

IMUNOALERGOLOGIA

XLVII REUNIÃO ANUAL DA SPAIC XLVII SPAIC ANNUAL MEETING

Inovação na Doença Alérgica

PROGRAMA DA REUNIÃO / MEETING PROGRAMME

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

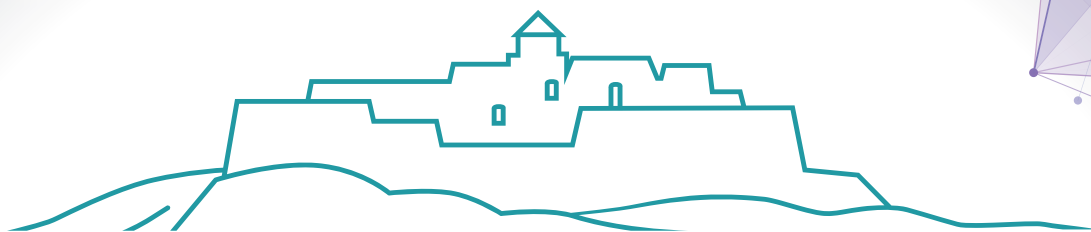


ÓRGÃO OFICIAL

SPAIC

SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

47^a REUNIÃO
ANUAL SPAIC



**24-27
SET
2026**

**HOTEL MH
ATLÂNTICO,
PENICHE**

INOVAÇÃO NA DOENÇA ALÉRGICA



PROGRAMA



ÍNDICE

- 4** CARTA DE BOAS-VINDAS
- 5** ORGANIZAÇÃO
- 6** PALESTRANTES E MODERADORES NACIONAIS
- 7** CONVIDADOS ESTRANGEIROS
- 8 - 9** PROGRAMA
- 10 - 11** PROGRAMA // DIA 24 / 5ª FEIRA
- 12 - 13** PROGRAMA // DIA 25 / 6ª FEIRA
- 14 - 15** PROGRAMA // DIA 26 / SÁBADO
- 16** PROGRAMA // DIA 27 / DOMINGO
- 17** SESSÕES
- 18 - 19** CURSOS TEMÁTICOS
- 20 - 21** EVENTOS EDUCACIONAIS
- 22** SUNSET MEETING
- 23** COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS // REGULAMENTO PRÉMIO SPAIC
- 24** PLANTA DO EVENTO
- 25** PLANTA DA EXPOSIÇÃO
- 26** PATROCINADORES



CARTA DE BOAS-VINDAS

É com enorme gosto que vos dou as boas-vindas à 47.ª Reunião Anual da SPAIC, que se realiza em Peniche sob o tema “Inovação na Doença Alérgica”.

A inovação é uma palavra frequente na ciência médica contemporânea. Contudo, a sua verdadeira natureza merece reflexão. A história do conhecimento ensina-nos que o progresso científico não resulta da simples acumulação de factos. Avança através da capacidade de formular novas perguntas, de questionar pressupostos e de construir modelos explicativos mais abrangentes da realidade. A inovação surge assim quando o olhar científico, apoiado no conhecimento prévio, se torna capaz de ver para além do que já conhece. Na Imunoalergologia, a expansão do conhecimento sobre a resposta imunitária tem transformado a nossa compreensão da doença alérgica. Conceitos considerados definitivos foram reformulados, fronteiras entre entidades clínicas tornaram-se mais permeáveis e a crescente integração entre investigação básica, translacional e clínica, abriu caminhos que pareciam pertencer ao domínio da ficção. A medicina de precisão, os biomarcadores, as novas estratégias de modulação imunológica e a integração de tecnologias digitais na clínica, implicam uma mudança na forma de pensar a doença e o doente.

Sendo um triunfo do conhecimento, a inovação científica é também um exercício de humildade intelectual. Porque cada resposta alcançada revela novas interrogações e cada descoberta amplia o horizonte do desconhecido. A ciência progride precisamente porque reconhece o carácter provisório das “certezas” e porque encontra na dúvida metódica uma das suas maiores fontes de criatividade.

Voltada para o Atlântico, Peniche recorda-nos que o conhecimento sempre avançou na fronteira entre o conhecido e o desconhecido. Durante séculos, o oceano representou simultaneamente limite e possibilidade: um espaço de risco, mas também de descoberta. Da mesma forma, a investigação científica exige a coragem de navegar para além dos mapas conceptuais existentes, aceitando a incerteza como condição necessária.

Que esta reunião seja, por isso, mais do que um espaço de atualização científica. Que seja um fórum de pensamento crítico, de diálogo interdisciplinar e de imaginação criadora. Que proporcione a partilha e discussão de ideias e experiências, e o fortalecimento dos laços científicos e humanos que unem a nossa Sociedade. Que estes dias inspirem novas colaborações, novas perguntas e, quiçá, novas respostas para os desafios das doenças alérgicas no século XXI.

Desejo a todos uma excelente reunião.


Manuel Branco Ferreira
Presidente de Honra da Reunião



É com enorme satisfação que vos damos as boas-vindas à 47.ª Reunião Anual da SPAIC, que terá lugar em Peniche, de 24 a 27 de setembro de 2026, subordinada ao tema “Inovação na Doença Alérgica”.

Regressamos a Peniche pelo segundo ano consecutivo, renovando a aposta num local que tão bem acolheu a nossa sociedade científica e que reúne condições particularmente propícias ao encontro entre colegas, à partilha de conhecimento, e ao fortalecimento dos laços profissionais e humanos.

Vivemos um período de extraordinária transformação na Imunoalergologia. A inovação tem vindo a assumir um papel central na forma como compreendemos, diagnosticamos e tratamos as doenças alérgicas. O desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, a medicina de precisão, os avanços na biologia molecular e na imunologia, a integração da inteligência artificial, a transformação digital e o reforço do conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos estão a redefinir o presente e a moldar o futuro da nossa especialidade.

Neste contexto, a Reunião Anual da SPAIC pretende afirmar-se, uma vez mais, como um espaço privilegiado de atualização científica, reflexão crítica e partilha de experiências, promovendo o contacto entre médicos, investigadores, outros profissionais de saúde e parceiros institucionais que contribuem diariamente para o desenvolvimento e a inovação na área da Imunoalergologia.

Ao longo dos dias de congresso, teremos a oportunidade de partilhar um programa científico diversificado, que procurará refletir a abrangência da nossa especialidade e os múltiplos desafios emergentes que atualmente enfrentamos, mantendo sempre o compromisso com a excelência científica, a formação contínua e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às pessoas com doença alérgica.

Peniche, com a sua identidade única, tradição marítima e ambiente inspirador, proporcionará igualmente o enquadramento ideal para os momentos de convívio e partilha que tão importantes são para a vida associativa da SPAIC.

Contamos com a participação e o contributo de todos para que esta 47.ª Reunião Anual da SPAIC seja mais um momento memorável.

Sejam muito bem-vindos a Peniche!

Com os melhores cumprimentos,




Pedro Carreiro Martins
Presidente da SPAIC

ORGANIZAÇÃO

PRESIDENTE DE HONRA DA REUNIÃO

Manuel Branco Ferreira

PRESIDENTE DA REUNIÃO

Pedro Carreiro Martins

ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Pedro Carreiro Martins

José Alberto Ferreira

Diana Silva

Frederico Regateiro

João Gaspar Marques

Joana Cosme

Rodrigo Rodrigues Alves

Daniela Abreu

Ana Morête

Grupos de Interesse da SPAIC

PARTICIPAÇÃO

Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI)

Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF (GRESF)

Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC)

Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP)

CREDITAÇÃO



Ordem dos Médicos —
Conselho Nacional para
Atribuição de Patrocínio

SECRETARIADO EXECUTIVO DA 47ª 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 spaic2026@aimgroup.eu
site www.spaic2026.com

PALESTRANTES E MODERADORES NACIONAIS

Alice Coimbra
Amélia Spínola
Ana Margarida Pereira
Ana Margarida Romeira
Ana Mendes
Ana Morête
Ana Reis Ferreira
Ana Todo-Bom
Anabela Lopes
André Moreira
Ângela Gaspar
Bárbara Cardoso
Beatriz Tavares
Carlos Lozoya-Ibáñez
Carmen Botelho
Célia Costa
Celso Pereira
Cláudia Monteiro Marques
Cristina Lopes
Daniel Machado De Oliveira
Daniela Abreu
Diana Silva
Diogo Pestana
Elisa Pedro
Elza Tomaz
Emília Faria
Eunice Dias de Castro
Fernando Carvalho
Filipe Benito Garcia
Francisca Tavares

Frederico Regateiro
Gonçalo Santiago Martins
Gonçalo Santos
Graça Loureiro
Helena Falcão
Helena Pité
Iolanda Alen Coutinho
Inês Farinha
Inês Mota
Irene Rosmaninho
Isabel Carrapatoso
Isabel Rezende
Isabel Rosmaninho
Joana Caiado
Joana Cosme
Joana Miranda
Joana Queirós Gomes
João Fonseca
João Gaspar Marques
Jorge Ferreira
José Coutinho Costa
José Laerte Boechat
Leonor Leão
Luís Delgado
Manuel Branco Ferreira
Margarida Cruz
Margarida Nunes
Mariana Couto

Maria João Vasconcelos
Natacha Santos
Nuno Neuparth
Nuno Sousa
Paula Alendouro
Paula Leiria Pinto
Paula Tilley
Pedro Alves
Pedro Carreiro Martins
Pedro Coelho
Pedro Fonte
Pedro Silva
Rita Brás
Rita Câmara
Rodrigo Rodrigues Alves
Rúben Ferreira
Rui Silva
Sara Prates
Sara Regalo
Sofia Campina
Sofia Cosme Ferreira
Susana Cadinha
Susana Lopes da Silva
Susana Piedade
Susana Rebelo
Teresa Vieira
Tiago Rama



CONVIDADOS ESTRANGEIROS

ASBAI

Dirceu Solé

Gustavo Wandalsen

Herberto Chong Neto

SEAIC

Antonio Letrán Camacho

Belén De la Hoz Caballer

Carmen Andreu Balaguer

Jose Antonio Navarro Echeverría

Rosa Muñoz

Horacio Caligaris (Espanha)

Krasimira Baynova (Espanha)

Pascal Werminghaus (Alemanha)

PROGRAMA

24 SET 5ª FEIRA

SALA 2

CURSO TEMÁTICO
Como tornar-se um
Urticariologista

APOIO


SALA 3

CURSO TEMÁTICO
Asma Grave: Abordagem
diagnóstica e terapêutica

APOIO


ALMOÇO

CURSO TEMÁTICO
(CONTINUAÇÃO)
Como tornar-se um
Urticariologista

APOIO


CURSO TEMÁTICO
Provas de provocação e
monitorização da resposta

APOIO


SALA 1

**COMUNICAÇÕES
ORAIS I**

SALA 2

**COMUNICAÇÕES
ORAIS II**

SALA 3

POSTERS I

25 SET 6ª FEIRA

SALA 1

MESA REDONDA I
Alergia alimentar: do diagnóstico à
terapêutica personalizada

SALA 2

MESA REDONDA II
A Era Digital e a Inteligência
Artificial na Imunoterapia

COFFEE-BREAK

MESA REDONDA III
Inovação no diagnóstico e
tratamento na alergia a fármacos

MESA REDONDA IV
Anafilaxia

COFFEE-BREAK

CERIMÓNIA DE ABERTURA

ALMOÇO

SALA 3

**MEET THE
EXPERT LUNCH**
Breathing as one:
managing a unified airway

APOIO 

SALA 4

**MEET THE
EXPERT LUNCH**
Uma História. Muitas Vidas
O impacto do controlo sustentado
do AEH ao longo da vida do doente

APOIO 

SALA 1

SIMPÓSIO SPAIC AFASIGMA
Transformar a Jornada do Doente
com Síndrome de Ativação
Mastocitária e Mastocitose
APOIO 

SALA 2

WORKSHOP I
Asma nos CSP da integração à
decisão terapêutica

COFFEE-BREAK

SIMPÓSIO SPAIC ROXALL
Vamos Conversar:
Quando prescrever ITA
APOIO 

WORKSHOP II
Casos Práticos e "Red Flags" em
erros inatos de imunidade

COFFEE-BREAK

**MESA REDONDA V -
SPAIC ASBAI**
Atualidades em Alergologia:
da evidência à prática clínica

MESA REDONDA VI
Desafios atuais na doença
cutânea alérgica

SUNSET MEETING
Novos Horizontes Terapêuticos
no AEH: O Valor da Decisão Partilhada

SUNSET COCKTAIL

APOIO


26 SET SÁBADO

	SALA 1	SALA 2	SALA 3
08h30	COMUNICAÇÕES ORAIS III	COMUNICAÇÕES ORAIS IV	CASOS CLÍNICOS I
10h00	COFFEE-BREAK		
	SALA 1	SALA 2	
10h30	SIMPÓSIO SPAIC LETI PHARMA Para além das orientações clínicas: Quando o doente é a evidência APOIO 	WORKSHOP III Reações de Hipersensibilidade no período perioperatório: Desafios Atuais	
11h30	COFFEE-BREAK		
12h00	SIMPÓSIO SPAIC BIOCRYST ESPAÑA, A NEOPHARMED GENTILI COMPANY O Angioedema Hereditário na criança APOIO 	WORKSHOP IV O Atleta Alérgico: risco, controlo e alto rendimento	
13h00	ALMOÇO		
	SALA 3	SALA 4	
	MEET THE EXPERT LUNCH Paciente polialérgico, soluções a partir da evidência na vida real APOIO 	MEET THE EXPERT LUNCH Alergia de Precisão: da Variabilidade Clínica à Certeza Molecular APOIO 	
	SALA 1	SALA 2	
14h30	MESA REDONDA VII Inovação e <i>unmet needs</i> na Asma	WORKSHOP V Diagnóstico de alergias veterinárias: inovação vs controversia	
15h30	COFFEE-BREAK		
16h00	MESA REDONDA VIII SPAIC-SEAIC Inovação no Diagnóstico da Doença Alérgica	SESSÃO PROS & CONS Vacinas Bacterianas: Presente ou futuro? APOIO 	
17h30	ASSEMBLEIA GERAL		
19h00			

27 SET DOMINGO

	SALA 1	SALA 2	SALA 3
09h30	POSTERS II	POSTERS III	CASOS CLÍNICOS II
11h00	SALA 1	SALA 2	
	MESA REDONDA IX Mesa JIPs – Novos desafios na doença alérgica	MESA REDONDA X SPAIC- SPP- GRESP – Treatable Traits em Doença Respiratória: O caso da DPOC eosinofílica	
12h00	COFFEE-BREAK		
12h30	ENTREGA DE PRÉMIOS E SESSÃO DE ENCERRAMENTO		
13h15	ALMOÇO DE ENCERRAMENTO		

10h30

SALA 2

SALA 3

CURSO TEMÁTICO

CURSO TEMÁTICO

Como tornar-se um Urticariologista

10h30-10h45

Boas-Vindas e objetivos do curso

10h45 - 10h55

A História do Rafael

// Sofia Campina

10h55 - 11h30

Pistas iniciais: O que sabemos sobre a Urticária Crónica?

- Definição, Fisiopatologia e Classificação (Urticária espontânea vs. indutível)
- Diagnóstico: Como diagnosticar e identificar red flags

// Rita Brás

11h30 - 11h45

Recarregar Energias I - Coffee Break

11h45 - 12h15

Escape Stations: Urticariologistas Hands-On

Ronda 1: O Diário do Rafael

Ronda sobre dados e ferramentas de avaliação clínica

// Sofia Campina, Rita Brás, Sara Regalo

12h15 - 12h50

Escalada Terapêutica: Que opções existem para o Rafael?

- Guidelines
- Opções terapêuticas aprovadas e o que está para vir

// Sara Regalo

12h50 - 13h00

Desafio - Juntar as Peças do Puzzle

13h00 - 14h30

Recarregar Energias II - Lunch Break

APOIO

NOVARTIS

Asma Grave: Abordagem diagnóstica e terapêutica

10h30-10h40

Boas-Vindas

// João Gaspar Marques e Pedro Carreiro Martins

10h40-11h00

Definição, diagnóstico diferencial e comorbilidades

// Gonçalo Santos

11h00-11h20

Fisiopatologia e biomarcadores

// Pedro Carreiro Martins

11h20-11h40

Avaliação inicial e monitorização

// Inês Farinha

11h40-12h00

INTERVALO

12h00-12h30

Indicações e critérios de escolha das diversas terapêuticas biológicas

// Ana Mendes

12h30-13h00

Discussão de casos clínicos

// Gonçalo Santos, Fernando Carvalho, Diana Silva e Irene Rosmaninho

APOIO

AstraZeneca

13h00

ALMOÇO

14h30

SALA 2		SALA 3	
CURSO TEMÁTICO (CONTINUAÇÃO)		CURSO TEMÁTICO	
14h30 - 15h30 Escape Stations: Urticariologistas Hands-On • Ronda 2: Em Busca da Verdade Que testes e diagnósticos nos ajudam? • Ronda 3: A Fórmula Secreta A abordagem terapêutica ideal // Sofia Campina, Rita Brás, Sara Regalo 15h30 - 16h30 Showcase dos Casos • Ronda 4 16h30 - 16h45 Recarregar Energias III - Coffee Break 16h45 - 17h15 Ronda de Interrogatório O Veredito dos Urticariologistas 17h15 - 17h30 Comunicação da Equipa Vencedora e Encerramento APOIO 		Provas de provocação nasal e conjuntival: protocolos e monitorização de resposta 14h30 - 16h00 1ª parte: conceitos e fundamentos • Reatividade naso-ocular: métodos de avaliação // Graça Loureiro • Protocolos de aplicação de extrato alérgico: - Em investigação // Joana Cosme - Na prática clínica: Polialergia // Joana Cosme • Monitorização de resposta a imunoterapia // Joana Cosme • Alergia Local // Graça Loureiro • Métodos de avaliação de resposta, subjetivos e objetivos // Graça Loureiro e Ana Margarida Pereira 16h00 - 16h30 INTERVALO 16h30 - 18h00 2ª Parte: Hands-On 18h00 - 18h30 Take-home message e encerramento // Graça Loureiro, Joana Cosme e Ana Margarida Pereira APOIO 	

18h30

SALA 1	SALA 2	SALA 3
COMUNICAÇÕES ORAIS I	COMUNICAÇÕES ORAIS II	POSTERS I
Alergénios e Imunoterapia e Rinite/Rinossinusite	Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais e Imunodeficiências Primárias	Alergia Cutânea, Asma e Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais

20h00

	SALA 1	SALA 2
9h00	MESA REDONDA I Alergia alimentar: do diagnóstico à terapêutica personalizada	MESA REDONDA II A Era Digital e a Inteligência Artificial na Imunoterapia
	MODERADORES Susana Piedade e Helena Falcão - Impacto dos novos hábitos alimentares // Ana Reis Ferreira - ITO com alimentos do quotidiano na síndrome LTP (e amendoim) // Filipe Benito Garcia - Biológicos na gestão da alergia alimentar // Sara Prates	MODERADORES João Fonseca e Ana Todo-Bom - Biomarcadores de predição de resposta na Imunoterapia com Alergénios // Pedro Silva - Saúde digital e Inteligência Artificial na Imunoterapia // Ana Margarida Pereira - Impacto fármaco-económico // Daniel Machado De Oliveira
10h00	COFFEE-BREAK	
10h30	MESA REDONDA III Inovação no diagnóstico e tratamento na alergia a fármacos	MESA REDONDA IV Anafilaxia
	MODERADORES Carmen Botelho e Paula Leiria Pinto - Novas ferramentas de decisão clínica na alergia a beta-lactâmicos // Bárbara Cardoso - Biológicos no tratamento de reações de hipersensibilidade // Susana Cadinha - SCARs: há lugar para prova de provocação ou dessensibilização? // Leonor Leão	MODERADORES Natacha Santos e Elisa Pedro - Doenças mastocitárias: estratégias terapêuticas // Tiago Rama - Hot topics em alergia aos himenópteros // Alice Coimbra - Alteração no paradigma no tratamento da anafilaxia // Sofia Cosme Ferreira
11h30	COFFEE-BREAK	
12h00	CERIMÓNIA DE ABERTURA	
13h00	ALMOÇO	
	SALA 3	SALA 4
	MEET THE EXPERT LUNCH	MEET THE EXPERT LUNCH
	Breathing as one: managing a unified airway MODERADORA Ana Todo-Bom PALESTRANTES Ana Mendes e Pascal Werminghaus APOIO 	Uma História. Muitas Vidas - O impacto do controlo sustentado do AEH ao longo da vida do doente PALESTRANTES Manuel Branco Ferreira e Eunice Dias de Castro APOIO 

	SALA 1	SALA 2
14h30	SIMPÓSIO SPAIC ALFASIGMA Transformar a Jornada do Doente com Síndrome de Ativação Mastocitária e Mastocitose MODERADOR Frederico Regateiro PALESTRANTES Horacio Caligaris e Tiago Rama APOIO ALFASIGMA 	WORKSHOP I Asma nos CSP da integração à decisão terapêutica MODERADORES Isabel Rezende e Nuno Sousa - Indicadores e dificuldades na gestão do doente com asma nos CSP // Susana Rebelo - Atualização da gestão da crise de asma no SU // Irene Rosmaninho - Casos clínicos // Susana Rebelo e Irene Rosmaninho
15h30	COFFEE-BREAK	
16h00	SIMPÓSIO SPAIC ROXALL Vamos Conversar: Quando prescrever ITA PALESTRANTES Graça Loureiro e Celso Pereira APOIO ROXALL 	WORKSHOP II Casos Práticos e "Red Flags" em erros inatos de imunidade MODERADORES Susana Lopes da Silva e Frederico Regateiro - O doente com infeções recorrentes // José Laerte Boechat - Défices de IgA: como orientar? // Joana Miranda - Hipogamaglobulinémia primária vs secundária // Rúben Ferreira
17h00	COFFEE-BREAK	
17h30	MESA REDONDA V SPAIC-ASBAI Atualidades em Alergologia: da evidência à prática clínica MODERADORES Dirceu Solé e Pedro Carreiro Martins - Terapias sistêmicas na dermatite atópica: evidências das metanálises // Herberto Chong Neto - Alergia respiratória na América Latina // Gustavo Wandalsen - Asma ocupacional // Rodrigo Rodrigues Alves	MESA REDONDA VI Desafios atuais na doença cutânea alérgica MODERADORES Sofia Campina e Paula Alendouro - Urticária Refratária: da incerteza à precisão terapêutica // Célia Costa - Reescrever a terapêutica sistémica da dermatite atópica na era T2 // Cristina Lopes - Novos alérgenos na dermatite de contacto // Isabel Rosmaninho
18h30	SUNSET MEETING Novos Horizontes Terapêuticos no AEH: O Valor da Decisão Partilhada MODERADOR Manuel Branco Ferreira PALESTRANTES Célia Costa , Manuel Branco Ferreira e Krasimira Baynova	
19h30	SUNSET COCKTAIL APOIO CSL Behring 	

PROGRAMA || 26 SET || SÁBADO

MANHÃ

	SALA 1	SALA 2	SALA 3
08h30	COMUNICAÇÕES ORAIS III	COMUNICAÇÕES ORAIS IV	CASOS CLÍNICOS I
	Alergia Cutânea e Asma	Alergia a Fármacos e Alergia Alimentar	Rinite/Rinossinusite, Alergia Cutânea, Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais e Imunodeficiências Primárias
10h00	COFFEE-BREAK		
10h30	SALA 1	SALA 2	
	SIMPÓSIO SPAIC LETI PHARMA	WORKSHOP III Reações de Hipersensibilidade no período perioperatório: Desafios Atuais	
	Para além das orientações clínicas: Quando o doente é a própria evidência MODERADORA Ana Morête PALESTRANTES Graça Loureiro e João Gaspar Marques APOIO 	MODERADORES Emília Faria e Joana Caiado - Enquadramento clínico // Ana Margarida Romeira - Estratégias e controvérsias no diagnóstico // Inês Mota - Casos clínicos // Cláudia Monteiro Marques	
11h30	COFFEE-BREAK		
12h00	SIMPÓSIO SPAIC BIOCRYST ESPAÑA, A NEOPHARMED GENTILI COMPANY	WORKSHOP IV O Atleta Alérgico: risco, controlo e alto rendimento	
	O Angioedema Hereditário na criança MODERADOR Manuel Branco Ferreira PALESTRANTES Amélia Spínola e Eunice Dias de Castro APOIO 	MODERADORES Mariana Couto e João Gaspar Marques - Fenótipos e Endótipos na Asma do Atleta // Maria João Vasconcelos - Do diagnóstico ao pódio: Gerir o atleta alérgico no terreno // Pedro Coelho - Casos Clínicos // Gonçalo Santiago Martins e Margarida Nunes	
13h00	ALMOÇO		
	SALA 3	SALA 4	
	MEET THE EXPERT LUNCH	MEET THE EXPERT LUNCH	
	Paciente polialérgico, soluções a partir da evidência na vida real PALESTRANTES Joana Cosme e Pedro Silva APOIO 	Alergia de Precisão: da Variabilidade Clínica à Certeza Molecular PALESTRANTE Belen De la Hoz Caballer APOIO 	

PROGRAMA || 26 SET || SÁBADO

TARDE

	SALA 1	SALA 2
14h30	MESA REDONDA VII Inovação e <i>unmet needs</i> na Asma	WORKSHOP V Diagnóstico de alergias veterinárias: inovação vs controversia
	MODERADORES Nuno Neuparth e Luís Delgado - Asma T2 low // Ana Mendes - Otimização da terapêutica e Steroid Stewardship // Helena Pité - Asma grave pediátrica // João Gaspar Marques	MODERADORES José Alberto Ferreira e Rita Câmara - One Health: ligação entre alergias humanas e veterinárias // Daniela Abreu - Alterações ambientais e aumento das alergias em animais de companhia // Paula Tilley
15h30	COFFEE-BREAK	
16h00	MESA REDONDA VIII - SPAIC- SEAIC Inovação no Diagnóstico da Doença Alérgica	SESSÃO PROS & CONS Vacinas Bacterianas: Presente ou futuro?
	MODERADORES Pedro Carreiro Martins e Carmen Andreu Balaguer - Inovação no diagnóstico da alergia a medicamentos // Rosa Muñoz - Inovação no diagnóstico da alergia alimentar // Belen De la Hoz Caballer - Inovação no diagnóstico da esofagite eosinofílica // Ana Reis Ferreira	MODERADORES Diana Silva e Celso Pereira - No Presente // Graça Loureiro - No Futuro // Carlos Lozoya-Ibáñez
17h30		
19h00	ASSEMBLEIA GERAL	

PROGRAMA || 27 SET || DOMINGO

MANHÃ

	SALA 1	SALA 2	SALA 3
09h30	POSTERS II	POSTERS III	CASOS CLÍNICOS II
	Alergia a Fármacos e Alergia Alimentar	Aerobiologia, Alergénios e Imunoterapia, Rinite/Rinossinusite e Outros	Alergia a Fármacos, Alergia Alimentar, Asma e Cuidados de Saúde Primários
	SALA 1	SALA 2	
11h00	MESA REDONDA IX Mesa JIPs – Novos desafios na doença alérgica	MESA REDONDA X SPAIC- SPP- GRESP – Treatable Traits em Doença Respiratória: O caso da DPOC eosinofílica	
	MODERADORES Daniela Abreu e André Moreira - Microplásticos como disruptores da saúde humana // Diogo Pestana - Efeito dos microplásticos na doença alérgica // Iolanda Alen Coutinho - Planetary health diet: um desafio no doente alérgico? // Joana Queirós Gomes	MODERADORES Pedro Carreiro Martins, Jorge Ferreira e Pedro Fonte - O papel do eosinófilo na DPOC // José Coutinho Costa - Inflamação Tipo 2: para além da asma e da DPOC // Frederico Regateiro - Treatable Traits nos CSP: estamos preparados para tratar além dos diagnósticos? // Margarida Cruz	
12h00	COFFEE-BREAK		
12h30	ENTREGA DE PRÉMIOS E SESSÃO DE ENCERRAMENTO		
13h15	ALMOÇO DE ENCERRAMENTO		

SESSÕES

24 SET || 5ª FEIRA || SALA 1 || 18H30 - 20H00

COMUNICAÇÕES ORAIS I

**Alergénios e Imunoterapia e
Rinite/Rinossinusite**

MODERADORAS

Diana Silva, Graça Loureiro e Teresa Vieira

24 SET || 5ª FEIRA || SALA 2 || 18H30 - 20H00

COMUNICAÇÕES ORAIS II

**Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas
Fatais e Imunodeficiências Primárias**

MODERADORES

João Gaspar Marques, José Laerte Boechat e Pedro Coelho

26 SET || SÁBADO || SALA 1 || 08H30 - 10H00

COMUNICAÇÕES ORAIS III

Alergia Cutânea e Asma

MODERADORAS

Diana Silva, Sofia Campina e Francisca Tavares

26 SET || SÁBADO || SALA 2 || 08H30 - 10H00

COMUNICAÇÕES ORAIS IV

Alergia a Fármacos e Alergia Alimentar

MODERADORES

José Alberto Ferreira, Amélia Spínola e Isabel Carrapatoso

24 SET || 5ª FEIRA || SALA 3 || 18H30 - 20H00

POSTERS I

**Alergia Cutânea, Asma e Anafilaxia e
Doenças Imunoalérgicas Fatais**

MODERADORES

José Alberto Ferreira, Rui Silva e Gonçalo Santos

27 SET || DOMINGO || SALA 1 || 09H30 - 11H00

POSTERS II

Alergia a Fármacos e Alergia Alimentar

MODERADORES

Joana Cosme, Elza Tomaz e Pedro Alves

27 SET || DOMINGO || SALA 2 || 09H30 - 11H00

POSTERS III

**Aerobiologia, Alergénios e Imunoterapia,
Rinite/Rinossinusite e Outros**

MODERADORES

Rodrigo Rodrigues Alves, Beatriz Tavares e Nuno Sousa

26 SET || SÁBADO || SALA 3 || 08H30 - 10H00

CASOS CLÍNICOS I

**Rinite/Rinossinusite, Alergia Cutânea,
Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais
e Imunodeficiências Primárias**

MODERADORES

Pedro Carreiro Martins, Anabela Lopes e Joana Miranda

27 SET || DOMINGO || SALA 3 || 09H30 - 11H00

CASOS CLÍNICOS II

**Alergia a Fármacos, Alergia Alimentar,
Asma e Cuidados de Saúde Primários**

MODERADORES

Frederico Regateiro, Ângela Gaspar e Alice Coimbra

CURSO TEMÁTICO || 24 SET || 5ª FEIRA || SALA 2 || 10H30 - 17H30

Inscrições limitadas a 30 participantes



Como tornar-se um Urticariologista

10h30-10h45

Boas-Vindas e objetivos do curso

10h45 - 10h55

A História do Rafael

// Sofia Campina

10h55 - 11h30

Pistas iniciais: O que sabemos sobre a Urticária Crónica?

- Definição, Fisiopatologia e Classificação (Urticária espontânea vs. induzível)
 - Diagnóstico: Como diagnosticar e identificar red flags
- // Rita Brás

11h30 - 11h45

Recarregar Energias I - Coffee Break

11h45 - 12h15

Escape Stations: Urticariologistas Hands-On

- Ronda 1: O Diário do Rafael
- Ronda sobre dados e ferramentas de avaliação clínica
- // Sofia Campina, Rita Brás, Sara Regalo

12h15 - 12h50

Escalada Terapêutica: Que opções existem para o Rafael?

- Guidelines
 - Opções terapêuticas aprovadas e o que está para vir
- // Sara Regalo

12h50 - 13h00

Desafio - Juntar as Peças do Puzzle

13h00 - 14h30

Recarregar Energias II - Lunch Break

14h30 - 15h30

Escape Stations: Urticariologistas Hands-On

- **Ronda 2:** Em Busca da Verdade
- Que testes e diagnósticos nos ajudam?
- **Ronda 3:** A Fórmula Secreta
- A abordagem terapêutica ideal
- // Sofia Campina, Rita Brás, Sara Regalo

15h30 - 16h30

Showcase dos Casos

• **Ronda 4**

16h30 - 16h45

Recarregar Energias III - Coffee Break

16h45 - 17h15

Ronda de Interrogatório | O Veredito dos Urticariologistas

17h15 - 17h30

Comunicação da Equipa Vencedora e Encerramento

CURSO TEMÁTICO || 24 SET || 5ª FEIRA || SALA 3 || 10h30 - 13h00

Inscrições limitadas a 30 participantes



Asma Grave: Abordagem diagnóstica e terapêutica

10h30-10h40

Boas-Vindas

// João Gaspar Marques e Pedro Carreiro Martins

10h40-11h00

Definição, diagnóstico diferencial e comorbilidades

// Gonçalo Santos

11h00-11h20

Fisiopatologia e biomarcadores

// Pedro Carreiro Martins

11h20-11h40

Avaliação inicial e monitorização

// Inês Farinha

11h40-12h00

INTERVALO

12h00-12h30

Indicações e critérios de escolha das diversas terapêuticas biológicas

// Ana Mendes

12h30-13h00

Discussão de casos clínicos

// Gonçalo Santos, Fernando Carvalho,
Diana Silva e Irene Rosmaninho

CURSO TEMÁTICO || 24 SET || 5ª FEIRA || SALA 3 || 14h30 - 18h30

Inscrições limitadas a 30 participantes



Provas de provocação nasal e conjuntival: protocolos e monitorização de resposta

14h30 - 16h00

1ª parte: conceitos e fundamentos

- Reatividade naso-ocular: métodos de avaliação

// Graça Loureiro

- Protocolos de aplicação de extrato alérgico:

- Em investigação // Joana Cosme

- Na prática clínica: Polialergia // Joana Cosme

- Monitorização de resposta a imunoterapia // Joana Cosme

- Alergia Local // Graça Loureiro

- Métodos de avaliação de resposta, subjetivos e objetivos

// Graça Loureiro e Ana Margarida Pereira

16h30 - 18h00

2ª Parte: Hands-On

18h00 - 18h30

Take-home message e encerramento

// Graça Loureiro, Joana Cosme e

Ana Margarida Pereira

16h00 - 16h30

INTERVALO

EVENTOS EDUCACIONAIS

WORKSHOPS DE FORMAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA

Inscrições limitadas a 40 participantes

25 SET || 6ª FEIRA || SALA 2 || 14H30 - 15H30

WORKSHOP I

Asma nos CSP da integração à decisão terapêutica

MODERADORES Isabel Rezende e Nuno Sousa

- Indicadores e dificuldades na gestão do doente com asma nos CSP // Susana Rebelo
- Atualização da gestão da crise de asma no SU // Irene Rosmaninho
- Casos Clínicos // Susana Rebelo e Irene Rosmaninho

25 SET || 6ª FEIRA || SALA 2 || 16H00 - 17H00

WORKSHOP II

Casos Práticos e "Red Flags" em erros inatos de imunidade

MODERADORES Susana Lopes da Silva e Frederico Regateiro

- O doente com infeções recorrentes // José Laerte Boechat
- Défices de IgA: como orientar? // Joana Miranda
- Hipogamaglobulinémia primária vs secundária // Rúben Ferreira

26 SET || SÁBADO || SALA 2 || 10H30 - 11H30

WORKSHOP III

Reações de Hipersensibilidade no período perioperatório: Desafios Atuais

MODERADORES Emília Faria e Joana Calado

- Enquadramento clínico // Ana Margarida Romeira
- Estratégias e controvérsias no diagnóstico // Inês Mota
- Casos Clínicos // Cláudia Monteiro Marques

26 SET || SÁBADO || SALA 2 || 12H00 - 13H00

WORKSHOP IV

O Atleta Alérgico: risco, controlo e alto rendimento

MODERADORES Mariana Couto e João Gaspar Marques

- Fenótipos e Endótipos na Asma do Atleta // Maria João Vasconcelos
- Do diagnóstico ao pódio: Gerir o atleta alérgico no terreno // Pedro Coelho
- Casos Clínicos // Gonçalo Santiago Martins e Margarida Nunes

26 SET || SÁBADO || SALA 2 || 14H30 - 15H30

WORKSHOP V

Diagnóstico de alergias veterinárias: inovação vs controvérsia

MODERADORES José Alberto Ferreira e Rita Câmara

- One Health: ligação entre alergias humanas e veterinárias // Daniela Abreu
- Alterações ambientais e aumento das alergias em animais de companhia // Paula Tilley

MEET THE EXPERT LUNCHES

Inscrições limitadas a 20 participantes

25 SET || 6ª FEIRA || SALA 3 || 13H00 - 14H30

MEET THE EXPERT LUNCH



Breathing as one: managing a unified airway

MODERADORA Ana Todo-Bom

PALESTRANTES Ana Mendes e Pascal Werminhaus

25 SET || 6ª FEIRA || SALA 4 || 13H00 - 14H30

MEET THE EXPERT LUNCH



Uma História. Muitas Vidas

O impacto do controlo sustentado do AEH ao longo da vida do doente

PALESTRANTES Manuel Branco Ferreira e Eunice Dias de Castro

26 SET || SÁBADO || SALA 3 || 13H00 - 14H30

MEET THE EXPERT LUNCH



Paciente polialérgico, soluções a partir da evidência na vida real

PALESTRANTES Joana Cosme e Pedro Silva

26 SET || SÁBADO || SALA 4 || 13H00 - 14H30

MEET THE EXPERT LUNCH



Alergia de Precisão: da Variabilidade Clínica à Certeza Molecular

PALESTRANTE Belen De la Hoz Caballer

SUNSET MEETING

25 SET || 6ª FEIRA || SALA 1 || 18H30 - 19H30

SUNSET MEETING

CSL Behring

Novos Horizontes Terapêuticos no AEH:
O Valor da Decisão Partilhada

MODERADOR Manuel Branco Ferreira

PALESTRANTES Manuel Branco Ferreira;
Célia Costa; Krasimira Baynova

18h30 - 18h35

Abertura e Introdução

// Manuel Branco Ferreira

18h35 - 18h55

Decisão Médica Partilhada em doentes com AEH

// Célia Costa

18h55 - 19h15

Experiência Clínica com garadacimab

// Krasimira Baynova

19h15 - 19h25

Q&A

19h25 - 19h30

Conclusões e Encerramento

// Manuel Branco Ferreira

19h30

Lobby Hotel MH Atlântico

SUNSET COCKTAIL

CSL Behring

COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS

COMUNICAÇÕES ORAIS

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

POSTERS

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

CASOS CLÍNICOS

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

PRÉMIOS SPAIC

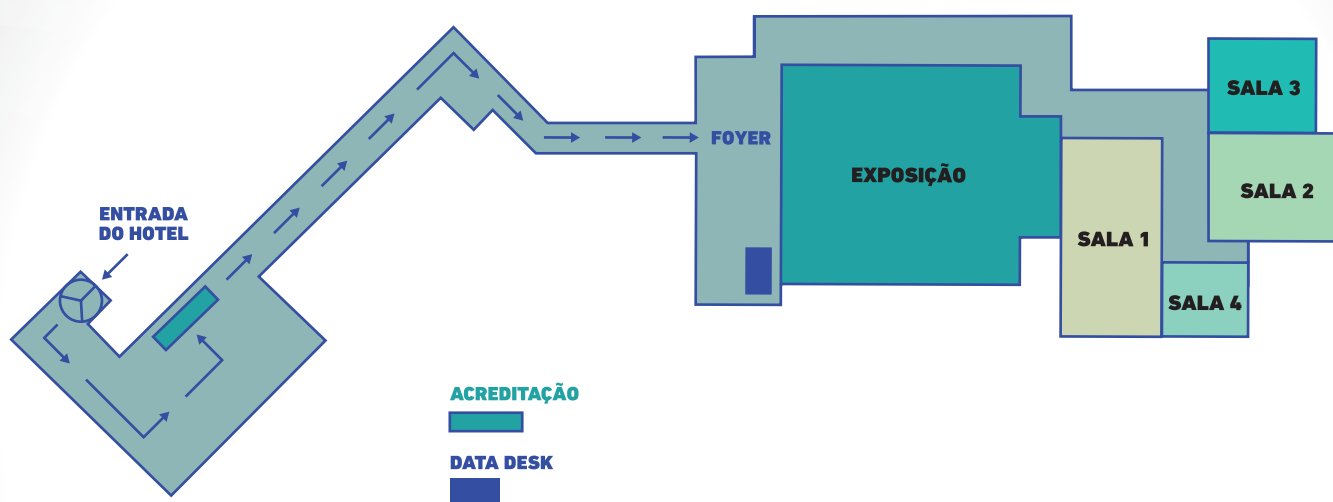


PARA AS MELHORES COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS DA REUNIÃO ANUAL

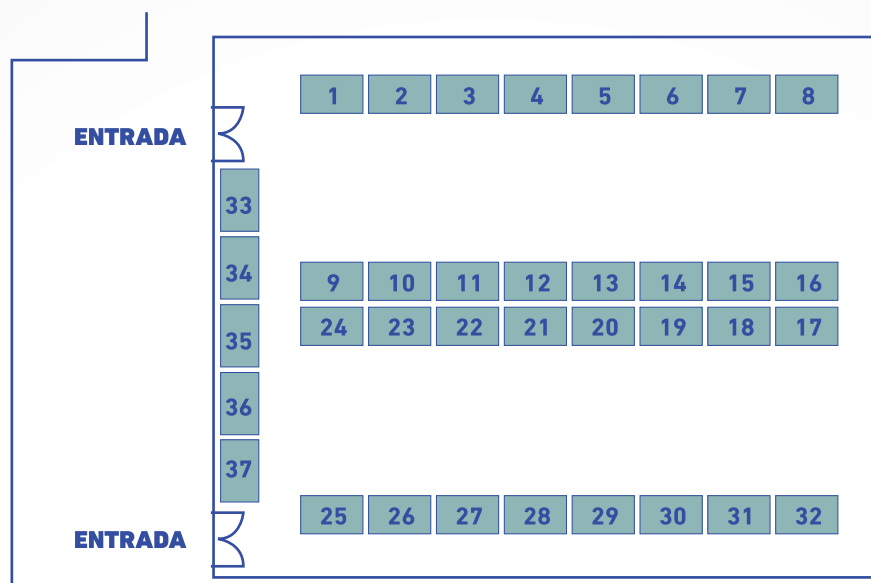
A SPAIC, a fim de fomentar a investigação científica na especialidade de Imunoalergologia, promovendo a sua discussão pública e posterior publicação, institui anualmente, no âmbito da sua Reunião Anual, prémios às melhores comunicações apresentadas, quer sob a forma de comunicação oral, quer sob a forma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

- 1** O primeiro autor deverá ser sócio da SPAIC, sem quotas em atraso.
- 2** Em cada sessão de comunicações orais e de pósteres serão atribuídos um 1.º e um 2.º prémio, com valor pecuniário a definir anualmente.
- 3** 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, ponderando a investigação científica, bem como a apresentação e discussão efetuadas.
- 4** Durante a sessão de encerramento da Reunião Anual serão divulgados os trabalhos vencedores.
- 5** 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 DE EXPOSIÇÃO



 **NOVARTIS** 1 e 2

 **LETI Pharma** 3 e 4

 **CELLTRION** 5 e 6

 **almirall** 7 e 8

 **FAES FARMA** 9

 **AstraZeneca** 10 e 11 e 12

 **immunotek** 13 e 14

 **BioPortugal** 15

 **VIATRIS** 16

 **DIATER** 17

 **Bial** 18

 **GSK** 19

 **medinfar** 20 e 21

 **MAD** 22

 **BioCryst España** 23 e 24

 **TECNIFAR** 25 e 26

 **CSL Behring** 27

 **ALFASIGMA** 28

 **Takeda** 29

 **A. MENARINI PORTUGAL** 30

 **abbvie** 31

 **ThermoFisher SCIENTIFIC** 32

 **ROXALL GROUP** 33 e 34

 **sanofi** 35 e 36

 **RECORDATI** 37

PATROCINADORES

MAJOR SPONSORS



SPONSORS





SPAIC

SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA



AIM GROUP PORTUGAL

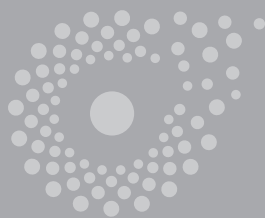
SECRETARIADO EXECUTIVO

AIM Group International - Lisbon Office

EMAIL spaic2026@aimgroup.eu

SITE spaic2026.com

TELEFONE 213 245 040



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO / ADMINISTRATION BOARD

Presidente / President

Pedro Miguel Carvalho Diogo Carreiro Martins
Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa
Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa

Vice-Presidentes / Vice Presidents

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

Secretário-geral / General Secretary

José Alberto da Silva Ferreira
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia

Secretário-Adjunto / Assistant Secretary

Joana Filipa Moreno Cosme
Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa

Tesoureiro / Treasurer

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

CONSELHO EDITORIAL / EDITORIAL BOARD

Editor / Editor-in-Chief

Ana Margarida Pereira
Unidade de Imunoalergologia, CUF-Porto Hospital e Instituto, Porto
RISE-Health, MEDCIDS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Secretário-Geral / General Secretary

Mariana Bragança
Serviço de Alergologia, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Secretários-Adjuntos / Assistant Secretaries

Rita Amaral
RISE-Health, MEDCIDS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Department of Women's and Children's Health, Uppsala University, Sweden
E2S | P.PORTO - Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto
Bárbara Kong Cardoso
Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas e Hospital CUF Tejo, Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA University de Lisboa, Lisboa
Institut Desbrest d'Epidémiologie et de Santé Publique, Universidade de Montpellier, França

Redatores / Associate Editors

Alice Coimbra
Serviço de Imunoalergologia – Unidade Local de Saúde de São João, Porto
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, Lisboa
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, Lisboa
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, Porto
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, Covilhã

Daniel Machado Oliveira

Unidade Funcional de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo

Elisa Pedro

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa
Emília Faria

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra
Eunice Castro

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

Filipa Ribeiro

Serviço de Imunoalergologia da Unidade Local de Saúde do Algarve, Faro
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, Lisboa

José Alberto Ferreira

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

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, Vila Real

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, Porto

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

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, Faro

Maria Luís Marques

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto

Mariana Couto

Imunoalergologia, Hospital CUF Trindade, Porto

Marta Neto

Imunoalergologia Hospital CUF Sintra

Natacha Santos

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

Paula Alendouro

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Guimarães

Paula Leiria Pinto

Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia,

Unidade Local de São José, Lisboa

Centro Clínico Académico de Lisboa, Lisboa

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

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, Faro

Rita Brás

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

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, Lisboa

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, Lisboa

GIMM – Gulbenkian Institute for Molecular Medicine

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

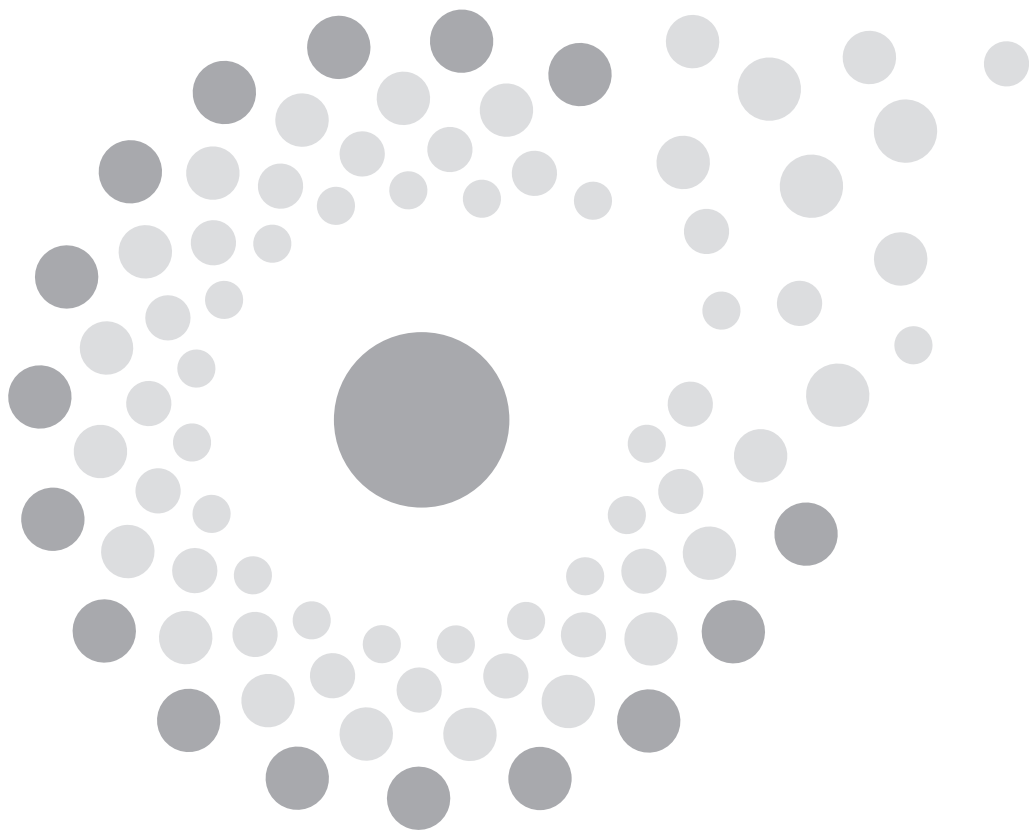
Tiago Rama

Unidade de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

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

CONSELHO CIENTÍFICO / SCIENTIFIC BOARD

Amélia Spínola Santos*Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte***Ana todo-Bom***Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra***Ângela Gaspar***Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz Lisboa***Bárbara Gonçalves da Silva***Serviço de Alergia e Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil***Barbara Bohle***Medical University, Viena, Austria***Carlos Loureiro***Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra***Carlos Nunes***Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão***Celso Pereira***Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra***Cristina Santa Marta***Centro de Imunoalergologia. Hospital CUF Descobertas, Lisboa***Dirceu Solé***Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), Brasil***Elisa Pedro***Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte***Enrico Heffler***Medical University of Catania, Itália***Filipe Inácio***Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal***João Fonseca***Faculdade de Medicina do Porto.***José Pedro Moreira da Silva***Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia e Espinho***José Rosado Pinto***Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz, Lisboa***Lorenzo Cecchi***University of Florence, Itália***Luís Delgado***Serviço de Imunologia Básica e Clínica. Departamento de Patologia. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto***Luís Taborda Barata***Faculdade de Medicina Beira Interior, Covilhã***Maria da Graça Castelo-Branco***Unidade de Imunoalergologia. Hospital CUF Porto***Mário Morais de Almeida***Centro de Imunoalergologia, Hospitais e Clinicas CUF.***Marcelo Vivolo Aun***Serviço de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil***Marek Jutel***Medical Research Institute, Varsóvia, Polónia***Marcin Kurowski***Faculty of Medicine, Lodz, Polónia***Nelson Rosário Filho***Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil***Nikos Papadopoulos***University of Athens, Grecia.***Norma Rubini***Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Brasil***Paolo Matricardi***Universidade de Medicina Charité, Berlim, Alemanha***Rita Câmara***Serviço de Imunoalergologia. Hospital Dr. Nélcio Mendonça, Funchal***Stefano Del Giacco***Universidade de Cagliari, Itália***Tomas Chivato***Hospital Gregorio Marañon, Madrid, Espanha***Ulrike Raap***Universidade de Medicina de Hannover, Alemanha***Victoria Cardona***Hospital Universitário Vall d'Hebron, Barcelona, Espanha*



SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS I
ALERGÉNIOS E IMUNOTERAPIA
& RINITE/RINOSSINUSITE

24 de setembro | 18:30-20:00 | Sala I

Moderadores: Diana Silva, Graça Loureiro, Teresa Vieira

CO01 – EFETIVIDADE A LONGO PRAZO DA
IMUNOTERAPIA SUBCUTÂNEA COM
AEROALERGÉNIOS EM IDADE PEDIÁTRICA

Tejada Nunes M^{1,2}, Ursu A^{1,2}, Gaspar B^{1,2}, Silva R^{1,2}, Carvalho F^{1,2},
Gaspar Marques J^{1,2,3}, 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

Objetivo: Avaliar a efetividade a longo prazo da imunoterapia subcutânea (SCIT) com aeroalergénios na patologia alérgica respiratória em idade pediátrica.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo doentes pediátricos com rinite alérgica (RA), com ou sem asma concomitante, que terminaram SCIT com aeroalergénios entre 2015 e 2021 (tratamento ≥3 anos). O score de medicação da RA foi classificado como 0 (sem medicação), 1 (anti-histamínico) e 2 (corticoide nasal), e o grau de tratamento da asma segundo o GINA 2026. A efetividade foi avaliada com base nas prescrições de medicação para RA e asma no início do tratamento e aos 1, 5 e 10 anos pós-SCIT, recorrendo às análises Wilcoxon e Kaplan-Meier. Considerou-se melhoria quando o score de medicação de rinite no final do tratamento foi inferior ao score inicial.

Resultados: Incluíram-se 118 doentes, 66% do sexo masculino, idade mediana (Q1-Q3) 11 (8-14) anos, com duração mediana (Q1-Q3) de tratamento de 4,5 (3,6-5,0) anos. Destes, 62 (53%) tinham diagnóstico concomitante de asma. Observou-se uma redução significativa da mediana do score de medicação de RA entre o início e o fim da SCIT (2,0 vs 0,0; p<0,001), bem como da mediana do grau GINA no subgrupo com asma concomitante (3,0 vs 1,0; p<0,001). Em 10 anos de seguimento pós-SCIT, nenhum doente desenvolveu asma de novo. Entre os doentes que melhoraram no final do tratamento (n=88; 75%), a probabilidade cumulativa de manutenção do benefício terapêutico para a RA foi de 97% ao primeiro ano e de 83% aos 5 e 10 anos, com um tempo médio restrito livre de perda de eficácia de 9,0 anos (IC95% 8,5–9,5).

Conclusão: Este estudo de vida real reforça a efetividade a longo prazo da SCIT em idade pediátrica, suportando o papel modificador da imunoterapia na patologia alérgica respiratória, e realçando o seu valor como oportunidade terapêutica nesta faixa etária.

CO02 – INTERRUPTÃO PRECOCE DA
IMUNOTERAPIA SUBCUTÂNEA COM
AEROALERGÉNIOS EM IDADE PEDIÁTRICA:
CARACTERIZAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

Ursu A^{1,2}, Nunes M^{1,2}, Gaspar B^{1,2}, Silva R^{1,2}, Carvalho F^{1,2}, Gaspar
Marques J^{1,2,3}, Leiria 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

Objetivo: A interrupção precoce da imunoterapia com aeroalergénios limita os benefícios esperados deste tratamento. Este estudo visa caracterizar a interrupção precoce da imunoterapia subcutânea (SCIT) em idade pediátrica e identificar os fatores associados.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo, incluindo doentes com idade pediátrica que terminaram SCIT a aeroalergénios entre janeiro 2015 e julho 2021. Definiu-se interrupção precoce como abandono (perda de seguimento) ou suspensão (decisão clínica) antes de completar a duração terapêutica prevista (≥3 anos de tratamento). Avaliou-se a associação de características clínicas e terapêuticas com a interrupção precoce de SCIT.

Resultados: Foram incluídos 156 doentes, 64,7% do sexo masculino; mediana de idade no início da SCIT de 11 anos (8-14), dos quais 38 (24,4%) interromperam precocemente o tratamento: 22 por abandono e 16 por suspensão. Entre os doentes que interromperam, 60,5% eram do sexo masculino; com mediana de idade no início da SCIT de 11,5 anos (8-14). A comorbilidade mais frequente foi a asma (60,5%) e a SCIT incluía ácaros em 86,8%. A mediana da duração do tratamento foi: 18,5 meses (6-24,3). Os principais motivos de interrupção foram o abandono da consulta (n=22; 57,9%), a ausência de melhoria (n=7; 18,4%) e a pandemia (n=4; 10,5%).

A presença de dermatite atópica (38,5%; p=0,046) e a administração de misturas de alergénios de grupos não homólogos (41,5%; p=0,002) associaram-se à interrupção precoce de imunoterapia. Não se verificaram associações com sexo, asma, conjuntivite alérgica, tipo de pauta ou local de administração (hospitalar ou cuidados de saúde primários).

Conclusão: Uma fração não negligenciável dos doentes interrompeu precocemente a SCIT, sobretudo por abandono da consulta. A dermatite atópica e a utilização de misturas de alergénios de grupos não homólogos associaram-se a maior frequência de interrupção. Estes resultados reforçam a importância de identificar precocemente doentes com características associadas à interrupção e de implementar estratégias individualizadas de acompanhamento.

CO03 - IMUNOTERAPIA SUBCUTÂNEA COM MISTURAS NÃO HOMÓLOGAS DE AEROALERGÊNIOS: SEGURANÇA E EFETIVIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA REAL

Mações C¹, Coelho C¹, Duarte Almeida T¹, Alberto Ferreira J¹

¹ ULSGE, Vila Nova de Gaia, Portugal

Objetivos: Avaliar a segurança e efetividade clínica da imunoterapia subcutânea (SCIT) com misturas não homólogas de aeroalergénios.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo unicêntrico de doentes com rinoconjuntivite alérgica que iniciaram SCIT com misturas não homólogas entre janeiro de 2020 e dezembro de 2025. A segurança e a efetividade foram avaliadas na coorte total. Todos realizaram indução rush. Os desfechos foram reações adversas, melhoria clínica percebida, número de fármacos sintomáticos (NFS) utilizados e suspensão/abandono.

Resultados: Incluíram-se 111 doentes (54,1% do sexo feminino; mediana de idades 21 anos, min. 7; máx. 56), 33,3% tinham asma e 7,2% dermatite atópica. A mediana de duração do tratamento foi 22,1 meses (min. 2,2; máx. 59,9). Registaram-se reações locais em 37 doentes (33,3%): 5,4% imediatas e 27,9% tardias, predominando a presença de nódulos subcutâneos; e reações sistémicas em três (2,7%), todas de grau 1 ou 2, de acordo com o sistema da World Allergy Organization. A dermatite atópica associou-se a reação local (OR 6,97; p=0,016). Referiram melhoria clínica 77,5% dos doentes e o NFS diminuiu significativamente (mediana 2 para 1; p<0,001), com redução em 59,5%. Suspenderam o tratamento 15,3% dos doentes.

Conclusões: A SCIT com misturas não homólogas apresentou um perfil de segurança favorável, com predomínio de reações locais tardias e raras reações sistémicas ligeiras, associando-se a redução significativa da medicação sintomática. A dermatite atópica associou-se a um risco superior para reações locais, sendo relevante na estratificação do risco.

CO04 – A RESPOSTA CLÍNICA PRECOCE É O MELHOR PREDITOR DOS RESULTADOS AOS 24 MESES DE IMUNOTERAPIA SUBCUTÂNEA PARA ÁCAROS

Morais Silva P¹, Nogueira C¹, Marreiros A²

¹ Unidade de Alergia E Imunidade, CUF Alvor, Portimão, Portugal

² Faculdade de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve, Faro, Portugal

Introdução: A imunoterapia subcutânea (ITSC) com extratos de ácaros do pó doméstico (HDM) tem o potencial de modificar a história natural da rinite alérgica, mas a sua resposta clínica varia entre doentes.

Objetivo: Avaliar o valor preditivo das características clínicas, imunológicas e do perfil de sensibilização iniciais na resposta à ITSC com HDM aos 24 meses, e determinar se a resposta clínica aos 12 meses constitui um preditor mais robusto da resposta a longo prazo.

Métodos: Estudo de coorte prospetivo longitudinal realizado no âmbito do registo MO.SCIT.O, incluindo 244 doentes com rinite alérgica submetidos a ITSC para HDM. O resultado primário foi a resposta clínica aos 24 meses, definida como uma redução $\geq 30\%$ na pontuação CSMS (Combined Symptom and Medication Score) relativamente ao valor inicial. Preditores iniciais e a evolução clínica observada aos 12 meses foram analisados através de regressão logística e curvas ROC.

Resultados: A taxa global de resposta aos 24 meses foi de 66,8% (163/244). Nenhuma variável demográfica, comorbilidade clínica, marcador imunológico (IgE total, contagem de eosinófilos ou sIgE para HDM) ou perfil de sensibilização inicial apresentou uma associação preditiva independente com a resposta aos 24 meses. Apenas uma maior gravidade sintomática inicial se associou a uma maior probabilidade de resposta (OR=4,14; IC95%:1,82–10,0; p = 0,001). Em contrapartida, a melhoria clínica observada aos 12 meses associou-se significativamente a uma resposta mantida aos 24 meses (OR=0,29; IC95%:0,15–0,52; p < 0,001; AUC=0,70). A totalidade dos doentes que alcançaram uma resposta clínica favorável aos 12 meses manteve a resposta aos 24 meses.

Conclusão: As variáveis clínicas e imunológicas iniciais apresentam uma capacidade preditiva reduzida para identificar doentes que respondem a ITSC com HDM. A evolução clínica precoce aos 12 meses constitui um melhor indicador dos resultados a longo prazo, fundamentando a realização de avaliações estruturadas no primeiro ano de tratamento para orientar a continuidade terapêutica.

CO05 – DINÂMICA TEMPORAL DA RESPOSTA À IMUNOTERAPIA SUBCUTÂNEA COM ÁCAROS DO PÓ: UM ESTUDO DE VIDA REAL LONGITUDINAL DE 36 MESES

Morais Silva P¹, Nogueira C¹, Marreiros A²

¹ Unidade de Alergia E Imunidade, CUF Alvor, Portimão, Portugal

² Faculdade de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve, Faro, Portugal

Introdução: A imunoterapia subcutânea (ITSC) é o principal tratamento modificador de doença na rinite alérgica causada por ácaros do pó doméstico (HDM). Contudo, a dinâmica temporal da resposta terapêutica na vida real, designadamente a transição da dessensibilização precoce para a imunomodulação tardia e o contributo distinto da redução dos sintomas versus medicação, permanece insuficientemente caracterizada.

Objetivo: Avaliar a eficácia longitudinal da ITSC para HDM aos 36 meses, analisar as trajetórias de resposta ao longo do tempo e quantificar os contributos relativos da melhoria dos sintomas e da medicação na clínica diária.

Métodos: Estudo prospetivo, longitudinal e observacional realizado no âmbito do registo MO.SCIT.O, incluindo 244 doentes com rinite alérgica submetidos a ITSC para HDM. As trajetórias de CSMS (Combined Symptom and Medication Score) e dos seus componentes individuais foram analisadas por modelos lineares de efeitos mistos ao longo de 36 meses. A resposta clínica foi

definida como uma redução $\geq 30\%$ no CSMS ou como uma redução da diferença minimamente importante (MCID) de $\geq 16\%$.

Resultados: O CSMS médio inicial foi de $0,81 \pm 0,58$. Os modelos demonstraram uma redução progressiva do CSMS médio: 0,53 aos 12 meses ($-19,0\%$), 0,39 aos 24 meses ($-38,0\%$) e 0,27 aos 36 meses ($-55,4\%$). A proporção de doentes com resposta clínica (redução $\geq 30\%$) aumentou progressivamente: 25,0% aos 12 meses, 66,8% aos 24 meses e 76,6% aos 36 meses. A taxa de MCID atingiu 64,8% aos 12 meses e 82,0% aos 36 meses. A análise dos componentes temporais revelou um padrão bifásico. O benefício inicial foi maioritariamente impulsionado pela redução dos sintomas, enquanto a melhoria subsequente (12–36 meses) decorreu sobretudo da redução sustentada da medicação.

Conclusão: A ITSC com HDM confere eficácia clínica progressiva e sustentada ao longo de 36 meses. O padrão bifásico observado apoia a manutenção do tratamento por pelo menos 3 anos para alcançar o benefício terapêutico máximo.

CO06 – REATIVIDADE CRUZADA VS. SENSIBILIZAÇÃO GENUÍNA A ÁCAROS: UM ESTUDO DE INIBIÇÃO DE IGE NOS AÇORES

Vieira Bernardo M¹, Ferreira T², Moreira A¹, Labrador Horrill M³, Rodrigues Alves R¹

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

² Serviço de Patologia Clínica do Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal

³ Sección de Alergia. Hospital Vale d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Espanha

Objetivos: A polissensibilização a ácaros é frequente na prática clínica. Os testes de rastreio (IgE específica, testes cutâneos), não distinguem reatividade cruzada de sensibilização genuína, condicionando a seleção de espécies em imunoterapia. Neste estudo propusemo-nos a caracterizar o padrão de reatividade cruzada por inibição de IgE e avaliar a sua concordância com os testes de rastreio.

Metodologias: Estudo transversal em 30 doentes polissensibilizados a ácaros, residentes em São Miguel, Açores. Foram avaliadas quatro espécies principais: *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dp), *Dermatophagoides farinae* (Df), *Lepidoglyphus destructor* (Ld) e *Blomia tropicalis* (Blot). Para cada doente, cada espécie foi classificada como sensibilização genuína ou reatividade cruzada por inibição de IgE. Comparou-se a inibição recíproca entre cada par de espécies, identificando a espécie dominante (Wilcoxon) e avaliou-se a concordância da IgE específica e dos testes cutâneos com o padrão de reatividade cruzada (Mann-Whitney).

Resultados: O Df foi a espécie com maior reatividade cruzada (19/30 doentes). O Ld e a Blot corresponderam a sensibilizações genuínas em 28 e 29 doentes, respetivamente. A inibição entre Dp e Df foi forte e assimétrica, com o Dp a predominar sobre o Df ($p=0,003$), enquanto a inibição entre os *Dermatophagoides* e os ácaros de armazenamento foi fraca. O Ld e a Blot foram os mais frequentemente positivos nos testes cutâneos (90% e 97%, respe-

tivamente), apresentando as maiores pápulas do painel. As espécies com reatividade cruzada apresentaram o rácio IgE específica/IgE total e área da pápula inferiores às espécies genuínas ($p<0,01$; AUC 0,69–0,71). Não se encontrou associação com nenhum fator clínico ou ambiental.

Conclusões: Nesta coorte, o Ld e a Blot são sensibilizadores genuínos, devendo ser incluídos na imunoterapia de forma independente, enquanto o Df apresenta reatividade cruzada marcada com o Dp. A magnitude do resultado dos testes de rastreio apresenta moderada capacidade discriminativa entre os dois padrões de sensibilização.

CO07 – IMPACTO DA IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA SUBCUTÂNEA NO CONTROLO DA ASMA ALÉRGICA EM IDADE PEDIÁTRICA: UM ESTUDO TRANSVERSAL RETROSPECTIVO

Geraldes R¹, Guedes C¹, Alves I⁴, Lemos S², Cunha F¹, Todo-Bom A^{1,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia, ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

² Serviço de Pediatria Ambulatória, ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

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

⁴ USF Condeixa, ULS Coimbra, Condeixa-a-Nova, Portugal

Objetivos: Avaliar o impacto da imunoterapia específica subcutânea (ITSC) no controlo da asma, bem como a influência do perfil de sensibilização e da composição da ITSC na resposta terapêutica.

Métodos: Estudo transversal retrospectivo realizado em doentes pediátricos com asma alérgica seguidos em consulta especializada. Recolheram-se variáveis demográficas e clínicas, incluindo o perfil de sensibilização a aeroalergénios (mono/polissensibilizado), ITSC (não realizada, <3 ou ≥ 3 anos), composição da ITSC (ácaros isolados vs. mistura de alergénios) e controlo da asma na última consulta (conforme os critérios GINA 2025; dicotomizado em controlada vs. controlo subótimo).

A associação entre a ITSC e o controlo da asma foi estimada por regressão logística multivariável, ajustada para idade, sexo e perfil de sensibilização.

No subgrupo com ≥ 3 anos de ITSC, o teste exato de Fisher avaliou a influência do perfil de sensibilização e, restritamente aos doentes polissensibilizados, a influência da composição da ITSC no controlo da asma.

Resultados: Foram incluídos 347 doentes (idade mediana 10 anos; 56% sexo masculino), dos quais 130 (37,5%) apresentavam controlo subótimo da asma na última consulta. A Tabela 1 resume as características da população.

A ITSC associou-se a maior taxa de controlo da asma, quer nos doentes tratados há <3 anos (OR=5,88; IC95% 2,63–12,50; $p<0,001$), quer naqueles tratados há ≥ 3 anos (OR=3,23; IC95% 1,47–7,14; $p=0,004$).

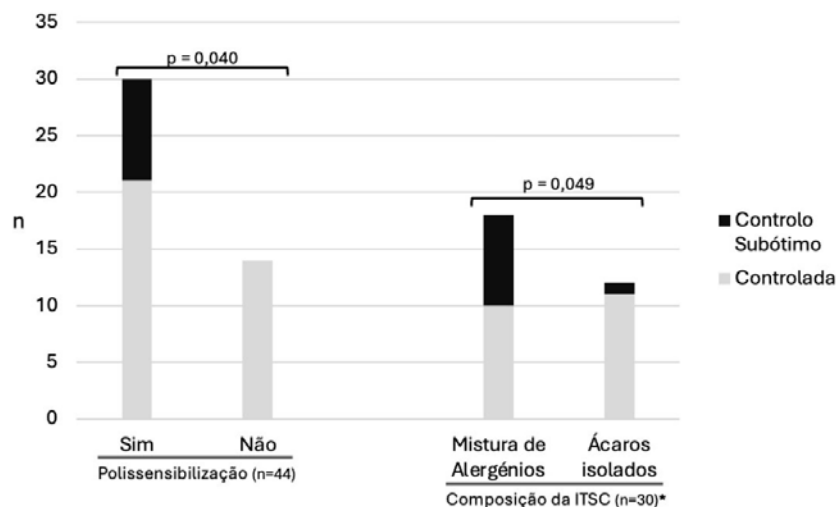
No subgrupo com ≥ 3 anos de ITSC ($n=44$), a taxa de controlo foi superior nos monossensibilizados (100% vs. 70%; $p=0,040$). Entre os polissensibilizados, a taxa de controlo foi inferior quando a ITSC

Tabela 1. Caracterização da amostra.

		Asma controlada (n = 217)	Controlo subótimo (n = 130)	Total (n = 347)
Idade em anos, mediana (AIQ)		11 (6)	9 (5)	10 (5)
Sexo	Masculino, n (%)	130 (67)	64 (33)	194 (100)
	Feminino, n (%)	87 (57)	66 (43)	153 (100)
Polissensibilização	Sim, n (%)	130 (59)	92 (41)	222 (100)
	Não, n (%)	87 (70)	38 (30)	125 (100)
ITSC	Não realizou, n (%)	131 (54)	113 (46)	244 (100)
	<3 anos, n (%)	51 (86)	8 (14)	59 (100)
	≥3 anos, n (%)	35 (80)	9 (20)	44 (100)

AIQ – Amplitude Interquartil; ITSC - Imunoterapia Específica Subcutânea.

Figura 1. Controlo da asma em função do perfil de sensibilização e composição da ITSC no subgrupo com ≥3 anos de tratamento.



* Análise da composição da ITSC restrita a doentes polissensibilizados

era composta por mistura de alérgenos (56% vs. 92%; $p=0,049$) (Figura 1).

Conclusão: A ITSC associou-se a melhor controlo da asma em idade pediátrica, independentemente da sua duração. No subgrupo com ≥ 3 anos de ITSC, os achados sugerem maior controlo quer em doentes monossensibilizados, quer quando a terapêutica é dirigida a um alérgeno específico.

CO08 – O MESMO ALERGÊNIO, DUAS MUCOSAS: COMPARAÇÃO ENTRE PROVAÇÃO NASAL E CONJUNTIVAL

Cosme J^{1,2}, Martins G¹, Bernardino A¹, Silva M¹, Branco-Ferreira M^{1,2}

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

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

Introdução: As provas de provocação nasal (PPN) são procedimentos mais demorados, podendo as provas de provocação conjuntival (PPC) constituir uma alternativa mais rápida. A existência de diferenças no limiar de positividade entre as PPN e as PPC para o mesmo alérgeno permanece por esclarecer. Objetivo: Comparar resultados e limiares de positividade das PPN e PPC.

Métodos: Incluídos adultos com rinoconjuntivite e crianças com queratoconjuntivite submetidos a PPN e PPC com o mesmo aler-

génio. As provas foram realizadas de acordo com guidelines EAA-CI, usando extratos estandarizados da Leti Farma®. Foram testados 3 alérgenos: Dermatophagoides pteronyssinus (Dp), Lepidoglyphus destructor (Ld) e Phleum pratense (Pp).

Resultados: Incluídas 34 PPC e PPN com o mesmo alérgénio (58,9% Dp; 17,6%Ld e 23,5% Pp) (tabela 1), realizadas a 25 doentes (72% sexo feminino; 88% adultos, idade média±DP de 29±11,4 anos). As PPC e PPN formam concordantes em 91,2% dos casos (em 14 casos ambas positivas e em 17 ambas negativas). Em 3 casos as PPC foram negativas, mas as PPN foram positivas. Não identificámos diferenças significativas entre o limiar de positividade das PPN e PPC por doente. Nos doentes com rinite alérgica, não se observou

uma associação estatisticamente significativa entre os níveis de IgE específica (sIgE) e o limiar de positividade das PPC ou PPN.

Nos 3 doentes com RAL confirmada, apenas 1 apresentou PPC positiva, mas no doente com rinite dupla confirmada também se verificou PPC positiva. Nenhum doente com queratoconjuntivite apresentou PPC ou PPN positivas para os alérgenos testados.

Conclusão: Identificámos uma elevada concordância nos resultados das provas e não encontramos diferenças entre o limiar de positividade das PPC e PPN, independentemente do valor das sIgE. Assim, a escolha de uma destas provas para a avaliação dos doentes pode ser determinada por critérios de custo e de eficiência temporal.

Tabela 1 – Dados clínicos e laboratoriais dos doentes submetidos a PPC e PPN com o mesmo alérgénio							
Doente	Sexo, Idade	TC aeroalérgénios	IgE Total (kU/L)	sIgE (kU/L)	Motivos para PPC/PPN	PPC	PPN
1	F, 41	Dp, Ld	389	43,7 (Dp) 10,3 (Ld)	Avaliação RA	Dp + (1/10)	Dp + (1/10)
2	F, 22	Dp, Ld	187	22,7 (Dp) 0,59 (Ld)	Avaliação RA	Dp + (1/10) Ld + (1/1)	Dp + (1/10) Ld + (1/1)
3	M, 18	Dp	781	1,84 (Dp)	Avaliação RA	Dp neg	Dp neg
4	M, 26	Dp, Ld	179	2,28 (Dp) 0,92 (Lp)	Avaliação RA	Dp + (1/10) -	Dp + (1/10) Ld + (1/1)
5	F, 18	Dp/Ld	257	49,4 (Dp) 6,68 (Ld)	Avaliação RA	Dp + (1/1) -	Dp + (1/10) Ld + (1/10)
6	M, 24	Dp, Ld	317	30,4 (Dp) 1,34 (Ld)	Avaliação RA	Dp + (1/1) Ld + (1/1)	Dp + (1/10) Ld + (1/10)
7	F, 30	Dp	518	2,13 (Dp)	Suspeita de Rinite dupla	Dp + (1/10) Pp neg -	Dp + (1/1) Pp neg Parietaria neg
8	F, 23	Parietaria	56,2	8,9 (Parietaria)	Suspeita de Rinite dupla	- Dp neg	Parietaria + (1/10) Dp neg
9	F, 32	Pp, Olea	104	6,3 (Pp) 5,33 (Olea)	Suspeita de Rinite dupla	Pp + (1/10) - Dp + (1/10)	Pp + (1/1) Olea + (1/10) Dp + (1/1)
10	F, 23	Dp, Ld	373	65,4 (Dp) 4,96 (Ld)	Suspeita de Rinite dupla	Dp + (1/10) - -	Dp + (1/10) Ld + (1/10) Olea neg
11	F, 35	Pp, Olea	33	0,58 (Pp) 1,02 (Olea)	Suspeita de Rinite dupla	Pp neg -	Pp + (1/10) Dp neg
12	F, 21	Dp	623	0,67 (Dp)	Suspeita de Rinite dupla	Dp + (1/10) Pp neg	Dp + (1/1) Pp neg
13	F, 28	Pp	115	7,87 (Pp)	Suspeita de Rinite dupla	Pp + (1/1) -	Pp + (1/1) Dp neg
14	M, 10	neg	236	-	Avaliação Queratoconjuntivite	Dp neg Pp neg	Dp neg Pp neg
15	F, 13	neg	7,2	-	Avaliação Queratoconjuntivite	Dp neg	Dp neg
16	M, 13	neg	4,2	-	Avaliação Queratoconjuntivite	Dp neg Ld neg Pp neg	Dp neg - -
17	F, 35	neg	10,3	-	Suspeita de RAL	Dp + (1/1) - -	Dp + (1/1) Ld neg Pp neg
18	F, 23	neg	56,2	-	Suspeita de RAL	Pp neg	Pp neg
19	F, 37	neg	10,8	-	Suspeita de RAL	Dp neg Ld neg	Dp neg Ld neg
20	M, 46	neg	13,7	-	Suspeita de RAL	Dp neg Ld neg -	Dp neg Ld neg Alternaria neg
21	F, 45	neg	12	-	Suspeita de RAL	Dp neg -	Dp neg Pp neg
22	F, 28	neg	60,2	-	Suspeita de RAL	Ld neg -	Ld + (1/1) Pp neg
23	M, 51	neg	50,8	-	Suspeita de RAL	Ld neg -	Ld neg Dp neg Alternaria neg
24	F, 36	neg	114	-	Suspeita de RAL	- Dp neg Pp neg	Ld neg Dp + (1/1) Pp neg
25	F, 49	neg	6	-	Suspeita de RAL	Dp neg	Dp neg

Legenda: Dp- D. pteronyssinus; Ld-L.destructor; Pp-P.pratense; Olea-O.europaea; RA -rinite alérgica; RAL- rinite alérgica local; DUA- rinite alérgica dupla; neg- negativo.

**SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS II
ANAFILAXIA E DOENÇAS IMUNOALÉRGICAS
FATAIS & IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS**

24 de setembro | 18:30-20:00 | Sala II

Moderadores: João Gaspar Marques, José Laerte Boechat, Pedro Coelho

**CO09 – DA ANAFILAXIA À ANESTESIA SEGURA:
QUINZE ANOS DE EXPERIÊNCIA EM REAÇÕES DE
HIPERSENSIBILIDADE NO PERIOPERATÓRIO**

Duarte de Almeida T¹, Mações C¹, Malheiro D¹, Sousa M¹, Barradas Lopes J¹, Cruz L¹, Barreira P¹, Ferreira J¹, Cadinha S¹

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

Objetivos: Caracterizar a investigação alergológica e os outcomes clínicos de doentes com suspeita de reações de hipersensibilidade perioperatórias.

Metodologia: Estudo retrospectivo de doentes referenciados à consulta de Imunoalergologia entre janeiro de 2011 e fevereiro de 2026 por suspeita de reação de hipersensibilidade perioperatória. Recolheram-se dados demográficos, gravidade da reação, agentes suspeitos, resultados da investigação alergológica e re-exposição. O diagnóstico foi considerado confirmado (história clínica sugestiva associada a testes cutâneos positivos com IgE específica e/ou teste de ativação de basófilos positivos, ou prova de provocação positiva) provável (história sugestiva com testes cutâneos ou teste de ativação de basófilos positivos) ou excluído (provas de provocação negativas a todos os agentes suspeitos e/ou re-exposição sem intercorrências). Efetuaram-se análises uni e multivariáveis para identificação de preditores de gravidade.

Resultados: Incluíram-se 94 doentes (68,1% sexo feminino) com idade média de 50,9 anos. Reações graves ocorreram em 29,8% dos casos. A elevação da triptase associou-se a maior gravidade (OR=7,1). Os agentes mais frequentemente suspeitos foram fármacos de indução anestésica (83,0%), opióides (74,5%), bloqueadores neuromusculares (61,7%) e antibióticos (42,6%). A exposição a bloqueadores neuromusculares foi preditor independente de gravidade (OR ajustado=3,62; p=0,022), enquanto a exposição a antibióticos se associou a menor gravidade (OR ajustado=0,32; p=0,027). O diagnóstico foi confirmado em 13 doentes e considerado provável em 17, sendo a cefazolina e o rocurónio os principais implicados, respetivamente. Vinte e sete doentes (28,7%) foram submetidos a nova anestesia/sedação sem intercorrências, incluindo oito reexpostos à totalidade dos agentes inicialmente suspeitos.

Conclusões: As reações de hipersensibilidade perioperatórias continuam a representar um importante desafio diagnóstico. A exposição a bloqueadores neuromusculares constituiu o principal preditor de gravidade. Embora a investigação diagnóstica tenha permitido um diagnóstico confirmado/provável em um terço dos casos, a reexposição perioperatória sem intercorrências reforçou a confiança na orientação anestésica futura, evidenciando a sua importância na segurança destes doentes.

**CO10 – QUALIDADE DA ABORDAGEM DA
ANAFILAXIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UM
ESTUDO RETROSPECTIVO MONOCÊNTRICO
PORTUGUÊS.**

Da Costa L¹, Tavares M¹, Almeida T¹, Mações C¹, Oliveira A¹, Barreira P¹

¹ ULS Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

Objetivos: Avaliar a qualidade da abordagem diagnóstica e terapêutica da anafilaxia no serviço de urgência (SU) de um hospital central português, bem como a adequação das medidas implementadas à data de alta, contribuindo com dados epidemiológicos atuais para o conhecimento da realidade nacional.

Metodologia: Estudo retrospectivo, monocêntrico, descritivo e inferencial, incluindo episódios de urgência com critérios de diagnóstico de anafilaxia definidos pela European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), entre 1 de janeiro de 2024 e 31 de dezembro de 2025. Recurso aos programas Microsoft Excel® e IBM SPSS Statistics® para análise estatística.

Resultados: Foram incluídos 93 episódios de anafilaxia, com mediana de idade de 29 anos, predominando o sexo feminino (57%). Os alimentos constituíram a principal etiologia (39,8%), sobretudo em idade pediátrica, enquanto os fármacos predominaram nos adultos. Os sintomas mucocutâneos foram os mais frequentes (95%), seguindo-se os respiratórios (69%), gastrointestinais (46%) e cardiovasculares (41%). Cerca de 30% dos doentes desenvolveu choque anafilático. A triptase sérica foi doseada em 47% dos episódios. Apenas 46% dos doentes receberam adrenalina no SU, verificando-se atrasos na sua administração, com mediana de 23,5 minutos após a admissão. À alta, 61% dos doentes foram referenciados para consulta especializada, 49% receberam prescrição de autoinjutor de adrenalina e 76% tiveram registo de educação para a doença. Registaram-se uma reação bifásica e dois óbitos.

Conclusões: Apesar da melhoria verificada em alguns indicadores de qualidade assistencial relativamente a estudos prévios, persistem lacunas na administração precoce de adrenalina, na utilização da triptase sérica como ferramenta diagnóstica e na implementação sistemática de algumas medidas recomendadas à alta. Estes resultados reforçam a necessidade de investir na formação dos profissionais de saúde, uniformizar protocolos de atuação e monitorizar continuamente a qualidade dos cuidados, de forma a promover uma maior adesão às recomendações internacionais e otimizar a abordagem dos doentes com anafilaxia.

COII – PERFIL DEMOGRÁFICO, CLÍNICO E DISTRIBUIÇÃO DEMOGRÁFICA DO ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO EM PORTUGAL: ESTUDO SHAEP

Dias de Castro E¹, Spínola Santos A², Leiria Pinto P³, Marcelino J⁴, Branco Ferreira M², Regateiro F⁵

¹ Serviço de Imunoalergologia, ULS de São João, Porto, Portugal

² ULS de Santa Maria, Lisboa, Portugal

³ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal

⁴ Serviço de Imunoalergologia, ULS da Arrábida, Setúbal, Portugal

⁵ Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: O Angioedema Hereditário (AEH) é uma doença rara e potencialmente grave. Em Portugal, a sua verdadeira dimensão nunca tinha sido sistematicamente quantificada. O estudo SHAEP foi desenhado como a primeira análise de vida real da realidade nacional do AEH, tendo como objetivos principais mapear a distribuição geográfica e avaliar o acesso e prestação de cuidados.

Métodos: Estudo retrospectivo e anonimizado, baseado num questionário online, em duas fases, aplicado a imunoalergologistas nacionais. Foram recolhidos dados de 21 centros, com base nas respostas de 46 médicos que acompanharam doentes no último ano. Os dados foram analisados globalmente e por regiões NUTS II.

Resultados: Reportados 377 doentes (81,4% com seguimento exclusivo no serviço reportante), 61,3% do sexo feminino e 53% na faixa etária dos 18-50 anos. Observou-se uma abrangência nacional de AEH, com variabilidade significativa entre regiões e maior número de doentes na Grande Lisboa (n=136) e no Norte (n=126). Os doentes foram predominantemente referenciados por Imunoalergologistas e pelo SU (25,2% e 11,1%, respetivamente), bem como no contexto de rastreio familiar (26,8%). A maioria dos doentes (52,5%) tinha AEH tipo I, 24,1% tipo II e 23,3% AEH-nCIINH, ve-

rificando-se assimetrias regionais: O AEH tipo I foi predominante no Centro (n=40[76,9%]), Península de Setúbal (n=25[78,1%]) e R.A. Açores (n=2[100,0%]) e o tipo II registou proporções elevadas na Grande Lisboa (n=64[47,1%]), Alentejo (n=3[37,5%]), Algarve (n=5[38,5%]) e R.A. Madeira (n=3[60,0%]), destacando-se uma expressiva percentagem de doentes com AEH-nCIINH na região Norte (n=60[47,6%]) e na R.A. Madeira (n=2[40,0%])(tabela 1).

Conclusões: O estudo SHAEP estabeleceu o primeiro registo nacional estruturado do AEH em Portugal. O número de doentes incluídos reflete a sua abrangência e confere elevada representatividade aos resultados. Destaca-se a variabilidade regional na distribuição dos tipos de AEH. Estes dados são cruciais para identificar necessidades médicas não satisfeitas, analisar e otimizar a organização dos cuidados a nível nacional.

COI2 – PARA ALÉM DA REAÇÃO AGUDA: O IMPACTO PSICOLÓGICO DA ANAFILAXIA

Coelho J¹, Coelho C², Mendes A², Sá Teixeira R², Malheiro D², Ferreira J², Queirós Gomes J², Reis Ferreira A²

¹ ULS Algarve – Serviço de Imunoalergologia, Faro, Portugal

² ULS Gaia e Espinho – Serviço de Imunoalergologia, Vila Nova de Gaia, Portugal

Objetivos: A anafilaxia é uma emergência médica potencialmente fatal que pode ter impacto psicológico significativo. A evidência sobre as suas repercussões psicológicas permanece escassa, particularmente em Portugal. Este estudo avaliou a prevalência de sintomas de perturbação de stress pós-traumático (PTSD), ansiedade e depressão em doentes com história de anafilaxia, comparativamente com doentes alérgicos sem antecedentes de anafilaxia.

Metodologia: Estudo observacional transversal incluindo adultos com história de anafilaxia nos últimos 4 anos (2021-2025) e um

Tabela 1. Distribuição demográfica nacional dos doentes com AEH e subtipos da doença

NUTS II	Total doentes, N	Sexo feminino, n (%)	AEH tipo I, n (%)	AEH tipo II, n (%)	AEH-nCIINH, n (%)
Norte	126	73 (57,9)	63 (50,0)	3 (2,4)	60 (47,6)
Centro	52	33 (63,5)	40 (76,9)	7 (13,5)	5 (9,6)
Oeste e Vale do Tejo	3	2 (66,7)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)
Grande Lisboa	136	84 (61,8)	55 (40,4)	64 (47,1)	17 (12,5)
Península de Setúbal	32	20 (62,5)	25 (78,1)	5 (15,6)	2 (6,3)
Alentejo	8	4 (50,0)	4 (50,0)	3 (37,5)	1 (12,5)
Algarve	13	8 (61,5)	7 (53,8)	5 (38,5)	1 (7,7)
R.A.Madeira	5	5 (100,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	2 (40,0)
R.A.Açores	2	2 (100,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	377	231 (61,3)	198 (52,5)	91 (24,1)	88 (23,3)

grupo controlo sem antecedentes de anafilaxia. Foram excluídos doentes com perturbações psiquiátricas previamente diagnosticadas. Foram analisados dados clínicos e demográficos, e avaliaram-se sintomas de PTSD, ansiedade e depressão através da aplicação das versões portuguesas validadas da Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) e da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Os episódios de anafilaxia foram classificados quanto à sua gravidade segundo a escala de Brown e Mertes.

Resultados: Incluíram-se 53 participantes (29 com anafilaxia e 24 no grupo controlo; 69,8% mulheres; idade média 43,8±15,5 anos). A etiologia mais frequente da anafilaxia foi alimentar (55,2%) e 31,0% dos doentes apresentaram anafilaxia grau III. Não se observaram diferenças significativas nas pontuações contínuas da PCL-5, HADS-A ou HADS-D entre os grupos. Contudo, verificou-se uma diferença significativa na prevalência de PTSD provável, identificada exclusivamente no grupo com anafilaxia (24,1% vs. 0%; p=0,012). A prevalência de ansiedade moderada/grave foi semelhante entre grupos (17,2% vs. 16,7%), enquanto os casos de depressão moderada/grave foram observados exclusivamente no grupo com anafilaxia (13,8% vs. 0%). Não se identificaram associações significativas entre PTSD e a etiologia ou gravidade da anafilaxia.

Conclusão: Os resultados sugerem que a anafilaxia pode constituir um evento médico potencialmente traumático com repercussões psicológicas relevantes. Estes resultados reforçam a necessidade de integrar a avaliação da saúde mental no seguimento destes doentes e de desenvolver estratégias de identificação precoce e intervenção multidisciplinar.

CO13 – ANAFILAXIA EM IDADE PEDIÁTRICA, EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS CINCO ANOS NUMA URGÊNCIA PEDIÁTRICA DA ÁREA METROPOLITANA DO PORTO

Silva J¹, Martins A¹, Jacob S¹

¹ ULS S. João, Porto, Portugal

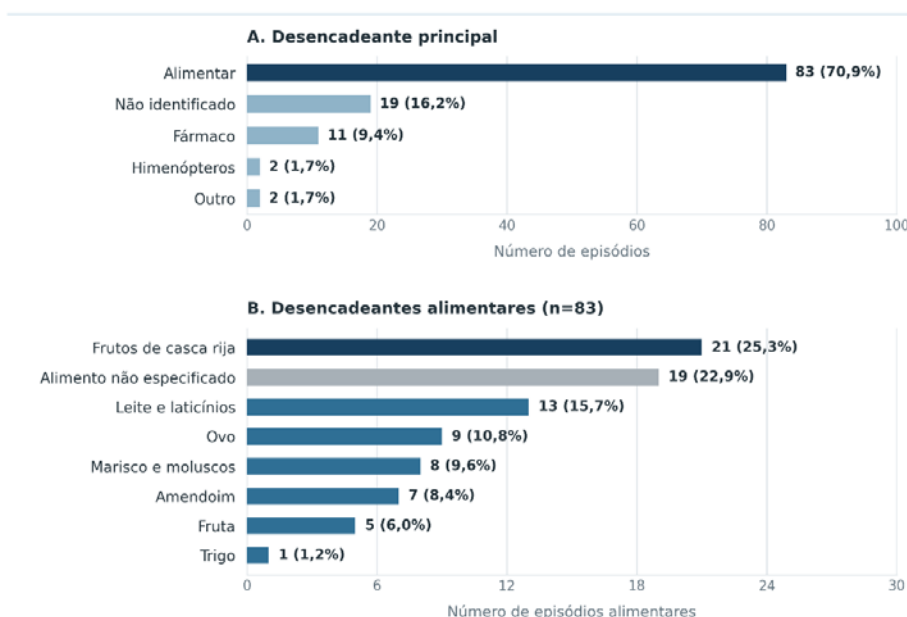
Objetivos: Caracterizar a apresentação clínica, a abordagem terapêutica e a orientação à alta dos episódios de anafilaxia pediátrica observados no Serviço de Urgência (SU) Pediátrica de um hospital universitário terciário na Área Metropolitana do Porto.

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional dos episódios observados entre janeiro/2021 e dezembro/2025. Recolheram-se dados demográficos, desencadeantes, manifestações clínicas, tratamento, doseamento de triptase, tempo desde o início dos sintomas até à alta e orientação à alta. Considerou-se administração de adrenalina qualquer administração pré-hospitalar e/ou no SU. Realizou-se análise descritiva.

Resultados: Foram incluídos 117 episódios, com mediana de idade de 9 anos (IIQ 4-15). O principal desencadeante foi alimentar (70,9%), seguido de ausência de desencadeante identificado (16,2%) e fármacos (9,4%). As manifestações mucocutâneas ocorreram em 98,3%, respiratórias em 69,2%, gastrointestinais em 60,7% e cardiovasculares em 7,7%. A adrenalina foi administrada em 96 episódios (82,1%): em 24 (20,5%) antes da chegada e em 74 (63,2%) no SU, com sobreposição em dois episódios. A triptase foi doseada em 25 casos (21,4%). Nos 91 episódios com dados completos, a mediana do tempo desde o início dos sintomas até à alta foi de

DESENCADEANTES DA ANAFILAXIA PEDIÁTRICA

117 episódios observados entre 2021 e 2025



Nota: frutos de casca rija inclui noz, frutos secos não especificados, caju, pistácio e avelã.
As percentagens do painel B usam como denominador os 83 episódios com desencadeante alimentar.

7 horas (IIQ 5,5-9,6). Dos 104 casos elegíveis, 99 (95,2%) foram referenciados para Imunoalergologia ou já se encontravam em seguimento. Em 94/115 episódios (81,7%), foi prescrito um autoinjutor ou o doente já dispunha de um à alta. Foram prescritos anti-histamínico e corticoide em 76,9% e 66,7%, respetivamente.

Conclusões: A anafilaxia alimentar constituiu o principal desencadeante nesta coorte, sendo as manifestações mucocutâneas e respiratórias as apresentações predominantes. Observou-se uma elevada utilização de adrenalina e uma elevada taxa de referência para consulta especializada, sugerindo boa adesão às recomendações atuais. A reduzida utilização do doseamento da triptase e a ausência de prescrição de autoinjutor à alta em quase um quinto dos casos identifica uma oportunidade de melhoria na abordagem destes doentes.

CO14 – INDIVIDUALIZAÇÃO DA PROFILAXIA COM LANADELUMAB NO ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO: É POSSÍVEL AUMENTAR O INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO?

Abdurrachid N¹, Martins D², Ferreira F², Alinho A², Costa C^{1,3}, Lopes A^{1,3}, Caiado J^{1,3}, Duarte F¹, Cruz J², Branco Ferreira M^{1,3}, Spínola Santos A^{1,3}

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

² Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica, Unidade de Farma-Outcomes, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

Objetivos: O lanadelumab é uma terapêutica de profilaxia de longa duração (PLD) eficaz no tratamento do angioedema hereditário (AEH). Procuramos quantificar a dispensa pela Farmácia

Hospitalar (FH) e comparar com a prescrição médica; Avaliar intervalos de administração do lanadelumab e o seu impacto no controlo do AEH.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de 25 doentes com AEH sob PLD com lanadelumab 300mg sc, (junho/2020-janeiro/2026). Analisaram-se dados demográficos, tipo de AEH, intervalos do tratamento, controlo (Angioedema Control Test, AECT, crises). Os dados clínicos e farmacêuticos foram recolhidos em Excel para análise descritiva e estatística (Wilcoxon, Spearman, Mann-Whitney U).

Resultados: Incluídos 25 doentes (feminino n=15;60%) de 11 famílias, mediana de idades 54 anos (IQR:41-62). Oito (32%) apresentavam AEH tipo 1; dezassete (68%) tipo 2. O tempo médio de tratamento foi 26,1±16,4 meses (mín=4;máx=68), mediana de idades ao início de 51 anos (IQR:37,5-61). Indicação: doença não controlada (n=20/25); efeitos adversos dos androgénios (n=21/25; 5 com doença controlada). O intervalo de administração aumentou com a duração do tratamento (p=0,531;p=0,006), de 0,58 meses (17,68 dias) após 12 meses para 0,95 meses (28,91 dias) após 48 meses, sendo significativamente maior nos doentes após >24 meses (4 vs. 2 semanas; U=37,00;p=0,021) (Tabela 1). Nos 22/25 doentes tratados >12 meses, estimaram-se 759 administrações e disponibilizaram-se 924 doses (diferença: 165 doses, 21,7%; diferença individual: 5,5 doses,IQR:3,3-11,0). A mediana do AECT aumentou de 5 para 11 aos 12 meses (Wilcoxon=2,00;p<0,001). O tempo médio até controlo (AECT≥10) foi 6,1 meses (14/25) e controlo total (AECT=16) de 8,1 meses (12/14). A mediana anual de crises nos 12 meses antes e após tratamento reduziu de 4 para 1 (Wilcoxon=14;p<0,001).

Conclusões: Foi possível aumentar intervalo de administrações do lanadelumab mantendo o controlo do AEH. A monitorização da sua dispensa pela FH é uma mais valia e traduz o consumo na vida real.

Tabela 1. Posologia prescrita de acordo com a duração do tratamento (até 31 janeiro 2026)

Duração (M)	q2w	q3w	q4w	q5w	q6w	q8w	Total
<6	3						3
6 a 12	1	1					2
13 a 18	1		2	1			4
19 a 24	2	2		1		1	6
25 a 36			4		1	1	6
37 a 48	1						1
49 a 60			1				1
61 a 72					1	1	2
Total	8	3	7	2	2	3	25

**CO15 – CONTROLO CLÍNICO E TIPOS DE
PROFILAXIA DE LONGA DURAÇÃO NO
ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO EM PORTUGAL:
ESTUDO SHAEP**

Spínola A^{1,2}, Branco Ferreira M^{1,2}, Dias de Castro E^{3,4}, Regateiro F^{5,6}, Leiria Pinto P^{7,8,9}, Marcelino J¹⁰

¹ULS de Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

³Serviço de Imunoalergologia, ULS de São João, Porto, Portugal

⁴Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses, e Educação Médica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

⁵Serviço de Imunoalergologia, ULS de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁶Instituto de Imunologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, ⁷Serviço de Imunoalergologia, ULS de São José, Lisboa, Portugal

⁸Centro Clínico Académico de Lisboa (CCAL), Lisboa, Portugal

⁹Comprehensive Health Research Center (CHRC), NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

¹⁰Serviço de Imunoalergologia, ULS da Arrábida, Setúbal, Portugal

Introdução: O Angioedema Hereditário (AEH) é uma doença rara e potencialmente grave. O estudo SHAEP foi desenhado como a primeira análise de vida real para conhecer a realidade nacional do AEH. No âmbito deste estudo, o presente trabalho focou-se na avaliação do controlo clínico, da carga de doença e na caracterização dos padrões de profilaxia de longa duração (PLD).

Métodos: Estudo retrospectivo e anonimizado, baseado num questionário online em duas fases aplicado a imunoalergologistas. Recolheram-se dados clínicos e terapêuticos de 377 doentes provenientes de 21 centros em Portugal.

Resultados: O controlo clínico do AEH foi reportado na maioria dos doentes, com 37,6% (n=141) controlados com PLD e 45,1% (n=169) sem PLD. Contudo, o historial clínico dos doentes revelou episódios de crises laringeas com necessidade de intervenção na via aérea (n=18) e de crises abdominais que motivaram intervenção cirúrgica (n=30). Relativamente à terapêutica instituída, 192 doentes encontravam-se sob PLD. No panorama global de prescrição de PLD, os androgénios foram a opção mais frequente (n=89 [46,4%]), seguidos pelos antifibrinolíticos (n=47 [24,5%]), lanadelumab (n=43 [22,4%]) e berotralstate (n=10 [5,2%]) (Tabela 1). Observaram-se disparidades na prescrição segundo a tipologia hospitalar, com maior dependência de terapêuticas de 2ª linha como androgénios nos hospitais distritais (54,1% vs. 42,7% nos centrais) e, inversamente, maior acesso a terapêuticas como lanadelumab nos centrais (27,5% vs. 11,5% nos distritais). Adicionalmente, registou-se descontinuação/alteração da PLD nos últimos dois anos maioritariamente por ineficácia/mau controlo (n=41; 21,3%) ou efeitos adversos (n=36; 18,7%).

Conclusões: A gestão do AEH em Portugal reflete um controlo clínico favorável, mas persistem fragilidades na otimização da PLD. A elevada dependência de androgénios e a desigualdade de acesso à inovação terapêutica entre centros hospitalares limitam o prognóstico dos doentes. A frequência de descontinuações terapêuticas por ineficácia ou efeitos adversos poderá indicar margem para otimizar a transição para as terapêuticas de 1ª linha recomendadas.

Tabela 1. Distribuição nacional dos doentes com AEH segundo o estado de controlo da doença

NUTS II	Total de doentes, n	Doentes não controlados, n (%)	Doentes controlados sem PLD, n (%)	Doentes controlados com PLD, n (%)	Total de doentes sob PLD, n	Androgénios, n (% sob PLD)	Antifibrinolíticos, n (% sob PLD)	Lanadelumab, n (% sob PLD)	Berotrastate, n (% sob PLD)	C1 inibidor EV, n (% sob PLD)	C1 inibidor SC, n (% sob PLD)
Norte	126	17 (13,5)	79 (62,7)	30 (23,8)	41	9 (22,0)	22 (53,7)	7 (17,1)	2 (4,9)	0 (0,0)	1 (2,4)
Centro	52	8 (15,4)	23 (44,2)	21 (40,4)	27	21 (77,8)	4 (14,8)	2 (7,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Grande Lisboa	134	25 (18,7)	44 (32,8)	65 (48,5)	84	39 (46,4)	12 (14,3)	28 (33,3)	4 (4,8)	1 (1,2)	0 (0,0)
Península de Setúbal	32	12 (37,5)	11 (34,4)	9 (28,1)	21	11 (52,4)	5 (23,8)	1 (4,8)	4 (19,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Oeste e Vale do Tejo	3	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	2	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Alentejo	8	1 (12,5)	0 (0,0)	7 (87,5)	8	4 (50,0)	0 (0,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Algarve	13	1 (7,7)	6 (46,2)	6 (46,2)	7	3 (42,9)	3 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,2)
R.A. Açores	2	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
R.A. Madeira	5	0 (0,0)	5 (100,0)	0 (0,0)	0	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	375*	65 (17,3)	169 (45,1)	141 (37,6)	192	89 (46,4)	47 (24,5)	43 (22,4)	10 (5,2)	1 (0,5)	2 (1,0)

* Apenas os doentes com informação disponível para esta variável foram incluídos na análise.

CO16 – AVALIAÇÃO DA RESPOSTA À VACINA POLISSACÁRIDA ANTI-SALMONELLA TYPHI: O PANORAMA PORTUGUÊS NA POPULAÇÃO ADULTA SAUDÁVEL

Vassalo A¹, Santos D^{2,3}, Marques S⁴, Marques T⁵, Mendonça L⁵, Pereira A⁵, Rio C⁶, Silva A⁶, Pereira da Silva S^{1,3,7}, Lopes da Silva S^{1,3,7}

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

² Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

³ GIMM – Gulbenkian Institute for Molecular Medicine, Lisboa, Portugal

⁴ Centro de Ambulatório do Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁵ Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁶ Laboratório de Imunologia das Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Porto, Portugal

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

Introdução e Objetivos: A avaliação da resposta à vacina polissacárida anti- *Salmonella typhi* (ST) tem sido crescentemente valorizada no diagnóstico de imunodeficiências primárias/secundárias com déficit de produção de anticorpos. Este estudo teve como objetivo caracterizar a resposta vacinal, através dos títulos séricos de imunoglobulina G (IgG) anti-ST em adultos saudáveis, e estabelecer cut-off exploratórios para a sua interpretação na população portuguesa.

Metodologia: Estudo prospetivo incluindo adultos saudáveis referenciados pela consulta do viajante, sem vacinação prévia contra ST. Recolheram-se dados demográficos e clínicos. Determinaram-se os títulos séricos de IgG anti-ST antes e 4 semanas após a vacinação (método ELISA, VaccZyme™ Human Anti-Salmonella Typhi Vi IgG, The Binding Site Group). Realizou-se análise descritiva e comparativa dos resultados ($\alpha=0,05$). Determinaram-se cut-off exploratórios para o aumento mínimo do título de IgG face ao basal (fold-increase) e para o título pós-vacinal, considerando os percentis 2,5 e 5 e o limite inferior do intervalo de referência.

Resultados: 35 indivíduos realizaram determinação basal da IgG anti-ST (idade média 38 anos, 69% mulheres) e 30 completaram a avaliação pós-vacinal (Tabela 1). Observou-se um aumento significativo dos títulos de IgG após a vacinação, com um aumento médio geométrico de 41,1 vezes (IC95%: 35,7-47,4, $p<0,001$). Em 96,7% dos indivíduos verificou-se um fold-increase ≥ 3 . Os cut-off exploratórios determinados encontram-se descritos na Tabela 2.

Conclusão: Os baixos títulos basais de IgG anti-ST confirmam a reduzida exposição prévia da população estudada a este antigénio e o aumento significativo dos títulos pós-vacinais confirma resposta vacinal anti-ST, reforçando a utilidade desta vacina na avaliação da produção específica de anticorpos. Embora os cut-off propostos careçam de confirmação em estudos de maior dimensão amostral e em doentes, a utilização do percentil 5 como referência para definir resposta vacinal adequada apresenta resultados concordantes com os obtidos noutras populações saudáveis, aproximando-se do fold-increase mínimo de 3 descrito na literatura.

Tabela 1. Títulos séricos de IgG anti-*Salmonella typhi* pré e pós-vacinação (em U/mL)

Timepoint	n	Min	Máx	$\tilde{x}$ [1ºQ;3ºQ]	$\bar{x}$ ($\pm\sigma$)	GMT (IC 95%)
T0	35	7,4	40,4	7,4 [7,4;7,4]	9,6 ($\pm 6,9$)	8,6 (7,5-9,8)
T1	30	20,3	600	273,4 [177,6;406,6]	289,6 ($\pm 158,7$)	228,8 (167,5-312,5)

T0 – pré-vacinação; T1 – 4 semanas pós-vacinação; GMT – Geometric Mean Titer

Tabela 2. Limiares exploratórios para definição de uma resposta vacinal adequada à vacina polissacárida contra *Salmonella Typhi*

Método	Fold increase (IgG T1/IgG T0)	IgG T1 (U/mL)
Percentil 2,5	1,74	20,3
Percentil 5	2,78	23,9
Limite inferior do intervalo de referência*	4,15	39,8

*Limite inferior do intervalo de referência = $\mu - 2,09 \times \sigma$

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS III
ALERGIA CUTÂNEA & ASMA

26 de setembro | 08:30-10:00 | Sala I

Moderadores: Diana Silva, Sofia Campina, Francisca Tavares

**CO17 – O COMPLEMENTO C5 DEFINE DOIS
ENDOTIPOS IMUNOLÓGICOS NA UCE, COM
PERFIS DISTINTOS DE AUTOANTICORPOS E
RESPOSTA AO OMALIZUMAB: ESTUDO INCA**

Marcelino J^{1,2,3}, Metz M^{2,3}, Pashuk M^{2,3,4}, Xiang Y^{2,3}, Scheffel J^{2,3},
Pereira H¹, Regateiro F^{5,6,7}, Todo-Bom A^{5,6}, Leão L⁸, Mota D⁹,
Ferreira R¹⁰, Horta A¹¹, Guimarães J¹, Tomaz E¹, Muñoz M^{2,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo - ULSA, Setúbal, Portugal

² Institute of Allergy, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Berlin, Alemanha

³ Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Pharmacology ITMP, Immunology and Allergy, Berlin, Alemanha

⁴ Department of Biology, Chemistry and Pharmacy, Freie Universität Berlin, Berlin, Alemanha, ⁵Serviço de Imunoalergologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁶ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁷ Center for Innovative Biomedicine and Biotechnology (CIBB), Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

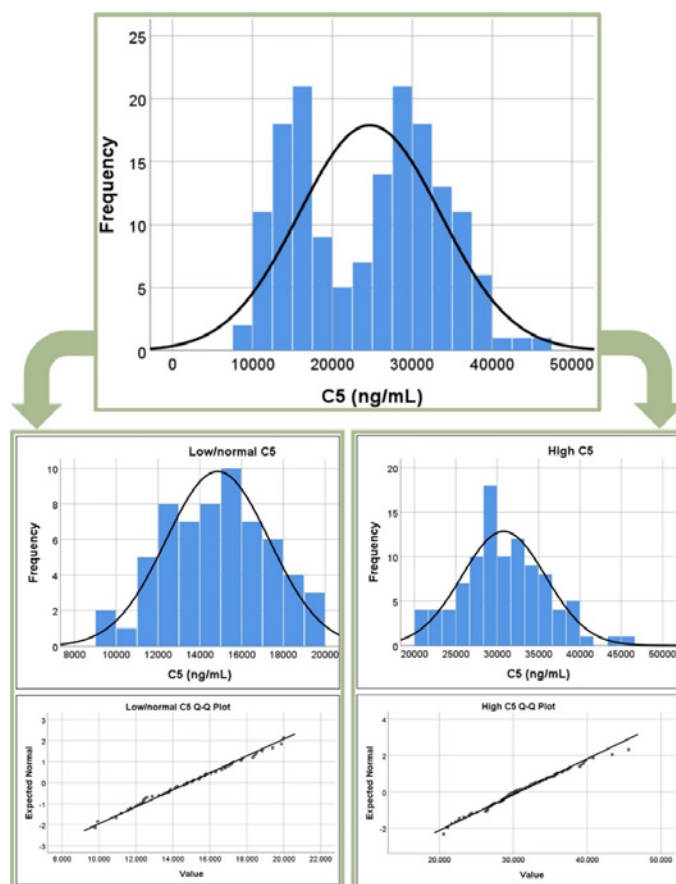
⁸ Serviço de Imunoalergologia, ULS São João, Porto, Portugal,

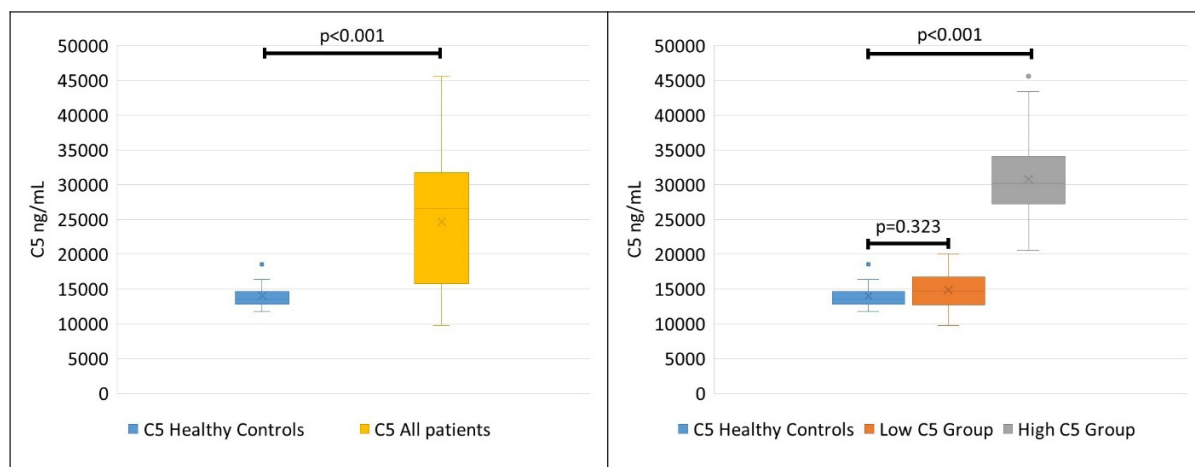
⁹ Serviço de Imunoalergologia, ULS Gaia e Espinho, Porto, Portugal

¹⁰ Serviço de Imunoalergologia, Hospital das Caldas da Rainha, ULS do Oeste, Caldas da Rainha, Portugal

¹¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital das Forças Armadas Lisboa, Lisboa, Portugal

Objectivos: A ativação do sistema complemento tem sido implicada há muito tempo na urticária crónica espontânea (UCE), mas os mecanismos subjacentes e a sua relevância clínica permanecem pouco esclarecidos. O objetivo deste estudo foi investigar o papel da ativação do complemento, em particular das frações C3, C5 e C5a, nos mecanismos imunológicos da UCE e na resposta à terapêutica.





Metodologia: Foi realizado um estudo multicêntrico, transversal, envolvendo 159 doentes com UCE acompanhados em vários centros de ImunoAlergologia em Portugal. Foram avaliados dados clínicos, patient-reported outcomes, frações do complemento (C3, C4, C5 e C5a), IgE sérica total e autoanticorpos IgG/IgE.

Resultados: Os níveis de C5 apresentaram uma distribuição bimodal, permitindo identificar dois subtipos distintos, correspondentes aos endotipos de UCE autoalérgica e autoimune previamente descritos. O grupo com níveis baixos/normais de C5 (n = 61) apresentou níveis séricos inferiores de C3 e C5a, níveis mais elevados de IgE total, menores níveis de autoanticorpos (IgG e IgE anti-TPO e IgG anti-IgE) e uma taxa de resposta de 89% ao omalizumab na dose standard. O grupo com níveis elevados de C5 (n = 96) apresentou níveis séricos aumentados de C3, C5 e C5a, maior prevalência de doença tiroideia autoimune e maior frequência de autoanticorpos IgG e IgE. Neste grupo, a ausência de resposta ao omalizumab e a necessidade de aumento da dose foram mais frequentes.

Conclusões: Os níveis de C5 identificam dois endotipos de UCE com relevância fisiopatológica e terapêutica: um subtipo dependente de IgE, independente da ativação do complemento e com elevada taxa de resposta ao omalizumab; e um subtipo autoimune, dependente da ativação do complemento, caracterizado por maior presença de autoanticorpos e pior resposta ao omalizumab. Estes resultados identificam o C5 como um potencial biomarcador para a estratificação dos doentes e como um potencial novo alvo terapêutico na UCE.

CO18 – APERFEIÇOAMENTO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA URTICÁRIA CRÓNICA ESPONTÂNEA: VALIDAÇÃO E DETERMINAÇÃO DE LIMIARES DO QUESTIONÁRIO CU-Q2OL

Marcelino J^{1,2,3}, Aulenbacher F^{2,3}, Pereira H¹, Regateiro F^{4,5,6}, Todo-Bom A^{4,5}, Leão L⁷, Mota D⁸, Ferreira R⁹, Horta A¹⁰, Guimarães J¹, Tomaz E¹, Metz M^{2,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital de São Bernardo, Unidade Local de Saúde da Arrábida, Setúbal, Portugal

² Institute of Allergy, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Berlin, Alemanha

³ Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Pharmacology ITMP, Immunology and Allergy, Berlin, Alemanha

⁴ Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal, ⁵ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁶ Center for Innovative Biomedicine and Biotechnology (CIBB), Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁷ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

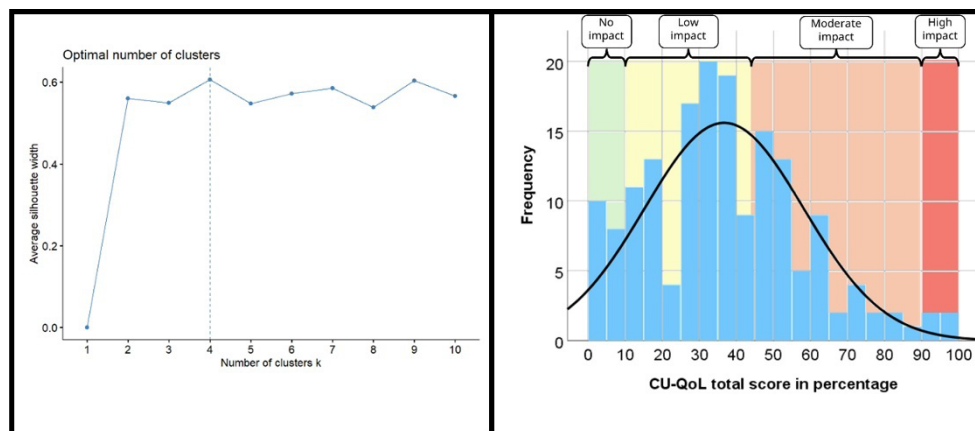
⁸ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho, Porto, Portugal

⁹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital das Caldas da Rainha, Unidade Local de Saúde do Oeste, Caldas da Rainha, Portugal

¹⁰ Serviço de Imunoalergologia, Hospital das Forças Armadas Lisboa, Lisboa, Portugal

Objetivos: A UCE compromete significativamente a qualidade de vida (QoL), não existindo atualmente biomarcadores fiáveis para monitorizar a atividade da doença ou a resposta ao tratamento. Por este motivo, os patient-reported outcomes (PROs) como o UAS7, UCT, DLQI, e CU-Q2oL são essenciais para uma avaliação abrangente da doença.

No entanto, as diferenças na estrutura dos domínios entre as várias traduções do CU-Q2oL dificultam a sua aplicação padronizada.



O objetivo foi avaliar a versão em português do Brasil do CU-Q2oL, analisar a sua correlação com PROs validados e identificar pontos de corte clinicamente relevantes para a estratificação da carga da doença.

Metodologia: Foi realizado um estudo multicêntrico, transversal, envolvendo 173 doentes com UCE em Portugal. Os participantes preencheram os questionários UAS7, UCT, DLQI e CU-Q2oL. As correlações foram avaliadas através do coeficiente de correlação de Spearman. Os pontos de corte para a pontuação total do CU-Q2oL foram definidos utilizando métodos de análise de clusters. O desempenho da classificação foi avaliado através de análises ROC multiclasse.

Resultados: A pontuação total do CU-Q2oL apresentou uma forte correlação com o DLQI ($p = 0,80$; $p < 0,001$), uma correlação moderada com o UAS7 ($p = 0,62$) e uma correlação inversa com o UCT ($p = -0,68$). Um modelo de impacto da QoL do CU-Q2oL em quatro níveis, obtido através de um método de cluster otimizado pelo índice de silhueta, demonstrou excelente capacidade de classificação ($AUC = 0,96$). As mulheres apresentaram pontuações significativamente mais elevadas em todos os PROs, refletindo um maior impacto da doença.

Conclusões: O CU-Q2oL é um instrumento válido para avaliar a qualidade de vida na UCE. Um modelo de classificação em quatro níveis permite uma discriminação robusta do impacto da QoL na doença e poderá aumentar a utilidade clínica deste questionário na estratificação dos doentes e no planeamento terapêutico.

CO19 – SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

Rosmaninho J^{1,2}, Costa A³, Valente C¹, Presa A⁴, Gil-Mata S^{2,5}, Li P⁶, Kocatürk E^{7,8}, Neisinger S⁸, Zuberbier T⁸, Fonseca J^{2,5}, Gonçalves M⁹, Sousa-Pinto B^{2,5}

¹ ULSGE, Serviço de Imunoalergologia, Vila Nova de Gaia, Portugal

² MEDCIDS, Porto, Portugal

³ ULSGE, Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Gaia, Portugal

⁴ ULS do Tâmega e Sousa, Serviço de Imunoalergologia, Penafiel, Portugal

⁵ RISE, Porto, Portugal

⁶ Departamento de Medicina, Hospital Queen Mary, Hong Kong, China

⁷ Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade Koç, Istambul, Turquia, ⁸ Instituto de Alergologia, Charité, Berlim, Alemanha

⁹ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Objetivos: Avaliar a associação entre urticária crónica espontânea (UCE) e sintomas de ansiedade e depressão em adultos.

Metodologia: Foram pesquisadas as bases de dados MEDLINE/ PubMed, Web of Science e Scopus. Incluíram-se estudos comparativos que avaliaram sintomas de ansiedade e/ou depressão em adultos com UCE, comparativamente a indivíduos sem a doença. Realizaram-se meta-análises de efeitos aleatórios de odds ratios ajustados e riscos relativos não ajustados. O risco de viés foi avaliado através da ferramenta do National Institutes of Health (NIH) e a certeza da evidência pelo sistema GRADE.

Resultados: Foram incluídos 59 estudos, dos quais 33 estudos comparativos, envolvendo 139 248 participantes, contribuíram para as meta-análises. As estimativas ajustadas mostraram maior odds de sintomas de ansiedade ($OR=2,48$; $IC95\%=1,86-3,32$) e de sintomas depressivos ($OR=2,05$; $IC95\%=1,48-2,84$) nos doentes com UCE. Resultados semelhantes foram observados nas estimativas não ajustadas para sintomas de ansiedade ($RR=2,22$; $IC95\%=1,92-2,57$) e sintomas depressivos ($RR=2,40$; $IC95\%=1,94-$

2,96). Apesar da heterogeneidade considerável e da certeza muito baixa da evidência, a direção da associação foi consistentemente positiva entre os estudos.

Conclusões: A UCE associa-se a maior frequência de sintomas de ansiedade e depressão. Estes resultados reforçam a relevância da saúde mental na avaliação da carga global da doença. São necessários estudos prospetivos longitudinais para esclarecer a temporalidade e os mecanismos subjacentes.

CO20 – OTIMIZAÇÃO POSOLÓGICA DO DUPILUMAB NO ECZEMA ATÓPICO GRAVE: CONTROLO CLÍNICO E QUALIDADE DE VIDA

Abdurrahid N¹, Vassalo F¹, Martins G¹, Brás R^{1,2}, Coutinho C^{1,2}, Branco Ferreira M^{1,2}, Lopes A^{1,2}

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

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

Objetivo: O dupilumab demonstrou eficácia sustentada no eczema atópico (EA) grave, colocando-se a questão da otimização posológica em doentes com resposta mantida. O objetivo foi avaliar o controlo clínico e a qualidade de vida (QoL) após aumento do intervalo de administração, em doentes com EA grave controlado.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo de doentes com EA grave sob dupilumab com aumento do intervalo de administração após pelo menos 12 meses de tratamento, por con-

trolo da doença, com seguimento até julho/2026; excluíram-se espaçamentos por efeitos adversos. Recolhidos dados demográficos, clínicos e posológicos. Analisou-se o controlo (Eczema Area and Severity Index, EASI; SCORing Atopic Dermatitis, SCORAD; Atopic Dermatitis Control Tool, ADCT), e a QoL (Dermatology Life Quality Index, DLQI; escalas numéricas de prurido e sono) no início (T0), aos 6 e 12 meses e anualmente até aos sete anos, bem como o intervalo em cada avaliação. Compararam-se T0 vs. pós-alargamento e vs. última avaliação (Wilcoxon). Os intervalos atuais (<4, 4–6, >6 semanas) foram comparados por análise exploratória (Kruskal–Wallis, correção de Holm).

Resultados: Incluíram-se 32 doentes (feminino=18;56,3%), mediana de idades 35,5 anos (IQR:27,0-46,5), e duração mediana de tratamento de 56,8 meses (IQR:35,3-75,9). Comorbilidades frequentes: rinite (n=29;90,6%), asma (n=19;59,4%), alergia alimentar (n=7;21,9%). No primeiro ano de terapêutica, 20 (62,5%) atingiram EASI90 e 9 (28,1%) EASI75. Na última avaliação, 26 (81,3%) atingiram EASI90, e 6 (18,8%) EASI75.

O intervalo de administração mediano atual foi 3 semanas (IQR:3,0-4,3); 15/32 (46,9%) encontravam-se ≥4 semanas e 7/32 (21,9%) ≥6 semanas (Tabela 1). Verificou-se redução significativa dos scores de controlo e QoL entre T0 e o último follow-up (p<0,001) sem agravamento após espaçamento (p>0,5). Não se observaram diferenças significativas entre grupos de diferentes intervalos nos vários timepoints (Tabela 2).

Conclusão: Em doentes respondedores, o aumento do intervalo de administração do Dupilumab permitiu manter o controlo da doença e a QoL, reduzindo a carga de terapêutica.

Tabela 1. Intervalos de administração de acordo com a duração do tratamento (até 15 julho 2026)

Duração (M)	Intervalos de tratamento							Total
	q3w	q4w	q5w	q6w	q7w	q8w	q9w	
0-24	2	1						3
24-36	4	1						5
36-47	1	2						3
48-59	3	2		1		1		7
60-71	2		1			1		4
72-84	5	1		1	2		1	10
Total Geral	17	7	1	2	2	2	1	32

Tabela 2. Análise exploratória do controlo e QoL dos doentes em diferentes intervalos, consoante o *timepoint* avaliado

PROMs	Intervalo	T0	6M	12M	2A	3A	4A	5A	6A	7A
SCORAD	<4 s	66,2	26,6	25,3	13,75	13,6	11,8	8,45	9,4	
SCORAD	4-6 s	75,75	24,65	15,05	8,55	13,7	11,85	13,7	16,4	
SCORAD	>6 s	57,9	19,8	10	4,9	5,6	1	4,2	5	7
		p=0,94	p=0,94	p=0,75	p=0,54	p=0,94	p=0,51	p=0,94	p=0,94	-
EASI	<4 s	31,5	6	2,6	1,45	1,31	0,95	0,75	1,65	
EASI	4-6 s	39	4,2	3,005	0,75	0,81	1,105	1,21	1,21	
EASI	>6 s	23,6	1,3	0,4	0,2	0,2	0	0,105	0,21	7,4
		p=0,85	p=0,85	p=0,26	p=0,85	p=0,85	p=0,85	p=0,62	p=0,56	
DLQI	<4 s	14	2	1	1	0	1	0	0	
DLQI	4-6 s	16	1,5	1	0,5	1	0,5	1	1	
DLQI	>6 s	19	1	1	0	2	1	0,5	0	0,41
					p=1,00					
NRS prurido	<4 s	7	2	1	1	0	1,5	0	0	
NRS prurido	4-6 s	7,5	2	1,5	0	0	1	1	1	
NRS prurido	>6 s	7	1	1	0	1	0	0	0	0
					p=1,00					
NRS sono	<4 s	6	0	0	0	0	0	0	0	
NRS sono	4-6 s	5	0,5	0	0	0	0	0	0	
NRS sono	>6 s	6	0	0	0	0	0	0	0	0
					p=1,00					
ADCT	<4 s	11	2	1,5	1	2	4			
ADCT	4-6 s	13,5	2	0,5	0,5	0	0,5			
ADCT	>6 s	14	2	1	0	0	0	0	0	0

Valores apresentados como mediana. Os doentes foram classificados de acordo com o intervalo atual de administração: <4, 4-6 e >6 semanas (s). Em cada *timepoint*, os grupos foram comparados pelo teste de Kruskal-Wallis. Os valores de p foram corrigidos para comparações múltiplas pelo método de Holm, não se tendo encontrado comparações estatisticamente significativas. Havia apenas 1 doente com 7 anos de terapêutica, pelo que esse *timepoint* não foi submetido a análise estatística. Não se analisaram os valores de ADCT já que este foi apenas implementado após a sua validação em Português, tendo doentes iniciado terapêutica sem o seu preenchimento. PROMs: Patient Reported Outcome Measures; EASI: Eczema Area and Severity Index; SCORAD: SCORing Atopic Dermatitis; ADCT: Atopic Dermatitis Control Tool; DLQI: Dermatology Life Quality Index; NRS: Numeric rating scale

CO21 – TRANSIÇÃO DO OMALIZUMAB DE REFERÊNCIA PARA BIOSIMILAR NA URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE EFICÁCIA E SEGURANÇA NA PRÁTICA CLÍNICA

Antunes D¹, Coelho T¹, Paulino M¹, Duarte F¹, Caiado J^{1,2}, Costa C^{1,2}

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

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

Resultados: Pretende-se avaliar a eficácia e segurança da transição do omalizumab de referência (OMAr) para o biosimilar (OMAb) em doentes com urticária crónica espontânea (UCE) na prática clínica de um Serviço UCARE.

Objetivo: Estudo retrospectivo de doentes com UCE que transistaram do OMAr em seringa pré-cheia para o OMAb em caneta, entre outubro/2025-junho/2026. Recolheram-se dados clínicos e laboratoriais, incluindo a avaliação de controlo através de UAS7 e UCT antes da primeira administração de OMAb (T0) e após ≥3 meses de OMAb (T1). Em T1, definiu-se diminuição do controlo da UCE se ≥1 critérios: aumento do UAS7 ≥ 10, diminuição do UCT ≥ 3, necessidade de aumento da dose de omalizumab ou encurtamen-

to do intervalo de administração. A segurança foi avaliada através da ocorrência de reações adversas medicamentosas (RAMs).

Metodologia: Em T0, incluíram-se 110 doentes (80,0% mulheres, média de idades 48,3±14,8 anos), duração média de OMAr 60,5±40,6 meses, a maioria (79,1%) sob dose de 300 mg em intervalos medianos de 4 semanas (2-11 semanas). Oito doentes (7,3%) desenvolveram RAMs ao OMAb, maioritariamente osteoarticulares (n=6), entre a primeira e terceira administrações, reversíveis após reintrodução do OMAr. 91 doentes foram avaliados em T1, não se verificando diferença significativa no controlo da UCE em comparação com T0. 16 doentes (17,6%) tiveram diminuição do controlo em T1vsT0. Estes doentes (Grupo B) vs. os restantes (Grupo A) apresentaram menor duração prévia de tratamento com OMAr (38,1 vs. 59,7 meses; p=0,025) e UAS7 mais elevado (5,5 vs. 10,4; p=0,042) em T0 (Tabela 1).

Conclusões: Observou-se manutenção global do controlo e perfil de segurança favorável após transição para OMAb. Os doentes com diminuição do controlo entre T0 e T1 apresentavam UCE mais grave e com menor duração de terapêutica prévia com OMAr, pelo que o não controlo não pode ser atribuído à transição para o OMAb. Salienta-se a importância da monitorização clínica continuada, dada a imprevisibilidade da UCE.

Tabela 1. Comparação, das características em T0, dos doentes que mantiveram controlo clínico (Grupo A) vs. os que tiveram diminuição do controlo (Grupo B) após transição do omalizumab de referência para biosimilar

	Grupo A (n=75)	Grupo B (n=16)	Valor-p ^a
Idade (anos)	47,5	48,7	0,782
Sexo feminino (n)	57	13	0,651
Urticária Crónica Induzida (n)	26	8	0,250
Autoimunidade (n)	4	1	0,884
Angioedema (n)	15	5	0,324
Duração do tratamento prévio com OMAr (meses)	59,7	38,1	0,025
UAS7	5,5	10,4	0,042
UCT	12,6	11,6	0,483
DLQI	2,9	5,0	0,366
CU-QoL	35,2	41,9	0,205
Eosinófilos (cel/μL)	139,4	140,7	0,763
Velocidade de sedimentação (mm)	16,4	13,1	0,786
D-dímeros (μg/mL)	0,38	0,60	0,285
Proteína C reativa (mg/dL)	0,49	0,42	0,613
Anticorpos anti-TPO (U/mL)	33,5	9,8	0,648
Vitamina D (ng/mL)	23,9	21,3	0,550
Imunoglobulina E (U/mL)	354,1	368,4	0,938
ANA positivo (n)	7	1	0,937

^a Teste de Mann-Whitney U para análise de variáveis quantitativas e teste do Qui-Quadrado para variáveis categóricas.
ANA - Anticorpos antinucleares; CU-QoL - Chronic Urticaria Quality of Life; DLQI - Dermatology Life Quality Index; OMAr - Omalizumab de referência; TPO - Tireoperoxidase; UAS7 - Urticaria Activity Score últimos 7 dias; UCT - Urticaria Control Test.

CO22 – OMALIZUMAB NA URTICÁRIA CRÓNICA: EFETIVIDADE E SEGURANÇA NO PRIMEIRO ANO DE TRATAMENTO

Ursu A^{1,2}, Silva R^{1,2}, Gaspar B^{1,2}, Nunes M^{1,2}, Carvalho F^{1,2}, Sangalho I^{1,2}, Araújo M^{1,2}, Prates S^{1,2}, Leiria 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: Avaliar a efetividade e a segurança do omalizumab na urticária crónica (UC) no primeiro ano de tratamento.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, incluindo doentes adultos e pediátricos com UC que iniciaram omalizumab entre 2015 e 2025. Caracterizou-se o fenótipo, avaliou-se a atividade da doença, o controlo e a qualidade de vida, através do UAS7, UCT e DLQI no início e aos 3, 6 e 12 meses. A resposta foi caracterizada pelas proporções de doentes que atingiram

UAS7≤6, UAS7=0, UCT≥12 e UCT=16; aos 12 meses aplicou-se LOCF (último valor disponível) para minimizar o enviesamento de descontinuação precoce. A evolução foi avaliada pelo teste Wilcoxon para amostras emparelhadas (pares com informação disponível).

Resultados: Incluíram-se 52 doentes, 76,9% do sexo feminino, idade mediana de 38,5 anos (AIQ 26,3). O diagnóstico mais frequente foi UC espontânea (n=26; 50,0%), seguido da associação com urticária induzível (n=22; 42,3%). Antes do omalizumab, 71,2% realizavam anti-histaminico em dose quádrupla, 76,9% tinham realizado corticoterapia sistémica e 44,2% ciclosporina. Verificaram-se melhorias significativas no UAS7, UCT e DLQI aos 3, 6 e 12 meses (p<0,001). Aos 12 meses, 79,6% dos doentes atingiram UAS7≤6, 61,2% UAS7=0, 72,2% UCT≥12 e 50,0% UCT=16. Em análise exploratória, a urticária induzível associou-se a menor remissão completa (UCT=16: 33,3% vs. 73,3%; p=0,041). Registaram-se efeitos adversos em 13,5%; apenas um implicou interrupção do tratamento, sendo os restantes ligeiros e transitórios. No primeiro ano, 18 doentes atingiram intervalos entre administrações

Parâmetro	Basal	3 meses	6 meses	12 meses (LOCF)
UAS7 — mediana (P25–P75)	24,5 (16,2–28,4)	3,8 (0,0–14,4)	0,0 (0,0–7,0)	0,0 (0,0–4,5)
UCT — mediana (P25–P75)	4,5 (2,0–6,2)	11,0 (8,5–16,0)	14,0 (12,0–16,0)	15,5 (11,0–16,0)
DLQI — mediana (P25–P75)	10,0 (7,0–16,5)	1,5 (0,0–4,8)	1,0 (0,0–1,0)	1,0 (0,0–3,2)
UAS7≤6, n/N (%)	3/39 (7,7%)	28/48 (58,3%)	32/43 (74,4%)	39/49 (79,6%)
UAS7=0, n/N (%)	0/39 (0,0%)	20/48 (41,7%)	22/43 (51,2%)	30/49 (61,2%)
UCT≥12, n/N (%)	1/28 (3,6%)	13/27 (48,1%)	22/29 (75,9%)	26/36 (72,2%)
UCT=16, n/N (%)	0/28 (0,0%)	8/27 (29,6%)	11/29 (37,9%)	18/36 (50,0%)

Tabela 1. Evolução da atividade da doença (UAS7), do controlo clínico (UCT) e da qualidade de vida (DLQI), e proporção de doentes com resposta/controlo, ao longo do primeiro ano de tratamento com omalizumab. $p < 0,001$ para todas as comparações basal vs. 3/6/12 meses (teste de Wilcoxon, pares com informação disponível). 12 meses: LOCF (last observation carried forward) para doentes sem avaliação exata aos 12 meses.

superiores a quatro semanas, destes, 88,9% mantiveram o controlo da doença.

Conclusões: O omalizumab associou-se a melhoria rápida e sustentada da atividade, controlo da doença e qualidade de vida, com perfil de segurança favorável. A urticária indutível poderá condicionar menor remissão completa, a confirmar em amostras maiores. O alargamento bem-sucedido do intervalo entre administrações apoia a otimização individualizada do esquema terapêutico.

CO23 – AUMENTO DO INTERVALO TERAPÊUTICO DE DUPILUMAB NA DERMATITE ATÓPICA GRAVE: EVOLUÇÃO CLÍNICA, TARC E IGE TOTAL

Vassalo A¹, Brás R^{1,2}, Santos D^{3,4}, Gonçalves L¹, Antunes M⁵, Lopes da Silva S^{1,2,3}, 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 de Lisboa, Lisboa, Portugal

³ GIMM – Gulbenkian Institute for Molecular Medicine, Lisboa, Portugal

⁴ Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁵ CEAUL – Centro de Estatística e Aplicações, Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: O impacto clínico e laboratorial do aumento do intervalo entre administrações de dupilumab (DUPI) na dermatite atópica (DA) grave permanece pouco estabelecido. Esta análise preliminar mostra a evolução de um grupo de doentes com DA

inicialmente sob DUPI 2/2 semanas, incluindo avaliação antes e após aumento do intervalo de tratamento para 3/3 semanas num subgrupo de doentes.

Metodologia: Estudo retrospectivo (2019–2025) incluindo 32 doentes com DA grave sob DUPI 2/2 semanas durante ≥12 meses, com posterior aumento para 3/3 semanas em 13 doentes após estabilidade clínica. Recolheram-se dados clínicos e laboratoriais (IgE total, eosinófilos, LDH e TARC – método ELISA, Human TARC/CCL17 ELISA kit, Invitrogen, Thermo Fisher) em T0, T1 (≈12 meses de DUPI) e T2 (≈6 meses após aumento do intervalo no grupo 3/3 semanas, ≈6-12 meses após T1 no grupo que manteve 2/2 semanas). Realizou-se análise comparativa em T0 ($\alpha=0,05$) e análise descritiva longitudinal nos dois grupos (R v.4.4.0).

Resultados: Não se verificaram diferenças significativas no fenótipo clínico/imunológico da DA entre os grupos em T0. Em T1, 57% dos doentes atingiram EASI-90, 86% EASI-75 e 89% EASI-50, mantendo-se tendência descendente nos dois grupos até T2. O SCORAD diminuiu ao longo do primeiro ano, mantendo cinética descendente até T2 no grupo sob DUPI 2/2 semanas e aparente estabilidade entre T1 e T2 no grupo sob DUPI 3/3 semanas. Laboratorialmente, a IgE total e a TARC apresentaram diminuição nos dois grupos, de forma mais expressiva no primeiro ano de tratamento. A evolução detalhada dos parâmetros analisados encontra-se na Tabela 1.

Conclusão: Nesta análise preliminar, a evolução clínica foi globalmente favorável nos dois grupos, não havendo agravamento após aumento do intervalo de tratamento no grupo sob DUPI 3/3 semanas. A aplicação de modelos estatísticos ajustados poderá esclarecer o real impacto desta estratégia e identificar potenciais biomarcadores preditores de resposta clínica.

Tabela 1. Análise longitudinal dos parâmetros clínicos e laboratoriais avaliados em T0, T1 e T2.

Variável	Timepoint		
	T0	T1	T2
Grupo standard - 2/2 semanas (n=19)			
Tempo de tratamento (meses)	-	13,5 (±2,2)	25 (±5)
EASI	45 (±16)	6,2 (±5,8)	2,8 (±2,5)
SCORAD	74 (±17)	26 (±15)	19 (±13)
TARC (pg/mL)	5973 (±4020)	2272 (±2496)	2029 (±1300)
IgE total (U/mL)	6822 (±7829)	1311 (±2169)	449 (±392)
Grupo com aumento do intervalo - 3/3 semanas (n=13)			
Tempo de tratamento (meses)	-	13,2 (±3)	32 (±6)
EASI	33 (±16)	3 (±3,9)	1,7 (±1,4)
SCORAD	65 (±14)	19 (±12)	18 (±11)
TARC (pg/mL)	5938 (±4162)	1119 (±773)	506 (±163)
IgE total (U/mL)	6396 (±7189)	1066 (±952)	454 (±431)

T0 – avaliação antes do início de dupilumab; T1 – avaliação aproximadamente 12 meses após início de dupilumab; T2 – avaliação aproximadamente 6-12 meses após T1 no grupo standard, e aproximadamente 6 meses após aumento do intervalo de tratamento no grupo sob dupilumab de 3/3 semanas. Todos os dados se encontram representados sob a forma de média e desvio-padrão.

EASI – Eczema Area and Severity Index; SCORAD – SCORing Atopic Dermatitis; TARC – Thymus and Activation-Regulated Chemokine

CO24 – FATORES ASSOCIADOS AO CONTROLO DA ASMA: RESULTADOS DO ESTUDO ANTICIPATE

Regalo S¹, Tejada Nunes M², Taborda Barata L³, Lozoya-Ibañez C⁴, Pires Pereira H¹, Pereira A⁵, Costa Farinha I¹, Martins dos Santos G², Botelho Alves P¹, Cardoso Lopes J¹, Rodrigues Alves R⁶, Semedo F⁷, Branco Ferreira M⁸, Gaspar Marques J², Ferreira J⁹, Morête A¹⁰, Regateiro F¹, Carreiro Martins P²

¹ ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

² ULS São José, Lisboa, Portugal

³ ULS da Cova da Beira, Covilhã, Portugal

⁴ ULS de Castelo Branco, Coimbra, Portugal

⁵ CUF Porto, Porto, Portugal

⁶ Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Ponta Delgada, Portugal

⁷ Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

⁸ ULS Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁹ ULS de Gaia/Espinho, Gaia, Portugal

¹⁰ ULS da Região de Aveiro, Aveiro, Portugal

Objetivos: Caracterizar o perfil clínico dos doentes com asma seguidos em consulta de Imunoalergologia e identificar fatores associados à ausência de controlo da asma.

Metodologia: Estudo observacional multicêntrico português (ANTICIPATE) em pessoas com asma acompanhadas em consultas de Imunoalergologia. Foram avaliados o grau de tratamento GINA, o controlo da asma (pontuação das vias aéreas inferiores

do CARAT), a adesão à terapêutica (Medida de Adesão aos Tratamentos, MAT), a qualidade de vida (EQ-5D), a função pulmonar (espirometria), os biomarcadores de inflamação tipo 2 (FeNO e eosinófilos) e as comorbilidades alérgicas e não alérgicas.

Resultados: Foram incluídos 131 participantes (46±18 anos; 64% mulheres): 59% em degraus 4–5 do GINA, 23% sob terapêutica biológica, 87% tinham adesão subótima ao tratamento e 60% apresentavam asma não controlada. Os doentes com asma não controlada apresentavam maior carga de comorbilidades (3 vs 2; p<0,001), pior qualidade de vida (EQ-VAS 70 vs 90; p<0,001) e menor FEV1 (76% vs 84%; p=0,018), sem diferenças significativas nos níveis de biomarcadores de inflamação do tipo 2. O controlo da asma correlacionou-se moderadamente com a qualidade de vida (p=0,50; p<0,001) e inversamente com o número de comorbilidades (p=-0,36; p<0,001), particularmente com as comorbilidades não alérgicas (p=-0,43; p<0,001). Na análise multivariável, cada comorbilidade não alérgica adicional associou-se de forma independente à asma não controlada (OR 2,21; IC95% 1,37–3,57), após ajuste para a idade, sexo e índice de massa corporal.

Conclusões: Nesta coorte de doentes com asma seguidos em Imunoalergologia, a ausência de controlo da asma associou-se de forma independente a uma maior carga de comorbilidades não alérgicas e a pior qualidade de vida, mas não aos biomarcadores de inflamação tipo 2. Estes resultados reforçam a importância da avaliação sistemática das comorbilidades e da otimização da adesão terapêutica na abordagem da asma não controlada.

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS IV
ALERGIA A FÁRMACOS & ALERGIA ALIMENTAR

26 de setembro | 08:30-10:00 | Sala II

Moderadores: José Alberto Ferreira, Amélia Spínola, Isabel Carrapatoso

CO25 - OTIMIZAÇÃO DA PROVA DE PROVOCAÇÃO ORAL COM ÁCIDO ACETILSALICÍLICO NA SUSPEITA DE HIPERSENSIBILIDADE AOS AINE- ANÁLISE PROTOCOLOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Piedade N¹, Carneiro Leão L¹, Dias de Castro E¹

¹ Chusj, Porto, Portugal

Introdução: A hipersensibilidade aos anti-inflamatórios não esteroides (AINE) está frequentemente associada à inibição da COX-1. A prova de provocação oral com ácido acetilsalicílico (POA) desempenha um papel central na investigação diagnóstica, embora persistam preocupações quanto à sua segurança e uniformização dos protocolos.

Objetivos: Avaliar a segurança e utilidade diagnóstica da POA em doentes com suspeita de hipersensibilidade aos AINE (HS-AINE), bem como analisar os protocolos utilizados na prática clínica.

Métodos: Foram analisados retrospectivamente doentes com suspeita de HS-AINE submetidos a POA entre janeiro de 2020 e dezembro de 2025. Foram avaliados dados demográficos e clínicos, reações índice, resultados dos testes e protocolos de provocação.

Resultados: Foram incluídos 161 doentes (idade média 49,97 ± 15,35 anos; 63% do sexo feminino). As reações índice foram imediatas em 77% e não imediatas em 9,3%. A suspeita envolvia um único AINE em 68,3% e múltiplos AINE em 27,9%; o AAS estava implicado em 42%. A POA foi positiva em 34 doentes (21,5%), com doses cumulativas de 250–1000 mg. As reações foram predominantemente cutâneas (91,2%) e 3 casos preencheram critérios de anafilaxia. Quando o AAS não estava implicado na reação índice, iniciar a investigação com POA reduziu o número de provas de provocação necessárias, tanto na suspeita de hipersensibilidade a um único AINE (n = 51; p < 0,001) como a múltiplos AINE (n = 21; p = 0,004). Uma POA negativa (n = 122) excluiu HS-AINE mediada pela COX-1 e, em 28% dos casos, apoiou um mecanismo mediado por IgE, permitindo evicção menos restritiva.

Conclusões: A POA é uma ferramenta segura e de elevada utilidade diagnóstica. Como teste inicial, aumenta a eficiência diagnóstica e reduz a necessidade de múltiplas provas de provocação, particularmente quando o AAS não está implicado na reação índice.

CO26 – HIPERSENSIBILIDADE A BETA-LACTÁMICOS EM IDADE PEDIÁTRICA: CARACTERIZAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Gaspar Â¹, Mota I¹, Piedade S¹, Cruz C¹, Nunes I¹, Viegas L¹, Vau T¹, Moura A^{1,2}, Borrego L^{1,3}, Monteiro Marques C¹

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

² Serviço de Alergologia/Medicina Interna, Zaans Medisch Centrum, Zaandam, Países Baixos

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

Introdução: Os beta-lactâmicos (BL) são os antibióticos mais prescritos em idade pediátrica, e a principal causa reportada de hipersensibilidade (HS) a fármacos, embora confirmada numa minoria dos casos. Os algoritmos de estratificação de risco carecem de validação nesta população.

Objetivos: Caracterizar doentes pediátricos referenciados por suspeita de HS-BL e avaliar o desempenho dos algoritmos PEN-FAST e BL-Predictor.

Metodologia: Estudo retrospectivo de doentes pediátricos, referenciados por suspeita de HS-BL, que realizaram prova de provocação (PP) direta com BL implicado (grupo 1) ou testes cutâneos (TC) com penicilina/BL (grupo 2) entre janeiro/2021 e maio/2026, avaliados segundo consensos ENDA/EAACI.

Resultados: Incluíram-se 289 doentes (idade à avaliação 6,8±4,8 anos; idade à reação 4,8±4,2 anos), 56,1% sexo feminino, 86,1% com reação há <5 anos, e 57,5% reação tardia (>6 horas). As manifestações mucocutâneas foram as mais frequentes (98,6%) seguidas das gastrointestinais (4,5%). A maioria realizou PP direta (80,6%). Confirmou-se HS-BL em 33 doentes (11,4% no total; 6,4% no grupo 1 e 32,1% no grupo 2), e excluiu-se em 251 (86,9%); 5 permanecem em investigação. Sintomas respiratórios (12,1% vs. 1,6%, p=0,006) e anafilaxia (9,1% vs. 0,4%, p=0,005) associaram-se significativamente ao diagnóstico de HS-BL. Dos casos confirmados, 66,6% foram atribuídos a penicilina/derivados (amoxicilina-n=20, penicilina-n=3, flucloxacilina-n=2), 27,3% ácido-clavulânico seletivo e 18,2% cefalosporinas (cefuroxima-n=4, ceftriaxona-n=1, cefazolina-n=1).

O PEN-FAST demonstrou elevada sensibilidade, mas baixa especificidade (Tabela), sobreclassificando como “alto risco” 81,2% das crianças com alergia excluída por PP direta. O BL-Predictor apresentou elevada especificidade, mas baixa sensibilidade, classificando como “baixo risco” 67,7% dos doentes alérgicos.

Conclusões: A prevalência de HS-BL confirmada foi reduzida e a investigação segura, reforçando a importância de esclarecer estes rótulos na idade pediátrica. O PEN-FAST sobrestimou o risco pelo peso atribuído ao intervalo temporal desde a reação, enquanto o BL-Predictor falhou na identificação da maioria dos doentes alérgicos. A avaliação clínica especializada permanece insubstituível na estratificação de risco.

Tabela - Parâmetros de acuidade diagnóstica da decisão clínica vs. algoritmos de risco na coorte pediátrica.

Abordagem	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
PEN-FAST	87,9%	20,3%	12,7%	92,7%
BL-Predictor	32,3%	90,0%	28,6%	91,4%
Decisão Clínica*	54,5%	85,7%	33,3%	93,5%

*Considerada a triagem para prova de provocação direta como "Baixo Risco" e para testes cutâneos prévios como "Alto Risco".

CO27 – DA SUSPEITA À DESROTULAGEM DE HIPERSENSIBILIDADE A BETA-LACTÂMICOS: IMPORTÂNCIA DO ESTUDO ALERGOLÓGICO EM HOSPITAL-DE-DIA DE IMUNOALERGOLOGIA

Gaspar Â¹, Monteiro Marques C¹, Mota I¹, Nunes I¹, Cruz C¹, Viegas L¹, Moura A^{1,2}, Vau T¹, Piedade S¹, Borrego L^{1,3}

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

² Serviço de Alergologia/Medicina Interna, Zaans Medisch Centrum, Zaandam, Países Baixos

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

Objetivo: Caracterizar os doentes avaliados por suspeita de hipersensibilidade (HS) a antibióticos beta-lactâmicos (BL) que realizaram estudo alergológico com testes cutâneos (TC) com penicilina/BL.

Metodologia: Estudo retrospectivo de todos os doentes referenciados para TC por suspeita de HS-BL entre janeiro/2021 e maio/2026, avaliados de acordo com consensos ENDA/EAACI: IgE-específica (ImmunoCAP®) para penicilina, amoxicilina e ampicilina; TC por picada (TCP) e intradérmicos (IDT) com leitura imediata e tardia a PPL e MD (DAP®), penicilina-G, amoxicilina (DAP®), cefuroxima e ceftriaxona. Ácido-clavulânico (DAP®), outros derivados-penicilina e outras cefalosporinas foram testados se implicados. Realizaram-se provas de provocação (PP) com fármaco implicado se TC negativos e PP com BL alternativo nos casos confirmados.

Resultados: Foram incluídos 727 doentes, com idade média 42,8(±17,8) anos, 8% com <18 anos e 69% do sexo feminino. Predomínio de manifestações mucocutâneas (89%); anafilaxia em 104 (14%), 8 com paragem cardiorrespiratória. Confirmada HS-BL em 261 (36%) e excluída em 412 (57%), encontrando-se 54 em investigação (TC negativos, aguardando PP). Anafilaxia, reação imediata (≤1 hora), asma e PEN-FAST de "alto risco" associaram-se significativamente ($p<0,01$) a HS-BL. O diagnóstico foi confirmado por TC em 73% (TCP-16; IDT-175, 75 com leitura tardia), PP em 22%, e IgE-específica em 5%. Ocorreu reação sistêmica durante TC em 10 doentes. As penicilinas/derivados foram os causadores em 153 (59%) (amoxicilina-120, penicilina-46, flucloxacilina-9, piperacilina-4, ampicilina-2), ácido-clavulânico seletivo em 88 (34%) e cefalosporinas em 45 (17%) (cefuroxima-19, cefazolina-11, ceftriaxona-2, cefoxitina-1).

Conclusões: Estes resultados sublinham a importância de investigar os casos suspeitos de HS-BL, dado que, na maioria dos doentes, o rótulo de alergia foi retirado com segurança. Nos casos confirmados, aproximadamente metade apresentou mecanismo IgE-mediado e metade mecanismo não IgE-mediado. A existência de reações sistêmicas durante avaliação diagnóstica, por TC e PP, bem como o diagnóstico preciso de alergia seletiva, reforça a necessidade da referência para centros diferenciados de Imunoalergologia.

CO28 – UTILIDADE DO TESTE DE ATIVAÇÃO DE BASÓFILOS NA INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES PERIOPERATÓRIAS

Gonçalves L¹, Vassalo A¹, F. Santos D^{3,4}, Branco Ferreira M^{1,2}, L. Silva S^{1,2,4}, Lopes A^{1,2}

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

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

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

⁴ GIMM—Gulbenkian Institute for Molecular Medicine, Lisboa, Portugal

Objetivo: O diagnóstico de hipersensibilidade no perioperatório é desafiante pela exposição simultânea a múltiplos fármacos e gravidade das reações. A utilidade do teste de ativação de basófilos (TAB) permanece pouco caracterizada neste contexto. **Objetivo:** avaliar desempenho e utilidade do TAB na investigação de reações imediatas no período perioperatório.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo (2018-2026) de doentes com reações de hipersensibilidade imediata perioperatórias. Analisaram-se dados demográficos, TAB, IgE total, triptase basal e na reação, testes cutâneos (TC), provas de provocação, tolerância posterior, intervalo entre a reação e a investigação. A anafilaxia foi classificada pela escala de Brown. Os doentes foram distribuídos pelo fármaco testado no TAB: antibióticos (n=13), anestésicos gerais (n=3), bloqueadores neuro-musculares (n=7) anestésicos locais (n=7), opioides (n=11), AINEs (n=4), outros (10).

Resultados: Incluíram-se 55 TAB, correspondentes a 20 doentes (11 mulheres, idade mediana na reação 50 [38;60] anos), em mé-

dia 2,75 fármacos por doente. A análise foi realizada por fármaco. No total, 43 TAB corresponderam a doentes com anafilaxia (67% grau 3). Registaram-se 8 TAB e 18 TC positivos. Verificou-se associação significativa entre TAB e TC ($p < 0,001$), com concordância global moderada ($\kappa = 0,518$). A concordância foi superior quando o estudo ocorreu até 2 anos após a reação ($p = 0,015$). Os AINEs, anestésicos locais e gerais apresentaram concordância total. A concordância TAB/TC foi significativamente superior no grupo com anafilaxia (91%) vs. sem anafilaxia. Este último apresentou maior proporção de TC positivos (75%). Face aos TC, o TAB apresentou sensibilidade de 44%, especificidade e valor preditivo positivo (VPP) de 100%, valor preditivo negativo (VPN) de 79%. Todos os doentes que toleraram posteriormente o fármaco apresentavam TAB/TC negativos.

Conclusões: O TAB revelou desempenho heterogéneo entre grupos farmacológicos. Constitui uma ferramenta útil na investigação perioperatória pela elevada especificidade e VPP. A sensibilidade reduzida reforça o seu papel como exame complementar dos TC, sobretudo nos primeiros 2 anos após a reação.

CO29 – ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO NA SUSPEITA DE ALERGIA A PENICILINAS: COMPARAÇÃO DE PERFORMANCE DO PEN-FAST E BL-PREDICTOR

Guedes C, Regalo S¹, Alberto A², Geraldês R¹, Lucena M¹, Manso-Preto L¹, Alves M¹, Ribeiro C¹, Todo-Bom A¹

¹ ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

² ULS Santo António, Porto, Portugal

Objetivos: Comparar desempenho do PEN-FAST e BL-Predictor na estratificação do risco de alergia a penicilinas e identificação de doentes de baixo risco elegíveis para prova de provocação oral (PPO) direta. Avaliar estratégia combinada de baixo risco (PEN-FAST <3 e BL-Predictor ≤0).

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de três anos em adultos seguidos em consulta de Imunoalergologia da ULS Coimbra por suspeita de hipersensibilidade a penicilinas. Incluíram-se doentes com investigação completa e diagnóstico final confirmado ou excluído. Excluíram-se doentes com estudo incompleto, perda de seguimento e fenótipos de reações cutâneas ad-

Tabela 1: Caracterização demográfica, clínica e laboratorial dos doentes incluídos no estudo.

Grupo	Sexo feminino N (%)	Idade na reação Mediana [IQR25-75]	Reação imediata (Ø anafilaxia) n(%)	Anafilaxia n (%)			Triptase na reação Mediana [IQR25;75]	IgE total Mediana [IQR25;75]	Tempo entre a reação e TAB Mediana [IQR25;75] (dias)	Tempo entre a reação e TC Mediana [IQR25;75] (dias)	TAB positivo n (%)	TC positivo n (%)	Concordância TC e TAB n (%)	PP negativas/tolerância n (%)
				Grau 1	Grau 2	Grau 3								
Total TAB (N=55)	35 (61,8)	50 [38; 60]	12 (22)	1 (2)	13 (30)	29 (67)	N=21 16,1 [15; 16]	N=44 19 [8; 38]	N=55 374 [179; 511]	458 [212; 503]	8 (15)	18 (33)	45 (82)	5 (83) – PP negativas 1 (17) – Tolerância posterior
Antibióticos (n=13) Cefazolina	8 (62)	49 [36; 64]	1 (8)	0	3 (25)	9 (75)	n=5 16 [9; 21]	n=12 24 [8; 72]	374 [96; 502]	296 [107; 494]	1 (8)	3 (23)	11 (85)	1 (16,7) - PP negativa
Anestésicos gerais (n=3) Propofol	1 (33)	56 [48; 56]	0	0	1 (33)	2 (67)	n=1 16	n=3 38 [18; 38]	485 [402; 485]	458 [326; 458]	0	0	3 (100)	0
Opióides (n=11) Fentanil (3) Morfina (4) Sufentanil (2) Remifentanil (1) Tramadol (1)	5 (46)	54 [15; 56]	3 (27)	1 (13)	2 (25)	5 (63)	n=4 16 [13; 16]	n=9 7 [3; 19]	369 [244; 385]	458 [238; 562]	0	4 (36)	7 (64)	0
Bloqueadores neuromusculares (n=7) Atracúrio (1) Cisatrácúrio (1) Rocurónio (5)	6 (86)	56 [48; 60]	3 (43)	0	1 (25)	3 (75)	n=2 17 [16; 17]	n=7 18 [9; 38 9]	485 [64; 903]	479 [64; 903]	0	3 (43)	4 (57)	0
Anestésicos locais (n=7) Levobupivacaína (3) Lidocaína (2) Mepivacaína (1) Ropivacaína (1)	5 (71,4)	42 [42; 81]	0	0	4 (57)	3 (43)	n=2 15 [14,6; 14,9]	n=3 13 [3; 13]	368 [317; 369]	1196 [95; 1196]	0	0	7 (100)	1 (17) - PP negativa/ tolerância posterior 1 (17) - Tolerância
AINEs (n=4) Metamizol	2 (50)	46 [20; 75]	2 (50)	0	1 (50)	1 (50)	n=1 4	n=3 13 [4; 13]	171 [95; 253]	165 [85; 481]	2 (50)	2 (50)	4 (100)	1 (17) - PP negativa
Outros (n=10) Dexametasona (2) Azul patente (1) Azul de metileno (1) Clorhexidina (1) Esomeprazol (1) Omeprazol (1) Ondansetrom (1) Pantoprazol (1)	8 (80,0)	52 [37; 63]	3 (30)	0	1 (14)	6 (86)	n=6 16 [15; 17]	n=7 18 [3; 38]	478 [345; 1367]	523 [208; 1366]	5 (50)	6 (60)	9 (90)	2 (33) - PP negativas
p value	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01 (total); >0,05	NA

Legenda: AINEs – Anti-inflamatórios não esteróides; IQR – Intervalo interquartil; PP – prova de provocação; TAB – Teste de ativação de basófilos; TC – testes cutâneos

Testes estatísticos utilizados: Normalidade das distribuições (idade na reação, IgE total, triptase na reação, tempo decorrido entre a reação e TC e TAB) estudada através dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. A associação entre as variáveis “resultado do TAB”, “resultado dos TC”, “concordância TAB-TC”, “grupo farmacológico” foi avaliada com o teste Qui-Quadrado de Pearson, teste exato de Fisher-Freeman-Halton, teste de tendência linear de Mantel-Haenszel quando aplicável. A relação TAB-TC foi estudada através de tabela 2x2 para cálculo de sensibilidade, especificidade e valores preditivos, assumindo os testes cutâneos como referência relativa. A concordância TAB-TC foi avaliada pelo coeficiente de Cohen's kappa e a assimetria das discordâncias pelo teste de McNemar. Os p values apresentados correspondem à comparação entre classes farmacológicas, com exceção da concordância (<0,01 corresponde a uma comparação por fármaco, >0,05 corresponde a uma comparação por grupo farmacológico).

versas graves (SCARs). PEN-FAST e BL-Predictor foram calculados retrospectivamente a partir da reação índice. Compararam-se sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e área sob a curva (AUC). Analisou-se se a concordância de baixo risco entre ambos os scores aumentaria o VPN.

Resultados: Dos 549 doentes avaliados, 315 foram incluídos; 197 perderam seguimento, 15 tinham estudo incompleto e 22 apresentavam SCARs. A idade média foi 48,1±16,8 anos, 74,3% sexo feminino. O PEN-FAST classificou 60,0% como baixo risco, com alergia confirmada em 15,3%; para ≥3, sensibilidade, especificidade, VPP e VPN foram 59,2%, 65,6%, 33,3% e 84,7%. O BL-Predictor classificou 80,3% como baixo risco, com alergia confirmada em 18,2%; para >0, os valores foram 35,2%, 84,8%, 40,3% e 81,8%. A AUC foi 0,666 para PEN-FAST e 0,595 para BL-Predictor ($\Delta=0,071$; $p=0,013$). A aplicação simultânea dos scores identificou 178 doentes (56,5%) como baixo risco, com VPN de 84,8%. Nos doentes classificados como baixo risco pelo PEN-FAST, a concordância com o BL-Predictor não reduziu significativamente proporção de alergia confirmada (15,2% vs. 18,2%; $p=0,678$), mantendo-se o VPN praticamente inalterado.

Conclusões: O PEN-FAST apresentou maior sensibilidade, VPN e capacidade discriminativa; o BL-Predictor, maior especificidade e VPP. A combinação não melhorou o VPN, não demonstrando benefício adicional na identificação de candidatos de baixo risco para PPO direta.

CO30 – EFICÁCIA E SEGURANÇA DE UMA “MILK LADDER” PORTUGUESA NA ALERGIA ÀS PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA NÃO-IGE MEDIADA

Couto M¹, T Fernandes R², Carvalho S³, Pádua I^{1,4,5}

¹ Hospital Cuf Trindade, Porto, Portugal

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

³ Blog Criar, Comer, Crescer

⁴ Instituto Universitário de Ciências da Saúde – CESPU, Porto, Portugal

⁵ UCIBIO – Translational Toxicology Research Laboratory (IH-TOXRUN), Porto, Portugal

Introdução: A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) não-IgE mediada é frequente na primeira infância. A “milk ladder” (ML) do iMAP permite a reintrodução domiciliária e gradual da PLV na APLV não-IgE mediada ligeira/moderada, baseando-se na termolabilidade das proteínas do soro. Contudo, não existia nenhuma versão adaptada ao padrão alimentar português formalmente proposta e avaliada.

Objetivo: Avaliar a eficácia e segurança de uma ML portuguesa, alinhada com hábitos alimentares e ingredientes locais, em crianças com APLV não-IgE mediada ligeira/moderada.

Métodos: Uma equipa multidisciplinar desenhou uma ML portuguesa de 6 passos, adaptando o modelo iMAP a alimentos e ingredientes comuns em Portugal (publicada em: Carvalho, Sofia; Cou-

Etapa	Alimento	Quantidade	Leite por porção (mL)	Proteína do leite por porção (g)
1	Bolacha doce de fruta OU Bolachas de “queijo”	1 bolacha 2 bolachas 3 bolachas	1 ml 2 ml 3 ml	0,35 g 0,70 g 1,05 g
2	Muffin doce de fruta OU Muffin salgado de “queijo”	½ muffin 1 muffin	12,5 ml 25 ml	0,413 g 0,875 g
3	Panqueca	½ pancake 1 pancake	21 ml 42 ml	0,735 g 1,47 g
4	Queijo	15 g	15 g	3,43 g
5	logurte sem lactose	125 ml	125 ml	6 g
6	Leite sem lactose	100 ml 200 ml	100 ml 200 ml	3,47 g 6,95 g

to, Mariana. ALERGIAS: COMER SEM MEDOS. 1ª Edição: Lisboa. Arena, 2023). Avaliaram-se retrospectivamente as primeiras 100 crianças consecutivas com APLV não-IgE mediada que iniciaram a ML após pelo menos 6 meses de estabilidade clínica. A reintrodução domiciliária contou com apoio estruturado de imunoalergologia e nutrição. Foram analisados os dados demográficos, reações adversas, progressão e desfecho dietético final.

Resultados: Foram incluídas 100 crianças (50% do sexo feminino), com idade média de 15 meses ao início do procedimento (40% ≤12 meses). Destas, 87% completaram a ML com sucesso, atingindo uma dieta totalmente livre (n=85) ou com restrição apenas de lactose (n=2). Apenas uma criança manteve dieta parcialmente restrita, 4 abandonaram o protocolo (por sintomas ou baixa adesão) e 4 permaneciam em progressão. Registaram-se reações adversas em apenas 8% dos doentes, sendo na sua maioria manifestações gastrointestinais ligeiras. Não se registaram reações alérgicas graves ou anafilaxia.

Conclusões: A ML portuguesa demonstrou elevada taxa de sucesso e excelente perfil de segurança. Adaptar protocolos de reintrodução à gastronomia regional facilita a adesão das famílias e promove a aquisição segura e atempada de tolerância. Por se tratar de um procedimento domiciliar permite libertar capacidade hospitalar para outras situações clínicas.

CO31 – EFICÁCIA E SEGURANÇA A LONGO PRAZO DA IMUNOTERAPIA ORAL AO LEITE DE VACA

Piedade S¹, Gaspar Â¹, Monteiro-Marques C¹, Mota I¹, Borrego L^{1,2}

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

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

Introdução: Na alergia IgE-mediada persistente ao leite de vaca (LV) a imunoterapia oral (ITO) constitui uma terapêutica promissora, contudo escasseiam estudos de seguimento a longo-prazo. Objetivos: Avaliar a eficácia e a segurança a longo-prazo da ITO ao LV (ITO-LV) na prática clínica.

Metodologia: Estudo prospetivo de crianças com alergia IgE-mediada grave ao LV que foram submetidas a ITO e seguidas até 17 anos. A dessensibilização completa foi definida pela tolerância da dose-alvo diária (200mL). A caracterização clínica e laboratorial foi realizada antes e após ITO, ao longo do seguimento.

Resultados: Foram incluídos 36 doentes; 72% tinham asma e 64% história prévia de anafilaxia-LV. Idade média no início da ITO-LV foi 6,9(±2,8) anos. Durante a fase-indução 19% apresentaram anafilaxia. A dessensibilização completa foi alcançada em 94%. Durante a fase-manutenção 75% tiveram reações alérgicas (53% ≥3 reações), verificando-se anafilaxia em 12 (33%), incluindo anafilaxia induzida pelo exercício em 14% e pela ingestão de queijo em 14%. História prévia de anafilaxia-LV foi fator de risco para anafilaxia na fase-manutenção (p=0,03). Durante ITO-LV foi diagnosticada esofagite eosinofílica em 4 doentes (11%). Observou-se redução significativa dos níveis de IgE-específica e dos testes-cutâneos para LV e caseína (p<0,0001),

com negatização em 64%. Os níveis de IgG4-específica para LV e caseína foram significativamente superiores pós-ITO (p<0,02).

Conclusões: Este estudo da vida real corrobora a eficácia da ITO-LV e um perfil de segurança aceitável quando realizada em centros especializados, permitindo uma dieta sem restrições na maioria dos doentes. No entanto, a ocorrência de reações alérgicas foi frequente e um terço dos doentes teve anafilaxia durante a fase-manutenção. O contacto permanente com a equipa-médica e a educação sobre cofatores de risco são essenciais para reduzir eventos adversos. A ITO-LV será uma opção apenas para doentes e famílias motivados, implicando adesão rigorosa à dose-manutenção e acompanhamento a longo-prazo.

CO32 – SEGURANÇA E RESULTADOS CLÍNICOS PRELIMINARES NA INDUÇÃO DE TOLERÂNCIA ORAL COM SUMO DE PÊSSEGO NA SÍNDROME LTP

Dourado C¹, Alves C¹, Arêde C¹, Garcia F¹, Sampaio G¹, Lobato M¹, Moscoso T¹, Chambel M¹

¹ Hospital Cuf Descobertas, Lisboa, Portugal

Objetivo: As proteínas de transferência de lípidos (LTP) são panalergénios associados a reações sistémicas graves. A descontinuação da imunoterapia sublingual (SLITone Pru p3) em Portugal motivou estratégias alternativas de indução de tolerância oral (ITO). Este estudo avalia a segurança e eficácia da ITO com sumo de pêssigo.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, incluindo doentes com alergia/síndrome LTP (sensibilizados a Pru p3) submetidos a ITO com sumo de pêssigo (Compal®). Foram utilizados diferentes protocolos de ITO (anexo), de acordo com gravidade clínica, até atingir dose de manutenção de 100mL 3-4 vezes/semana. Nos doentes sob SLITone Pru p3 prévia, realizou-se prova de provocação oral (PPO) com sumo antes de adaptar protocolo. Posteriormente, efetuaram-se PPO com alimentos implicados.

Resultados: Incluíram-se 19 doentes (58% do género feminino; idade mediana no início da ITO: 14 anos, IQR 17,5; reação inicial mediana aos 6 anos, IQR 7). Clinicamente, 63% dos casos apresentavam anafilaxia e 5 doentes tiveram reações graves associadas a cofatores (todos com exercício físico). A IgE específica sérica Pru p3 mediana é 5,95kUA/L (IQR: 10,7) e 84% dos doentes estavam sensibilizados a pólenes. A evicção alimentar envolvia sobretudo pêssigo (90%), frutos secos (74%) e outras rosáceas (63%). Quatro doentes realizaram SLITone prévia (mediana de 2,25 anos).

Atingiram a dose de manutenção 18 doentes (mediana de 2,10 meses). Ocorreram reações ligeiras na indução em 8 doentes (prurido oral e queixas gastrointestinais) e na manutenção em 2 (gastrointestinais). Oito doentes realizaram PPO com alimentos implicados após mediana de 9 meses (IQR: 12) sob dose de manutenção, todas negativas. Atualmente, 4 encontram-se em dieta livre, 12 mantêm ITO e 3 desistiram.

Conclusões: A ITO com sumo de pêssigo mostrou-se eficaz e bem tolerada, sem anafilaxia na indução ou manutenção. As PPO posteriores negativas sugerem benefício clínico, com reintrodução de alimentos implicados, apoiando esta abordagem como alternativa terapêutica.

**Indução de Tolerância Oral com sumo de pêssgo (Compal®):
Protocolo para doentes sem anafilaxia**

	Dia/Semana	Intervalo	Quantidade
Hospital de Dia	Dia 1		0.1 mL
	Dia 1	20 min	0.2 mL
	Dia 1	20 min	0.3 mL
	Dia 1	20 min	0.5 mL
Domicílio	Semana 1		0.5 mL
	Semana 2		0.75 mL
	Semana 3		1 mL
	Semana 4		1.5 mL
	Semana 5		2.5 mL
	Semana 6		4 mL
	Semana 7		6 mL
	Semana 8		10 mL
	Semana 9		15 mL
	Semana 10		20 mL
	Semana 11		30 mL
	Semana 12		50 mL
	Semana 13		60 mL
	Semana 14		75 mL
	Semana 15 e sucessivas		100 mL

Tabela 1: Protocolo de indução de tolerância oral com sumo de pêssgo (Compal®), adaptado do protocolo do Hospital Vall d'Hebron.

- O presente protocolo é aplicado a todos os doentes que não tenham reação com anafilaxia.
- Na fase de indução, existe ingestão diária (1x/dia) da quantidade de sumo da respetiva semana.
- Até aos 15 mL, o sumo é administrado diluído em meio copo de água (50 mL). Desde os 15 mL, inclusive, é realizada ingestão de sumo puro.
- Uma vez alcançada a dose de 100 mL, é mantida a ingestão pelo menos 3-4 vezes/semana.
- Caso surjam sintomas de alergia oral numa das doses, não se progride para a seguinte até que os sintomas desapareçam.

**Indução de Tolerância Oral com sumo de pêssago (Compal®):
Protocolo para reações graves (anafilaxia)**

	Dia/Semana	Intervalo	Quantidade
Hospital de Dia	Dia 1		0.1 mL / DIL. 1/10
	Dia 1	15 min	0.2 mL / DIL. 1/10
	Dia 1	15 min	0.5 mL / DIL. 1/10
	Dia 1	15 min	1 mL / DIL. 1/10
	Dia 1	15 min	0.1 mL
	Dia 1	15 min	0.2 mL
	Dia 1	15 min	0.4 mL
	Dia 1	15 min	0.8 mL
	Dia 1	15 min	1 mL
	Dia 1	15 min	2 mL
	Dia 1	15 min	3 mL
	Dia 1	15 min	5 mL
	Dias 2-7 (semana 1)*		5 mL
	Dias 8-14 (semana 2)*		7.5 mL
	Dias 15-21 (semana 3)*		10 mL
	Dias 22-28 (semana 4)*		15 mL
Domicílio	Dias 29-35 (semana 5)		22.5 mL
	Dias 36-42 (semana 6)		30 mL
	Dias 43-49 (semana 7)		45 mL
	Dias 50-56 (semana 8)		60 mL
	Dias 57-63 (semana 9)		75 mL
	Dias 64-70 (semana 10)		90 mL
	Dias 71-77 (semana 11 e sucessivas)		100 mL

Tabela 2: Protocolo de indução de tolerância oral com sumo de pêssago (Compal®), adaptado do protocolo do Hospital Vall d'Hebron.

- O presente protocolo é aplicado a todos os doentes que tenham reação com anafilaxia.
- Na fase de indução, existe ingestão diária (1x/dia) da quantidade de sumo da respetiva semana.
- Nos primeiros 4 passos, é realizada diluição de sumo 1/10 com água.
- Para as doses de sumo puro até aos 10 mL, o sumo é administrado diluído em meio copo de água (50 mL). Desde os 15 mL, inclusive, é realizada ingestão de sumo puro.
- Até aos 15 mL, os aumentos de dose são realizados em hospital de dia.
- Uma vez alcançada a dose de 100 mL, é mantida a ingestão pelo menos 3-4 vezes/semana.
- Após atingir dose de 15 mL, serão avaliados sintomas durante indução para decidir se o aumento de dose (semanal) será efetuado em ambulatório.

* O 1.º dia de cada novo incremento de dose semanal (até aos 15 mL inclusive) é realizado em Hospital de Dia, fazendo-se a manutenção da respetiva dose diária no domicílio nos restantes dias da semana.

SESSÃO DE POSTERS I
ALERGIA CUTÂNEA, ASMA & ANAFILAXIA E
DOENÇAS IMUNOALÉRGICAS FATAIS

24 de setembro | 18:30-20:00 | Sala III

Moderadores: José Alberto Ferreira, Rui Silva, Gonçalo Santos

PO01 – DUPILUMAB EM IDADE PEDIÁTRICA
NA DERMATITE ATÓPICA GRAVE: ESTUDO
DE VIDA REAL

Santiago Martins G¹, Brás R^{1,2}, Abdurrahid N^{1,2}, Costa C^{1,2}, Spínola Santos A^{1,2}, Branco Ferreira M^{1,2}, Lopes A^{1,2}

¹ Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

Objetivos: Avaliar a eficácia e segurança do dupilumab em doentes com dermatite atópica grave que iniciaram tratamento em idade pediátrica.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo que incluiu 11 doentes que iniciaram dupilumab em idade pediátrica. Foram analisados dados demográficos e clínicos, incluindo SCORAD, VAS de prurido e sono, EASI, ADCT, qualidade de vida (cDLQI/DLQI), parâmetros laboratoriais (IgE total, LDH e contagem periférica de

eosinófilos) e reação adversas associadas ao tratamento. As avaliações basais (S0) foram comparadas com as realizadas às 4 (S4) e/ou 24 semanas (S24), utilizando o teste de Wilcoxon, numa análise exploratória.

Resultados: Foram incluídos 11 doentes, 7 do sexo masculino, com idade mediana no início do tratamento de 15 anos [IIQ 12–17; mín.–máx. 3–17] e uma duração mediana de tratamento de 29 meses [IIQ 14,5–54,0]. As medianas do EASI e do SCORAD diminuíram significativamente de S0 para S4 e de S0 para S24 ($p < 0,05$; Tabela 1). Observou-se melhoria do sono e do prurido desde S4. Em S24, verificou-se também melhoria da qualidade de vida: a mediana do cDLQI diminuiu de 13,0 para 9,5 e a do DLQI de 19,0 para 2,5. A IgE total e a LDH diminuíram em S24 ($p < 0,05$), sem alteração significativa da contagem de eosinófilos entre S0 e S24 ($p = 0,203$). Em S0, uma doente estava sob ciclosporina, 2 sob omalizumab (tendo feito switch) e 3 eram corticod dependentes; dos restantes, registou-se uma mediana de 2 ciclos de corticoterapia oral nos 6 meses anteriores ao início do dupilumab. Em S24, nenhum doente permanecia sob corticoterapia oral ou ciclosporina. Foi documentada doença da superfície ocular em 4 doentes, um dos quais necessitou de ciclosporina tópica ocular; nenhum suspendeu o dupilumab.

Conclusões: Nesta série pediátrica, o dupilumab associou-se a melhoria clínica e da qualidade de vida, interrupção da corticoterapia sistémica e perfil de segurança favorável.

Tabela 1. Evolução dos parâmetros de atividade, gravidade e controlo da dermatite atópica após o início do dupilumab

	Sem dupilumab (S0)	4 semanas após início Dupilumab (S4)			24 semanas após início Dupilumab (S4)		
	Ȓ [IIQ]	Ȓ [IIQ]	n	p value	Ȓ [IIQ]	n	p value
EASI	48,6 [40,5 – 57,1]	25,7 [20,0-27,6]	8	0,008	7,3 [2,6-16,2]	8	0,008
SCORAD	73,9 [63,3-83,4]	48,3 [40,3-55,4]	8	0,016	39,4 [24,4-46,3]	7	0,016
VAS Prurido	9 [6,0-9,0]	5 [2,5,0-7,0]	9	0,219	3,5 [2,0-4,8]	8	0,016
VAS Sono	9 [4,0-9,0]	2 [0,0-4,0]	9	0,008	2,5 [0,8-3,0]	8	0,016
ADCT	12 [4,3-18,3]	3,5 [2,3-5,5]	6	0,031	2,0 [0,0-7,0]	5	0,063
DLQI	19 [16,0-23,0]	15 [12,0-19,0]	5	0,063	2,5 [1,5-5,5]	6	0,031
cDLQI	13 [16,0-23,0]	10 [7,0-15,0]	4	0,063	9,5 [5,5-12,5]	4	0,072

Dados apresentados como mediana [IIQ]. Valor de p obtido pelo teste de Wilcoxon na comparação com S0; $p < 0,05$ considerado estatisticamente significativo. ADCT, Atopic Dermatitis Control Tool (0–24 pontos): <7, doença controlada; ≥7, doença não adequadamente controlada. cDLQI, Children's Dermatology Life Quality Index (0–30 pontos): 0–1, sem impacto; 2–6, impacto ligeiro; 7–12, moderado; 13–18, muito elevado; 19–30, extremamente elevado. DLQI, Dermatology Life Quality Index (0–30 pontos): 0–1, sem impacto; 2–5, impacto ligeiro; 6–10, moderado; 11–20, muito elevado; 21–30, extremamente elevado. EASI, Eczema Area and Severity Index (0–72 pontos): 0, pele sem lesões; 0,1–1, quase sem lesões; 1,1–7, doença ligeira; 7,1–21, moderada; 21,1–50, grave; 50,1–72, muito grave. SCORAD, SCORing Atopic Dermatitis (0–103 pontos): <25, doença ligeira; 25–50, moderada; >50, grave. VAS, escala visual analógica (0–10 pontos), em que 0 corresponde à ausência de prurido ou perturbação do sono e 10 à intensidade máxima. IIQ, intervalo interquartil.

PO02 – DA SERINGA PARA CANETA E DO OMALIZUMAB DE REFERÊNCIA PARA O BIOSSIMILAR - EXPERIÊNCIA DOS DOENTES COM URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA

Coelho T¹, Fontinha C¹, Frias S¹, Fernandes S¹, Esteves J¹, Costa C^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, ULSSM, Lisboa, Portugal

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

Objetivos: Avaliar a experiência dos doentes que transitaram do omalizumab de referência (OMAr) seringa pré-cheia para bio-similar (OMAb) caneta no Hospital de Dia de Imunoalergologia.

Metodologia: Estudo observacional transversal, em doentes com UCE sob omalizumab, de outubro 2025 a junho 2026. Após a primeira utilização da caneta, aplicou-se um questionário sobre experiência atual com a caneta e experiência prévia recordada com a seringa pré-cheia. Avaliaram-se dor no local de administração (abdómen, coxa, braço) numa escala de 0 a 10, outras reações adversas imediatas (RAMim), facilidade de manuseamento e preferência. Obtiveram-se os resultados através de estatística descritiva, teste de Wilcoxon e teste de McNemar, com $p=0,05$.

Resultados: Foram incluídos 108 doentes, 80,6% do sexo feminino, com média de idades $48,4 \pm 14,9$ anos. O tempo médio de duração de tratamento prévio com OMAr foi de $5,41 \pm 3,66$ anos ($n=105$), sendo que 67,6% dos doentes inquiridos já estariam a realizar autoadministração da seringa no domicílio. Em 88 avaliações emparelhadas no abdómen, a mediana da dor diminuiu de 1 com a seringa para 0 com a caneta ($p<0,001$). Não se observaram diferenças significativas na coxa ($p=0,810$) ou no braço ($p=0,688$). A frequência de outras reações adversas imediatas diminuiu de 57,9% para 16,8% ($p<0,001$). A caneta foi preferida por 92,9%; 90,1% consideraram-na mais fácil de manusear e 96,9% classificaram a primeira utilização como fácil.

Conclusões: A apresentação do omalizumab em caneta associou-se a menor dor no local de administração ao nível do abdómen e menor ocorrência de outras RAMim, maior facilidade de manuseamento e preferência dos doentes. A avaliação retrospectiva da seringa, a aplicação do questionário imediatamente após a primeira utilização da caneta e o reduzido número de pares na coxa e no braço poderão ser limitações à interpretação dos dados recolhidos.

PO03 – LESÃO CUTÂNEA APÓS IMPLANTE NO ESTERNO: TRÊS CASOS DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Alves M¹, Geraldes R¹, Pereira L¹, Guedes C¹, Todo Bom A¹, Tavares B¹

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

Introdução: Os implantes da parede torácica anterior são usados na correção do pectus excavatum, por técnica de Nuss ou Pectus up, e na reconstrução após ressecção esternal. São de aço inoxidável rico em níquel e cromo ou de liga de titânio. A hipersensibilidade a estes materiais é rara (1,3% a 6,4%), está descrita sobretudo no procedimento de Nuss e pode confundir-se com infeção ou inflamação crónica associada ao biomaterial. Alergia ao implante implica dermatite semanas a meses após a colocação, lesão localizada sobre o dispositivo, teste epicutâneo positivo a um componente do implante (problemático para o titânio cujo reagente acidifica em contacto com o ar e origina reações irritativas) ou reação a componentes acessórios, fixadores, fios, estabilizadores, diferentes da barra principal (não mencionados na composição) e resolução após remoção.

Descrição dos casos: Três doentes do sexo masculino foram referenciados ao Serviço de Imunoalergologia por eritema persistente sobre o implante esternal, um a dois meses após a cirurgia (tabela 1). Realizaram testes epicutâneos com a série Metais (Chemotechnique MB Diagnostics AB, Sweden). Dois doentes evidenciaram testes positivos a metais não presentes no implante. O caso 3 mostrou reação fraca ao titânio (presente no implante). O estudo de infeção foi negativo nos casos 1 e 2; no caso 3 isolou-se *Staphylococcus lugdunensis*, com resolução após antibiótico. Neste caso, a biópsia realizada mais de 1 ano após cirurgia, mostrou fenómenos de neovascularização de provável natureza reativa. Todos mantêm o implante.

Discussão: A avaliação de lesões cutâneas após implantes esternais é complexa e os testes epicutâneos podem não permitir confirmar nem excluir hipersensibilidade ao implante. Não sendo possível comprovar alergia ao material implantado, a decisão de remoção deve basear-se na avaliação clínica global, nos diagnósticos diferenciais considerados e no impacto das manifestações na qualidade de vida do doente.

Tabela 1: Caracterização clínica dos três casos.

	Caso 1 (19 anos, M)	Caso 2 (21 anos, M)	Caso 3 (57 anos, M)
Profissão	Estudante	Estudante	Soldador durante 30 anos
Atopia	Rinite alérgica	Não	Não
Motivo da cirurgia	<i>Pectus excavatum</i>	<i>Pectus excavatum</i>	Osteocondroma
Técnica	<i>Pectus up</i>	<i>Pectus up</i>	Esternectomia parcial com reconstrução
Reação	Eritema com prurido sobre o implante	Eritema com prurido sobre o implante + deiscência da sutura	Eritema sem prurido sobre o implante + deiscência da sutura; atualmente neovasos e hiperpigmentação acastanhada, para além dos limites do implante
Início da reação	1 mês após cirurgia	Após cirurgia	1,5 meses após cirurgia
Estudo de infeção	-	Cultura de exsudado na deiscência: negativa	Cultura de exsudado na deiscência: <i>Staphylococcus lugdunensis</i>
Evolução	Melhoria com corticoide tópico, agravamento ao suspender	Persistência após revisão da deiscência; Melhoria com corticoide tópico	Sem resposta a corticoide; Encerramento da deiscência após antibiótico
DLQI Dermatologia	9/30	8/30	8/30
Escala de prurido (NRS)	Média de intensidade de prurido nas últimas 24h: 7 Intensidade máxima de prurido nas últimas 24h: 7	Média de intensidade de prurido nas últimas 24h: 0 Intensidade máxima de prurido nas últimas 24h: 0	Não aplicável
Metais do implante	Níquel 13-15%, crómio 17-19% (aço inoxidável) *	Níquel 13-15%, crómio 17-19% (aço inoxidável) *	Titânio, alumínio, vanádio
T. epicutâneos positivos	Cobalto, Paládio ++	Titânio (oxalato) ++	Paládio ++ Ouro, mercúrio, zinco, titânio, manganês e tungsténio +
T. epicutâneos negativos	Níquel, Crómio	Níquel, Crómio	Níquel, Alumínio, Vanádio
Reflexão	- Suspeita de hipersensibilidade associada ao implante: alta - Estudo alergológico: incompleto	- Suspeita de reação associada ao implante: moderada-alta - Mecanismo desconhecido (alérgico vs inflamatório) - Estudo alergológico: incompleto	- Suspeita de hipersensibilidade ao implante: baixa. - Evidência de infeção com resposta a antibioterapia. - A evolução clínica favorece infeção local seguida de processo cicatricial

T: Testes; * carbono 0,03%, fósforo 0,025%, silicone 0,75%, cobre 0,50%, ferro 59,59 a 64,34%, manganês 2%, enxofre 0,010%, molibdénio 2,25 a 3%, azoto 0,10%

PO04 – EVOLUÇÃO DO PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO NA DERMATITE DE CONTACTO ALÉRGICA: COMPARAÇÃO ENTRE DUAS POPULAÇÕES COM 10 ANOS DE INTERVALO

Miranda J¹, Salgado M¹, Barata L¹, Alendouro P¹, Gerales L¹

¹ Uls Alto Ave, Guimarães, Portugal

Objetivos: Comparar os perfis de sensibilização a alergénios de contacto de duas populações de doentes referenciados ao Serviço de Imunoalergologia da região do Alto Ave, com um intervalo de 10 anos.

Metodologia: Estudo retrospectivo dos resultados dos testes epicutâneos realizados em 2014 e 2025, utilizando a bateria padrão do Grupo Português de Estudo da Dermatite de Contacto, com

extratos comerciais da Chemotechnique Diagnostics. As leituras foram efetuadas às 48, 72 e/ou 96 horas. Procedeu-se à caracterização demográfica de ambas as populações.

Resultados: Em 2014, foram testados 93 doentes, dos quais 52 (56%) apresentaram sensibilização a pelo menos um alergénio. Entre os sensibilizados, 67% eram do sexo feminino e a idade média foi de 38 ± 18 anos. As profissões mais frequentes foram operários da indústria têxtil e do calçado, trabalhadores da construção civil, cozinheiros, metalúrgicos, estudantes e empregadas domésticas. Os alergénios mais prevalentes foram o sulfato de níquel (37%), a mistura de cáinas (9%) e o cloreto de cobalto (7,5%). Em 2025, foram testados 371 doentes, dos quais 187 (50,4%) apresentaram sensibilização. Entre estes, 74,3% eram do sexo feminino e a idade média foi de 42 ± 17 anos. O sulfato de níquel manteve-

-se como o alérgeno mais prevalente (43,3%), seguido da metilisotiazolinona 0,2%, do hidroximetilacrilato 2% e da mistura de perfumes I (11,8% cada), e do cloreto de cobalto 1% (10,7%).

Conclusões: Verificou-se um aumento da prevalência da sensibilização ao sulfato de níquel e uma alteração do perfil de sensibilização, com maior expressão de alérgenos emergentes, como a metilisotiazolinona e os acrilatos, bem como da sensibilização a perfumes. Estes resultados reforçam a necessidade de atualização contínua da bateria padrão de testes epicutâneos e das estratégias de prevenção dirigidas a exposições potencialmente sensibilizantes.

PO05 – RECONHECIMENTO DE HIMENÓPTEROS POR DOENTES: ESTUDO TRANSVERSAL COM ESPÉCIMES

Silva D¹, Melo M¹, Marques M¹, Falcão H¹

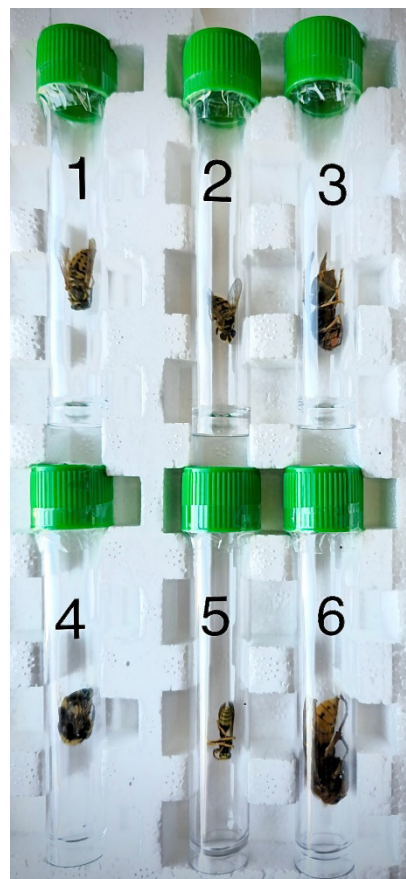
¹ Serviço de Imunoalergologia da Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

Objetivos: A correta identificação do himenóptero responsável por uma reação de hipersensibilidade sistémica durante a anamnese é essencial para o diagnóstico etiológico, seleção de imunoterapia específica com veneno (VIT) e implementação de medidas de prevenção. Comparou-se a capacidade de reconhecimento de himenópteros de relevância alérgica entre doentes sob VIT e sob imunoterapia com aeroalérgenos (ITA).

Metodologia: Estudo transversal observacional. Foram avaliados 40 participantes: 15 doentes sob VIT, 18 controlos sob ITA e sete clínicos para avaliação preliminar da compreensibilidade e capacidade discriminativa do questionário-piloto. Os participantes observaram espécimes de *Vespula vulgaris*, *Apis mellifera*, *Vespa velutina*, *Bombus terrestris*, *Polistes dominula* e *Vespa crabro* (Figura 1), registando o nome comum em resposta aberta e assinalando a família correspondente (Apidae/Vespidae). Os dados foram analisados com o IBM SPSS Statistics®, com estatística descritiva e inferencial ($p < 0,05$).

Resultados: Os doentes apresentaram idade superior aos controlos ($49,6 \pm 19,4$ vs $32,1 \pm 13,9$ anos; $p = 0,013$). Globalmente, a identificação das espécies variou entre 40% (*V. crabro*) e 75% (*P. dominula*), sendo inferior a 70% nos restantes himenópteros. As falhas mais frequentes incluíram a classificação de *Bombus* como “abelha” (32,5%), *V. crabro* como “asiática” (45%) e a utilização inespecífica de “vespa” para diferentes espécies. Verificou-se uma tendência para melhor classificação em Apidae/Vespidae nos doentes sob VIT ($p = 0,074$). Entre os doentes sob VIT para abelha, 70% reconheceram a *A. mellifera* (vs 50% dos controlos), e no caso dos doentes sob VIT para vespula apenas 50% reconheceram a *V. vulgaris* (vs 72,2% dos controlos). Nos doentes a melhor identificação das espécies associou-se a escolaridade superior ($p = 0,681$; $p = 0,005$), não se verificando associação com a idade, residência rural ou duração da VIT.

Conclusões: Persistiram dificuldades relevantes na identificação dos himenópteros, incluindo entre os doentes sob VIT. Atendendo à relevância clínica do reconhecimento destes insetos, os resultados reforçam a necessidade de estratégias estruturadas de educação e treino.



PO06 – ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO COM INIBIDOR DE C1 NORMAL: CLÍNICA E NECESSIDADES TERAPÊUTICAS

Braga Tavares V¹, Gonçalves L¹, Figueiredo P¹, Brás R^{1,2}, Paulino M^{1,2}, Duarte F^{1,2}, Lopes A^{1,2}, Martinho A³, Branco Ferreira M^{1,2}, Spínola Santos A^{1,2}

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

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

³ Centro de Sangue e Transplantes de Coimbra, IPST, Coimbra, Portugal

Objetivos: Caracterizar a população com Angioedema Hereditário (AEH) com complemento normal associado a mutação do fator XII (AEH-FXII) relativamente aos dados demográficos, clínicos, genéticos e necessidades terapêuticas.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo, unicêntrico (2012-2026), de doentes com AEH-FXII confirmado por estudo genético. Consideraram-se sintomáticos os doentes com pelo menos uma crise de angioedema atribuível. Análise descritiva de dados demográficos, clínicos e terapêuticos.

Resultados: Dos 165 doentes com AEH seguidos no nosso centro, 19 (12%) apresentavam AEH-FXII, pertencentes a 9 famílias; 17 (89%) eram mulheres. Todas as famílias partilhavam a mutação p.Thr309Lys. Quinze (79%) eram sintomáticos, todos do sexo feminino. Seis foram identificados por rastreio familiar: 4 assintomáticos (3 pediátricos) e 2 com crises até então não diagnosticadas. A Tabela 1 detalha os dados demográficos, clínicos e terapêuticos. Nas sintomáticas, o atraso diagnóstico mediano foi de 19 anos [3-53]. Todas apresentaram crises desencadeadas por estrogénios exógenos. Registou-se atingimento facial em 15 doentes (100%) e laríngeo em 5 (33%), sem asfixia. Seis doentes (40%) recorreram ao serviço de urgência, 3 por crises durante a gravidez, tratadas com concentrado de inibidor de C1 derivado do plasma (pdCI-INH). Analisaram-se 42 procedimentos médico-cirúrgicos: não ocorreram crises nos 14 com profilaxia de curta duração (PCD) com pdCI-INH; nos restantes 28, sem PCD, ocorreram crises em 6; 18 dos 28 foram realizados antes do diagnóstico. Nenhum efetuou profilaxia de longa duração com androgénios ou pdCI-INH. O icatibant foi prescrito a 2 doentes, e nunca administrado.

Conclusões: A morbilidade foi exclusiva do sexo feminino, com influência hormonal em todas as sintomáticas. O envolvimento

laríngeo ocorreu num terço dos doentes. O rastreio identificou 4 portadores ainda assintomáticos e 2 doentes com crises previamente não diagnosticadas. A PCD com pdCI-INH associou-se à ausência de angioedema peri-procedimento, ao contrário dos procedimentos sem profilaxia, sugerindo o valor do diagnóstico precoce.

PO07 – EVOLUÇÃO LONGITUDINAL DE SIBILÂNCIA RECORRENTE: UMA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

Silva D¹, Marques M¹, Araújo A²

¹ Serviço de Imunoalergologia da Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

² Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

Introdução: O Asthma Predictive Index (API) constitui um dos principais instrumentos de predição precoce da asma. Contudo, o conhecimento atual reconhece a heterogeneidade da sibilância recorrente (SR), privilegiando uma caracterização baseada na tra-

Tabela 1. Caracterização da população com Angioedema Hereditário por mutação do fator XII.

	Sintomáticos (n = 15)	Assintomáticos (n = 4)
Demografia e genética		
Sexo feminino / masculino	15 / 0	2 / 2
Idade ao diagnóstico, anos (x̄ [mín-máx])	35 [16-76]	4 [1-72]
Diagnóstico por rastreio familiar	2	4
Doentes sintomáticos (n = 15)		
Idade de início dos sintomas, anos (x̄ [mín-máx])	18 [11-25]	
Atraso diagnóstico, anos (x̄ [mín-máx])	19 [3-53]	
Influência hormonal (qualquer), n (%)	15 (100%)	
Estrogénios exógenos: 15 (100%); Gravidez: 4/10 (40%); Menstruação: 2 (13%)		
Outros fatores desencadeantes, n (%)		
Trauma: 10 (67%); Crise espontânea: 10 (67%); IECA: 1 (7%)		
Localização, n (%)		
Face: 15 (100%); Lábios: 11 (73%); Mãos: 9 (60%); Pés: 8 (53%)		
Abdómen: 6 (40%); Laringe: 5 (33%); Orofaringe: 5 (33%)		
Recurso ao serviço de urgência, n (%)	6 (40%)	
Apendicectomia com apêndice sem alterações, n (%)	1 (7%)	
Asfixia, n (%)	0 (0%)	
Terapêutica (n = 15)		
Tratamento da crise (SOS), n (%)		
pdC1-INH endovenoso: 3 (20%); Antifibrinolítico oral: 9 (60%); Icatibant: 0 (prescrito a 2)		
Profilaxia de curta duração com pdC1-INH, n (%)	8 (53%); 14 procedimentos	
Profilaxia de longa duração, n (%)	1 (7%)	
Androgénios atenuados: 0; pdC1-INH: 0; Lanadelumab ou berotralstato: 0; Antifibrinolítico: 1 (7%)		

pdCI-INH, concentrado de inibidor de C1 derivado do plasma; x̄, mediana.

jetória clínica, padrão de desencadeantes e inflamação T2. Avaliou-se a evolução de uma coorte de crianças internadas por SR, comparando a estratificação inicial pelo API com a caracterização clínica multidimensional atual.

Métodos: Estudo observacional longitudinal de uma coorte retrospectiva de crianças previamente internadas por SR. Estabeleceu-se uma classificação multidimensional incluindo os dados clínicos iniciais e os registos da evolução dos doentes quanto à trajetória da SR, padrão de desencadeantes viral/múltiplos, presença de atopia/inflamação T2 e foi estimado o seu perfil atual de risco (baixo, intermédio ou elevado). O API foi considerado apenas quando aplicável. Realizou-se análise descritiva e inferencial (IBM SPSS Statistics); IC95%; $p < 0,05$).

Resultados: Foram incluídas 36 crianças (66,7% do sexo masculino), com idade mediana atual de 5 anos (intervalo: 3–9; média±DP: 5,25±1,40 anos). Foram elegíveis para análise longitudinal 32. Observou-se uma necessidade de reclassificação do perfil clínico em 17/32 (53,1%) crianças: seis com API positivo evoluíram num perfil de risco baixo/intermédio, enquanto 11 com API negativo evoluíram num perfil de risco intermédio/elevado (Figura 1). Em 15/32 (46,9%) verificou-se uma evolução concordante com a estratificação inicial. O API positivo manteve associação significativa com perfil de risco elevado na reavaliação (OR=24,0; IC95%:2,48–232,09; $p=0,0017$).

Conclusão: O API manteve valor prognóstico nesta coorte. Contudo, a reclassificação longitudinal do perfil clínico em mais de metade das crianças evidencia a natureza dinâmica da sibilância recorrente e reforça a importância da sua reavaliação periódica através de uma abordagem multidimensional.

PO08 – PAPEL COMPLEMENTAR DA OSCILOMETRIA E DA FRAÇÃO EXALADA DE ÓXIDO NÍTRICO NA AVALIAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA EM IDADE PEDIÁTRICA

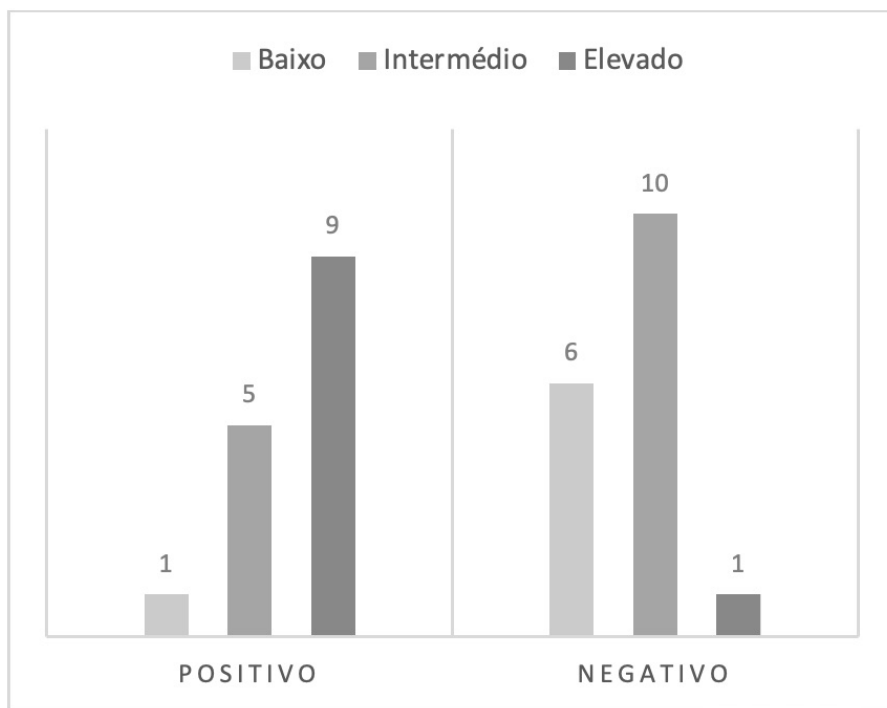
Rosmaninho J¹, Silva J¹, Martins C¹, Fortes C¹, Moreira A¹

¹ ULS São João, Porto, Portugal

Objetivo: Avaliar o contributo adicional da oscilometria e da fração exalada de óxido nítrico (FeNO) na identificação de alterações funcionais/inflamatórias em crianças/adolescentes avaliados por suspeita/diagnóstico de asma, particularmente com espirometria normal.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo crianças/adolescentes submetidos, no mesmo dia, a espirometria, oscilometria com prova de broncodilatação e FeNO. Espirometria/oscilometria foram consideradas alteradas se existissem alterações basais e/ou resposta broncodilatadora positiva. FeNO elevado foi definido como >35 ppb.

Resultados: Foram incluídas 117 provas, correspondentes a 107 crianças, entre novembro/2024 e julho/2026. A idade mediana foi 7 anos [AIQ 5–9], 53,0% eram do sexo masculino, 58,6% atópicos, 58,1% tinham rinite alérgica. Verificou-se excesso ponderal em 26,5% e obesidade em 15,4%. A espirometria estava alterada em 35/117 (29,9%) e a oscilometria em 41/117 (35,0%), com concordância muito fraca ($\kappa=0,067$). A resposta broncodilatadora foi mais frequentemente identificada por oscilometria do que por espirometria: 37/117 (31,6%) vs 16/117 (13,7%; McNemar $p < 0,001$); nos casos discordantes, 28 foram positivos apenas por oscilometria e 7 apenas por espirometria. O FeNO encontrava-se elevado em



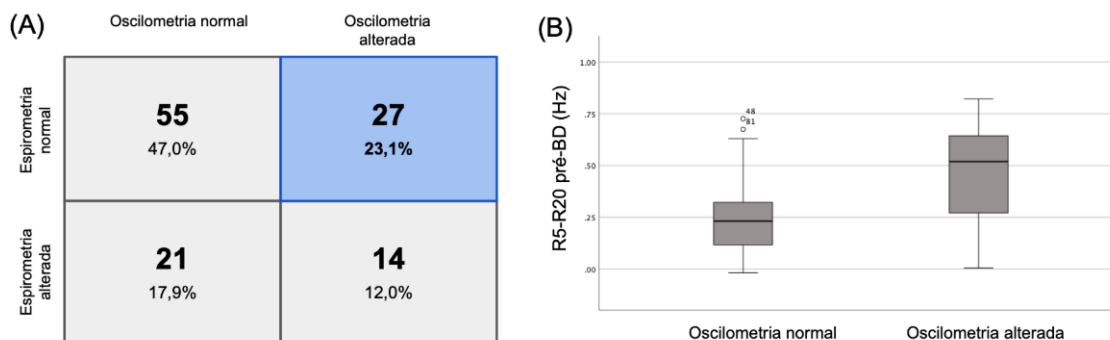


Figura 1. Distribuição dos perfis combinados espirometria/oscilometria e caracterização funcional do subgrupo com espirometria normal. (A) Perfis combinados de acordo com alteração basal e/ou resposta broncodilatadora positiva. (B) Entre as crianças com espirometria normal, o R5–R20 pré-broncodilatador foi superior no grupo com oscilometria alterada (Mann-Whitney $p < 0,001$).

17/74 (23,0%), mais frequentemente nos atópicos: 16/48 (33,3%) vs 1/25 (4,0%; Fisher $p = 0,007$). Entre as crianças com espirometria normal (82/117; 70,1%), 27/82 (32,9%) tinham oscilometria alterada e 11/54 (20,4%) FeNO elevado. Neste subgrupo, a oscilometria alterada associou-se a R5, R5–R20 e Fres superiores, bem como MMEF25–75 inferior, sem diferenças significativas no FEV1 ou FEV1/FVC, sugerindo alterações periféricas não detetadas pela espirometria convencional. Não se identificaram associações significativas entre os perfis espirometria/oscilometria e sexo, atopia,

grupo etário, corticoterapia inalada diária, estado ponderal ou colaboração.

Conclusão: A oscilometria identificou alterações em cerca de um terço das crianças com espirometria normal e detetou resposta broncodilatadora com maior frequência, com fraca concordância entre métodos. Estes achados, associados a R5/R5–R20/Fres superiores e MMEF25–75 inferior, apoiam o papel da oscilometria na identificação de alterações periféricas não captadas pela espirometria convencional.

PO09 – TEZEPELUMAB APÓS FALÊNCIA PRÉVIA DE BIOLÓGICOS: PERCURSOS TERAPÊUTICOS E RESULTADOS EM VIDA REAL NA ASMA GRAVE

Braga Tavares V¹, Gonçalves A², Figueiredo V³, Trindade P^{4,5}, Simões J^{4,5}, Barreto I^{4,5}, Cabrita H^{4,5}, Brysch E^{4,5}, Gomes M^{1,5}, Gregório E^{1,5}, Lopes C^{4,5}, Pinto P^{4,5}, Branco Ferreira M^{1,5}, Mendes A^{1,5}

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

² Serviço de Pneumologia, Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

³ Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, Amadora, Portugal

⁴ Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁵ Unidade Multidisciplinar de Asma Grave, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Objetivos: Descrever os percursos terapêuticos prévios e avaliar a efetividade do tezepelumab em doentes com asma grave previamente tratados com outros biológicos.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de doentes com asma grave tratados com tezepelumab num centro terciário. Analisaram-se a sequência de biológicos prévios, os motivos de mudança e a evolução da taxa anualizada de exacerbações graves, Asthma Control Test (ACT), volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1) e fluxo expiratório forçado entre 25% e 75% da capacidade vital forçada (FEF25–75). Definiu-se exacerbação grave como agravamento com corticoterapia sistémica ≥ 3 dias, urgência ou internamento. Compararam-se as exacerbações dos 12 meses anteriores com a taxa sob tratamento, anualizada pelo seguimento individual. Aplicou-se o teste de Wilcoxon.

Resultados: Incluíram-se 22 doentes: 14 tinham recebido um biológico, 6 dois e 2 três, totalizando 32 exposições. O biológico imediatamente anterior foi omalizumab em 10, mepolizumab em 6, dupilumab em 5 e benralizumab em 1. A mudança ocorreu por exacerbações ou corticod dependência em 19. Nos 12 emparelhados, com seguimento mediano de 10,3 meses [8,7–12,9], a taxa anualizada de exacerbações graves diminuiu de 3,0 para 0,4 por doente-ano ($p=0,002$). A redução mediana doente a doente foi de 3,0 exacerbações/ano. Nove tiveram redução $\geq 50\%$, seis sem qualquer exacerbação. Em 9 doentes, o ACT aumentou de 13 para 22, com melhoria mediana de 5 pontos ($p=0,022$). O FEV1 não melhorou, enquanto o FEF25–75 aumentou de 40% para 49,5% do previsto ($n=12$; $p=0,017$).

Conclusões: Os doentes submetidos a switch constituíam uma população de difícil tratamento. Apesar da falência prévia ou da perda de controlo com outras terapêuticas biológicas, o tezepelumab associou-se a uma resposta clinicamente relevante. O seu mecanismo de ação, atuando a montante da cascata inflamatória tipo 2, poderá constituir uma opção terapêutica eficaz em doentes com doença persistente não controlada após múltiplas linhas de terapêutica biológica.

PO10 – VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO QUESTIONÁRIO DE RISCO DA ASMA (AIRQ) COMO FERRAMENTA DE IDENTIFICAÇÃO DE DOENTES EM RISCO

Morete A¹, Ferreira J², Regateiro F³, Silva J⁴, Carreiro-Martins P⁵, Gerardo R⁶, Ferreira J⁷, Carneiro T⁸, Melo J⁹, Marques A⁹, Vaz C⁹, Rocha P⁹, Bernardo F⁹, Fernandes L¹⁰

¹ Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, Aveiro, Portugal, Aveiro, Portugal

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

³ Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁴ Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

⁵ Unidade Local de Saúde São José (Hospital D. Estefânia), Lisboa, Portugal

⁶ Unidade Local de Saúde de São José (Hospital Santa Marta), Lisboa, Portugal

⁷ Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

⁸ IQVIA Solutions Portugal, Unipessoal, Lda, Porto Salvo, Portugal

⁹ AstraZeneca – Produtos Farmacêuticos, Lda, Lisboa, Portugal

¹⁰ Unidade Local de Saúde do Baixo Mondego, Figueira da Foz, Portugal

A asma não controlada associa-se a um maior risco de exacerbações, maior utilização de recursos de saúde e pior qualidade de vida. Em Portugal, muitos doentes mantêm um controlo inadequado da doença, sendo o controlo da asma frequentemente sobrestimado na prática clínica. O Asthma Control Test (ACT) e o Asthma Control Questionnaire (ACQ-6) centram-se na carga sintomática e não captam a dimensão de risco do controlo da asma. O Asthma Impairment and Risk Questionnaire (AIRQ) é um instrumento validado que integra o impacto sintomático e o historial de exacerbações, permitindo uma avaliação mais abrangente.

Objetivos: Validar a versão em português europeu do AIRQ e avaliar a sua capacidade discriminativa na identificação de diferentes níveis de controlo da asma na prática clínica habitual, com foco em adolescentes (≥ 12 anos).

Métodos: Estudo observacional, transversal e multicêntrico em oito centros portugueses especializados em asma. Serão incluídos pelo menos 300 adultos e adolescentes com diagnóstico confirmado de asma. Os dados, recolhidos num formulário eletrónico (eCRF), incluirão os questionários AIRQ, ACT e ACQ-6, bem como características sociodemográficas e clínicas. O controlo da asma será classificado como “bem controlada”, “pouco controlada” ou “muito pouco controlada”, com base nas pontuações dos questionários e no historial de exacerbações dos 12 meses anteriores. A análise primária avaliará a capacidade discriminativa do AIRQ, recorrendo a curvas ROC e métricas associadas, tendo como referência o ACT combinado com o historial de exacerbações. As análises secundárias e exploratórias compararão o AIRQ com o ACQ-6 combinado com exacerbações e com a avaliação médica. O início do recrutamento está previsto em outubro de 2026. Os resultados estarão disponíveis após o fecho da base de dados, previsto para o primeiro trimestre de 2027.

Espera-se que o estudo suporte a validade e utilidade clínica da versão em português do AIRQ na avaliação do controlo da asma.

PO11 – UTILIDADE E SEGURANÇA DOS TESTES DE PROVOCAÇÃO COM MEIOS DE CONTRASTE À BASE DE GADOLÍNIO- EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Piedade N¹, Dias de Castro E¹

¹ Chusj, Porto, Portugal

Objetivos: Os meios de contraste à base de gadolínio (MCBG) são amplamente utilizados em ressonância magnética e, geralmente, bem tolerados. Contudo, a suspeita de reações de hipersensibilidade (RHS) pode limitar futuras opções diagnósticas. A evidência sobre a utilidade e segurança da prova de provocação medicamentosa (PP), bem como sobre a reatividade cruzada entre diferentes MCBG, permanece limitada. Este estudo avaliou estes aspetos em doentes investigados por suspeita de RHS a MCBG.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com suspeita de RHS a MCBG avaliados no nosso centro entre janeiro de 2019 e fevereiro de 2026. A PP intravenosa, introduzida em 2024, constituiu a etapa final da investigação, seguindo um protocolo estruturado e adaptado à reação índice.

Resultados: Foram incluídos 44 doentes (75% do sexo feminino; idade média $49,6 \pm 18,3$ anos), dos quais 38 (86,3%) apresentaram reações imediatas e 2 (4,5%) tardias. Foram identificados três casos de anafilaxia. Catorze doentes completaram a investigação com PP intravenosa. A hipersensibilidade foi confirmada em 2 doentes, com identificação de um agente alternativo seguro, e excluída em 4. Nos restantes, foram identificados agentes alternativos seguros em 7 casos com agente suspeito desconhecido, enquanto em 2 casos o agente suspeito era conhecido, tendo sido testado apenas um alternativo. Dois doentes apresentaram testes cutâneos positivos desde 2024, com padrões distintos de reatividade. Ocorreu um caso de anafilaxia durante a PP, prontamente reconhecido e tratado, sem lesão renal aguda ou outros eventos adversos significativos.

Conclusão: A PP com MCBG constitui uma ferramenta essencial na investigação de suspeita de hipersensibilidade, permitindo confirmar ou excluir o diagnóstico e identificar agentes alternativos seguros, constitui, assim, uma ferramenta valiosa para otimizar a abordagem clínica e a gestão destes doentes.

N.	Gender /age	Atopic disease	Index reaction	Timing	Suspected GBCA	Prick test	IDT	Diagnostic DPT	Alternative DPT
1	F/75	No	AE	Immediate	Unknown	-	-	NA	- Gadovist®
2	F/49	No	MPE + Pruritus	Immediate	Unknown	-	-	NA	- Gadovist®
3	F/39	Yes	Hoarseness	Immediate	Unknown	-	-	NA	- Gadovist®
4	F/35	Yes	Pruritus	Immediate	Unknown	-	-	NA	- Dotarem®
5	F/68	No	MPE	Immediate	Unknown	-	+ Gadovist®	NA	+ Dotarem®; - Multihance®
6	F/58	No	Dyspnea	Immediate	Unknown	-	-	NA	- Gadovist®
7	F/27	No	Pruritus	Immediate	Dotarem®	-	-	- Dotarem®	NA
8	F/53	No	GI	Immediate	Gadovist®	-	-	NP	- Dotarem®
9	M/30	Yes	Dyspnea + Hoarseness + GI	Immediate	Gadovist®	-	-	- Gadovist®	NA
10	F/77	No	Syncope	Immediate	Unknown	-	-	NA	- Gadovist®
11	F/30	Yes	Anaphylaxis	Immediate	Dotarem®	-	-	+ Dotarem® (anaphylaxis)	- Multihance®
12	M/74	No	AE	Delayed	Dotarem®	NA	-	- Dotarem®	NA
13	F/52	No	MPE + Pruritus	Immediate	Dotarem®	-	-	- Dotarem®	NA
14	F/69	No	MPE + AE	Immediate	Gadovist®	-	-	NP	- Dotarem®

Patients with completed GBCA diagnostic work-up. Legend: AE – Angioedema, MPE – Maculopapular exanthema, GI – Gastrointestinal symptoms, GBCA – based contrast agent, IDT – Intradermal test, DPT – Drug provocation test, NA – Not applicable, NP – Not performed

SESSÃO DE POSTERS II

ALERGIA A FÁRMACOS & ALERGIA ALIMENTAR

27 de setembro | 09:30-11:00 | Sala I

Moderadores: Joana Cosme, Elza Tomaz, Pedro Alves

PO12 – SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON E NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA EM IDADE PEDIÁTRICA: REVISÃO DE CASOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Oliveira A¹, Andrade M³, Teixeira B², Gomes R², Barradas Lopes J¹, Sarmento A²

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

² Serviço Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno Infantil do Norte, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

³ Serviço de Anestesiologia da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, Aveiro, Portugal

Objetivos: Descrever a apresentação clínica e abordagem terapêutica em fase aguda de doentes pediátricos com síndrome de Stevens-Johnson (SJS) e necrólise epidérmica tóxica (NET) internados num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIP).

Metodologia: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo, dos doentes com SJS e NET internados no SCIP do Centro Materno Infantil do Norte, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2025. Procedeu-se à revisão dos processos clínicos, com recolha de dados demográficos, comorbilidades, potenciais fatores desencadeantes, manifestações clínicas, extensão do envolvimento cutâneo e mucoso, abordagem terapêutica e evolução clínica.

Resultados: Foram incluídos quatro doentes (8 meses–11 anos), dois com diagnóstico de SJS e dois com NET. Três apresentavam comorbilidades (Crohn, epilepsia, síndrome de Dravet). Os fármacos considerados suspeitos foram anticonvulsivantes (levetiracetam, fenitoína e perampánol), antimicrobianos (metronidazol, ciprofloxacina, amoxicilina/ácido clavulânico, ceftriaxone, clindamicina, vancomicina, levofloxacina, ampicilina e claritromicina) e ácido ursodesoxicólico. Em dois doentes foi identificada infeção concomitante por *Mycoplasma pneumoniae*. A percentagem de superfície corporal afetada variou entre 10% e 90%, verificando-se envolvimento mucoso em todos os casos. Todos os doentes receberam tratamento de suporte precoce e acompanhamento multidisciplinar. A terapêutica imunomoduladora incluiu imunoglobulina intravenosa em todos os casos, associada a corticoterapia sistémica em três e a etanercept num doente. Observou-se evolução clínica e analítica favorável em todos os doentes, sem mortalidade ou sequelas.

Conclusões: O SJS/NET é uma entidade rara em idade pediátrica, apresentando menor mortalidade e evolução mais favorável do que na população adulta. Nesta série, os potenciais fármacos desencadeantes foram concordantes com a literatura, verificando-se frequentemente comorbilidades e exposição a múltiplos fármacos, dificultando a identificação do agente causal. A evidência para o tratamento na fase aguda é limitada, sendo a maioria das recomen-

dações baseada em estudos observacionais ou extrapolada da população adulta. O seguimento em Imunoalergologia é fundamental para identificar os fármacos implicados e restringir evicções medicamentosas futuras.

PO13 – PERFIS DE SENSIBILIZAÇÃO MOLECULAR NA ALERGIA ALIMENTAR

Tejada Nunes M^{1,2}, Simão Coelho P^{1,2,3}, Gaspar B^{1,2}, Silva R^{1,2}, Ursu A^{1,2}, Carvalho F^{1,2}, Martins Santos G^{1,2}, Prates S^{1,2}, Gaspar Marques J^{1,2,4}, Matos V^{2,5}, Leiria Pinto P^{1,2,4}

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

² Centro Clínico Académico de Lisboa, 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, Lisboa, Portugal

⁵ Serviço de Patologia Clínica, Laboratório de Imunologia, ULS São José, Lisboa, Portugal

Introdução: O diagnóstico molecular permite caracterizar a sensibilização na alergia alimentar (AA), mas a relevância clínica dos diferentes perfis permanece incompletamente esclarecida. O objetivo deste estudo foi identificar perfis moleculares de sensibilização, por abordagem não supervisionada, e avaliar a sua associação com características clínicas e demográficas.

Métodos: Estudo retrospectivo incluindo doentes com AA a vegetais submetidos a estudo molecular ImmunoCAP ISAC® (2023–2025) num Serviço de Imunoalergologia. A análise de clusters baseou-se na sensibilização aos componentes moleculares, utilizando distância de Gower e método hierárquico de Ward. O número de clusters foi determinado pela análise da silhueta. As características clínicas e demográficas foram comparadas entre clusters.

Resultados: Incluíram-se 77 doentes, idade mediana (IQR) 16 (24) anos, 48% sexo masculino. Destes, 25 (33%) tiveram anafilaxia. A sensibilização a proteínas de armazenamento (PAs) associou-se a anafilaxia (IC95% 1,270–10,744; p=0,014), enquanto a sensibilização a proteínas transportadoras de lípidos (LTPs) se associou a menor risco (IC95% 0,107–0,787; p=0,013). Identificaram-se três perfis moleculares distintos: cluster 1 (n=35), com perfil homogêneo de sensibilização a LTP, correspondente predominantemente a adultos, com menor ocorrência de anafilaxia; cluster 2 (n=32), com sensibilização predominante a PAs e maior frequência de *Jug r I*, associou-se a população mais jovem e elevada frequência de anafilaxia; cluster 3 (n=10), correspondente a um perfil PR-10, com sensibilização universal a *Bet v I*, *Cor a I.0401* e *Mal d I*, envolvendo sobretudo adolescentes, com elevada frequência de anafilaxia, maioritariamente em doentes co-sensibilizados a PAs.

Conclusões: Identificaram-se três fenótipos moleculares de AA associados a perfis demográficos e clínicos distintos, sendo a idade o eixo mais forte de diferenciação. As PAs constituíram o marcador mais robusto de risco de anafilaxia, enquanto a LTP se associou a menor risco de reações graves, reforçando o potencial da fenotipagem molecular na estratificação de doentes com AA.

Tabela 1: Características moleculares, demográficas e clínicas de doentes com alergia alimentar a vegetais, estratificadas pelos três clusters.

Características	Total n = 77 (%)	Cluster 1 n = 35 (%)	Cluster 2 n = 32 (%)	Cluster 3 n = 10 (%)	P
Idade ¹	16 (10, 34)	34 (17, 43)	10 (8, 15)	16 (8, 19)	<0.001 ²
Masculino	37 (48%)	12 (34%)	19 (59%)	6 (60%)	0.081
Anafilaxia	25 (33%)	6 (17%)	15 (47%)	4 (40%)	0.030
Síndrome Alergia Oral	33 (43%)	19 (54%)	10 (31%)	4 (40%)	0.200
Mucocutâneo	35 (46%)	18 (51%)	14 (44%)	3 (30%)	0.500
Rinite	62 (81%)	29 (83%)	26 (81%)	7 (70%)	0.700 ³
Dermatite Atópica	20 (26%)	6 (17%)	12 (38%)	2 (20%)	0.200
Profilinas	13 (17%)	5 (14%)	6 (19%)	2 (20%)	0.800
Alergia pêssego	24 (31%)	19 (54%)	2 (6%)	3 (30%)	<0.010

¹ Median (Q1,Q3); n (%)

² Kruskal-Wallis rank sum test; Fisher's exact test

Nota: As manifestações clínicas não são mutuamente exclusivas. Cada doente pode ter apresentado reações de gravidade diferente a alimentos distintos e, por isso, ser simultaneamente contabilizado em mais do que uma categoria clínica.

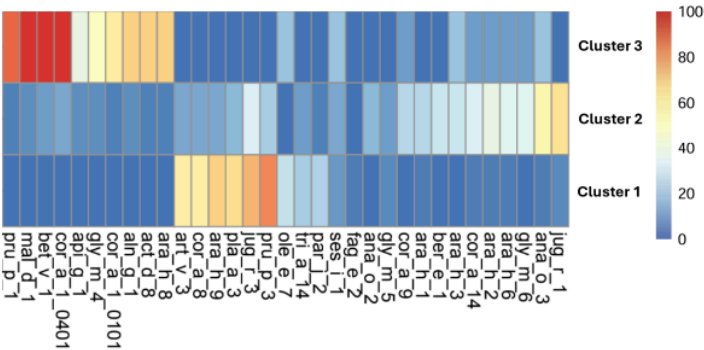


Imagem 1: Heatmap da análise de clusters não supervisionada baseada na sensibilização a componentes moleculares de alérgenos alimentares. A escala de cores representa a frequência de sensibilização (%) a cada componente em cada cluster, variando de azul (0%) a vermelho (100%).

PO14 – SENSIBILIZAÇÃO MOLECULAR AO AMENDOIM: DISTINÇÃO ENTRE SENSIBILIZAÇÃO ASSINTOMÁTICA E ALERGIA

Gaspar B^{1,2}, Simão Coelho P^{1,2,3}, Querido Silva R^{1,2}, Ursu A^{1,2}, Nunes M^{1,2}, Carvalho F^{1,2}, Martins Santos G^{1,2}, Araújo M^{1,2}, Sangalho I^{1,2}, Prates S^{1,2}, Matos V^{2,5}, Leiria Pinto P^{1,2,4}

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

² Centro Clínico Académico de Lisboa, Lisboa, Portugal

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

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

⁵ Serviço de Patologia Clínica, Laboratório de Imunologia, ULS São José, Lisboa, Portugal

Objetivo: A distinção entre sensibilização assintomática e alergia ao amendoim continua a ser um desafio na prática clínica. Este estudo avaliou as diferenças no perfil de sensibilização molecular entre população pediátrica e adulta, a capacidade deste perfil para distinguir

sensibilização assintomática de alergia e identificar os componentes moleculares com maior capacidade discriminativa.

Métodos: Estudo transversal retrospectivo, realizado num hospital terciário de Lisboa, incluindo indivíduos com sensibilização molecular ao amendoim, identificados por ImmunoCAP ISAC®, entre 2023 e 2025. Comparou-se o perfil de sensibili-

zação aos componentes moleculares entre indivíduos com sensibilização assintomática e alergia, estratificando a análise por grupo etário.

Resultados: Foram incluídos 69 doentes, 34 (49,3%) de idade pediátrica e 23 (33,3%) com alergia ao amendoim (Tabela 1). A sensibilização a proteínas de armazenamento (PA) foi mais frequente em pediátricos; Ara h 9 predominou em adultos ($p<0,05$). A capacidade discriminativa entre sensibilização assintomática e alergia revelou-se específica da idade pediátrica: Ara h 1 associou-se à alergia apenas neste subgrupo ($p=0,040$), sem associação em adultos ($p=0,536$); a presença de três ou mais sensibilizações a PA seguiu o mesmo padrão ($OR=10,0$; $IC95\%:1,58-63,10$; $p=0,013$ em pediátricos, não significativo em adultos). A co-sensibilização a Ara h 2 e Ara h 6 associou-se à anafilaxia ($p=0,020$), achado limitado pelo reduzido número de eventos ($n=3$). A

combinação de Ara h 1 com a carga de sensibilização a PA aumentou a capacidade discriminativa para alergia ($AUC=0,72$) face a cada marcador isolado.

Conclusão: O perfil de sensibilização molecular diferiu entre doentes pediátricos e adultos. A capacidade discriminativa entre sensibilização assintomática e alergia revelou-se específica da idade pediátrica, onde Ara h 1 e a carga de sensibilização a PA são os marcadores mais úteis para o diagnóstico. A co-sensibilização a Ara h 2/Ara h 6 poderá associar-se a maior gravidade, anafilaxia. Em adultos, nenhum componente molecular foi discriminativo.

Tabela 1 — Características da população em estudo (Total, Pediátricos e Adultos) e associação com a presença de alergia ao amendoim

	Total (n=69)			Pediátrico (n=34)			Adultos (n=35)		
	Sem alergia (n=46)	Com alergia (n=23)	p	Sem alergia (n=22)	Com alergia (n=12)	p	Sem alergia (n=24)	Com alergia (n=11)	p
Masculino, (%)	45,7	47,8	0,864	59,1	66,7	0,727	33,3	27,3	1,000
Rinite alérgica, (%)	87,0	78,3	0,487	81,8	66,7	0,410	91,7	90,9	1,000
Dermatite atópica, (%)	28,3	21,7	0,561	36,4	33,3	1,000	20,8	9,1	0,640
Ara h 1, (%)	8,7	30,4	0,034	13,6	50,0	0,040	4,2	9,1	0,536
Ara h 2, (%)	17,4	34,8	0,107	27,3	50,0	0,265	8,3	18,2	0,575
Ara h 3, (%)	17,4	26,1	0,527	27,3	33,3	0,714	8,3	18,2	0,575
Ara h 6, (%)	15,2	34,8	0,063	22,7	50,0	0,138	8,3	18,2	0,575
Ara h 8, (%)	19,6	17,4	1,000	13,6	25,0	0,641	25,0	9,1	0,392
Ara h 9, (%)	50,0	52,2	0,865	31,8	33,3	1,000	66,7	72,7	1,000
≥ 3 Sensibilizações a PA, %	0,3	30,4	0,005	9,1	50,0	0,013	0,0	9,1	0,314

Valores de p obtidos pelo teste de qui-quadrado ou, quando aplicável, teste exato de Fisher (variáveis binárias). A negrito, associações estatisticamente significativas ($p<0,05$). PA: proteínas de armazenamento (Ara h 1, Ara h 2, Ara h 3, Ara h 6).

PO15 – ALERGIA IGE-MEDIADA PERSISTENTE AO TRIGO: SÉRIE DE TRÊS CASOS PEDIÁTRICOS

Querido Silva R^{1,2}, Gaspar B^{1,2}, Ursu A^{1,2}, Nunes M^{1,2}, Carvalho F^{1,2}, Sangalho I^{1,2}, Araújo M^{1,2}, Leiria Pinto P^{1,2,3}

¹ Unidade Local de Saúde de 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 alergia IgE-mediada ao trigo é uma causa frequente de alergia alimentar na infância, e na maioria dos casos existe aquisição espontânea de tolerância. A sua persistência associa-se a maior risco de reações sistémicas e está insuficientemente caracterizada. Descrevem-se três casos pediátricos de alergia persistente ao trigo.

Caso 1: Criança do sexo masculino que aos 6 meses apresentou vômitos e angioedema após introdução de papa de cereais. Posteriormente manteve episódios de anafilaxia após exposições acidentais. A investigação revelou testes cutâneos (TC) positivos, sIgE para trigo >100kUA/L e sensibilização molecular à ω -5 gliadina (Tri a 19) e ao inibidor da α -amilase/tripsina (Tri a A_T1). Aos 10 anos mantém sensibilização e reatividade clínica, permanecendo em evicção de cereais.

Caso 2: Criança do sexo feminino que apresentou anafilaxia aos 8 meses após ingestão de bolacha de trigo. A investigação revelou TC positivos, sIgE para trigo >100kUA/L e sensibilização molecular a Tri a 19, Tri a 14 e Tri a A_T1. A prova de provocação oral (PPO) foi positiva, confirmando alergia que se manifestou como anafilaxia grave motivando internamento. Posteriormente ocorreram dois episódios de anafilaxia após ingestões acidentais. Aos 9 anos mantém evicção de trigo, tolerando outros cereais.

Caso 3: Criança do sexo masculino que aos 4 meses apresentou vômitos imediatos e angioedema palpebral após introdução de papa com trigo. A investigação revelou sIgE para trigo de 67,5kUA/L e sensibilização a Tri a 19. Manteve PPO positivas aos 2, 3 e 4, anos permanecendo em evicção.

Discussão: Os casos apresentados ilustram um fenótipo persistente de alergia IgE-mediada ao trigo, caracterizado por reatividade de clínica e sensibilização molecular sustentadas. Neste contexto, a sensibilização à Tri a 19, presente em todos os doentes, poderá constituir um marcador útil para a identificação precoce de fenótipos persistentes, com implicações na decisão terapêutica e na referência para imunoterapia oral.

PO16 – DESEMPENHO DIAGNÓSTICO DOS TESTES DE SENSIBILIZAÇÃO A NOZ: EXPERIÊNCIA DE 15 ANOS DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Rosmaninho J¹, Silva J¹, Soares A¹, Piedade N¹, Silva D¹, Coimbra A¹
¹ Uls São João, Porto, Portugal

Objetivo: Avaliar o desempenho diagnóstico dos testes cutâneos por picada (TCP), testes cutâneos picada-picada (TCPP), IgE específica para noz e componentes moleculares na predição do resultado da PPO com noz e identificar limiares úteis à seleção de doentes para PPO.

Métodos: Estudo retrospectivo, unicêntrico, de acuidade diagnóstica, incluindo doentes submetidos a PPO com noz na ULS São João (2011-2026), por suspeita de alergia IgE-mediada, com pelo menos um teste diagnóstico prévio. A população refletiu doentes selecionados para PPO, de probabilidade pré-teste baixa/intermédia. Compararam-se PPO positivas e negativas, calcularam-se curvas ROC, áreas sob a curva (AUC) e cut-offs pelo índice de Youden e para especificidade $\geq 90\%$. Os componentes moleculares foram analisados dicotomicamente.

Resultados: Foram incluídos 59 doentes, idade mediana 8,0 anos [AIQ 5,0–19,0]; 44 (74,6%) em idade pediátrica e 31 (52,5%) do sexo masculino. A PPO foi realizada por sensibilização assintomática em 21 casos (35,6%) e após reação prévia em 38 (64,4%), sendo positiva em 20 (33,9%), com duas anafilaxias. Entre os assintomáticos, 16/21 (76,2%) nunca tinham ingerido noz; entre os que reportavam reação prévia, 8/38 (21,1%) tiveram anafilaxia.

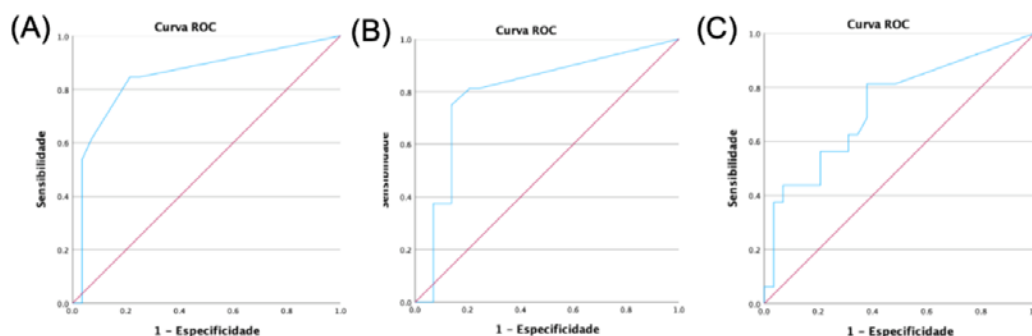


Figura 1. Curvas ROC do TCP com extrato de noz (A), TCPP com noz (B) e IgE específica para noz (C) na predição de PPO positiva. O TCP apresentou uma AUC de 0,848 (IC 95% 0,705–0,990), o TCPP uma AUC de 0,795 (IC 95% 0,649–0,941) e a IgE específica para noz uma AUC de 0,731 (IC 95% 0,572–0,889). A linha diagonal representa ausência de capacidade discriminativa.

TCP, TCPP e IgE específica apresentaram valores superiores nas PPO positivas ($p < 0,001$). O TCP apresentou o melhor desempenho (AUC 0,848; IC95% 0,705–0,990), seguido do TCPP (AUC 0,795; IC95% 0,649–0,941) e IgE específica (AUC 0,731; IC95% 0,572–0,889). Os cut-offs de Youden foram $\geq 3\text{mm}$, $\geq 3,5\text{mm}$ e $\geq 0,21\text{kUA/L}$. Limiares de $\geq 3,5\text{mm}$, $\geq 8\text{mm}$ e $\geq 2,0\text{kUA/L}$ apresentaram especificidades de 92,9%, 93,1% e 93,1%. Nenhum cut-off positivo atingiu sensibilidade $\geq 90\%$. Jugar I negativo apresentou VPN de 88,2% (IC95% 67,8–96,4).

Conclusão: O TCP apresentou o melhor desempenho, seguido do TCPP e da IgE específica. Identificaram-se limiares exploratórios de elevada especificidade, mas nenhum excluiu alergia com segurança. A heterogeneidade metodológica e a reduzida dimensão das subamostras limitaram a avaliação dos componentes moleculares. A PPO mantém-se essencial perante incerteza diagnóstica.

PO17 – PEN-FAST OU BL-PREDICTOR? ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE HIPERSENSIBILIDADE A β -LACTÂMICOS EM IDADE PEDIÁTRICA

Manso Preto L¹, Barros F¹, Guedes C¹, Regalo S¹, Alves M¹, Carrapatoso I¹, Todo Bom A^{1,2}, Botelho Alves P^{1,2}

¹ ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

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

Introdução/Objetivos: A suspeita de hipersensibilidade aos antibióticos β -lactâmicos é um motivo frequente de referência à consulta de Imunoalergologia. Na idade adulta, foram desenvolvidos scores clínicos para estratificação do risco de alergia, nomeadamente o PEN-FAST e o BL-Predictor, mas o seu desempenho em idade pediátrica permanece por validar. Este estudo teve como objetivo avaliar e comparar o desempenho diagnóstico do PEN-FAST e do BL-Predictor numa coorte pediátrica.

Material/Métodos: Estudo retrospectivo de crianças (< 18 anos) com suspeita de hipersensibilidade a β -lactâmicos que concluíram o estudo alergológico no serviço de Imunoalergologia num hospital terciário entre 2020 e 2026. Os scores PEN-FAST e BL-Predictor foram calculados com base nas características da reação-índice. O diagnóstico de alergia foi confirmado por prova de provocação positiva e, em casos selecionados, testes cutâneos positivos. O desempenho diagnóstico foi avaliado pela AUC e pelas restantes medidas de validade diagnóstica, bem como outras medidas de associação para variáveis de distribuição não normal.

Resultados: Foram incluídas 91 crianças, das quais 9 (9,9%) apresentaram alergia confirmada (7: prova de provocação positiva, com reação ligeira; 2: testes intradérmicos positivos). Embora a diferença entre as AUC não tenha sido estatisticamente significativa, o BL-Predictor apresentou maior capacidade discriminativa (AUC 0,785 vs 0,658). Em contrapartida, o PEN-FAST apresentou maior sensibilidade (66,7% vs 44,4%). Relativamente à classificação, o baixo risco no BL-Predictor associou-se significativamente à ex-

clusão de alergia ($p = 0,001$), ao contrário do PEN-FAST ($p = 0,306$). A discordância entre os scores foi significativa (44,0%, $p < 0,001$), especialmente na identificação de falsos positivos (38: PEN-FAST; 2: BL-Predictor).

Conclusão: Globalmente, o desempenho do BL-Predictor nesta coorte pediátrica foi mais consistente e alinhou-se com o descrito nos estudos de validação em população adulta, sugerindo potencial utilidade deste score na estratificação do risco de hipersensibilidade a β -lactâmicos em idade pediátrica. Contudo, a ocorrência de falsos negativos reforça que a sua utilização não dispensa a confirmação diagnóstica por prova de provocação.

PO18 – IMUNOTERAPIA ORAL VERSUS INTRODUÇÃO DE PROTEÍNA DO LEITE DE VACA ORIENTADA POR PROVAS DE PROVOCAÇÃO ORAL SEQUENCIAIS: SELEÇÃO E RESULTADOS

Silva J¹, Soares A¹, Rosmaninho I¹, Piedade N¹, Coimbra A¹, Silva D¹
¹ ULS S. João, Porto, Portugal

Objetivos: Comparar as características clínicas, imunológicas e os resultados de crianças e adolescentes com alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) submetidos a imunoterapia oral (ITO) ou a introdução de proteínas do leite de vaca (PLV) orientada por provas de provocação oral (PPO) sequenciais, identificando fatores associados a cada estratégia.

Metodologia: Estudo retrospectivo de crianças e adolescentes avaliados entre 2010 e 2025. Dos 111 doentes identificados, incluíram-se os submetidos a ITO e os que realizaram pelo menos três PPO, mantendo a quantidade de PLV tolerada. Compararam-se características clínicas, sensibilização, tolerância na primeira PPO e tolerância final pelos testes de Mann-Whitney e exato de Fisher.

Resultados: Incluíram-se 53 doentes, 30 do sexo masculino (56,6%): 14 submetidos a ITO e 39 a introdução orientada por PPO sequenciais. Os selecionados para ITO eram mais velhos na primeira PPO (5,0 vs. 3,0 anos; $p = 0,035$), apresentavam maior IgE específica para leite de vaca ($p = 0,036$) e caseína ($p < 0,001$), e tiveram maior seguimento (67,7 vs. 34,7 meses; $p = 0,041$). Na primeira PPO, foi possível introduzir PLV na dieta em 28/39 (71,8%) doentes do grupo das PPO sequenciais: 16/39 (41,0%) toleraram uma dose baixa (0–10 mL) e 12/39 (30,8%) uma dose intermédia (>10–60 mL). No grupo de ITO, a introdução foi possível em 4/13 (30,8%; $p = 0,019$). A tolerância final à PLV foi superior no grupo das PPO sequenciais (87,2% vs. 57,1%; $p = 0,049$).

Conclusões: A ITO foi selecionada em doentes mais velhos, com maior sensibilização ao leite de vaca e à caseína e menor tolerância na primeira PPO. A estratégia baseada em PPO sequenciais permitiu a introdução da quantidade de PLV tolerada e associou-se a maior proporção de doentes tolerantes na avaliação final, embora tenha sido aplicada a doentes com fenótipo basal mais favorável (mais jovens, com menor sensibilização e maior tolerância inicial).

PO19 – UTILIZAÇÃO DE DUPILUMAB EM DOENTES COM ESOFAGITE EOSINOFÍLICA REFRATÁRIA

Grilo Mendes A¹, Garcia M², Queirós Gomes J¹, Reis Ferreira A¹

¹ Serviço de Imunoalergologia da ULSGE, Vila Nova de Gaia, Portugal

² Serviço de Imunoalergologia do Hospital Dr Nélio de Mendonça, Funchal, Portugal

Introdução: O dupilumab constitui uma opção terapêutica para doentes com esofagite eosinofílica (EEO) refratária, existindo ainda experiência limitada em contexto de prática clínica nacional. O objetivo deste trabalho foi descrever a experiência de um centro de Imunoalergologia com dupilumab em doentes com EEO refratária.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo dos doentes com EEO tratados com dupilumab (300 mg semanal) no nosso centro. Foram avaliadas características e resposta clínicas, evolução endoscópica e histológica e segurança.

Resultados: Dos 36 doentes codificados como tendo EEO, 4 encontravam-se sob dupilumab, por persistência de atividade clínica e/ou histológica, apesar de tratamento otimizado com inibidor da bomba de prótons em dose dupla e corticoterapia tópica. Todos eram do sexo masculino, com idades entre os 16 e os 50 anos, apresentavam doença de longa duração (mediana de 7 anos) e história de impactações alimentares recorrentes. Um apresentava estenose esofágica com necessidade de múltiplas dilatações endoscópicas e outro sofreu laceração esofágica após impactação alimentar com necessidade de internamento. Três doentes apresentavam comorbilidades atópicas (asma e/ou rinoconjuntivite alérgica). Nenhum fez evicção alimentar empírica. Após uma mediana de 12 meses de tratamento verificou-se melhoria clínica em todos, com resolução da disfagia e ausência de novas impactações. Todos apresentaram resposta histológica, tendo três atingido remissão (≤ 6 eosinófilos/CGA). No doente com fenótipo fibroestenótico verificaram-se melhoria clínica e remissão histológica, apesar da persistência da remodelação endoscópica (traquealização e diminuição do calibre do lúmen). Em dois doentes foi possível suspender a corticoterapia tópica após remissão. Não ocorreram efeitos adversos graves nem interrupções do tratamento.

Conclusões: Nesta série de casos, o dupilumab demonstrou eficácia e segurança em doentes com EEO refratária, incluindo doença de longa duração e fenótipo fibroestenótico, permitindo benefício clínico consistente, remissão histológica na maioria dos casos e redução da necessidade de corticoterapia tópica.

PO20 – PADRÕES DE REATIVIDADE CLÍNICA E LABORATORIAL NA ALERGIA ALIMENTAR A SEMENTES DE GIRASSOL

C. Pereira L¹, Alves M¹, Tavares B¹, Todo Bom A¹, Carrapatoso I¹, Maresch Â²

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

² Serviço de Patologia Clínica, ULS de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: O girassol pode ser consumido como semente isolada, óleo, componente de diversos alimentos e ração para animais. A alergia alimentar a semente de girassol é rara, sendo frequentes manifestações clínicas graves, incluindo anafilaxia. Estão caracterizados 4 alérgenos alimentares: 3 albuminas 2S (Hel a 15, 16 e 17) e 1 LTP (Hel a 3), responsáveis por reatividade cruzada com significado clínico. Atualmente não é possível identificar, por rotina, os alérgenos implicados.

Objetivos: Caracterizar os padrões de reatividade clínica e laboratorial na alergia alimentar a sementes de girassol.

Metodologia: Foi efetuado estudo retrospectivo de doentes seguidos por Imunoalergologia entre 2008 e 2026, sintomáticos após ingestão de sementes de girassol. Foram registados dados demográficos, exposição a sementes, manifestações clínicas de alergia, atopia, resultados de testes cutâneos e/ou doseamentos de IgE específica (slgE) a extratos totais e a monocomponentes, quando possível. A gravidade das manifestações foi classificada segundo a escala oFASS-5.

Resultados: Identificou-se alergia a sementes de girassol em 21 doentes, (15 género feminino). Os três padrões de reatividade identificados foram: alergia isolada (n=8), alergia alimentar simultânea a frutos secos e/ou leguminosas (n=4), alergia alimentar simultânea – síndrome LTP (n=9). Na tabela 1, indicam-se os restantes resultados para os 3 padrões de reatividade identificados, e na tabela 2 indica-se a análise estatística referente à idade de início de sintomas.

Conclusões: Esta amostra corrobora a raridade desta alergia, particularmente a alergia isolada (possivelmente dependente de alérgenos específicos), de início mais tardio, com maior exposição a sementes para alimentação de aves, podendo constituir uma via de sensibilização. Nos restantes grupos a reatividade cruzada poderá explicar a sensibilização múltipla. A discrepância de idades entre os vários grupos pede uma reflexão e mais estudos sobre exposição aos alérgenos implicados e fatores que potenciem sensibilização a determinados alérgenos bem como a necessidade de melhorar métodos de diagnóstico.

Tabela 1: Descrição clínica e laboratorial dos doentes com alergia a sementes de girassol, por padrão de reatividade.

Variáveis	Alergia isolada n = 8	Alergia alimentar simultânea		Total n = 21
		Frutos secos e leguminosas n = 4	Síndrome LTP n = 9	
Idade de início dos sintomas (anos)				
Média ± DP	61,1 ± 10,2	33,5 ± 16,8	18,8 ± 6,4	36,66 ± 21,7
Mediana	62	33,5	20	26,5
Mínima – máxima	40 - 75	18 - 49	8 - 29	8 - 75
Atopia – n	6	3	7	16
Rinoconjuntivite	6	3	6	15
Asma	3	2	1	6
Manifestações clínicas – n				
Anafilaxia	4	1	3	8
Síndrome de alergia oral	2	2	5	9
Urticária / angioedema	1	3	3	6
Dispneia	2	2	-	4
Rinoconjuntivite	-	1	1	2
Gravidade das manifestações clínicas (oFASS) - n				
oFASS-1	2	-	-	2
oFASS-2	-	-	2	2
oFASS-3	-	-	2	2
oFASS-4	5	4	4	13
oFASS-5	1	-	1	2
slgE a semente de girassol (kU/L)				
Média ± DP	2,6 ± 2,8	19,8 ± 24,7	3,3 ± 3,7	6,2 ± 12,1
Mediana	1,4	13,0	1,8	1,7
Exposição a sementes para alimentação de aves - n	7	2	6	15
Sem informação	1	1	-	2
Alergia a outros alimentos – n				
Frutos secos	-	4	4	8
Amêndoa	-	2	2	4
Amendoim	-	-	3	3
Avelã	-	-	2	2
Caju	-	-	1	1
Castanha	-	1	-	1
Noz	-	1	1	2
Pistácio	-	2	1	3
Frutos frescos	-	-	6	6
Cereja	-	-	1	1
Maçã	-	-	2	2
Pêssego	-	-	4	4
Tomate	-	-	3	3
Cereais e farinhas	-	-	2	2
Aveia	-	-	1	1
Cevada	-	-	1	1
Milho	-	-	1	1
Trigo	-	-	2	2
Vegetais / hortícolas	-	-	1	1
Alho	-	-	1	1
Cebola	-	-	1	1
Leguminosas (ervilha)	-	1	-	1
Peixes (bacalhau)	-	-	1	1
Clara de ovo	1	-	0	1
slgE a monocomponentes positiva - n				
Pru p 3	-	-	8	8
Ara h 9	-	-	2	2
Cor a 8	-	-	1	1
Jug r 3	-	-	1	1
Mal d 3	-	-	1	1
Tri a 14	-	-	1	1

DP: desvio-padrão; LTP: proteína de transferência de lípidos; oFASS, ordinal Food Allergy Severity Score; slgE: IgE específica.

Tabela 2: Análise da distribuição de idade de início dos sintomas entre os 3 padrões de reatividade (teste de Kruskal-Wallis).

Comparação entre padrões de reatividade	Valor P
Alergia isolada – Alergia alimentar simultânea a Frutos secos e leguminosas	1,000
Alergia isolada – Alergia alimentar simultânea com Síndrome LTP	0,001
Alergia alimentar simultânea a Frutos secos e leguminosas – Alergia alimentar simultânea com Síndrome LTP	0,143

SESSÃO DE POSTERS III
AEROBIOLOGIA, ALERGÉNIOS
E IMUNOTERAPIA, RINITE/RINOSSINUSITE
& OUTROS

24 de setembro | 09:30-11:00 | Sala II
Moderadores: Rodrigo Rodrigues Alves, Beatriz Tavares, Nuno Sousa

PO21 – AVALIAÇÃO DO AMOSTRADOR PESSOAL IOM PARA QUANTIFICAÇÃO DA EXPOSIÇÃO INDIVIDUAL A PÓLEN EM AMBIENTE UNIVERSITÁRIO

Ribeiro T¹, Muñoz M², Cruz A³, Ferreira A³, Abreu I⁴, Ribeiro H¹
¹ Departamento de Geociências, Ambiente e Ordenamento do Território, Faculdade de Ciências, Universidade do Porto; Instituto de Ciências da Terra, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, Porto, Portugal
² Universidade de Málaga, Málaga, Espanha
³ Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., Vila Nova de Gaia, Portugal
⁴ Departamento de Biologia, Faculdade de Ciências, Universidade do Porto; Instituto de Ciências da Terra, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Objetivos: Avaliar a aplicabilidade do amostrador pessoal IOM na quantificação da exposição individual a pólen, permitindo incorporar a variabilidade espacial e temporal associada às atividades diárias e microambientes frequentados.
Metodologia: Entre março e maio de 2025 realizaram-se 21 dias não consecutivos de amostragem no campus da Faculdade de Ciências-Universidade do Porto. O IOM (filtro MCE, 25 mm; 4,0 L/min) foi usado em simultâneo com um amostrador volumétrico portátil de bioaerossóis PVAS (lâmina de vidro; 10 L/min), durante percursos matinais de 2–3 h por sete locais representativos do campus. As amostras foram analisadas por microscopia ótica para identificação e contagem do pólen, sendo as concentrações expressas em grãos/m³. Os métodos foram comparados pelo rácio IOM/PVAS para concentrações totais agregadas (Rt) e, nos táxones

representativos (>1% das contagens), pela mediana dos rácios diários (mRd). A concordância de deteção por táxon foi avaliada pela concordância positiva (PA), com base na presença/ausência.
Resultados: O IOM detetou 36 tipos polínicos e o PVAS 32, dos quais 31 comuns. Entre os táxones comuns, 12 apresentaram representatividade superior a 1% (~39%) e 14 abundância muito baixa (<0,01%; ~45%). As concentrações totais agregadas foram superiores no IOM (17387 vs. 7905 grãos/m³; Rt=2,20). Nos táxones representativos, o IOM apresentou concentrações diárias medianas superiores às do PVAS (mRd=1,25–8,85). A concordância de deteção global foi moderada (mediana de PA=0,50), mas muito elevada nos táxones representativos (mediana de PA=0,90; mínimo=0,80), indicando que as discordâncias ocorreram em táxones com muito baixa abundância.
Conclusões: O amostrador pessoal IOM mostrou-se adequado para caracterizar a exposição individual a pólen, apresentando riqueza taxonómica semelhante à do PVAS e concentrações superiores. A elevada concordância nos principais táxones indica deteção robusta e potencial para a prática clínica, permitindo relacionar exposição com sintomas e apoiar a escolha da imunoterapia. Agradecimentos: Financiamento pela FCT, I.P., através do projeto 2023.13757.PEX

PO22 – AEROBIOLOGIA EM BRAGANÇA: CALENDÁRIO POLÍNICO, PERFIS HORÁRIOS E EXCEDÊNCIAS DOS LIMIARES DE RISCO

Ribeiro T¹, Ribeiro H¹, Feliciano M², Sánchez-Reyes E³
¹ Departamento de Geociências, Ambiente e Ordenamento do Território, Faculdade de Ciências, Universidade do Porto; Instituto de Ciências da Terra, Faculdade de Ciências, Universidade do Porto, Porto, Portugal
² Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança; CIMO, LA SustEC, Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, Bragança, Portugal
³ Departamento de Botânica e Fisiologia Vegetal, Universidade de Salamanca, Salamanca, Espanha

Objetivo: Caracterizar a dinâmica do pólen atmosférico em Bragança, elaborar o calendário polínico, descrever os padrões de variação intradiária e avaliar a frequência de excedências dos limiares de risco para indivíduos sensibilizados.

Metodologia: A monitorização aerobiológica realizou-se com um captador volumétrico tipo Hirst (EN 16868:2019). A época polínica principal (EPP) e o calendário polínico foram determinados utilizando o módulo AeRobiology para R. A variação intradiária horária foi analisada nos dias da EPP com concentrações superiores à média sazonal e ausência de precipitação. O potencial impacto na saúde foi avaliado pela frequência de dias com concentrações acima dos limiares de risco descritos na literatura.

Resultados: Identificaram-se 37 tipos polínicos, totalizando 145003 grãos/m³ durante o período de estudo (37447 grãos/m³ em 2023 e 67765 grãos/m³ em 2024). O espectro polínico foi dominado por *Quercus* (25%) e *Cupressaceae* (12%). O calendário polínico evidenciou uma sucessão sazonal iniciada por táxones de floração invernal (*Fraxinus*, *Cupressaceae*, *Alnus*, *Corylus*), seguida de intensa emissão polínica na primavera com *Platanus*, *Betula*, *Quercus* e *Pinus*, a presença prolongada de concentrações relevantes de *Urticaceae* e *Poaceae* durante a primavera e o verão, e no final da primavera com *Olea* e *Castanea*. A dinâmica intradiária revelou cinco padrões: picos diurnos (*Alnus*, *Fraxinus*, *Platanus*), distribuição bimodal (*Olea*, *Poaceae*), picos matinais associados a fontes locais (*Cupressaceae*), concentrações constantes ao longo do dia com pico ao fim da tarde (*Castanea*, *Pinus*, *Quercus*, *Urticaceae*) e picos noturnos indicativos de transporte atmosférico a longa distância (*Betula*). Os limiares clínicos foram frequentemente excedidos, sobretudo para *Poaceae* e *Cupressaceae*.

Conclusão: O perfil aerobiológico de Bragança apresenta elevada diversidade polínica e exposição alergénica prolongada ao longo do ano, constituindo um desafio para a prevenção e gestão das doenças alérgicas na região.

Agradecimentos: Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), I.P., pela bolsa de doutoramento (2023.02934.BD) de T. Ribeiro.

PO23 – PERFIL DE SENSIBILIZAÇÃO A AEROALERGÉNIOS POR FAIXA ETÁRIA NUMA POPULAÇÃO ATÓPICA DO SUL DE PORTUGAL

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

¹ ULS Algarve – Serviço de Imunoalergologia, Faro, Portugal

Objetivos : A prevalência das doenças alérgicas apresenta uma tendência crescente, agravada pelas alterações climáticas que intensificam as estações polínicas na Europa. As guidelines ARIA-EAACI 2024–2025 reforçam a necessidade de dados epidemiológicos locais para orientar a seleção de baterias de testes cutâneos por picada (TCP) e imunoterapia específica adaptada ao perfil alergénico regional e à faixa etária. O objetivo deste trabalho é caracterizar o perfil de sensibilização cutânea a aeroalergénios numa população atópica do sul de Portugal, estratificado por faixa etária.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de doentes atópicos que realizaram TCP na Unidade Local de Saúde do Algarve entre 2021-2025. Foram avaliadas variáveis clínicas, demográficas e perfil de sensibilização. Os aeroalergénios foram agrupados em ácaros, faneras, pólenes, profilina e fungos e estratificados por idade: <6, 6–11, 12–17 e ≥18 anos.

Resultados: Incluíram-se 2873 doentes (52,3% masculinos; média de idade 28,5±19,9 anos). Os ácaros apresentaram maior prevalência de sensibilização (82,7%), seguidos dos pólenes (67,3%) e faneras (41,6%). *Dermatophagoides pteronyssinus* foi o alergénio mais prevalente (71,6%) em todas as faixas etárias; entre os pólenes predominaram gramíneas (42,6%) e oliveira (39,4%) (Figura 1). A co-sensibilização a *Dermatophagoides pteronyssinus*/*Dermatophagoides farinae* (63,1%) e a gramíneas/oliveira (24,5%) foi frequente, com padrões distintos de mono- e co-sensibilização por

Figura 1: Frequência de sensibilização (TCP ≥ 3 mm) para cada um dos aeroalergénios incluídos na bateria padrão de TCP na amostra total de doentes sensibilizados (n = 2873).

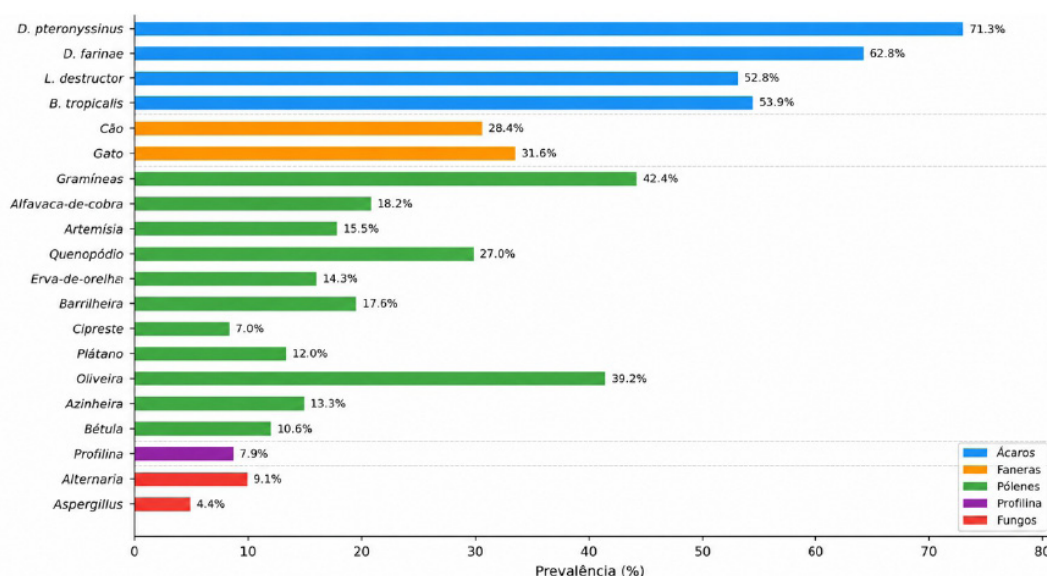
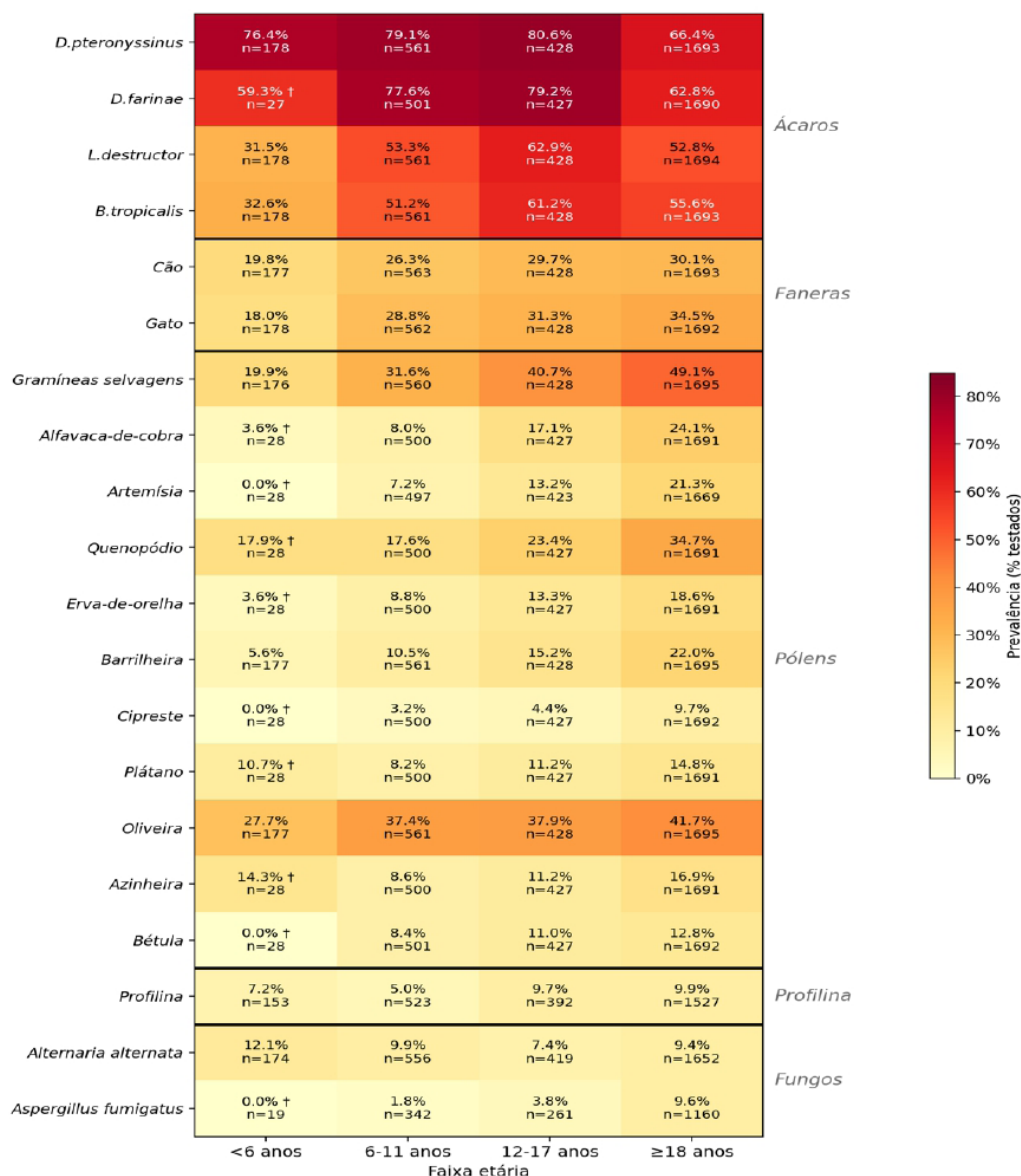


Figura 2: Heatmap da distribuição da prevalência de sensibilização por aeroalergénio individual e por faixa etária na amostra total de doentes sensibilizados (n = 2873).



Legenda: † = n<50 na faixa etária <6 – interpretar com cautela

faixa etária. A sensibilização a ácaros ($p<0,001$), pólenes ($p<0,001$), faneras ($p=0,007$) e profilina ($p=0,005$) diferiu significativamente entre faixas etárias (Figura 2). O número médio de sensibilizações foi $5,4\pm3,7$, aumentando significativamente com a idade ($p<0,001$). **Conclusão:** Verificou-se o predomínio de sensibilização a ácaros em todas as faixas etárias e um aumento da sensibilização a póle-

nes na idade adulta. Observaram-se ainda diferenças significativas no perfil de sensibilização entre grupos etários. A polissensibilização foi frequente, evidenciando a necessidade de distinção entre sensibilização genuína e reatividade cruzada. Estes resultados poderão contribuir para a otimização da seleção de baterias diagnósticas e da imunoterapia específica regional.

PO24 – ESCALADA DA DOSE DE MANUTENÇÃO NA IMUNOTERAPIA COM VENENOS DE HIMENÓPTEROS: SÉRIE DE SEIS CASOS

Grilo Mendes A¹, Barradas Lopes J¹, Ferreira J¹, Barreira P¹

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

Introdução: A imunoterapia com venenos de himenópteros (VIT) é o tratamento de eleição para a prevenção de reações sistémicas após novas picadas. Contudo, uma pequena proporção de doentes mantém reações sistémicas após repicada ou durante a própria VIT, podendo beneficiar do aumento da dose de manutenção para 200 µg. A evidência relativa à segurança e eficácia desta estratégia permanece limitada.

Descrição dos casos: Descrevem-se seis doentes (4 homens), idade 30-74 anos, submetidos a VIT por alergia ao veneno de abelha (*Apis mellifera*, n=4), vespa (*Vespula* spp., n=1) e Vespa velutina (n=1). Todos apresentavam antecedentes de anafilaxia (grau III-IV de Mueller) e resposta insuficiente à dose convencional de manutenção (100 µg), evidenciada por reações sistémicas durante a VIT e/ou após repicada. Em todos foi efetuada escalada progressiva da dose com aumentos de 20 µg a cada 4 semanas até atingir 200 µg. Três doentes necessitaram de terapêutica adjuvante com omalizumab para melhorar a tolerância e permitir a escalada da dose. Até à data, três doentes atingiram e mantêm a dose de 200 µg, dois encontram-se em fase de incremento e um apresentou falência terapêutica, por persistência de reações sistémicas, apesar de VIT com 200 µg associada a omalizumab, tendo sido suspensa a imunoterapia. Nos cinco doentes que permanecem em tratamento, a escalada da dose decorreu sem intercorrências.

Discussão: Nesta série de casos, a escalada da dose de manutenção da VIT para 200 µg demonstrou um perfil de segurança favorável, mesmo em doentes considerados de elevado risco. Contudo, o reduzido tempo de seguimento e a ausência de um número suficiente de repicadas após a escalada não permitem, nesta fase, aferir a eficácia clínica desta estratégia. Estes resultados apoiam a segurança da escalada da dose em doentes selecionados, sendo necessários estudos prospetivos com maior dimensão e seguimento prolongado para confirmar o benefício clínico.

PO25 – CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES SOB IMUNOTERAPIA COM VENENO DE HIMENÓPTEROS COM DOSE DE MANUTENÇÃO DE 200µG DE VENENO DE APIS MELLIFERA

Gonçalves L¹, Tavares V¹, Caiado J, Branco Ferreira M^{1,2}, Cosme J^{1,2}

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

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

Os doentes sob imunoterapia com veneno de himenópteros (VIT) com 100 µg de dose de manutenção por vezes mantêm reações sistémicas, não tendo alcançado assim o estado de dessensibilização. Estes doentes podem beneficiar do aumento para 200 µg. Objetivos: caracterização dos doentes sob 200 µg de VIT a abelha. Estudo retrospectivo dos doentes que aumentaram dose de manutenção de VIT com *Apis mellifera* para 200 µg. Avaliaram-se dados demográficos, clínicos e laboratoriais. A anafilaxia foi classificada segundo a escala de Ring and Messmer.

Incluídos 7 doentes com anafilaxia a veneno de abelha (4 mulheres; idade média 44,29±8,01 anos no início da VIT, nenhum com mastocitose sistémica). No aumento foi utilizado o protocolo de Ruëff et al (2024). O motivo do aumento foi: A-anafilaxia durante a manutenção (n=4); B-anafilaxia pós suspensão de omalizumab (n=3).

Na indução, 5 doentes tiveram anafilaxia graus 2 e 3 no Ultra-rush (UR) e 1 grau 2 no Cluster.

No Grupo A, 2 doentes apresentaram anafilaxia com a repicada, graus 1 e 2 no 5º ano de VIT, e 1 grau 2 no 4ºano; 1 doente apresentou múltiplas anafilaxias (graus 2 e 3), com dificuldade em atingir os 100 µg. No Grupo B, todos apresentaram anafilaxia (graus 2 e 3) nas tentativas de suspensão de omalizumab, mesmo com otimização da terapêutica adjuvante. Todos os doentes toleraram os 200 µg, sem reações locais ou sistémicas. Após os 200 µg, apenas 1 doente (Grupo A) foi repicado, tendo apresentado obstrução nasal transitória, sem necessidade de adrenalina. Dados laboratoriais apresentados na tabela 1.

A subida para 200 µg parece ser bem tolerada, sem reações associadas mesmo nos doentes que apresentaram anafilaxia com VIT 100 µg, devendo ser considerada em doentes não dessensibilizados. Será importante avaliar se o perfil das IgE específicas após os 200µg acompanha o benefício clínico.

Tabela 1: Dados clínicos e laboratoriais recolhidos da população submetida a aumento de dose VIT 200µg.

Grupo	N (%)	Sexo feminino (%)	Avaliação Laboratorial								Protocolo de início de VIT 100 µg	Picada após VIT 200 µg	Omalizumab N (%)
			Triptase basal (média ng/mL±DP)	Rácio sIgE <i>Apis mellifera</i> /IgE total (pré-VIT 100µg)	Pré-VIT 100mcg Pré-VIT 200mcg (mediana, kUA/L)								
					Api m1	Api m2	Api m3	Api m4	Api m5	Api 10			
A - Anafilaxia sob dose de manutenção (100 µg)	4 (57,1)	2 (50)	3,8±1,4	0,03	0,83 0,25	0,18 0,12	0,01 0,05	0 0,03	0,1c 0,40	1 0,54	UR (3) Cluster (1)	1 (Obstrução nasal)	1 (25)
B - Anafilaxia após suspensão de omalizumab	3 (42,9)	2 (66,7)	5,3±3,1	0,15	13,20 14,80	0,04 0,39	0,27 0,51	0 0,05	2,25 6,98	0,12 0,04	UR (3)	0	3 (100)

Legenda: UR – Ultra-Rush; VIT – Imunoterapia com veneno de himenóptero.

**PO26 – PRÉ-MEDICAÇÃO ADICIONAL
NA IMUNOTERAPIA COM VENENO DE APIS
MELLIFERA: IMPACTO NA TOLERABILIDADE
E PROGRESSÃO DO TRATAMENTO**

Alves M¹, Regalo S¹, Manso Preto L¹, Guedes C¹, Todo Bom A¹,
Regateiro F¹, Tavares B¹

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

Objetivos: As reações sistémicas são frequentes na imunoterapia com veneno de himenópteros (VIT), sobretudo com veneno de *Apis mellifera*. As recomendações europeias aconselham pré-medicação com anti-histamínico H1, na redução de reações locais. Perante reações sistémicas recorrentes, além do ajuste do esquema está documentada a eficácia de omalizumab. Na impossibilidade de utilização de omalizumab (off label na VIT), descreve-se o impacto da pré-medicação com outros fármacos além de anti-histamínico H1 na progressão das doses, numa série de apicultores com reações sistémicas sucessivas e impossibilidade de progressão no tratamento.

Metodologia: Estudo retrospectivo de 8 apicultores com alergia a veneno de *Apis mellifera* sob VIT (protocolo convencional). Ini-

cialmente medicadas apenas com anti-histamínico 1h antes da VIT, a recorrência de reações sistémicas, motivou a associação de montelucaste 10 mg ± budesonida/formoterol 160 + 4.5 µg/dose na véspera e/ou no dia. Compararam-se a gravidade e a frequência das reações e a dose máxima atingida, antes e após a otimização da pré-medicação.

Resultados: Cinco homens e 3 mulheres (idade média 45±7 anos); reação-índice de grau III-IV na escala de Mueller em 7/8 doentes. Nenhum dos 6 doentes com reações de grau III voltou a apresentá-las. A pré-medicação eliminou as reações em 3 doentes e reduziu a gravidade ou a frequência em 4; num não houve benefício. Dos 4 ainda em indução, 2 atingiram a dose de manutenção. A pré-medicação foi reduzida num doente e suspensa noutro, com manutenção da tolerância (Tabela 1).

Conclusões: Nestes apicultores, o reforço da pré-medicação associou-se a reações menos graves e frequentes e permitiu progredir no esquema. A melhoria observada associou-se à adição de montelucaste e budesonida/formoterol na pré-medicação constituindo uma mais-valia nos casos em que omalizumab não está disponível.

Tabela 1. Características clínicas e imunológicas dos doentes

					Total (n = 8)
Comorbilidades					
a. Rinite					
					8/8
b. Asma ou sintomas brônquicos recorrentes					
					5/8
c. Sensibilização a aeroalergénios					
					4/8
d. Doença cardiovascular					
					2/8
Medicação crónica					
e. Beta-bloqueante (suspensão no dia da IT)					
					1/8
f. AINEs					
					1/8
Sintomas junto às colmeias					
g. Sintomas respiratórios/oculares					
					4/8
Triptase basal, mediana (intervalo), µg/L					3,7 (1,5-5,0)
Perfil de sensibilização					
sIgE ao veneno de <i>Apis mellifera</i> (pré-IT), mediana (intervalo), kUA/L					
					23,9 (1,09-68,2)
Api m1					
					8/8
Api m10					
					4/8
Api m4					
					3/8
Doente (características)	Pré-medicação adicional		Gravidade (Mueller)		Frequência das reações
	Montelucaste	Budesonida/formoterol	Antes	Depois	
1 (a)	véspera	véspera e dia	III	I	Redução
2 (a,b,f)	véspera	véspera	III	0	0
3 (a,c,g)	véspera e dia	SOS	III	I	Sem alteração
4 (a,b,g)	véspera	véspera e dia	III	I	Sem alteração
5 (a,b,c,d,e)	véspera	véspera e dia	III	0	0
6 (a,b,c)	véspera e dia	véspera e dia	I	I	Sem alteração
7 (a,b,c,d,g)	véspera	véspera e dia	III	0	0
8 (a,g)	véspera ou dia	-	I	I	Redução

IgE específica ao veneno de *Apis mellifera* - positividade ≥ 0,35 kUA/L. AINEs: anti-inflamatórios não esteroides; IT: imunoterapia.

PO27 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A IGE ESPECÍFICA PARA VESPA VELUTINA NIGRITHORAX E A GRAVIDADE DA ANAFILAXIA: UMA COORTE DE 19 DOENTES

Macedo C¹, Miranda J¹, Barata L¹, Salgado M¹, Barata L¹, Alendouro P¹, Geraldes L¹

¹ Uls Alto Ave, Guimarães, Portugal

Objetivos: Caracterizar o perfil demográfico, clínico e de sensibilização em doentes com alergia ao veneno de Vespa velutina nigrithorax (VVN) e explorar a associação entre biomarcadores laboratoriais e a gravidade da anafilaxia.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo de 19 doentes com reação sistémica após picada de VVN, seguidos numa consulta de Imunoalergologia. Analisaram-se variáveis demográficas, antecedentes de exposição a himenópteros, gravidade da reação (escala modificada da WAO), triptase basal, IgE específica para *Apis mellifera*, *Vespula* spp, *Vespa crabro*, *Polistes* spp, VVN e respetivos componentes moleculares. Os biomarcadores foram comparados entre doentes utilizando o teste de Mann-Whitney.

Resultados: A idade média foi de 57,2±20,4 anos, com predomínio do sexo masculino (89,5%) e residência em meio rural (89,5%). A maioria dos doentes (18/19; 94,7%) referia antecedentes de picadas por himenópteros, dos quais 4/18 (22,2 %) tinham sido previamente picados por VVN. Todos os doentes apresentaram sensibilização a outros vespídeos. Os níveis médios de IgE específica foram *Vespula* spp (13,7±12,5 kUA/L), *Vespa crabro* (11,4±11,8 kUA/L), VVN (11,3±13,9 kUA/L) e *Polistes* spp (7,5±9,5 kUA/L). A triptase basal encontrava-se disponível em 18 doentes, com valor médio de 4,66±1,93 µg/L, sem valores sugestivos de doença mastocitária. Os doentes com anafilaxia grau 4 (n=10) apresentaram IgEs VVN significativamente superior à dos doentes grau 3 (n=9) (mediana 14,40 vs. 1,40 kUA/L; p=0,020). Não se observaram diferenças significativas para os restantes biomarcadores.

Conclusões: Nesta coorte, a alergia ao veneno de VVN ocorreu predominantemente em homens residentes em meio rural e previamente expostos a himenópteros. A ocorrência de anafilaxia na primeira picada identificada por VVN na maioria dos doentes é compatível com sensibilização prévia por reatividade cruzada com outros vespídeos, suportada pela elevada homologia entre os principais alérgenos. A IgEs VVN foi o único biomarcador associado à maior gravidade da anafilaxia, sugerindo potencial valor prognóstico a confirmar em estudos multicêntricos.

PO28 – AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO EDUCACIONAL NO CONHECIMENTO, CAPACITAÇÃO E CONFIANÇA RELATIVA A DOENÇAS ALÉRGICAS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Sousa J^{1,4}, Silva D^{2,3}, Moreira A^{2,3}, Piedade N^{2,3}, Rosmaninho I^{2,3}, Soares A^{2,3}, Martins C^{3,9}, von Hafe S³, Silva L³, Pádua I^{6,7,8}, Maia A⁵, Lourinho I^{10,11}

¹ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

² Unidade de Imunologia Básica e Clínica, Departamento Patologia; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

³ Serviço de Imunoalergologia, ULS São João, E.P.E Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

⁴ Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, Portugal

⁵ Equipa Saúde Escolar, UCC Castelo da Maia, ULS São João, Maia, Portugal

⁶ University Institute of Health Sciences (IUCS-CESPU), Gandra, Portugal

⁷ i4HB / UCIBIO – Translational Toxicology Research Laboratory, Gandra, Portugal

⁸ CUF Porto Trindade Hospital, Porto, Portugal

⁹ EPIUnit – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional (ITR), Porto, Portugal

¹⁰ ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

¹¹ ISPUP – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Objetivo: Desenvolver e avaliar o impacto de uma intervenção educacional baseada em casos-problema no conhecimento e percepção de confiança e capacitação de profissionais de saúde em áreas-chave da imunoalergologia.

Metodologia: Realizou-se um estudo quasi-experimental pré-pós, sem grupo de controlo, desenhado segundo o modelo ADDIE e reportado de acordo com as guidelines TREND e TIDieR. A intervenção decorreu nas jornadas de imunoalergologia da ULS São João, em formato presencial e online, abrangendo anafilaxia/alergia alimentar, asma, diagnóstico alergológico, dessensibilização/imunoterapia e autocuidado. O conhecimento e a percepção de confiança/capacitação foram avaliados por questionário pré e pós-formação. O conhecimento através de score global de 0–12 e a confiança/capacitação por escala de Likert. O projeto foi aprovado pela comissão de Ética da ULS São João.

Resultados: Inscreveram-se 185 profissionais de saúde, dos quais 74 completaram a avaliação pré-pós. O score global de conhecimento aumentou significativamente, de uma mediana de 9,5 [8,0; 11,0] para 11,0 [9,0; 12,0] (p<0,001). Observou-se melhoria na percepção de confiança e de capacitação aos seis meses (n=25) e elevada satisfação com a formação (n=41).

Conclusões: A intervenção associou-se a melhoria do conhecimento e da percepção de confiança e capacitação em imunoalergologia, embora persistam fragilidades em domínios como anafilaxia, avaliação funcional respiratória, diagnóstico alergológico e imunoterapia, que reforçam a necessidade de treino prático regular.

PO29 – É POSSÍVEL ESPAÇAR O DUPILUMAB NA RINOSSINUSITE CRÓNICA COM POLIPOSE NASAL? RESULTADOS EM CONTEXTO DE VIDA REAL

Garcia M¹, Mota D², Coelho A², Cadinha S², Barradas Lopes J², Reis Ferreira A², Ferreira J²

¹ Hospital Dr. Nélcio Mendonça, Funchal, Portugal

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

Introdução: O Dupilumab constitui uma terapêutica eficaz para a Rinossinusite Crónica com Polipose Nasal (RScPN). A evidência relativa ao espaçamento do intervalo entre administrações, após resposta clínica sustentada, permanece limitada. Este estudo descreve a experiência de um serviço de Imunoalergologia na implementação desta estratégia.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo de doentes com RScPN sob Dupilumab entre 2021 e 2025, e selecionados aqueles que realizaram espaçamento da terapêutica. Foram recolhidos: dados demográficos, número de polipectomias, ciclos de corticoterapia oral, Sino-Nasal Outcome Test-22 (SNOT-22) e Nasal Polyp Score (NPS). Foi efetuada análise descritiva e comparativa dos dados.

Resultados: Dos 24 doentes com RScPN sob Dupilumab, 15 (62.5%) realizaram espaçamento das administrações. A idade média foi de 50 ± 11 anos e 60% eram do sexo masculino.

Antes do início do Dupilumab, os doentes apresentavam em média 1.67 polipectomias prévias, 1.86 ciclos de corticoterapia sistémica/ano, SNOT-22 de 66.3 ± 15 e NPS de 2.5 ± 0.77.

Após início de Dupilumab, verificou-se redução progressiva do SNOT-22 (mediana de 22.50 aos 4 meses, 17 aos 6 meses, 6.5 aos 12 meses); dado controlo sintomático após 23.3 ± 8.6 meses de terapêutica, 6 doentes aumentaram intervalo de administrações para 3 semanas, e 9 para 4 semanas. Após espaçamento, registou-se um SNOT-22 médio de 10.7 ± 8.1, sem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao valor registado aos 12 meses (p=0.767). Dois doentes suspenderam o tratamento por efeitos adversos; dois doentes reduziram intervalo por agravamento sintomático. Três doentes realizaram um segundo espaçamento, para 4 semanas (n=1) e para 6 semanas (n=2), mantendo valores baixos de SNOT-22 (média 7.33 ± 5.68).

Conclusão: Nesta série de vida real, o espaçamento do Dupilumab foi possível em mais de metade dos doentes com RScPN, mantendo-se o controlo clínico e sintomático. Estes resultados sugerem que esta estratégia poderá ser uma opção viável em doentes selecionados.

SESSÃO DE CASOS CLÍNICOS I
RINITE/RINOSSINUSITE, ALERGIA CUTÂNEA,
ANAFILAXIA E DOENÇAS IMUNOALÉRGICAS
FATAIS & IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS

26 de setembro | 08:30-10:00 | Sala III

Moderadores: Pedro Carreiro Martins, Anabela Lopes, Joana Miranda

CC01 – TENEBRIO MOLITOR E DOENÇA RESPIRATÓRIA OCUPACIONAL: UM RISCO EMERGENTE DA INDÚSTRIA DOS INSETOS

C. Pereira L¹, Alves M¹, Tavares B¹, Todo-bom A¹, Carrapatoso I¹

¹ ULS de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: O *Tenebrio molitor* é uma espécie de escaravelho, cuja larva é consumida na forma de larva inteira, ou moída em farinha, tendo sido aprovado como alimento para humanos pela União Europeia em 2021. O consumo alimentar de insetos é raro entre a população ocidental, incluindo a portuguesa.

A reatividade cruzada entre invertebrados contribui para a sensibilização entre várias espécies.

Descrição do caso clínico: Homem, 29 anos, antecedentes de rinite alérgica a ácaros desde a infância, controlada com medidas de evicção ambiental.

Trabalhador em empresa de produção de larvas de *Tenebrio molitor*.

Agravamento da rinite com esternutos, rinorreia, prurido ocular enquanto alimenta as larvas e limpa o habitat. Melhoria dos sintomas com afastamento do local de trabalho. Ausência de sintomas com a ingestão de *Tenebrio molitor*. Sem quaisquer restrições alimentares, nomeadamente consumo de crustáceos e moluscos.

Métodos: Efetuados testes cutâneos a aeroalergénios, teste prick-prick à larva, excrementos e ração fornecido às larvas (farinha de cereais e resíduos de produção de cerveja) (Tabela 1). Determinação IgE total e IgEs específicas aos aeroalergénios relevantes (tabela 2). Medicado com Azelastina e Fluticasona intranasal e Bilastina como profilaxia e nos períodos de exacerbação. O doente reduziu o tempo de exposição às larvas e excrementos no local de trabalho, o que permitiu melhor controlo clínico, diminuindo a intensidade e frequência de sintomas.

Discussão: Descreve-se o primeiro caso conhecido em Portugal de alergia ocupacional a *T. molitor*. Não aparenta tratar-se de reatividade cruzada com envolvimento de tropomiosinas. Admite-se a hipótese de sensibilização a outras proteínas. Este é um caso que alerta para a nova realidade de alergénios emergentes em Portugal.

Tabela 1:

Testes cutâneos de alergia a <u>aeroalergénios comuns</u>	Sensibilização a:
	Gramíneas Parietária Cão Gato <i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> <i>Dermatophagoides farinae</i>
Testes <i>prick-prick</i>	
Ração para alimentar as larvas	negativo
Larva de <i>Tenebrio molitor</i>	positivo
Excremento de larva de <i>Tenebrio molitor</i>	positivo

Tabela 2:

IgE total	123 UI/mL
sIgE	Resultado (k/UL)
Pêlo e caspa de gato	1,24
rFel d 1	1,33
Caspa de cão	1,11
rCan f 1	1,20
<i>Dermatophagoides farinae</i>	6,49
<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i>	18,3
rDer p 1	8,33
rDer p 2	12,0
rDer p 10	0,00
rDer p 23	3,24

CC02 – ACROQUERATODERMIA AQUAGÉNICA: PARA ALÉM DO TESTE DO SUOR NEGATIVO

Melo M¹, Gomes M¹, Alberto A¹, Marques M¹

¹ULS Santo António, Porto, Portugal

Introdução: A acroqueratoderma aquagénica é uma dermatose rara e de frequência desconhecida na população geral. Caracteriza-se por placas esbranquiçadas palmares e/ou plantares após breve exposição à água [1]. A sua associação com variantes patogénicas do gene CFTR tem sido cada vez mais reconhecida, ocorrendo em até 41% dos doentes com fibrose quística, mas também em portadores heterozigóticos [2].

Caso Clínico: Adolescente do sexo feminino, 13 anos, previamente saudável, com antecedentes de sibilância recorrente na infância, tendo sido sintomática até aos 5 anos. Em 2024 iniciou episódios intermitentes de placas esbranquiçadas palmares precipitados por imersão em água ou sudorese. As lesões resolviam espontaneamente em aproximadamente uma hora, sem prurido,

dor ou lesão residual. Perante a apresentação clínica sugestiva de acroqueratoderma aquagénica e a sua reconhecida associação com alterações do gene CFTR, realizou-se teste do suor, que revelou valores normais (sódio 17 mmol/L; cloretos 20 mmol/L), assim como estudo molecular do gene CFTR, que identificou a variante patogénica c.1521_1523del (p.Phe508del) em heterozigotia.

Discussão: A variante p.Phe508del é a alteração mais frequentemente associada à fibrose quística, mas pode também ser identificada em indivíduos heterozigóticos, nos quais tem sido descrita associação com acroqueratoderma aquagénica [3,4]. Este caso demonstra que um teste do suor normal não exclui alterações do CFTR. Portanto, a acroqueratoderma aquagénica pode constituir um marcador clínico de alterações deste gene, justificando a realização de estudo molecular diante a suspeita clínica. A identificação da variante, além de sustentar a suspeita clínica, permite aconselhamento genético adequado, evidenciando que um sinal cutâneo transitório pode constituir a primeira manifestação de uma alteração genética com implicações familiares.



CC03 – PARA ALÉM DA PELE: O PAPEL DO DUPILUMAB NO SONO, INTERAÇÃO SOCIAL E ALERGIA ALIMENTAR EM IDADE PEDIÁTRICA

Martins G¹, Costa C^{1,2}

¹ Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

Introdução: O dupilumab é eficaz no controlo da dermatite atópica (DA) grave, mas os seus benefícios podem estender-se para além dos sintomas cutâneos, nomeadamente na evolução do sono, linguagem e interação social, assim como na alergia alimentar associada.

Caso clínico: Sexo masculino, 5 anos, com DA grave generalizada desde os 3 meses, caracterizada por exacerbações frequentes, sobreinfecções cutâneas recorrentes e necessidade repetida de corticoterapia sistémica, apesar de terapêutica tópica otimizada com emolientes, corticosteroides tópicos e inibidores da calcineurina. Por prurido intenso persistente, apresentava despertares noturnos frequentes, sonolência diurna marcada, reduzida interação social e atraso da linguagem, com impacto significativo na qualidade de vida da criança e dos pais. Tinha

ainda alergia IgE mediada ao ovo e ao amendoim e rinite alérgica persistente moderada-grave, associada a sensibilização a ácaros do pó doméstico e gramíneas. Aos 3 anos e 7 meses, apresentava SCORAD 67,76, EASI 22,4, prurido 9/10, perturbação do sono 9/10 e cDLQI 28, tendo iniciado dupilumab 300 mg, subcutâneo, 4/4 semanas. Após a segunda administração, observou-se melhoria cutânea significativa (SCORAD 30; EASI 11,4; prurido 1/10; sono 1/10). Ao longo do seguimento, manteve controlo sustentado da DA, com melhoria progressiva da interação social e linguagem. Após 16 meses de dupilumab, apresentava SCORAD 16,4, EASI 3,9, prurido 0/10 e sono 0/10, cDLQI 4. Repetiu testes cutâneos por picada e picada-picada que foram negativos para amendoim e gema de ovo crua e cozida, mantendo-se positivos para clara crua e cozida (histamina 7mm, clara 3mm). O amendoim e a gema de ovo foram reintroduzidos sem intercorrências.

Discussão: Este caso salienta os benefícios do tratamento precoce com dupilumab na dermatite atópica grave pediátrica. Além da eficácia nos sintomas cutâneos, destaca-se o seu impacto positivo no sono, no neurodesenvolvimento, especificamente na linguagem e interação social, e na eventual aquisição de tolerância em doentes com alergia alimentar.

**CC04 – DERMATITE DE CONTACTO ASSOCIADA
AO SENSOR GUARDIAN 4 EM ADOLESCENTE
COM MÚLTIPLAS SENSIBILIZAÇÕES**

Silva L¹, Guimarães J¹, Marcelino J^{1,2,3}, Dias C¹, Vieira J¹, Pereira H¹,
Gonçalves T¹, Ferrão A¹, Tomaz E¹

¹ Unidade Local de Saúde da Arrábida, Setúbal, Portugal

² Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Alemanha

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

Introdução: A dermatite de contacto alérgica associada a sensores de monitorização contínua de glicose é um desafio crescente na população, em particular na pediátrica.

Descrição do caso clínico: Rapaz de 11 anos, com antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo 1 e dermatite atópica. Desde os 17 meses de idade, apresentava episódios recorrentes de lesões eczematosas, pruriginosas e exsudativas, estritamente localizadas na área de inserção do sensor de glicose Freestyle Libre. Aos 9 anos passou a utilizar o sensor Guardian 4 (Medtronic). Inicialmente com tolerância, mas após 18 meses de utilização, passou a desenvolver quadro de placas eritematosas recorrentes, exsudativas e descamativas, circunscritas aos locais de aplicação do sensor e adesivo. Foi referenciado a consulta de Imunoalergologia e foram realizados testes epicutâneos que foram positivos para: Colofónia, Metilisotiazolinona (MI), 2-hidroxiethyl metacrilato (HEMA), formaldeído, dicromato de potássio e o adesivo do sensor Guardian 4. A evicção alérgica e implementação de barreiras físicas mitigaram as lesões cutâneas enquanto se investigam alternativas adequadas.

Discussão: Ainda que não se possa estabelecer causalidade definitiva, a positividade ao HEMA e ao adesivo do Guardian 4 apoiam a hipótese de reatividade cruzada com acrilatos estruturalmente relacionados. A reação à colofónia sugere a presença de resinas naturais usadas na fixação do adesivo, também possivelmente envolvidas na hipersensibilidade. As reações positivas à MI e formaldeído sugerem sensibilizações prévias a conservantes ubíquos em produtos de higiene e desinfecção e fitas médicas utilizadas na fixação do sensor. Já a reação ao dicromato de potássio poderá traduzir sensibilização prévia com relevância clínica local pela libertação de vestígios de crómio pela agulha do dispositivo na inserção.

Esta sensibilização múltipla limita a escolha de sensores alternativos, reforçando a necessidade de maior transparência na composição destes dispositivos e da implementação de estratégias personalizadas de proteção da barreira cutânea.

**CC05 – O EXERCÍCIO COMO ESTRATÉGIA
TERAPÊUTICA NA URTICÁRIA COLINÉRGICA:
UM CASO DE INDUÇÃO DE TOLERÂNCIA**

Dourado C¹, Moscoso T¹, Chambel M¹

¹ Hospital Cuf Descobertas, Lisboa, Portugal

Introdução: A urticária colinérgica é uma urticária crónica induzível normalmente desencadeada pela elevação da temperatura corporal e pelo exercício físico. O diagnóstico baseia-se na história clínica e confirmado por prova de provocação por ergometria. A abordagem terapêutica inclui anti-histamínicos de segunda geração e, em casos refratários, terapêutica biológica. A literatura sobre protocolos de indução de tolerância pelo exercício físico é escassa.

Descrição: Mulher, de 37 anos, com rinite alérgica. Recorre à consulta por episódios diários de lesões maculopapulares pruriginosas no tronco e membros inferiores, associadas a angioedema periférico, com dois anos de evolução. As lesões surgiam após exercício físico e esforços mínimos (como caminhar), resolvendo-se espontaneamente em 30 minutos. Sem outros sintomas associados. Medicada com bilastina 80 mg/dia, reduzida para 40 mg/dia por efeitos adversos, com controlo parcial dos sintomas. Persistia sensação de queimadura/calor corporal e marcada intolerância ao exercício, com aparecimento de urticária após cinco minutos de marcha. Iniciou, no domicílio, um programa progressivo de exercício em passadeira e com bicicleta estática, associado à medicação. Verificou-se aumento gradual da tolerância ao exercício, de uns minutos inicialmente até duas horas sem aparecimento de lesões com a evolução dos treinos (figuras 1 e 2). A interrupção da atividade física durante um mês associou-se a recidiva clínica, com recuperação após dois meses de reintrodução consistente do exercício. Atualmente, sob bilastina 40 mg + 10 mg, apresenta escassas lesões e prurido ligeiro no exercício prolongado.



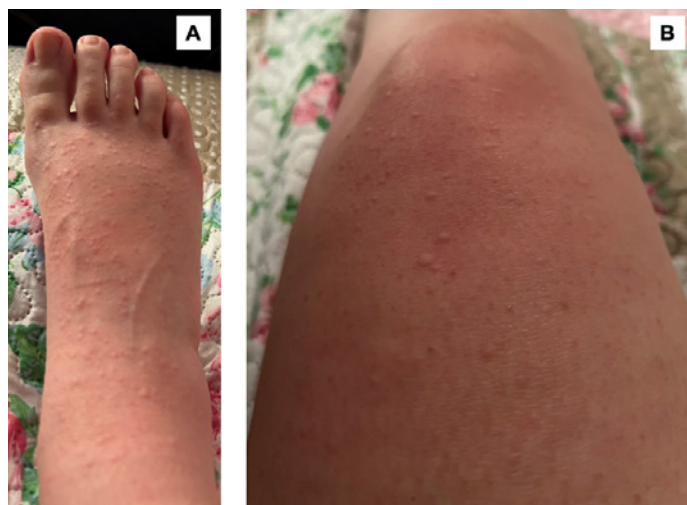


Figura 1: Aparição de lesões de urticária escassas minutos após exercício físico (maio 2024).
A - Lesões maculopapulares com angioedema associado, no pé direito.
B - Lesões maculopapulares no membro inferior direito.

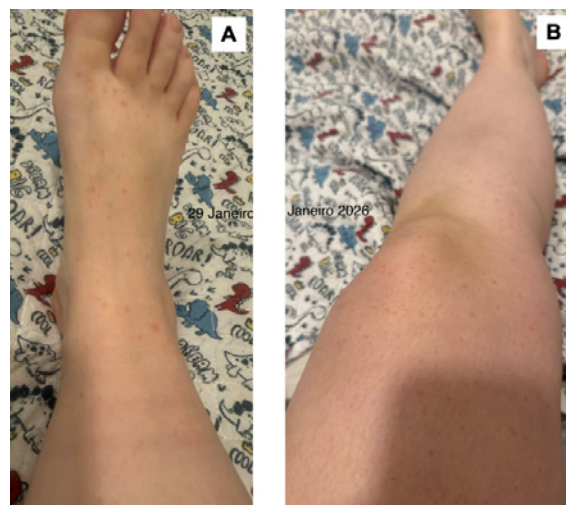


Figura 2: Aparição de lesões de urticária 2 horas após exercício físico (janeiro 2026).
A - Escassas lesões maculopapulares no pé direito.
B - Escassas lesões maculopapulares no membro inferior esquerdo.

Discussão: Este caso ilustra o potencial benefício do exercício físico regular e progressivo como estratégia de indução de tolerância na urticária colinérgica. A recorrência após interrupção e a melhoria com a retoma sugerem um efeito dependente da exposição contínua, traduzindo elevação transitória do limiar de reatividade. Embora promissora, esta abordagem exige avaliação do risco de manifestações sistêmicas, reforçando a necessidade de mais literatura sobre o tema.

CC06 – QUANDO A URTICÁRIA NÃO É URTICÁRIA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Barros E¹, Gerales R¹, Figueiredo A², Farinha I¹, Todo-Bom A¹

¹ Serviço de Imunoalergologia - ULSCoimbra, Coimbra, Portugal

² Serviço de Dermatologia - ULSCoimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A urticária caracteriza-se por pápulas pruriginosas, com ou sem angioedema e classifica-se em urticária crónica (UC) quando persiste por mais de 6 semanas. Contudo, lesões urticariformes persistentes, atípicas ou refratárias à terapêutica devem motivar a reconsideração do diagnóstico e investigação de diagnósticos diferenciais. Apresenta-se um caso clínico que evidência os desafios da prática clínica perante a ausência de lesões ou fotografias das mesmas à avaliação clínica.

Descrição do caso clínico: Jovem do sexo feminino, 27 anos, referenciada à consulta de Imunoalergologia por urticária com 10 anos de evolução. Reportava lesões cutâneas recorrentes na face, pescoço e tórax, predominantemente nas estações quentes, refratárias anti-histamínicos orais. Na primeira consulta, sem lesões ou fotografias das mesmas, reportava lesões eritematopruriginosas com duração inferior a 24 horas, foi medicada com anti-histamínicos e solicitado estudo analítico. O estudo inicial revelou apenas ligeira eosinofilia periférica. Em consulta subsequente, a

observação direta de lesão eritematosa túmida na região infraauricular direita (Figura 1), motivou que o diagnóstico de urticária fosse questionado e referenciada para Dermatologia. A biópsia cutânea revelou um infiltrado inflamatório perivascular e perianeal com um aumento da deposição de mucina na derme. A cor-



Figura 1 - Lesão cutânea

relação clinicopatológica permitiu estabelecer o diagnóstico de lúpus eritematoso túbido (LET). Atualmente, a doente está medicada com hidroxicloroquina e sob fotoproteção, verificando-se uma melhoria clínica significativa.

Discussão: Este caso reforça a importância da observação direta das lesões cutâneas ou, na sua ausência, da existência de fotografias, em suspeitas de urticária, particularmente nos casos refratários ao tratamento. A correlação entre os achados clínicos e histopatológicos foi fundamental para estabelecer o diagnóstico. O LET é incomum e a patogénese não é totalmente compreendida. O prognóstico do LET é geralmente favorável, dada a rara associação com doença sistémica; a resolução sem cicatrizes; e a tendência para responder à fotoproteção, à terapêutica tópica e à terapêutica antimalárica.

CC07 – HIPERSENSIBILIDADE AO TITÂNIO NA ORIGEM DE FÍSTULA BRONCOLEURAL? UM CASO CLÍNICO

Regalo S¹, Lucena M¹, Manso Preto L¹, Todo-Bom^{1,2}, Regateiro F^{1,2,3,4}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de 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

Introdução: O titânio é considerado um material altamente biocompatível e é amplamente utilizado em implantes cirúrgicos. No entanto, reações de hipersensibilidade tardia têm vindo a ser reconhecidas e podem contribuir para complicações relacionadas com implantes. As implicações da hipersensibilidade ao titânio em cirurgia torácica permanecem insuficientemente descritas.

Descrição do caso clínico: Homem de 65 anos submetido a lobectomia inferior direita por videotoroscopia por adenocarcinoma pulmonar. O pós-operatório foi complicado por fuga aérea prolongada, exigindo reforço com agrafos cirúrgicos. Dois meses

depois desenvolveu doença pneumocócica invasiva com bacteriémia por **Streptococcus pneumoniae**, resolvida após antibióterápia. Meses mais tarde surgiu uma fístula broncopleural com extrusão endobrônquica dos agrafos de titânio, confirmada por tomografia computadorizada e broncoscopia (Figura 1). Perante esta apresentação invulgar, realizou estudo alergológico. Os testes epicutâneos (série de metais da Chemotechnique Diagnostics®) revelaram positividade para oxalato de titânio (IV), cloreto de cobalto (II) hexahidratado e cloreto de manganês (Figura 2). O estudo teve impacto direto na abordagem terapêutica: o encerramento endoscópico com dispositivo Amplatzer® foi excluído por conter uma liga de níquel-titânio. Atendendo ao elevado risco cirúrgico, optou-se por uma abordagem conservadora multidisciplinar, com vigilância clínica e imagiológica.

Discussão: A fístula broncopleural é uma complicação reconhecida da ressecção pulmonar e apresenta etiologia multifatorial. Neste doente coexistiam fatores de risco cirúrgicos e infecciosos com sensibilização ao titânio, sugerindo que a hipersensibilidade poderá ter contribuído para uma integração tecidual deficiente e extrusão dos agrafos. Este caso demonstra como a avaliação alergológica pode influenciar a decisão terapêutica, evitando nova exposição a implantes potencialmente alergénicos, devendo a hipersensibilidade ao titânio ser considerada em doentes selecionados com complicações inexplicadas relacionadas com implantes.

CC08 – ANAFILAXIA GRAVE DURANTE ECOCARDIOGRAMA DE SOBRECARGA CONTRASTADO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA COM SÍNDROME DE KOUNIS

Silva Tavares M¹, Garcia M¹, Queirós Gomes J¹, Cadinha S¹, Mota D¹

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

Reações de hipersensibilidade aquando da realização de ecocardiograma de sobrecarga contrastado com SonoVue® e dobutamina são eventos raros. O SonoVue® é uma suspensão de microbolhas de gás de hexafluoreto de enxofre adicionado a um pó liofilizado contendo macrogol 4000.

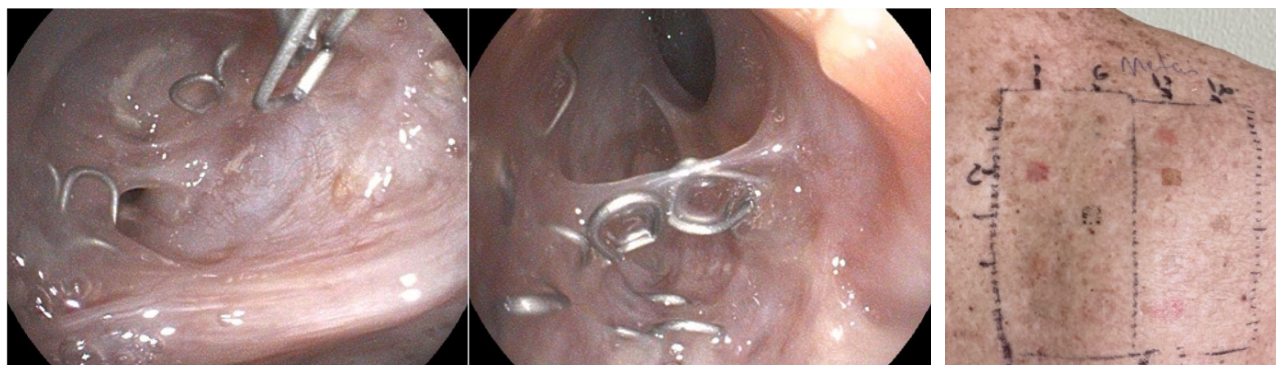


Figura 1. Coto brônquico com material cirúrgico, imagens obtidas por broncofibroscopia

Sexo masculino, 60 anos, antecedentes de doença coronária crónica, submetido a ecocardiograma de sobrecarga com dobutamina e administração de contraste ecográfico SonoVue®. Dois minutos após administração do contraste, iniciada perfusão de dobutamina, com desenvolvimento de cefaleia intensa, parestesias das mãos, hipertensão arterial e taquicardia, com rápida evolução para alteração do estado de consciência, exantema maculopapular difuso e paragem cardiorrespiratória (PCR), revertido com suporte avançado de vida (SAV) incluindo administração de adrenalina e Img. Durante a reanimação verificou-se elevação transitória do segmento ST nas derivações inferiores. O doente apresentou um segundo episódio de PCR, revertido após quatro ciclos de SAV. A coronariografia urgente não revelou novas lesões coronárias, sugerindo vasoespasma coronário, eventual Síndrome de Kounis. Após contacto com Imunoalergologia, realizada investigação laboratorial aguda: elevação da triptase sérica (valor máximo 32,4 µg/L na 5ª hora; basal 7,1 µg/L) e da interleucina-6 (830 pg/mL na 5ª hora; basal 2,6 pg/mL) na reação. Na investigação etiológica por Imunoalergologia, foi realizado o teste de ativação dos basófilos (TAB) com SonoVue®, macrogol 4000 e dobutamina, que foi negativo. Atendendo à gravidade do episódio, não foram realizados testes in vivo. O doente tinha realizado vacinação covid sazonal (Pfizer-BioNTech®, contendo macrogol 4000) com tolerância, excluindo-o como agente causal.

Este caso evidencia uma apresentação atípica de anafilaxia grave complicada por síndrome de Kounis. Em oposição à apresentação clássica, o doente manifestou inicialmente hipertensão arterial, taquicardia e sintomas neurológicos, o que dificultou o diagnóstico. A elevação de IL-6 (não apenas de triptase), presença de hipertensão e TAB negativo suportam um eventual mecanismo IgE-independente nesta reação, fornecendo novas pistas sobre o mecanismo subjacente.

CC09 – ALFA-TRIPTASSEMIAS HEREDITÁRIAS EM DOENTE COM EPISÓDIOS RECORRENTES DE URTICÁRIA/ANGIOEDEMA E ANAFILAXIA

Ramos Gomes M¹, Justino Alberto A¹, Pinto A¹, Carolino F¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, ULS Santo António, Porto, Portugal

Introdução: A alfa-triptassémia hereditária (HαT) é uma condição genética autossómica dominante que afeta 4-6% da população caucasiana, resultante do aumento do número de cópias do gene TPSAB1 (codifica a alfa-triptase), com consequente elevação da triptase sérica basal (TSB). O seu diagnóstico é dificultado pela variabilidade fenotípica e pela sobreposição com outros diagnósticos imunoalergológicos.

Descrição do Caso Clínico: Mulher de 59 anos, referenciada à consulta após quatro episódios de urticária +/- angioedema, um deles com vômitos associados e documentação de uma triptase sérica de 44.3 µg/L. Não foi medicada com adrenalina, tendo sempre apresentado boa resposta a anti-histamínico e corticosteroide. Não foram identificados potenciais desencadeantes para além de eventual relação com a ingestão alimentar, sem identificação de alimentos específicos.

O estudo laboratorial (hemograma, velocidade de sedimentação, EPS, perfil tiroideu e IgE total) não revelou alterações. Doseamento da TSB de 17.4 µg/L. O ImmunoCAP™ ISAC evidenciou sensibilização a proteínas de transferência de lípidos (Pla a 3, Pru p 3, Jug r 4, Ara h 9).

Durante o seguimento, reportados diversos episódios de sensação de constrição laríngea associada a outros sintomas: prurido palmar, eritema facial, dor/distensão abdominal e tosse. Associou alguns episódios à ingestão de pêssego e sementes, que passou a evitar. Considerando a anamnese e TSB, com um REMA score de -3, realizou estudo do número de cópias do gene TPSAB1 no sangue periférico, tendo sido detetado um genótipo compatível com HαT (genótipo 3alfa/2beta). A doente encontra-se sob vigilância médica regular, anti-histamínico diário e é portadora de adrenalina em auto-injetor.

Discussão: Visamos salientar a HαT como entidade a excluir num doente com sintomas de ativação mastocitária recorrentes, sobretudo na presença de TSB elevada. A HαT confere risco de reações alérgicas mais frequentes e/ou graves, pelo que um diagnóstico atempado tem implicações na gestão terapêutica e no aconselhamento genético dos familiares diretos.

CC10 – SÍNDROME DE HIPER IGE: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Sá Teixeira R¹, Gamboa F², Franchini G², Dias S², Neves E², Vasconcelos J²

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

² Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

Introdução: A síndrome de hiper IgE (SHIE) é um grupo de imunodeficiências primárias raras, caracterizado por níveis séricos de IgE elevados (habitualmente superiores a 2000 KU/mL), infeções cutâneas e sinopulmonares recorrentes por *Staphylococcus aureus* e *Haemophilus influenzae* e eczema crónico.

A mutação do gene STAT3 associa-se a manifestações não imunológicas como fácies grosseira, escoliose, fraturas patológicas, dupla arcada dentária e maior risco de neoplasias.

Apresentam-se dois casos, destacando as manifestações clínicas, estudo imunológico e evolução.

Descrição do caso clínico: Caso 1: Doente do sexo feminino, com consanguinidade familiar, que aos 19 meses desenvolveu queratite herpética com amaurose subsequente. Desde os 3 anos apresentou otites e pneumonias estafilocócicas de repetição, eczema, verrugas disseminadas e granulomas retroauriculares. Analiticamente: IgE total elevada (8828 KU/mL), resposta a anticorpos específicos diminuída e linfopenia T.

Iniciou imunoglobulina endovenosa (IgEV) e cotrimoxazol profilático, com redução das infeções. Aos 23 anos faleceu por linfoma não Hodgkin do anel de Waldeyer.

Caso 2: Doente do sexo masculino, 21 anos, sem consanguinidade familiar. Desde a infância com eczema, pneumonias estafilocócicas, otites e abscessos frios. Apresentava fácies grosseira (hipertelorismo, ponte nasal larga e prognatismo), candidose oral, múltiplas cáries e escoliose. Analiticamente: IgE total 24700 KU/

mL, eosinofilia, diminuição de linfócitos T e células NK e aumento de linfócitos B CD23+.

Iniciou IgEV e cotrimoxazol profilático, com melhoria clínica. Falheu por insuficiência hepática por hábitos alcoólicos.

Discussão: Estes casos ilustram a heterogeneidade fenotípica e a gravidade do SHIE. Embora a confirmação genética e o estudo das células Th17 não se encontrarem disponíveis na época, ambos os doentes cumpriam critérios clínicos e imunológicos de SHIE por déficit de STAT3. A IgEV e a profilaxia antimicrobiana reduziram a frequência das infeções. Estes casos reforçam a gravidade desta entidade e a importância da vigilância oncológica e do seguimento multidisciplinar.

CCII – ANÁLISE CITOGENÉTICA NOS ERROS INATOS DE IMUNIDADE: CASO CLÍNICO

Barros F¹, Serra-Caetano J², Farinha I¹, Todo-Bom A¹, Lemos S³, Faria E¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, ULSCoimbra, Coimbra, Portugal

² Serviço de Endocrinologia Pediátrica, ULS Coimbra, Coimbra, Coimbra

³ Serviço de Pediatria, ULSCoimbra, Coimbra, Coimbra

⁶ Serviço de Imunoalergologia, ULSCoimbra, Coimbra, Coimbra

Introdução: A hipogamaglobulinemia na idade pediátrica apresenta desafios diagnósticos e perante fenótipos atípicos devemos considerar outras patologias além da imunodeficiência comum variável (IDCV). Em alguns casos, a análise citogenética poderá ser útil na identificação de outros erros inatos de imunidade (EII).

Descrição do caso clínico: Jovem do sexo masculino, de 12 anos, referenciado à consulta de Imunodeficiência Primária por

hipogamaglobulinemia identificada na investigação do atraso estaturoponderal e dificuldades de aprendizagem. Apresentava consanguinidade parental (primos em 2º grau), sem antecedentes familiares de EII. De antecedentes pessoais, destacam-se infeções respiratórias superiores recorrentes e um episódio de celulite. Após confirmação da hipogamaglobulinemia, o estudo genético identificou uma variante de significado incerto no gene TCF3. Assumido-se como diagnóstico mais provável IDCV, iniciou terapêutica de substituição com imunoglobulina humana (IgH). Aos 15 anos, por baixa estatura e ausência de sinais pubertários, foi referenciado para Endocrinologia Pediátrica, tendo um hipogonadismo hipogonadotrófico iniciou testosterona com boa resposta (Tabela 1). Foi solicitado cariótipo que revelou configurações cromossómicas multirradiais, envolvendo regiões pericentroméricas, sugestivas de síndrome de imunodeficiência, instabilidade centromérica e anomalias faciais (ICF). Um estudo genético dirigido identificou uma variante homozigótica patogénica no gene HELLS, compatível com ICF tipo 4 (ICF4). Atualmente, aos 19 anos, mantém terapêutica com IgH, com estabilidade clínica e analítica (Tabela 2).

Discussão: A ICF é uma síndrome autossómica recessiva, geneticamente heterogenea, com menos de 200 casos descritos. Caracteriza-se por imunodeficiência variável, atraso no desenvolvimento, deficiência intelectual, dismorfismo facial e/ou instabilidade cromossómica centromérica. Contrariamente à maioria dos casos, o doente apresentava um fenótipo infeccioso ligeiro sem dismorfismo facial evidente, atrasando o diagnóstico. As séries publicadas sugerem que a ICF4 pode cursar com imunodeficiência humoral menos pronunciada e maior prevalência de perturbações do neurodesenvolvimento do que a ICF1. A citogenética convencional sugeriu o diagnóstico, reforçando o seu valor nos EII.

	2016	2019	2022	2024	2025
Idade	9 anos	12 anos	15 anos	17 anos	18 anos
Estatura	123 cm (-1,67 SD)	135 cm (-2,31 SD)	147 cm (-2,94 SD)	155,5 cm (- 2,54 SD)	163 CM (-1,75 SD)
Peso	20 kg (-2,56 SD)	25 kg (-2,95 SD)	39,1 kg (-2,3 SD)	38 kg (-3,69 SD)	40,6 kg (-3,71 SD)
IMC	13,2 (-2,29 SD)	13,72 (-2,83 SD)	18,2 (-0,77 SD)	15,7 (-2,77 SD)	15,2 (-3,24 SD)
Estadio pubertário	G1P1	-	G2P1	G2P3	G3P3
Testosterona total	-	-	<0,1 ng/ml	-	1 ng/ml

Tabela 1 - Evolução de crescimento

	2019	2026
Leucocitos (linfócitos)	5.54 (2.62) x 10 ⁹ /L (4.50-11.0(1.50-4.80))	5.6 (1.75) x 10 ⁹ /L (4.50-11.0(1.50-4.80))
Células T totais	1500/mm ³	1122/mm ³
LyT CD4+	833/mm ³	583/mm ³
Percentagem de LyT CD4+ naïve	-	41%
LyT CD8+	574/mm ³	449/mm ³
Percentagem de LyT CD8+ naïve	-	54%
Células B totais	601/mm ³	168/mm ³
Células B imaturas/transicionais	5.5%	17%
Células B naïve	91%	83%
Células B memória	3.2%	0%
Plasmoblastos	0.3%	0%
IgG	3.11 g/L (5.40 - 18.22)	8.66 g/L (5.40 - 18.22)
IgM	0.12 g/L (0.22 - 2.40)	<0.25 g/L (0.22 - 2.40)
IgA	0.11 g/L (0.63 - 4.84)	<0.25 g/L (0.63 - 4.84)
Isoaglutininas	0	0

Tabela 2 - Perfil Imunológico

CC12 – DEFICIÊNCIA DE CD19: NOVA VARIANTE HOMOZIGÓTICA NUMA DOENTE DE 61 ANOS

Guimarães J¹, Silva D², F. Santos D^{3,4}, Abdurrahid N⁵, Varandas C^{3,4,5,6},
D. Ferreira R^{6,7}, P. Silva S^{3,4,5,6}, L. Silva S^{3,4,5,6}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde da Arrábida,
Setúbal, Portugal

² Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santo
António, Porto, Portugal

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

⁴ GIMM – Gulbenkian Institute for Molecular Medicine, Lisbon,
Portugal

⁵ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde Santa Maria,
Lisboa, Portugal

⁶ Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina
da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁷ Unidade de Torres Vedras, Unidade Local de Saúde do Oeste,
Torres Vedras, Portugal

Introdução e Objetivos: As causas monogénicas de imunodeficiência comum variável são identificadas em até 20% dos casos, com elevada sobreposição das manifestações clínicas e alterações imunológicas. Existem menos de duas dezenas de casos de deficiência de CD19 descritos na literatura, maioritariamente em crianças e adultos jovens, causados por variantes bialélicas no gene CD19. O fenótipo é dominado por infeções respiratórias recorrentes e hipogamaglobulinémia secundária a defeito de diferenciação das células B de memória. A identificação de novos casos

contribui para ampliar o conhecimento sobre o espectro genético e fenotípico desta entidade.

Descrição do caso: Mulher de 61 anos, filha de pais consanguíneos, com infeções respiratórias recorrentes desde a infância, rinossinusite crónica e bronquiectasias cilíndricas bilaterais. Apresentou trombocitopenia imune grave aos 29 e 35 anos (respetivamente, nadir de 3000 e 9000 plaquetas/ μ L), com recidiva aos 52 anos. Foi referenciada aos 53 anos por hipogamaglobulinémia (diminuição de IgG 340 mg/dL e IgM 39 mg/dL, com IgA indetetável), iniciando terapêutica de substituição com imunoglobulina G. A imunofenotipagem revelou ausência completa de expressão de CD19 nos linfócitos B, com expressão preservada de outros marcadores B, incluindo CD20 e IgD, numa pequena subpopulação linfocitária. O estudo genético (VES) identificou uma variante missense homozigótica no gene CD19 (c.683T>C; p.Leu228Pro), previamente não descrita. A doente mantém-se clinicamente estável sob terapêutica substitutiva, com redução da frequência de infeções e sem recidiva de trombocitopenia.

Conclusão: Descrevemos uma nova variante homozigótica no gene CD19 associada a deficiência de CD19. Este caso evidencia o valor da integração da imunofenotipagem com o estudo genético na validação de novas variantes e no diagnóstico definitivo dos erros inatos da imunidade. A sobrevivência até à sexta década de vida, a coexistência de infeções recorrentes com trombocitopenia imune e a evolução clínica favorável sob terapêutica substitutiva ilustram a variabilidade fenotípica desta doença rara.

Dia	Toma nº	Intervalo entre tomas (horas)	Concentração (TMP/SMX)	Volume por toma	Dose por toma (TMP/SMX, mg)	Dose cumulativa diária (TMP/SMX, mg)
1	1-4	3	0.8/4 mg/mL ^a	0.25 mL ^a	0.2/1	0.8/4
2	1-4	3	0.8/4 mg/mL ^a	0.5 mL ^a	0.4/2	1.6/8
3	1-4	3	0.8/4 mg/mL ^a	1 mL ^a	0.8/4	3.2/16
4	1-4	3	0.8/4 mg/mL ^a	2 mL ^a	1.6/8	6.4/32
5	1-4	3	0.8/4 mg/mL ^a	4 mL ^a	3.2/16	12.8/64
6	1-3	8	0.8/4 mg/mL ^a	6 mL ^a	4.8/24	14.4/72
7	1-3	8	8/40 mg/mL ^b	1.2 mL ^b	9.6/48	28.8/144
8	1-3	8	8/40 mg/mL ^b	2.5 mL ^b	20/100	60/300
9	1-3	8	8/40 mg/mL ^b	5 mL ^b	40/200	120/600
10	1-3	8	8/40 mg/mL ^b	7.5 mL ^b	60/300	180/900
11	1-3	8	8/40 mg/mL ^b	10 mL ^b	80/400	240/1200
12	1-3	8	8/40 mg/mL ^b	15 mL ^b	120/600	360/1800
13	1-3	8	160/800 mg (comprimido) ^c	1 comprimido ^c	160/800	480/2400
14	1-3	8	comprimido ^c + 8/40 mg/mL ^b	1 comprimido ^c + 5 mL ^b	200/1000	600/3000
15	1-3	8	comprimido ^c + 8/40 mg/mL ^b	1 comprimido ^c + 10 mL ^b	240/1200	720/3600
16	1-3	8	comprimido ^c + 8/40 mg/mL ^b	1 comprimido ^c + 14 mL ^b	272/1360	816/4080

Tabela - Protocolo de dessensibilização lento

^a Xarope de TMP-SMX diluído (0.8/4 mg/mL)

^b Xarope de TMP-SMX (8/40 mg/mL)

^c Comprimido de TMP-SMX (160/800 mg)

SESSÃO DE CASOS CLÍNICOS II

ALERGIA A FÁRMACOS, ALERGIA ALIMENTAR, ASMA & CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

27 de setembro | 09:30-11:00 | Sala III

Moderadores: Frederico Regateiro, Ângela Gaspar, Alice Coimbra

CC13 – UM CASO RARO DE ERITEMA FIXO MUCOSO POR ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES

Figueiredo P¹, Branco Ferreira M^{1,2}, Lopes A^{1,2}

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

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

Introdução: O eritema fixo é uma reação de hipersensibilidade a fármacos, geralmente com envolvimento cutâneo, numa minoria dos casos mucocutâneo e, raramente, apenas mucoso. Manifesta-se por uma lesão isolada ou múltiplas lesões ovaladas, bem circunscritas, que recorrem sempre na mesma localização após ree-

xposição ao fármaco implicado. Descreve-se o caso clínico de uma doente com eritema fixo em duas localizações exclusivamente mucosas e de localização pouco habitual.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 25 anos, enfermeira, com amigdalites de repetição e sem outros antecedentes pessoais relevantes. Aos 22 anos, no contexto de amigdalite, iniciou medicação sintomática com ibuprofeno, sem administração concomitante de outros fármacos, nomeadamente antibióticos. Após 24 horas, com manutenção de odinofagia, referiu aparecimento de dor na região vulvar, tendo identificado uma lesão única, expansiva, circular e posteriormente ulcerada a esse nível, associada a múltiplas lesões ovaladas esbranquiçadas nas amígdalas, bilateralmente. Verificou-se resolução completa das queixas em cerca de 2 semanas, sem lesão cicatricial. Descreve recorrência de lesões ulceradas nas mesmas localizações, em novos episódios de amigdalite tratados com ibuprofeno ou naproxeno, sem administração de outros fármacos. Tolerava ácido acetilsalicílico e diclofenac. Aos 25 anos, iniciou seguimento em Imunoalergologia, tendo realizado investigação etiológica com testes epicutâneos, que foram negativos para todos os anti-inflamatórios não esteróides testados. A prova de provocação com nimesulide, decorreu sem reações adversas, enquanto a prova de provocação com ibuprofeno, reproduziu as queixas, assumindo-se o diagnóstico de eritema fixo mucoso ao ibuprofeno.

Discussão: A recorrência de lesões ovaladas na mesma localização, mesmo em localizações mucosas atípicas, deve colocar a suspeita de eritema fixo, sendo fundamental uma investigação etiológica adequada e a recomendação de evicção dos fármacos implicados. Características como a coloração das lesões e o tempo até resolução completa, podem também suportar este diagnóstico.

CC14 – URTICÁRIA GENERALIZADA DURANTE TAVI (IMPLANTAÇÃO VALVULAR AÓRTICA TRANSCATETER): UM CULPADO ESQUECIDO.

Batista B¹, Figueiredo P¹, Caiado J^{1,2}, Branco Ferreira M^{1,2}

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

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

Introdução: A TAVI (Implantação Valvular Aórtica Transcateter) tornou-se a intervenção de eleição para doentes com estenose aórtica grave. Nestes procedimentos são administrados múltiplos fármacos, podendo ocorrer reações de hipersensibilidade perioperatórias, que constituem um desafio diagnóstico, sendo os meios de contraste iodado habitualmente a primeira hipótese etiológica colocada.

Descrição do caso: Homem, 81 anos, sem alergias conhecidas, referenciado a consulta de imunoalergologia por urticária generalizada imediatamente após ter sido submetido a TAVI. O doente negava náuseas, vômitos, diarreia, dispneia, toracalgia, tonturas ou perda de consciência associados. Foi colocada como hipótese mais provável, a hipersensibilidade a contraste iodado. Na consulta de Imunoalergologia efetuou testes intradérmicos com o contraste utilizado, iodixanol, que foram negativos. Prosseguiu-se então com o estudo dos restantes agentes utilizados durante o procedimento, nomeadamente látex, iodopovidona, paracetamol, heparina, sulfato de protamina e clorhexidina. Os testes cutâneos por picada foram negativos para todos os agentes e os testes intradérmicos (TID) foram positivos apenas para sulfato de protamina nas concentrações 0,1 mg/ml e 1 mg/ml.

Discussão: As reações de hipersensibilidade durante a TAVI podem ser desafiantes uma vez que são administrados múltiplos fármacos durante o procedimento. Apesar de o contraste iodado ser frequentemente o causador da reação, não podemos descurar a investigação dos restantes agentes utilizados. O sulfato de protamina é o agente de eleição na reversão da anticoagulação induzida pela heparina em procedimentos cardiovasculares. Embora amplamente utilizado, pode desencadear reações de hipersensibilidade que variam desde urticária a anafilaxia grave. A positividade do TID à protamina, e a negatividade aos restantes fármacos testados, sustenta o diagnóstico de hipersensibilidade à protamina como agente causal do quadro apresentado. Apesar de rara, a hipersensibilidade à protamina pode provocar reações sistémicas graves, com elevada morbilidade e mortalidade, devendo ser considerada no diagnóstico diferencial das reações perioperatórias.

CC15 – FÁRMACO, INFECÇÃO OU AMBOS? SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON POR LAMOTRIGINA – O MYCOPLASMA PNEUMONIAE COMO COFACTOR

Antunes D¹, Brás R^{1,2}, Vassalo A¹, Paulino M¹, L. Almorós C³, Baltazar C³, Esteves I^{3,4}, Branco Ferreira M^{1,2}, Lopes A^{1,2}

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

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

³Serviço de Pediatria Médica, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

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

A investigação de reações cutâneas adversas graves (SCAR) como a Síndrome de Stevens-Johnson (SJS) pode ser desafiante quando coexistem exposição a fármacos de alto risco e infeções. A investigação imunoalergológica é determinante para compreender a etiologia do quadro.

Adolescente de 17 anos, com diagnóstico inaugural de epilepsia, desenvolveu exantema maculopapular pruriginoso generalizado três semanas após início de lamotrigina. Concomitantemente, referia quadro de tosse e rinorreia mucosa com uma semana de evolução. Apesar da suspensão do fármaco, verificou-se agravamento mucocutâneo progressivo, com aparecimento, três dias depois, de exantema bolhoso e descamativo, atingimento palmo-plantar e mucosite oral, ocular e genital exuberante, associados a instabilidade hemodinâmica e diminuição do débito urinário, motivando internamento em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Analiticamente, destacou-se serologia positiva para *Mycoplasma pneumoniae* (IgM positiva com posterior seroconversão para IgG). A biópsia cutânea revelou necrose do terço superior da epiderme e infiltrado inflamatório linfocítico perivascular, sem eosinófilos nem neutrófilos, compatível com dermatite de interface do espectro eritema multiforme/SJS. Observou-se melhoria clínica progressiva sob corticoterapia sistémica (pulsos de metilprednisolona 500mg ev 3 dias, seguidos de prednisolona 1mg/kg/dia com desmame) e azitromicina 500mg/dia. Na investigação imunoalergológica, os testes epicutâneos com lamotrigina foram positivos às 48 e 96 horas, com edema, eritema e pequenas vesículas locais, corroborando o diagnóstico de SJS.

A cronologia da reação, a gravidade do exantema, com mucosite oral/ocular/genital, afeção multissistémica e a positividade dos testes epicutâneos, reforçam o papel da lamotrigina como desencadeante de SCAR compatível com SJS. A infeção concomitante por *M. pneumoniae* pode ter contribuído para a expressão fenotípica do quadro, quer como entidade concomitante quer por modulação da resposta imune. Este caso evidencia o valor da investigação imunoalergológica na confirmação etiológica das reações tardias a fármacos e ilustra o desafio colocado pela infeção concomitante com *M. pneumoniae*.

CC16 – SUCESSO DE DESSENSIBILIZAÇÃO LENTA APÓS FALÊNCIA DE DESSENSIBILIZAÇÃO RÁPIDA EM REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE TARDIA CONFIRMADA A TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL

Carvalho F^{1,2}, Ursu A^{1,2}, Martins dos Santos G^{1,2}, Vau T^{1,2}, Leiria Pinto P^{1,2,3}

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde de 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: O trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) é o tratamento de primeira linha para várias infeções graves, mas associa-se frequentemente a reações de hipersensibilidade (RH) tardias. Em doentes selecionados, a dessensibilização pode permitir a continuação do tratamento. Descreve-se um caso de RH tardia ao TMP-SMX em que adaptações do protocolo influenciaram o sucesso da dessensibilização.

Descrição do caso clínico: Homem de 46 anos, com antecedentes de hepatite de provável etiologia mista (autoimune e etanólica), sob corticoterapia oral de longa duração, foi internado por nocardiose cerebral e iniciou terapêutica com TMP-SMX em dose elevada. Ao 23º dia de tratamento, desenvolveu exantema maculopapular generalizado.

A prova de provocação oral com TMP-SMX foi positiva, confirmando RH tardia ao fármaco.

Pela ausência de alternativa terapêutica igualmente eficaz e necessidade de manter tratamento prolongado, foi realizada tentativa de dessensibilização rápida através de um protocolo oral de 13 etapas num único dia, conforme descrito por Villarreal-González et al. O tratamento foi interrompido por recorrência de reação 10 horas após o seu início.

Após estabilização, procedeu-se a dessensibilização lenta com protocolo oral individualizado, de 16 dias e múltiplas tomas diárias, sob anti-histamínico e corticoesteróide oral, que decorreu sem intercorrências, permitindo manter o tratamento com TMP-SMX em dose elevada.

Discussão: A evidência publicada sobre dessensibilização ao TMP-SMX assenta maioritariamente em doentes com VIH com história de RH não confirmada, o que poderá sobrestimar as taxas de sucesso reportadas. Este caso ilustra o percurso completo, desde suspeita, confirmação por prova de provocação oral, insucesso de protocolo de dessensibilização rápido e posterior sucesso de protocolo lento. Isto sugere que protocolos mais prolongados podem ser mais adequados em doentes selecionados e que o insucesso de uma primeira tentativa não deve excluir a possibilidade de sucesso com uma abordagem mais lenta.

CC17 – SÍNDROME DE ENTEROCOLITE INDUZIDA POR FÁRMACOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Esteves Caldeira L¹, Pires Alves M¹

¹ Serviço de Imunoalergologia, Hospital Torres Novas, Unidade Local de Saúde Médio Tejo, Torres Novas, Portugal

Introdução: A síndrome de enterocolite induzida por fármacos (conhecida como DIES, do inglês Drug-Induced Enterocolitis Syndrome) é uma entidade rara, e provavelmente subdiagnosticada, considerada a variante farmacológica da síndrome de enterocolite induzida por fármacos (FPIES do acrónimo em inglês), correspondendo a uma reação de hipersensibilidade não IgE-mediada. Associa-se frequentemente a antibióticos β-lactâmicos em idade pediátrica, podendo ser erroneamente interpretada como gastroenterite aguda ou efeito adverso gastrointestinal do fármaco. O diagnóstico é essencialmente clínico e a prova de provocação (PP) o gold standard para confirmação.

Descrição do Caso Clínico: Género masculino, 2 anos, referenciado por dois episódios de vômitos repetidos, mal-estar e diarreia após toma de amoxicilina por otite média aguda (1º-setembro/2024 – 1ª vez que tomou amoxicilina; 2º-março/2025), que surgiram 3-4h após a 3ª e 2ª toma, respetivamente. Sem manifestações cutâneas, respiratórias ou cardiovasculares. O antibiótico foi suspenso em ambos os casos, após observação em cuidados de saúde, com resolução espontânea, sem necessidade de fluidoterapia ou internamento.

O estudo alérgico revelou IgE específicas para β-lactâmicos negativas. Realizou-se PP diagnóstica com amoxicilina (dose cumulativa 45mg/kg/dose), sem intercorrências nas primeiras 3h de vigilância. Cerca de 4h após a última toma iniciou quadro de vômitos, com necessidade de ondansetrom oral, e diarreia 10h depois, com padrão auto-limitado e sem desidratação, confirmando o diagnóstico de DIES. Posteriormente, realizou PP alternativa com cefuroxima (15mg/kg/dose), com resultado imediato e tardio negativos, demonstrando tolerância.

Discussão: A DIES constitui uma entidade distinta da alergia IgE-mediada a fármacos, não estando associada a manifestações cutâneas ou respiratórias nem a testes serológicos/cutâneos positivos. Este caso reforça a importância de a considerar no diagnóstico diferencial de vômitos/diarreia tardios associados a fármacos. A confirmação por PP permitiu estabelecer o diagnóstico. A demonstração de tolerância à cefuroxima permitiu disponibilizar uma alternativa segura, evitando restrições desnecessárias e promovendo uma adequada gestão do rótulo de alergia.

CC18 – QUANDO A DESSENSIBILIZAÇÃO A FÁRMACOS FALHA: A TEMPESTADE CITOCÍNICA COMO OBSTÁCULO TERAPÊUTICO

Geraldes R¹, Guedes C¹, Freitas T¹, Ribeiro C¹, Cunha F¹, Todo-Bom A^{1,2}

¹ Serviço de Imunoalergologia, ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

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

Introdução: As tempestades citocínicas (TC) caracterizam-se pela libertação massiva de citocinas pró-inflamatórias, podendo ser induzidas por fármacos como oxaliplatina, taxanos e anticorpos monoclonais. Nestas reações, a dessensibilização pode constituir um desafio clínico.

Descrição do Caso: Mulher, 44 anos, com carcinoma do reto metastizado sob quimioterapia adjuvante com FOLFOX (oxaliplatina/leucovorina/fluorouracilo)+bevacizumab, apresentou em 2023, no 9º ciclo, exantema facial exuberante, lombalgia e vômitos, que impediram a sua conclusão. Posteriormente, cumpriu novo esquema terapêutico, sem intercorrências até 2026. Por nova progressão da doença, retomou FOLFOX+bevacizumab, com reação semelhante no 1º ciclo durante a perfusão de oxaliplatina.

Assim, elaborou-se um protocolo de dessensibilização à oxaliplatina, visando a sua manutenção.

1.ª sessão (3 frascos): reação no 4º passo do frasco C (120 mL/h) com prostração, cianose labial e febre (38,5°C). Após melhoria com paracetamol, metilprednisolona e clemastina foi possível completar o ciclo. Doseamentos em fase aguda (DFA): IL-6=10178 pg/mL (<7 pg/ml); triptase=3,4 ug/L (<11,4 ug/L).

2.ª sessão (mesmo protocolo; reforço da pré-medicação e fluidoterapia): reação no 2º passo do frasco C (40 mL/h), com lombalgia, calafrios e cianose labial. Completou o ciclo após terapêutica sintomática.

DFA: IL-6=567 pg/mL.

3.ª sessão (4 frascos; protocolo reformulado com duplicação do tempo de perfusão nos passos do frasco D, passos intermédios, reforço da pré-medicação e fluidoterapia): reação no 1.º passo do frasco D (20 mL/h), com dor lombar/torácica muito intensa, refratária à terapêutica (>2h), calafrios e cianose labial.

DFA: IL-6=4041 pg/mL.

A reação foi tratada, mas o tratamento não foi retomado, tendo mudado de esquema terapêutico.

Discussão: Os achados clínicos, associados às elevações seriadas da IL-6, corroboram o diagnóstico de TC durante as dessensibilizações realizadas. Este caso ilustra que a dessensibilização pode ser inviável em contexto de TC, apesar dos casos de sucesso descritos. Terapêuticas dirigidas ao milieu citocínico, nomeadamente o tocilizumab (anti-IL-6), poderão constituir alternativas promissoras nestes casos.

CC19 – DA RINITE OCUPACIONAL À ANAFILAXIA ALIMENTAR: SENSIBILIZAÇÃO À GOMA DE GUAR E REATIVIDADE CRUZADA COM LEGUMINOSAS

Guimarães J¹, Silva L¹, Dias C¹, Vieira J¹, Pereira H¹, Marcelino J^{1,2,3}, Tomaz E¹

¹ Unidade Local de Saúde da Arrábida, Setúbal, Portugal

² Charité—Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Alemanha

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

Introdução: A goma de guar é um polissacarídeo extraído da leguminosa *Cyamopsis tetragonolobus* amplamente utilizada na indústria como espessante, estabilizador e agente gelificante. A exposição inalatória crónica pode potenciar a sensibilização e induzir alergia alimentar por reatividade cruzada.

Baterias	Alergénio testado	Testes cutâneos (mm)**		Componentes moleculares (ISAC)	Família proteica	Relevância clínica
		Picada	Picada-picada			
Aeroalergénios	*	Negativos	-	-	-	Não explica a rinite
Frutos secos e sementes	Amêndoa	5	-	-	-	Rinite e prurido com Noz
	Noz	6	-	-	-	
	Avelã	5	-	-	-	Tolera restantes
	Caju	7	-	-	-	
	Castanha	5	-	-	-	
Leguminosas	Amendoim	-	6	Ara h 1/ Ara h 3	Globulinas 7S/11S	Perda de tolerância oral e Anafilaxia
	Grão-de-bico	-	7	-	-	
	Feijão	-	7,5	-	-	
	Fava	-	12	-	-	
	Soja	-	6,5	Gly m 5/ Gly m 6	β-conglicinina/ Glicinina	
Rosáceas	Maçã pele	3	-	-	-	Tolera restantes
	Maçã polpa	0	-	-	-	
	Pera pele	4,5	-	-	-	
	Pera polpa	0	-	-	-	Rinite e prurido com pêssego
	Pêssego pele	5	-	-	-	
	Pêssego polpa	0	-	-	-	
Outros	Goma de guar	-	13	-	-	Sensibilização primária
	LTP (pêssego)	8,5	-	Ara h 9/ Jug r 3/ Pru p 3	nsLTP	Síndrome LTP
	Profilina	5	-	-	-	Quadro mais ligeiro

Tabela 1. Testes de diagnóstico in vivo e in vitro. *Bateria standard: D. pteronyssinus; D. farinosa; L. destructor; G. domesticus; B. tropicalis; Gramíneas selvagens; Parietaria judaica; Artemisia vulgaris; Plantago lanceolata; Salicis lili; Quenopodium album; Oliveira; Cipreste; Plátano; Cão; Gato; Alternaria alternata; Cladosporium herbarum; Aspergillus fumigatus. **Controlo positivo histamina (6 mm) e negativo (solução salina).

Descrição do caso clínico: Homem de 54 anos, operário da indústria de explosivos, sem antecedentes de atopia. Referenciado por obstrução nasal, estertores, tosse e pieira em contexto laboral com dois anos de evolução. Adicionalmente, referia rinorreia e prurido cutâneo com ingestão de noz e pêssego, evoluindo para quadros de anafilaxia (pieira, dispneia, obstrução nasal, urticária) com grão e favas. A anamnese ocupacional permitiu concluir que manipulava goma de guar em pó há oito anos. Realizaram-se testes cutâneos (Tabela 1) com aeroalergénios que foram negativos e com alimentos que identificaram sensibilização a amêndoa, noz, avelã, caju, castanha, amendoim, grão, feijão, fava, soja, pêssego, LTP, profilina e guar (teste picada-picada positivo). A avaliação molecular revelou sensibilização a proteínas de armazenamento de leguminosas (Ara h 1/3, Gly m 5/6) e nsLTP (Pru p 3, Jug r 3, Ara h 9). A evicção alimentar (leguminosas, frutos de casca rija, pêssego) e a cessação da exposição laboral permitiram o controlo da rinite e asma, sem recorrência da anafilaxia.

Discussão: Poderá ser o primeiro relato de alergia alimentar a leguminosas resultante de sensibilização primária inalatória por exposição crónica à goma de guar usada como aglutinante no fabrico de explosivos. Esta hipótese é apoiada pela elevada homologia estrutural entre as globulinas (vicilinas 7S, leguminas IIS) nos resíduos da goma e os homólogos das leguminosas implicadas. A sensibilização concomitante a LTP confere maior complexidade, não se excluindo relação causal ou efeito sinérgico. Destaca-se a relevância clínica da anamnese detalhada e a utilidade do diagnóstico molecular na caracterização de perfis de sensibilização complexos e na orientação de uma abordagem terapêutica personalizada.

CC20 - BETERRABA COMO ALERGÉNIO ALIMENTAR OCULTO: UM CASO CLÍNICO

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

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

Introdução: A alergia alimentar à beterraba é uma entidade rara e o seu diagnóstico pode ser dificultado quando o alimento ingerido tem múltiplos ingredientes. A maioria dos casos descritos na literatura refere-se a manifestações respiratórias em indivíduos com sensibilização ao seu pólen. Os relatos de hipersensibilidade após ingestão de beterraba são escassos, todos sob a forma de anafilaxia. O presente caso descreve uma reação alérgica imediata à beterraba com apresentação exclusivamente cutânea.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 22 anos, com antecedentes de rinoconjuntivite alérgica e dermatite atópica, sensibilizado a ácaros, previamente submetido a imunoterapia específica. Sem sensibilização a outros aeroalergénios e sem história de alergia alimentar. Recorreu ao serviço de urgência por início súbito de prurido e exantema maculopapular generalizados, cerca de 5 minutos após ingestão de suplemento pré-treino, com resolução dos sintomas após tratamento endovenoso com corticoide e anti-histaminico. Sem outros sintomas associados ou exercício físico concomitante. Na avaliação em consulta de Imunoalergologia, verificou-se tolerância posterior aos outros ingredientes do

suplemento, à exceção da beterraba e sementes de sésamo. O teste cutâneo por picada foi negativo para as sementes de sésamo, mas o teste cutâneo picada-picada com beterraba crua foi positivo, ao contrário do observado em dez controlos saudáveis. O doseamento de IgE específica para beterraba foi igualmente positivo (3,4 kU/L) e a prova de provocação oral com sementes de sésamo negativa.

Discussão: O caso apresentado sugere uma reação de hipersensibilidade imediata à beterraba, contribuindo para reforçar a evidência atual sobre esta alergia alimentar. Distingue-se pela apresentação clínica exclusivamente cutânea e pela objetivação de sensibilização por IgE específica. Além disso, reforça a importância de uma história clínica detalhada e investigação dirigida na identificação de alergénios alimentares pouco frequentes.

CC21 – AQUISIÇÃO DE TOLERÂNCIA: EVOLUÇÃO INESPERADA DA ALERGIA A NSLTP NUM DOENTE COM CONSUMO REGULAR DE CANÁBIS

Silva Tavares M¹, Reis Ferreira A¹, Alberto Ferreira J¹, Queirós Gomes J¹

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

Introdução: As non-specific lipid transfer proteins (nsLTPs) constituem uma família de alergénios de origem vegetal e são uma das principais causas de alergia a frutos secos e frescos no sul da Europa. O Can s 3, nsLTP presente na Cannabis sativa (canábis), é descrito como o alergénio major da canábis, responsável por reatividade canábis-frutos. A inalação é apontada como a via preferencial de sensibilização.

Descrição do caso clínico: Sexo masculino, 22 anos, antecedentes de dermatite atópica ligeira, asma e rinite alérgica a ácaros e pólenes desde a infância. Referenciado à consulta em 2019 na sequência de dois episódios de urticária generalizada, 5-10 minutos após ingestão de noz e mistura de frutos secos, respetivamente. Na avaliação inicial, encontrava-se em evicção estrita de frutos secos; referia aversão a pêssego e fruta com casca desde a infância. Do estudo realizado, salientam-se testes cutâneos por picada com extratos (Roxall Aristegui®) positivos para noz, amêndoa, amendoim, pêssego pele e maçã; ImmunoCAP ISAC ThermoFisher™ sensibilização Pru p 3, Jug r 3, Cor a 8, Pla a 3, Ara h 9 e Art v 3 (nsLTPs). Em 2020, iniciou consumo diário de canábis inalada (esporádico desde a adolescência). Na reavaliação nos 2 anos seguintes, o doente reportou progressiva tolerância clínica: ingestão acidental de amendoim e propositada de noz sem intercorrências. Em 2023 não apresentava sensibilizações a nsLTPs no ISAC ImmunoCAP ISAC ThermoFisher™. Proposta prova de provocação com pêssego recusada pelo doente.

Discussão: Contrariamente ao descrito na literatura, onde a inalação de canábis é apontada como fonte de sensibilização a nsLTP, neste caso parece ter havido aquisição progressiva de tolerância durante a inalação regular de canábis. A associação temporal observada sugere a possibilidade de que a exposição a canábis, regular e continuada, mesmo que por via inalatória, possa estar na génese da tolerância.

CC22 – ELEMENTAR, MEU CARO WATSON: SERIA A BALANÇA A PISTA PARA O CONTROLO DA ASMA?

Pereira-Sousa H¹, Gouveia-Colino I¹

¹ USF Fânzeres, Gondomar, Portugal

Introdução: A obesidade é um importante fator modificador da asma, associando-se a pior controlo clínico, maior risco de exacerbações e menor resposta à terapêutica. Contudo, a evolução da doença resulta da interação entre fatores clínicos, funcionais, terapêuticos e metabólicos. Apresenta-se um caso clínico que evidencia a importância de uma caracterização integrada na compreensão da heterogeneidade da asma.

Descrição do caso clínico: Mulher de 54 anos, com asma de início na idade adulta, fenótipo não atópico e obesidade. Foi submetida a bypass gástrico em 2022, com perda ponderal significativa, seguida de recuperação parcial do peso. Em dezembro de 2025 iniciou semaglutido, verificando-se nova redução ponderal até 70,8 kg. Em avaliação nos Cuidados de Saúde Primários apresentava excelente controlo da doença, com CARAT de 29/30, ausência de exacerbações recentes, boa adesão terapêutica, terapêutica inalatória estável e espirometria sem alterações ventilatórias significativas. A associação temporal entre a nova perda ponderal e o controlo da asma sugeria inicialmente uma relação direta. Contudo, a revisão dos registos hospitalares demonstrou controlo clínico já documentado antes do início da nova perda ponderal, impondo a reformulação da hipótese inicial.

Discussão: Este caso demonstra que a evolução clínica da asma dificilmente pode ser explicada por um único determinante. Embora a redução ponderal possa ter contribuído para a evolução favorável, os dados não permitem estabelecer a sua contribuição relativa perante outros fatores potencialmente determinantes. A adesão terapêutica, a estabilidade da terapêutica inalatória, a função respiratória preservada e a análise longitudinal dos registos clínicos foram fundamentais para interpretar a evolução da doença. A balança constituiu uma pista relevante, mas insuficiente isoladamente. Uma caracterização integrada poderá evitar interpretações baseadas em marcadores isolados e apoiar decisões terapêuticas verdadeiramente individualizadas.

CC23 – QUANDO O RINOVÍRUS REVELA A ASMA: PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO EM IDADE PEDIÁTRICA

Ventura M¹, Viveiros A¹, Rocha M¹, Saianda A¹, Pereira L¹, Ferreira R¹

¹ Unidade de Pneumologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, ULSSM, Lisboa e Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: O pneumomediastino é uma condição em que existe ar no mediastino, com origem pulmonar, na traqueia ou tubo digestivo. O pneumomediastino espontâneo é uma entidade rara em idade pediátrica, geralmente benigna e autolimitada, podendo ocorrer em contexto de infeção respiratória, esforço físico ou exacerbação de asma, sendo, com alguma frequência a primeira manifestação desta entidade.

Descrição do Caso Clínico: Criança do sexo masculino, 9 anos, com antecedentes de episódio isolado de broncospasmo associado a infeção respiratória aos 5 anos e história de tosse desencadeada pela exposição a ácaros, sem diagnóstico prévio de asma. Recorreu ao serviço de urgência por odinofagia, tosse produtiva emetizante e dificuldade respiratória. Ao exame objetivo apresentava tiragem supraesternal, diminuição do murmúrio vesicular à esquerda e enfisema subcutâneo cervical. A radiografia de tórax confirmou o diagnóstico de pneumomediastino com enfisema subcutâneo. O painel alargado de vírus respiratórios identificou rinovírus, tendo este sido considerado o provável agente desencadeante da agudização. Foi medicado com salbutamol, analgesia e oxigenoterapia de baixo débito, evoluindo favoravelmente, com resolução clínica rápida, tendo tido alta ao terceiro dia de internamento. Foi reavaliado a curto prazo em consulta de pneumologia pediátrica, onde se confirmou o diagnóstico de asma.

Discussão: Ainda que o rinovírus possa, por si só, precipitar pneumomediastino, é igualmente um importante desencadeante de exacerbação de asma. Perante uma criança com antecedentes de broncospasmo e sintomas respiratórios associados à exposição a aeroalergénios, a identificação de pneumomediastino obriga a seguimento e marcha diagnóstica de asma uma vez que o seu diagnóstico e tratamento poderão reduzir o risco de recorrência e melhorar o prognóstico a longo prazo.

CC24 – CONSULTA DOMICILIÁRIA E RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA: IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS À TERAPÊUTICA INALATÓRIA NUMA PESSOA COM DPOC

Pereira-Sousa H¹, Gouveia-Colino I¹

¹ USF Fânzeres, Gondomar, Portugal

Introdução: A eficácia da terapêutica inalatória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) depende da adesão e da correta utilização dos dispositivos. A consulta domiciliária pode identificar barreiras ao tratamento dificilmente reconhecidas em contexto de consulta, particularmente em doentes com compromisso cognitivo.

Caso clínico: Homem de 81 anos, ex-fumador, com DPOC GOLD II, grupo A, seguido em consultas de Pneumologia e de Medicina Geral e Familiar. Apresentava alterações cognitivas desde os 27 anos, após traumatismo cranioencefálico grave por acidente de viação, com agravamento funcional e cognitivo após novo traumatismo cranioencefálico por queda no domicílio, em novembro de 2025. Dias antes tinha sido observado em consulta de Pneumologia, mantendo estabilidade clínica, sem exacerbações recentes nem indicação para escalada terapêutica. Em consulta de Medicina Geral e Familiar, a revisão dos registos de dispensa eletrónica revelou ausência de levantamentos recentes de budesonida/formoterol, apesar de a esposa referir que a medicação ainda existia em casa. Perante esta discrepância, realizou-se consulta domiciliária para reconciliação terapêutica, verificando-se que o doente não utilizava a terapêutica de manutenção, recorrendo apenas a salbutamol. Foi programada nova consulta domiciliária para avaliação da técnica inalatória, constatando-se incapacidade para utilizar cor-

retamente o inalador de pó seco. A terapêutica foi adaptada para inalador pressurizado com câmara expansora, confirmando-se posteriormente utilização correta do dispositivo, melhoria da adesão terapêutica e ausência de exacerbações.

Discussão: A revisão dos registos de dispensa eletrónica motivou a consulta domiciliária, permitindo identificar uma discrepância entre a terapêutica prescrita e a efetivamente utilizada. A recon-

ciliação terapêutica e a observação direta da técnica inalatória possibilitaram adaptar o dispositivo às capacidades do doente. Este caso evidencia como a integração da informação proveniente da prescrição eletrónica com a consulta domiciliária permitiu identificar uma barreira ao tratamento não reconhecida em consulta convencional, possibilitando uma intervenção dirigida e evitando a intensificação desnecessária da terapêutica.

