá-los no diagnóstico diferencial das RHS neste contexto.



Figura 1

Figura 2

**CC06 – DESSENSIBILIZAÇÃO AO OCRELIZUMAB
NUMA DOENTE COM ESCLEROSE MÚLTIPLA:
UM CASO CLÍNICO**

Geraldes R¹, Guedes C¹, Cunha F¹, Ribeiro C¹, Todo-Bom A^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

² Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: O ocrelizumab é um anticorpo monoclonal anti-CD20 humanizado aprovado para tratamento de formas inflamatórias de esclerose múltipla (EM). Apesar do seu perfil de segurança, aproximadamente 1/3 dos doentes apresentam reações de hipersensibilidade (RH), sendo a dessensibilização ao ocrelizumab essencial para garantir continuidade terapêutica. Contudo, existem ainda poucos casos descritos na literatura.

Descrição do Caso: Doente de 45 anos, sexo feminino, com antecedentes de hipertensão arterial, depressão, obesidade e tabagismo, medicada com indapamida, candesartan, venlafaxina, oxcarbamazepina, alprazolam, clonazepam, semaglutido e suplemento de vitamina D. Sem antecedentes de atopia, excetuando suspeita de RH a penicilina não estudada.

Recentemente diagnosticada também com EM e proposta para tratamento com ocrelizumab, que motivou referência à consulta de Imunoalergologia por suspeita de RH a este fármaco. Três horas após iniciar a primeira administração, apresentou prurido laríngeo, disfagia, taquicardia, opressão torácica e dispneia sibilante, sintomas que reverteram com a suspensão da perfusão e administração de corticoide e anti-histamínico, tendo a infusão sido retomada e concluída. A segunda administração decorreu sem intercorrências, mas na terceira, apresentou novamente sintomas semelhantes aos da primeira administração, acompanhados por sudorese e edema periorbitário. A infusão foi suspensa e foi administrada metilprednisolona, clemastina e paracetamol ev.

Realizou testes cutâneos com Ocrelizumab (30 mg/mL): por picada (I/I) e intradérmicos (diluições de 1/1.000.000 - 1/10), negativos. Face à ausência de alternativas terapêuticas, foi proposta dessensibilização com Ocrelizumab - protocolo de 3 bolsas e 13 passos, na dose cumulativa de 300 mg. À data, a doente completou dois ciclos: no primeiro apresentou parestesias e prurido orofaríngeo, resolvidos com anti-histamínico, no segundo ciclo manteve-se assintomática.

Discussão: Perante a ausência de alternativas terapêuticas, a dessensibilização surgiu como uma estratégia necessária, que se revelou segura e eficaz, devendo ser futuramente ponderada em casos semelhantes. A divulgação deste caso pretende contribuir para a evidência sobre a dessensibilização ao Ocrelizumab.

**CC07 – HIPERSENSIBILIDADE TARDIA AO
METAMIZOL CLASSIFICADA COMO SNIDR:
UM CASO CLÍNICO COM DIAGNÓSTICO
POR PROVOCAÇÃO**

Tavares V¹, Martins G¹, Abdurrahid N¹, Spínola Santos A^{1,2}, Branco Ferreira M^{1,2}, Lopes A^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

Introdução: As reações de hipersensibilidade tardia a anti-inflamatórios não esteróides (AINE) são de difícil diagnóstico e frequentemente atribuídas a antibióticos, sobretudo em contexto perioperatório. O diagnóstico de SNIDR (Single NSAID-Induced Delayed Reaction) requer uma abordagem cuidadosa e, na maioria dos casos, confirmação por prova de provocação (PP).

Descrição: Homem, 64 anos, com carcinoma urotelial de baixo grau, referenciado à consulta de Imunoalergologia por suspeita de hipersensibilidade a beta-lactâmicos e quinolonas, na sequência de episódios recorrentes de exantema eritematoso pruriginoso generalizado entre 12 a 24 horas após intervenções cirúrgicas urológicas. As reações foram atribuídas à administração de ciprofloxacina, norfloxacin e cefazolina. Os testes cutâneos em picada (TCP) com látex, iodopovidona e clorhexidina foram negativos. Os TCP, intradérmicos (TID) e epicutâneos, bem como as PP com a ciprofloxacina, norfloxacin e cefazolina foram negativos. Também foram negativos os TCP e TID realizados com os restantes fármacos: metamizol, cetorolac, enoxaparina, propofol, fentanil e midazolam. Após análise dos protocolos cirúrgicos, foi identificada a administração de metamizol apenas nos procedimentos com reação. Foi então realizado epicutâneo com metamizol com resultado negativo e PP com metamizol positiva às 12 horas com exantema eritematoso pruriginoso no dorso e membros superiores. Verificou-se tolerância a paracetamol, ibuprofeno e cetorolac, confirmando-se o diagnóstico de SNIDR.

Discussão: O caso clínico evidencia a importância da história clínica e elevado grau de suspeição necessários para o diagnóstico de um SNIDR. Os epicutâneos e TID de leitura tardia têm baixa sensibilidade para o metamizol e não excluem o diagnóstico. A PP é o teste gold standard, com sensibilidade e especificidade superiores a 90%. O reconhecimento deste tipo de reação evita exclusões terapêuticas indevidas e permite uma abordagem segura e individualizada.



Figura 1



Figura 2

CC08 – SÍNDROME DE ALERGIA A MÚLTIPLOS FÁRMACOS: VALOR DIAGNÓSTICO DA AVALIAÇÃO IN VIVO E IN VITRO

Abdurachid N¹, Martins G¹, Tavares V¹, Gonçalves L¹, Lobato M², Silva S^{1,3}, Branco Ferreira M^{1,3}, Lopes A^{1,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

² Centro da Alergia, CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

³ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: A Síndrome de Alergia a Múltiplos Fármacos (MDAS) define-se por reações de hipersensibilidade imunomediadas a dois ou mais fármacos estruturalmente distintos. A exposição a múltiplos fármacos como no perioperatório implica um desafio adicional para o diagnóstico. A identificação dos fármacos responsáveis exige uma abordagem sistematizada, através de testes cutâneos, provas de provocação (PP) e avaliação in vitro.

Descrição do caso clínico: Homem de 40 anos, referenciado à consulta de Alergia Medicamentosa após anafilaxia durante hermioplastia cervical. Imediatamente após indução anestésica com propofol, remifentanil, rocurónio e cefazolina, desenvolveu exantema maculopapular generalizado, dessaturação e hipotensão. Em

reavaliação pós-cirúrgica, após aplicação tópica de iodopovidona, descreve eritema e prurido no local da aplicação e na região ocular. Na anamnese, identificadas reações prévias: urticária generalizada imediata após administração de naproxeno por síndrome gripal; exantema pruriginoso após toma de amoxicilina-clavulanato por abscesso dentário. Na avaliação imunoalergológica: teste cutâneo em picada (TCP) iodopovidona positivo; intradérmico (ID) PPL, amoxicilina e clavulanato positivos imediatos. TCP e ID Cefazolina e anestésicos gerais negativos. TCP látex e clorohexidina negativos, IgE específicas beta-lactâmicos negativas, triptase basal 5,5 µg/L. Realizado Teste de ativação de Basófilos (BAT): CD63 positivo MDM, PPL; CD203C positivo para amoxicilina, clavulanato e cefazolina. PP com naproxeno positiva (urticária). PP com etoricoxib e ibuprofeno negativas. TCP e ID com naproxeno positivos.

Discussão: A anafilaxia no perioperatório associada a história de reação a beta-lactâmicos, AINEs e desinfetantes locais, aumentou a complexidade diagnóstica deste caso. Identificou-se alergia a múltiplos beta-lactâmicos, amoxicilina, clavulânico, PPL e cefazolina; esta última apenas confirmada por BAT. A hipersensibilidade seletiva ao naproxeno, com TCP positivo para naproxeno sugere reação IgE mediada, assim como o TCP para a iodopovidona. Uma abordagem diagnóstica estruturada, que inclua testes in vivo e in vitro, é indispensável na avaliação de MDAS.

**CC09 – REAÇÕES MEDICAMENTOSAS
INESPERADAS: QUANDO O PASSADO NÃO
PREVINE O FUTURO**

Mações C¹, Coelho J¹, Lopes J¹, Ferreira J¹, Cadinha S¹

¹ Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho, Porto, Portugal

Introdução: As reações de hipersensibilidade (RH) a fármacos classificam-se como imediatas ou não-imediatas. Embora incomum, o mesmo doente pode apresentar padrões de reação distintos, em termos de timing e manifestações clínicas, para um mesmo fármaco. Nestes casos, uma RH inicialmente tardia pode preceder uma RH imediata grave, como anafilaxia, em exposição subsequente. Este padrão clínico coloca desafios no diagnóstico e vigilância dos doentes após provas de provocação (PP), mesmo perante história de manifestações ligeiras na reação índice e testes cutâneos negativos.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de uma mulher de 32 anos, previamente saudável, referenciada à consulta por suspeita de hipersensibilidade a cefuroxima e cotrimoxazol, em contexto de úlcera vulvar. Uma hora após administração de cefuroxima desenvolveu “formigueiro” nos membros inferiores, dispneia, aperto orofaríngeo e edema da língua com reversão após adrenalina no SU. Alta medicada com corticoterapia (CCT), anti-histamínico (AH) e cotrimoxazol, como antibiótico alternativo. Aparecimento de exantema macular generalizado em D4, coincidente com suspensão de CCT e AH, com resolução após descontinuação do antibiótico. Testes epicutâneos com cotrimoxazol negativos, progredindo-se para PP, sem intercorrências nas primeiras 2 horas de vigilância. Cerca de 1 hora após alta, a doente retorna com prurido ocular e palmar, aperto orofaríngeo e hipotensão conjuntiva, com rápida progressão para hipotensão (queda TAS > 30%), sendo eficazmente tratada com adrenalina, fluidoterapia, AH e CCT. Aguarda conclusão de estudo relativo a cefalosporina suspeita de RH.

Conclusão: Este caso evidencia a complexidade diagnóstica e terapêutica dos fenótipos conversores na alergia a fármacos. A utilização concomitante de CCT e AH na reação índice poderá ter influenciado o perfil inicial, dificultando a correta avaliação da sua gravidade e comprometendo a estratificação do risco em exposições futuras. Com este caso clínico, pretende-se destacar a importância de considerar a possibilidade de evolução de RH não-imediatas ligeiras para quadros sistémicos imediatos graves.

**CC10 – REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE NO
TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR:
DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO –
RELATO DE CASO**

Silva D¹, Pereira T¹, Falcão I¹

¹ Centro Hospitalar Universitário de Santo António, ULSSA, Porto, Portugal

Introdução: Nos próximos anos poderemos assistir ao aumento do número de casos de Tuberculose Pulmonar (TP) relacionado com os fenómenos migratórios concomitante ao abandono da estratégia de vacinação universal até 2017. Os antituberculosstáticos Isoniazida (INH), Rifampicina (RIF), Pirazinamida (PZA) e Etambutol (EMB), constituem, em associação, uma terapêutica de primeira linha – HRZE. A necessidade de esquemas alternativos, está relacionada com as resistências antimicrobianas, os eventos adversos e, entre estes, ainda que raras vezes, às reações de hipersensibilidade (HS).

Descrição do Caso: Mulher de 31 anos, fumadora, diagnosticada com TP e teste antimicrobiano multissensível. Iniciou HRZE e, após uma semana, desenvolveu lesões maculopapulares pruriginosas do tronco e membros. Após três dias sem melhoria sob desloratadina 10 mg/dia, suspendeu o tratamento por indicação médica com resolução do quadro. Foi encaminhada à consulta de Imunoalergologia e realizou testes cutâneos, prick e intradérmicos (ID), para os quatro implicados, com resultados compatíveis com HS à Rifampicina (ID positivo na concentração 0,06 mg/ml) – Figura 1. Provas de Provocação Oral (PPO) subsequentes com INH, PZA e EMB negativas, permitiram a sua reintrodução; sendo adicionada uma Fluoroquinolona, alternativa à RIF. Assistiu-se à conversão dos exames diretos e culturais em negativos, bem como melhoria clínica e imagiológica.

Discussão: A rifampicina, pilar do tratamento, está associada a HS imediata em até 0,3% dos casos e tardia em até 1%. O desafio diagnóstico em terapêuticas múltiplas passa pela suspensão temporária dos suspeitos, com reintrodução de cada fármaco após PPO. O provável aumento de casos, torna expectável o registo do número de eventos adversos, entre os quais as reações de HS. O estudo alérgico dirigido e atempado, permite a escolha de uma terapêutica alternativa que minimize a probabilidade de resistências bacterianas e o prolongamento do estado bacilífero.

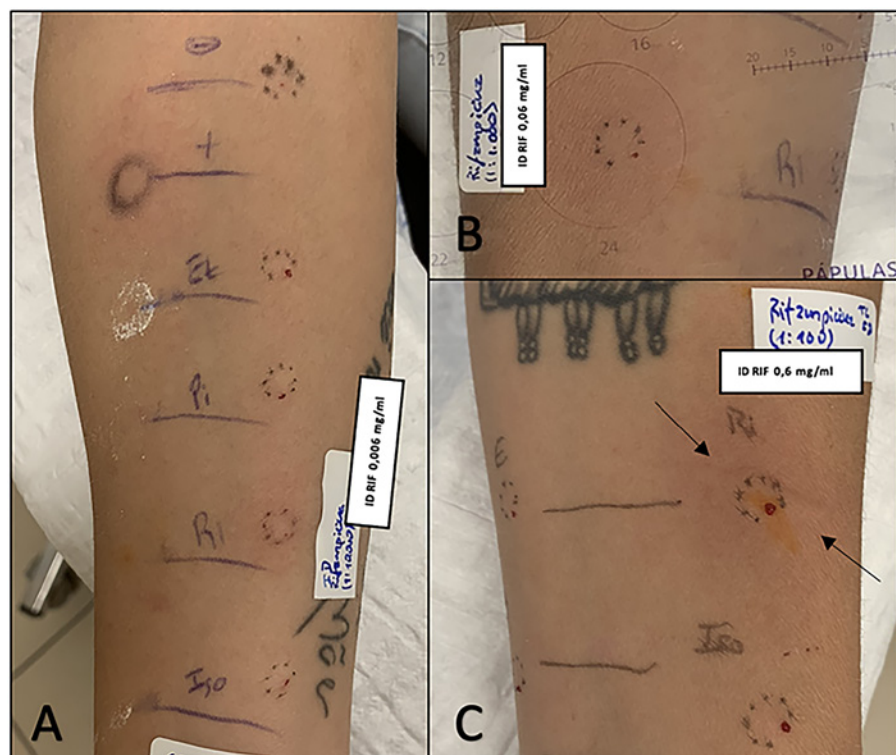


Figura 1 - Testes Cutâneos Prick e Intradérmicos (ID) com os implicados. Isoniazida 100mg/ml (ID 1/1.000 e 1/100); Pirazinamida 500mg/ml (ID 1/100 e 1/10); Etambutol 400mg/ml (ID 1/100 e 1/10); e Rifampicina (RIF) 60 mg/ml (diluições ID: (A) 1/10.000, (B) 1/1.000 e (C) 1/100). O teste foi considerado positivo no imediato para Rifampicina. Controlo positivo (Histamina) com diâmetro médio (DM) de 7mm; RIF 0,06 mg/ml com eritema de 24 mm de DM; RIF 0,6 mg/ml com pápula de 12mm, pseudópodes (→) e eritema de 30mm de DM.

CCII – PORQUE EXANTEMA + EOSINOFILIA NO PRESENTE NEM SEMPRE SIGNIFICAM DRESS NO FUTURO!

Oliveira A¹, Garcia M², Garcia S¹, Lopes J¹, Guedes H¹, Ferreira J¹, Cadinha S¹

¹ Unidade Local de Saúde de Gaia Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

² Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Introdução: A temozolomida (TMZ) é um agente alquilante oral amplamente utilizado no tratamento de gliomas de alto grau. Reações adversas cutâneas ligeiras podem ocorrer nas fases de tratamento concomitante com radioterapia (QRT) e em monoterapia.

Descrição: Homem de 55 anos com glioma difuso astrocitário de alto grau de malignidade, submetido a exérese neurocirúrgica (outubro/2024). Em dezembro iniciou protocolo de tratamento de QRT com TMZ diária durante 6 semanas. Após 2 semanas desenvolveu exantema macular pruriginoso exuberante, sendo avaliado por Oncologia que instituiu terapêutica com corticóide (CCT) e anti-histamínico (AH) sistémicos, com melhoria parcial, pelo que suspenderam TMZ uma semana até resolução total. Reiniciou TMZ, com recrudescimento de exantema e eosinofilia periférica (Eo), pelo que foi orientado para Imunoalergologia. Por se tratar de terapêutica standard de primeira linha, decidido assumir uma postura treating through, mantendo TMZ em simultâneo com CCT e AH, e vigilância clínica e analítica apertada. Apesar de agravamento de exantema e Eo (máximo 1500/mm³), permaneceu sem outros critérios de gravidade (RegiSCAR 0), com resolução de queixas no final de janeiro/2025. Em fevereiro/2025 iniciou fase de manutenção (6 ciclos de 28 dias, com TMZ administrada nos 5 primeiros dias), com escalada gradual da dose no primeiro ciclo e monitorização de Eo, sob profilaxia com CCT e AH durante os 7 primeiros dias de tratamento. A partir do 2º ciclo, o doente apresentou melhor tolerância, com flutuações do quadro cutâneo, completando os 6 ciclos programados. Atualmente, apresenta doença estável do ponto de vista oncológico.

Conclusão: Este caso clínico ilustra a complexidade da abordagem na suspeita de reações induzidas por fármacos antineoplásicos e a importância de uma decisão multidisciplinar e partilhada, entre profissionais e doentes, para que no presente e no futuro se evite, cada vez mais, a suspensão de terapêuticas únicas e imprescindíveis, com impacto na doença oncológica.

**CC12 – SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO
STEVENS-JOHNSON DRESS A FÁRMACOS
ANTICONVULSIVANTES. UM DESAFIO
DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO NUMA DOENTE
COM MAL EPILEPTICO.**

Kashpor A, Gomes M, Martins G, Vassalo F, Lopes A, Gomes M¹
¹ Hospital De Santa Maria, Lisboa, Portugal

A síndrome de Stevens-Johnson (SJ) é uma reação cutânea mediada por células T citotóxicas, associada a fármacos ou infeções, cuja mortalidade pode atingir os 25 a 35% dos casos. Entre os fármacos que a desencadeiam contam-se os anticonvulsivantes, fenobarbital, fenitoína, carbamazepina e o levetiracetam. Caso clínico: Mulher de 62 anos, autónoma, com antecedentes de esclerose múltipla, fratura da perna direita submetida encavilhamento tibial. Admitida num Serviço de Medicina em 28-1-2025 por febre, alucinações visuais e confusão. Tinha sinais clínicos de broncopneumonia bilateral. Laboratorialmente, apresentava trombocitopenia e elevação da PCR. Isolou-se numa hemocultura *Staphylococcus epidermidis* resistente à flucloxacilina, sendo medicada com vancomicina (3/2/2025). O EEG mostrou estado de mal epiléptico fronto-temporal, iniciando-se levetiracetam e fenitoína (4/2/2025). Recuperou o estado neurológico e houve resolução das alucinações. A doente teve alta após 21 dias medicada com levetiracetam e fenitoína. 48h após a alta, apresentou febre, sinais inflamatórios na perna direita, sem subida dos parâmetros inflamatórios. Reiniciou-se vancomicina e no dia seguinte (20-2-2025) surgiu exantema maculopapular pruriginoso assumindo-se reação urticariforme à vancomicina que foi suspensa. Ao 4 dia de reinternamento, notou-se pela primeira vez lesões em alvo e destacamento da pele. Reavaliada por Imuno-alergologia, foi feito o diagnóstico de SSJ secundário aos anti-convulsivantes, suspendeu-se levetiracetam e fenitoína, e introduziu-se valproato de sódio. A avaliação laboratorial mostrou eosinofilia e a biópsia cutânea infiltrado eosinofílico. A doente foi medicada com 80mg de prednisolona e imunoglobulina ev. Houve resolução das lesões cutâneas, da febre e a doente teve alta. Mantém-se estável 6 meses após a alta. Discussão: Nos doentes polimedicados com reações cutâneas tardias, torna-se um desafio clínico apurar o fármaco implicado. No caso clínico descrito, o aparecimento de lesões em alvo, e o destacamento da pele apontam para a SSJ sem envolvimento das mucosas, a febre e a eosinofilia para a síndrome DRESS.

**SESSÃO DE CASOS CLÍNICOS II
ALERGIA ALIMENTAR, ALERGIA CUTÂNEA,
ANAFILAXIA E DOENÇAS IMUNOALÉRGICAS
FATAIS, ASMA E IMUNODEFICIÊNCIAS
PRIMÁRIAS**

11 de Outubro | 09:30-11:00 | Sala I.1

Moderadores: Anna Sokolova, José Alberto Ferreira e Teresa Vieira

**CC13 – COMPONENTES E CO-FATORES, UMA
LIGAÇÃO PERIGOSA NA ALERGIA ALIMENTAR**

C. Pereira L¹, Tavares B, Carrapatoso I, Pereira H, Todo-Bom A¹
¹ ULS de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A alergia alimentar surge principalmente nos primeiros anos de vida. Contudo, a possibilidade de um diagnóstico em idades avançadas, em que a polimedicação frequente poderá levantar suspeitas de hipersensibilidade a fármacos, constitui um desafio na identificação correta do desencadeante da alergia e de eventuais e co-fatores.

Descrição do caso clínico: Homem de 70 anos, com episódios agudos de urticária recorrente desde os 64 anos, após as refeições e durante exercício físico. Agravamento da urticária coincidindo com a toma de ácido acetilsalicílico (AAS) que apesar da suspensão do fármaco, aumentou de frequência. Duas Anafilaxias aos 66 anos, durante o exercício, após ingestão de trigo, chocos (ou camarão) e toma de piroxicam.

Desde os 69 anos, urticária crónica controlada com toma contínua de anti-histamínicos.

Metodologia e Resultados: Recomendada dieta restritiva em glúten e marisco com registo de ocorrência de manifestações clínicas e necessidade da toma de anti-histamínicos. Com estas restrições verificou-se desaparecimento total das queixas, sendo possível prosseguir a investigação diagnóstica.

Testes cutâneos a alimentos positivos para Trigo, Centeio, Cevada, Glúten, Gliadina, Choco, Farinha de aveia; negativos para moluscos (lula, mexilhão, polvo, ameijoia, ostra), farinhas sem glúten, farinhas de soja, milho e arroz.

IgE total 877 UI/ml, IgE específicas (KU/I): camarão 2,12; ameijoia 0,11; trigo 1,60; ómega-5 gliadina 24,2; rTri a 14 0,03; rPen a 1 0,04. Triptase sérica basal normal - 6,2 ug/L;

Provas de provocação oral: AAS e Ibuprofeno negativas

Discussão:

Este caso releva a importância do diagnóstico por componentes na alergia alimentar associada

a co-fatores. Para além da sensibilização alimentar foi identificada sensibilização a ómega-5-gliadina, frequentemente associada a quadros de urticária e anafilaxia induzidas pelo exercício dependentes da ingestão de trigo, e associada à toma de AINES. Salienta-se a idade avançada no momento do diagnóstico e a gravidade associada à concorrência de vários fatores num mesmo episódio.

CC14 – DERMATITE ATÓPICA: ALERGIA VERSUS SENSIBILIZAÇÃO ALIMENTAR. CASO CLÍNICO.

C. Pereira L¹, Carrapatoso I, Pereira H, Todo-Bom A

¹ ULS de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: Na marcha alérgica, a dermatite atópica (DA) é frequentemente o primeiro sinal de atopia. Nas formas moderadas a graves, é frequente a associação com alergia alimentar. Contudo, o agravamento da dermatite nem sempre se relaciona com alimentos específicos.

Descrição do Caso Clínico: Criança de 5 anos, sexo masculino, com antecedentes de DA moderada a grave, controlada com imunossupressor e corticóides tópicos. Apresentou angioedema oral, aos 2 anos após ingestão de pipoca, com resolução com anti-histamínico. Foi solicitado estudo alergológico pelo médico assistente, que evidenciou múltiplas sensibilizações alimentares. Neste contexto, iniciou dieta muito restritiva, incluindo alimentos previamente tolerados, como gema cozida, salmão e dourada.

Aos 3 anos, apresentou angioedema palpebral bilateral e prurido do couro cabeludo após contacto com o pai que tinha ingerido

amendoim, e urticária generalizada com vapores de camarão; sem história de ingestão prévia de ambos.

Aos 4 anos, teve uma anafilaxia, em esplanada com sumo de pêsgo. Uma hora antes, almoçou em casa (arroz e hambúrguer). Posteriormente ingeriu todos estes alimentos com tolerância. Foi nesta altura referenciado à consulta de Imunoalergologia, mantendo dieta restritiva em peixe, ovo e frutos secos.

A Tabela I resume as sensibilizações alimentares e a aeroalergénios desde o início das manifestações clínicas referidas.

Com a melhoria do eczema, iniciou-se reintrodução alimentar com provas de provocação. Aos 5 anos, a prova ao atum foi positiva, e aos 6, tolerou ovo extensamente cozido em matriz de trigo, e salmão.

Conclusão: A DA grave associa-se frequentemente a múltiplas sensibilizações alimentares, nem sempre relevantes. Este caso ilustra reações por contacto e ingestão, a dificuldade em identificar alimentos responsáveis e os riscos de restrições alimentares extensas iniciadas precocemente. As provas de provocação permitiram reintroduzir alimentos evitados, reforçando a importância de distinguir sensibilização de alergia verdadeira. A introdução alimentar controlada pode favorecer a tolerância e evitar exclusões desnecessárias.

Data/ Resultados		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
IgE total		767 UI/ml		745 UI/ml						235 UI/ml		334 UI/ml	
Extratos/ Componentes		TC (mm)	slgE (KU/L)	TC (mm)	slgE KU/L	TC (mm)	slgE KU/L	TC (mm)	slgE KU/L	TC (mm)	slgE KU/L	TC (mm)	slgE KU/L
Alimentos	Leite vaca		3,16	3		3		5					
	Lactalbumina		0,34	Neg		Neg							
	Lactoglobulina		0,27	8		7							
	Caseína		1,03	3		6							
	Ovo			3		7		5					
	Clara				15,20					6,42		5,50	
	Gema				5,44					2,70		2,34	
	Ovomucóide			11		4	44,70			5,44		5,91	
	Ovoalbumina			3		6	46,00			4,78		4,80	
	Bacalhau		1,27	3		3		4					
	Gad c 1				1,13					0,10			
	Atum									0,14		0,15	
	Pescada		1,95										
	Salmão									0,14		0,15	
	Carapau									0,22			
	Sardinha											0,18	
	Camarão			3	68,40	4		3					
	Pen a 1				15,40		52,00						
	Soja (grão)		1,04			7							
	Gly m 4						0,00						
	Trigo									0,42			
	Glúten									0,20			
	Gladiña									0,07			
	Tri a 14									0,14			
	Tri a 19									0,03			
	Milho									0,26			
	Amendoim				48,10					3,67			
	Ara h 1				1,56								
	Ara h 2									4,50			
	Ara h 9									0,61			
	Pêssego					Neg		2,30					
	Pru p 3							2,61					
	Pistachio							0,41					
	Avelã							0,86					
	Amêndoa							0,32					
Aeroalergénios	Dp		35,00										
	Df		35,60										
	Ld		0,54										
	Gramíneas			6		8							
	Dactylis glomerata		1,03										
	Parietária			3		6							
	Oliveira		2,20										
	Cão		18,50										
	Gato		1,32										

Legenda- TC- testes cutâneos; slgE- IgE específica; Neg- negativo; Dp-Dermatophagoides pteronyssinus;

**CC15 – FITOFOTODERMATITE INDUZIDA
POR RUTA GRAVEOLENS**

Alves M¹, Freitas T¹, Guedes C¹, Todo Bom A¹, Tavares B¹

¹ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A fitofotodermatite é uma reação cutânea tóxica provocada por contacto com fitocompostos associada à exposição solar. É desencadeada pelo contacto com determinadas plantas, como a *Ruta graveolens* (arruda), um arbusto decorativo da família Rutaceae. Esta família contém furanocumarinas como 5-metoxipsoraleno e 8-metoxipsoraleno que após contacto cutâneo e ativação pela radiação UV A, se ligam ao DNA ou formam radicais de oxigénio tóxicos, provocando dano celular e necrose tecidual. Clinicamente, manifesta-se por eritema, vesículas ou bolhas, podendo evoluir para hiperpigmentação persistente.

Descrição do caso: Doente de 56 anos do sexo masculino seguido em consulta por anafilaxia a veneno de Vespa velutina. Apresentou lesões eritematosas pruriginosas, que evoluíram para vesículas e bolhas nos antebraços e mãos, com padrão linear, 24h após a mudança de um arbusto de arruda num dia quente e solarengo de

Verão. As lesões regrediram ao quinto dia, mas permaneceram áreas eritematosas violáceas. O doente referiu episódio prévio com menos lesões após poda do arbusto. Foram realizados testes epicutâneos com a série “plantas” (Chemotechnique Diagnostics) e folha, caule e fruto de *Ruta graveolens*, aplicados no dorso (sem exposição solar) e no antebraço (com exposição solar 24h após retirada do patch). Foram todos negativos exceto o patch com fruto seco sem exposição solar na leitura às 48 horas que revelou presença de algumas vesículas sem eritema no local de fricção do fruto com a pele que se interpretou com reação mecânica/tóxica (figura 1).

Discussão: O tipo de lesões, o padrão linear, o contacto aturado com a planta num dia quente com sudorese e exposição solar intensa, devem sugerir o diagnóstico de fitofotodermatite. Os testes epicutâneos com a planta, com e sem exposição solar, foram negativos, como ocorre habitualmente. Estes achados permitem distingui-la de outras dermatites de contacto por plantas (irritativa e alérgica), que apresentam sintomas semelhantes, mas história distinta.



Figura 1: A e B – aspeto das lesões com formato linear 7 dias após exposição; C - arruda, *Ruta graveolens*; D - preparação dos fragmentos de folha, flor, caule e fruto seco para aplicação epicutânea; E - reação cutânea no local do fruto seco na leitura às 48 horas.

CC16 – EFICÁCIA E SEGURANÇA DO OMALIZUMAB NA URTICÁRIA AO FRIO EM IDADE PEDIÁTRICA

Macedo C¹, Marques M¹

¹ Allergy and Clinical Immunology Department, Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Guimarães, Portugal

A urticária ao frio (ColdU) é uma urticária crónica induzível, desencadeada pela exposição ao frio, que pode afetar significativamente a qualidade de vida. O tratamento baseia-se numa abordagem gradual, com a evicção do frio e doses crescentes de anti-histamínicos não sedativos. O omalizumab (OMA), um anti-corpo monoclonal anti-IgE, aprovado para a urticária crónica espontânea, tem sido considerado seguro e eficaz em adultos com ColdU, no entanto, dados em idade pediátrica são escassos.

Descreve-se o caso de um menino de 11 anos com rinite alérgica a ácaros do pó doméstico, que iniciou, aos 10 anos, episódios frequentes de lesões maculopapulares pruriginosas, edema das mãos e pavilhões auriculares. Os episódios estavam associados à exposição de água fria e a temperaturas baixas, resolvendo espontaneamente em menos de uma hora, sem tratamento, e sem deixar lesões residuais. Negava lesões espontâneas, sintomas sistémicos, fenómeno de Raynaud ou queixas musculoesqueléticas. Não foram reportados episódios de anafilaxia.

O teste de estimulação pelo frio (CST) foi positivo. O estudo analítico incluiu hemograma, velocidade de sedimentação, proteinograma, estudo do complemento, crioglobulinas e autoimunidade, sem alterações significativas. A IgE total era de 233 KU/L. Iniciou-se tratamento anti-histamínico, escalado até 40 mg de bilastina, sem melhoria. Os sintomas persistiam quase diariamente, com impacto negativo importante na qualidade de vida e desconforto social.

Aos 11 anos, iniciou-se OMA 150 mg a cada 4 semanas. Após a primeira dose, observou-se uma redução significativa dos sintomas. Quatro semanas depois, o CST revelou apenas eritema, sem pápulas. Após 5 meses, o doente encontrava-se completamente assintomático perante a exposição ao frio, sem necessidade de anti-histamínicos, e sem efeitos adversos.

Este caso demonstra que o tratamento off-label com OMA conduziu à resolução dos sintomas e melhoria da qualidade de vida numa criança com ColdU resistente a anti-histamínicos, destacando a sua segurança e eficácia como terapêutica adjuvante.³

CC17 – REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE A DISPOSITIVOS DE RESSINCRONIZARÃO CARDÍACA: UM CASO CLÍNICO

Vieira Bernardo M¹, Coutinho dos Santos I², Moreira A¹, Monteiro A², Paiva M¹, Rodrigues Alves R¹

¹ Serviço de Imunoalergologia do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Ponta Delgada, Portugal

² Serviço de Cardiologia do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Ponta Delgada, Portugal

Introdução: As complicações associadas à implantação de dispositivos cardíacos eletrónicos (DCEI) são várias e bem descritas na literatura. Por sua vez, as reações de hipersensibilidade aos materiais constituintes desses dispositivos são raras, subdiagnosticadas e clinicamente indistinguíveis de infeções.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 68 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida por miocardiopatia dilatada, internado eletivamente para implantação de dispositivo de ressincronização cardíaca (CRT-D) (Medtronic Cobalt HF Quad). Vinte meses depois, recorreu ao serviço de urgência por exteriorização do gerador, sem outros sintomas associados. Analiticamente não se registaram alterações dos parâmetros inflamatórios. Após antibioterapia empírica com vancomicina, foi realizada extração do dispositivo e reimplantação contralateral (CRT-D Boston Scientific Resonate X4), uma semana depois. Após a nova implantação, verificou-se deiscência da sutura e exteriorização de eletrodo três meses depois. Foi então avaliado em consulta de Imunoalergologia, tendo efetuado testes epicutâneos (série standard do Grupo Português de estudo das Dermites de Contacto, séries metais/próteses, aditivos borrachas e produtos próprios – porção metálica e de silicone do gerador de ambos os CRT-D), com positividade ao titânio e sem reação ao ouro. Consequentemente, foi substituído o CRT-D por um revestido a ouro (Medtronic Cobalt MTR). Desde então, sem novos episódios de exteriorização ou reações inflamatórias associadas ao dispositivo.

Conclusão: O caso sublinha a importância de uma abordagem multidisciplinar em situações de falência terapêutica com DCEI, sem evidência infecciosa. A suspeita de reação de hipersensibilidade de tipo IV deve ser considerada mesmo na ausência de manifestações cutâneas locais e não deve ser encarada como um diagnóstico de exclusão. O uso de dispositivos com revestimento biocompatível pode ser uma estratégia eficaz nestes doentes.

CC18 – ANAFILAXIA TRAUMÁTICA

Baptista R¹, Pereira Martins M, Dourado C, Aguiar R, Chambel M
¹ Hospital Cuf Descobertas, Lisboa, Portugal

Introdução: A anafilaxia constitui uma reação alérgica sistémica grave e potencialmente fatal. Embora seja reconhecido o impacto psicológico que pode gerar em crianças, pais e adultos que a experienciam, os dados disponíveis sobre o desenvolvimento de perturbação de stress pós-traumático (PTSD) após episódios anafiláticos permanecem escassos.

Métodos: Apresentam-se dois casos clínicos de doentes que desenvolveram sofrimento psicológico significativo subsequente a episódios de anafilaxia. O diagnóstico de PTSD foi estabelecido com base em entrevistas clínicas estruturadas e segundo os critérios definidos no DSM-5. Ambos os casos foram submetidos a avaliação detalhada de sintomatologia psicológica, incluindo ansiedade, pensamentos intrusivos, comportamentos de evitamento e outras manifestações associadas ao trauma.

Resultados: O primeiro caso refere-se à mãe de uma criança com alergia alimentar, que presenciou dois episódios anafiláticos durante a introdução alimentar: um aos seis meses de idade, desencadeado por trigo, e outro aos nove meses, provocado por ingestão de frango. Ambos os episódios necessitaram de assistência médica emergente com administração de adrenalina. A mãe desenvolveu reações de stress agudo caracterizadas por pensamentos intrusivos, comportamentos de evitamento, ansiedade intensa e pesadelos, com impacto funcional significativo na sua vida quotidiana.

O segundo caso descreve uma jovem adulta com alergias alimentares múltiplas (marisco, frutos secos e frutas frescas), que experienciou vários episódios anafiláticos antes de obter um diagnóstico correto. A doente manifestou sofrimento psicológico severo, incluindo flashbacks vívidos, e sintomas somáticos (sudorese, náuseas), culminando em isolamento social e profissional.

Conclusão:

Os profissionais de saúde devem reconhecer a anafilaxia como um evento potencialmente traumático, susceptível de desencadear queixas psicológicas relevantes, incluindo PTSD, em determinados indivíduos com doença alérgica. A implementação de estratégias de intervenção psicológica precoce revela-se essencial para o suporte destes doentes e para a mitigação das consequências psicológicas a longo prazo.

CC19 – DOR ABDOMINAL E ASCITE RECORRENTE - UM CASO CLÍNICO DE ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO EM IDADE PEDIÁTRICA

Samuel Figueiredo P¹, Vassalo A¹, Ramos M^{2,3}, Morais de Almeida M^{4,5}, Spínola-Santos A^{1,6}, Branco Ferreira M^{1,6}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria EPE, Lisboa, Portugal

² Serviço de Imagiologia, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria EPE, Lisboa, Portugal

³ Instituto de Anatomia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴ Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas e Hospital CUF Tejo, Lisboa, Portugal

⁵ NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁶ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

O angioedema hereditário (AEH) é uma doença rara, manifestando-se por episódios recorrentes de angioedema (AE), com envolvimento subcutâneo e/ou submucoso gastrointestinal ou das vias aéreas superiores. As crises recorrentes de AE gastrointestinal são frequentes e manifestam-se com dor abdominal, vômitos/diarreia, simulando abdómen agudo com ou sem ascite. Estas manifestações, na ausência de AE subcutâneo e de história familiar, podem dificultar o diagnóstico. Descrevemos um caso ilustrativo desta situação em idade pediátrica.

Descreve-se uma criança do sexo feminino, com 9 anos de idade, com antecedentes de alergia respiratória desde os 4 anos. Aos 7 anos inicia o primeiro episódio de vômitos incoercíveis, dor abdominal intensa e evidência ecográfica de ascite, que motivaram internamento. A investigação gastroenterológica não foi conclusiva, apesar da ocorrência de três crises. Em consulta de Imunoalergologia aos 8 anos, foram realizados dois doseamentos de C1-inibidor de 9 e 6,1 (>11,4 ng/mL) e C1-inibidor funcional de 24 e 38 (70-130%), confirmando o diagnóstico de AEH do tipo I. Foi orientada para consulta de AEH. Atualmente contabilizam-se seis crises exclusivamente abdominais, com intervalos livres entre crises de 15-60 dias, com múltiplas idas ao serviço de urgência por vômitos incoercíveis e dor abdominal. Documentou-se ascite em três crises. Nas duas últimas crises realizou terapêutica com icatibant subcutâneo com boa resposta. Na última crise a doente já se encontrava sob ácido aminocaproico como terapêutica profilática. Nega história familiar de AEH.

A presença de ascite em idade pediátrica tem múltiplas causas, sendo o AEH uma causa muito rara. As crises exclusivamente abdominais de AE e ausência de história familiar de AEH podem atrasar o diagnóstico, o que não ocorreu no nosso caso. Depois das manifestações cutâneas, as gastrointestinais são as mais frequentes no AEH, no entanto, a presença de edema do tubo digestivo/ascite está mais documentada no adulto do que na criança.

**CC20 – QUADRO CLÍNICO SUBVALORIZADO,
DIAGNÓSTICO TARDIO: UM CASO
DE ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO TIPO I**

Manso Preto L¹, Regateiro F¹, Todo-Bom A¹, Botelho Alves P¹

¹ ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução/Objetivos: O angioedema hereditário (AH) é uma doença genética rara, caracterizada por episódios recorrentes de edema subcutâneo e/ou submucoso, de início súbito e autolimitados. O diagnóstico pode ser tardio, especialmente se manifestações atípicas ou pouco valorizadas. Descreve-se um caso de AEH tipo I diagnosticado em idade tardia.

Métodos/Caso Clínico: Mulher, 69 anos, com antecedentes de asma e rinossinusite. Em julho de 2024, recorreu ao serviço de urgência por angioedema facial progressivo e deformante, sem prurido ou outros sintomas. Sem resposta a clemastina 2mg e hidrocortisona 200mg, apresentou melhoria progressiva após administração de ácido tranexâmico e duas unidades de plasma fresco congelado. Analiticamente, apresentava C4 diminuído (7.4mg/dL), atividade funcional do C1-INH reduzida (20%) e C1-INH quantitativamente baixo (9.5mg/dL).

Referenciada à consulta de Imunoalergologia, relatou episódios recorrentes de edema dos membros superiores desde os 21 anos, por vezes precedidos de dor abdominal e associados a ansiedade. Aos 45 anos, apresentou um episódio súbito de aperto orofaríngeo, disfonia, disfagia e sialorreia, que motivou internamento hospitalar e oxigenoterapia. Referiu procedimentos de risco (histerectomia, septoplastia, apendicectomia e terapêutica hormonal de substituição), sem intercorrências.

A história familiar era sugestiva: mãe, avó e tia materna com episódios recorrentes de edema dos membros; filha assintomática. Reavaliações analíticas confirmaram persistência de C4 baixo (7.4mg/dL e 7.1mg/dL), C1-INH (9.5mg/dL e 9.3mg/dL) e atividade funcional reduzidos (20% e 18%), confirmando o diagnóstico de AH tipo I.

Resultados: Confirmado diagnóstico de AH tipo I. Doente informada sobre a doença, sinais de alarme, terapêutica específica. Iniciou-se estudo familiar.

Conclusão: O AH deve ser considerado em qualquer idade perante episódios recorrentes de angioedema sem urticária. Este caso evidencia a importância de reconhecer sinais de alarme - ausência de prurido, resposta inadequada a terapêutica convencional e história familiar - que foram subvalorizados durante décadas. A vigilância clínica é essencial para evitar atrasos diagnósticos com risco para a vida.

**CC21 – ALERGIA A VENENO DE HIMENÓPTEROS
COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE
MASTOCITOSE SISTÊMICA**

Garcia M¹, Oliveira A², Mações C², Ferreira J², Barradas Lopes J², Barreira P²

¹ Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

² Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Introdução: A mastocitose sistémica (MS) é uma doença clonal rara dos mastócitos, caracterizada pela sua ativação exacerbada e acumulação anómala em vários órgãos. Deve ser considerada em todos os doentes com antecedentes de anafilaxia, particularmente secundária a picada de himenópteros.

Descrição de caso clínico: Descrevem-se três casos clínicos de anafilaxia induzida por veneno de himenópteros, como primeira manifestação de MS.

Homem de 47 anos, apicultor, apresentou dois episódios de reação sistémica grave após picada de abelha. A elevação da triptase basal (28,6 µg/L) na avaliação analítica motivou o encaminhamento para Hematologia. Realizou biópsia medular, que revelou agregados mastocitários com mais de 15 mastócitos, de morfologia irregular. A presença de um critério major (agregados mastocitários) associado a um critério minor (triptase basal elevada) permite estabelecer o diagnóstico de MS. Posteriormente, desenvolveu lesões cutâneas sugestivas de mastocitose cutânea. Homem de 71 anos, agricultor, com dois episódios prévios de choque anafilático após picada de vespa. Fez estudo analítico, e por elevação da triptase basal (16,3 µg/L), foi orientado por Hematologia para estudo medular, que confirmou o diagnóstico de MS. Homem de 45 anos, que dois anos após cumprir ciclo de imunoterapia a veneno de himenópteros, apresentou lesões cutâneas acastanhadas generalizadas, com sinal de Darier duvidoso, e elevação da triptase basal (22 µg/L), tendo realizado estudo medular, com confirmação diagnóstica de MS. Em nenhum dos casos descritos foi identificada a mutação no gene c-KIT.

Conclusão: A MS, sendo uma doença rara e de apresentação clínica heterogênea, pode manifestar-se inicialmente por anafilaxia a veneno de himenópteros. Os casos descritos demonstram a importância da avaliação da triptase basal em todos os doentes com anafilaxia à picada de himenópteros. A referenciação atempada para Hematologia considera-se também fundamental, reforçando a importância de uma abordagem multidisciplinar e vigilância clínica contínua.

**CC22 – RINITE E ASMA OCUPACIONAIS
EM PASTELEIRO: UM CASO CLÍNICO**

Póvoas Pereira T¹, Silva D¹, Falcão I¹, Falcão H¹, Cunha L¹

¹ ULS Santo António, Porto, Portugal

Introdução : A rinite ocupacional (RO) é uma entidade inflamatória da mucosa nasal induzida por exposição específica no local de trabalho, sendo frequentemente subdiagnosticada. Representa não só um fator de impacto funcional e profissional relevante, como um marcador precoce de asma ocupacional (AO). Padeiros e pasteleiros estão entre os grupos com maior risco de sensibilização respiratória a farinhas de cereais, habitualmente mediada por IgE contra alérgenos de alto peso molecular.

Descrição do Caso Clínico : Homem de 60 anos, pasteleiro há 15 anos, com sintomas nasais (obstrução, estertores, rinorreia, prurido nasal e conjuntival) com 8 anos de evolução, exclusivamente no local de trabalho. No último ano, desenvolveu tosse e dispnéia associadas a agravamento nasal. Sem queixas fora do ambiente laboral. IgE total de 188 kU/L; IgE específicas positivas (kUA/L) para trigo (5,73), centeio (2,66), aveia (1,08) e glúten (1,58); Tri a 19 negativa (0,01). Testes cutâneos confirmaram sensibilização a cereais. Espirometria em exposição revelou padrão obstrutivo reversível, com variação no PEF >20% nos dias de trabalho, apoiando o diagnóstico de RO e AO. Iniciou terapêutica sintomática e recomendaram-se medidas de proteção e evicção. Após cessação da atividade laboral, apresentou remissão completa dos sintomas e normalização funcional. Obteve 100% de incapacidade e mudou de posto de trabalho.

Discussão: Este caso ilustra um quadro típico de rinite e asma ocupacionais por sensibilização a farinhas. A evolução favorável após evicção apoia o diagnóstico e reforça a importância da suspeição precoce, especialmente em profissões de risco. A RO é frequentemente a manifestação inaugural da sensibilização respiratória ocupacional, podendo anteceder a AO na maioria dos casos. Apesar da elevada prevalência, continua subnotificada, em parte pelo efeito do “trabalhador saudável” e receio de perda de emprego. O reconhecimento formal da incapacidade e a mudança de posto de trabalho evidenciam o impacto destas patologias no percurso laboral dos doentes.

**CC23 – VASCULITE INDUZIDA POR
IMUNOGLOBULINA G ENDOVENOSA**

Gonçalves L¹, Neves F², Silva S^{1,3,4}, Ferreira-Branco M^{1,3}, Silva S^{1,3,4}, Duarte Ferreira R^{1,5,6}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria (ULSSM), Lisboa, Portugal

² Serviço de Dermatologia, Hospital de Caldas da Rainha (HCR), Unidade Local de Saúde do Oeste (ULSO), Caldas da Rainha, Portugal

³ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴ GIMM – Gulbenkian Institute for Molecular Medicine, Lisboa, Portugal

⁵ Unidade de Imunoalergologia, Hospital de Caldas da Rainha (HCR), Unidade Local de Saúde do Oeste (ULSO), Caldas da Rainha, Portugal

⁶ Centro de Investigação Clínica, Hospital de Caldas da Rainha (HCR), Unidade Local de Saúde do Oeste (ULSO), Caldas da Rainha, Portugal

A imunoglobulina G endovenosa (IGEV) é amplamente utilizada no tratamento de imunodeficiências primárias. Embora seja geralmente segura, pode, raramente, causar reações adversas cutâneas eczematiformes, urticariformes ou eritema multiforme. A vasculite leucocitoclástica (VLC) atinge pequenos vasos e é mediada por complexos imunes. A VLC enquanto reação adversa da IGEV é incomum e com literatura escassa.

Relatamos o caso de uma mulher de 55 anos, com antecedentes pessoais de doença psiquiátrica medicada com olanzapina e lamotrigina, diabetes tipo 2, dislipidemia, diverticulose e hipotireoidismo. Observada em consulta de Imunoalergologia aos 53 anos no contexto de hipogamaglobulinemia grave (IgG indoseável), ausência de resposta vacinal e com três pneumonias extensas hipoxemiantes em três meses. Após estudo etiológico e suspensão de olanzapina e lamotrigina, manteve níveis de IgG baixos (<200g/dL), pelo que se iniciou terapêutica de substituição com IGEV aos 55 anos. Cinco a 7 dias após as duas primeiras administrações de 25g de IGEV 10%, surgiram lesões purpúricas não pruriginosas em ambos os antebraços com resolução gradual ao longo de 10 a 14 dias, sem sintomatologia acompanhante ou lesão residual. Do estudo complementar, a referir ausência de trombocitopenia, alterações da coagulação e marcadores de autoimunidade negativos. Tentado switch para IGEV 5% mas com reprodutibilidade do quadro. As biópsias cutâneas revelaram aspetos sugestivos de fase inicial de vasculite do tipo leucocitoclástica. Pela necessidade imperativa de manutenção de terapêutica de substituição, realizou-se um ciclo de corticoterapia sistémica pré e pós infusão. Sem recidiva após administração subsequente com IGEV 5%.

Destaca-se a vasculite leucocitoclástica como uma reação adversa rara à terapêutica com IGEV. O mecanismo fisiopatológico ainda não está esclarecido, mas admite-se tratar-se de reação de hipersensibilidade tipo III. A confirmação histológica e a reprodutibilidade após reexposição reforçam a relação causal. A corticoterapia sistémica profilática revelou-se eficaz, permitindo a continuação do tratamento sem aparente recorrência.

